

TO 142

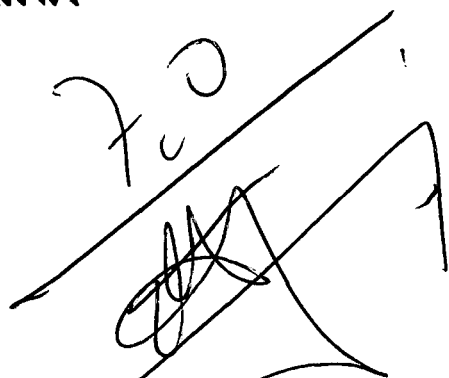
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

**PREVALÊNCIA DE SÍFILIS ENTRE AS
PARTURIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NO PERÍODO DE MARÇO A AGOSTO DE 1996**

ALUNO: BRUNO CALGARO DE CARVALHO

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

700


**PREVALÊNCIA DE SÍFILIS ENTRE AS
PARTURIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NO PERÍODO DE MARÇO A AGOSTO DE 1996**

TRABALHO DE CONCLUSÃO APRESENTADO NA
12ª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA.

ALUNO: BRUNO CALGARO DE CARVALHO

ORIENTADORA: DRA. ELIANE ALBUQUERQUE MOURA

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1996

*Aos meus pais fontes de compreensão e
exemplos de renúncia.*

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Dra. Eliane Albuquerque Moura, pela compreensão e orientação.

Ao Dr. Alexandre Silvério pelo grande auxílio prestado.

Ao Dr. Lúcio Botelho pela disponibil idade.

Aos funcionários do Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário, pela atenção dedicada.

A Betina por todo apoio e renúncia nos momentos necessários.

SUMÁRIO

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
I INTRODUÇÃO	7
II OBJETIVOS DO ESTUDO	9
III REVISÃO DA LITERATURA	10
IV PACIENTES E MÉTODOS	14
V RESULTADOS	16
VI DISCUSSÃO	20
VII CONCLUSÕES	24
VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

RESUMO

Muito
resumo

Realizou-se um estudo soro epidemiológico prospectivo em uma amostra casual simples de 316 parturientes na Maternidade do Hospital Universitário. O estudo foi conduzido no período de março a agosto de 1996, com o intuito de determinar a prevalência de sífilis, correlacionar com possíveis fatores de risco e determinar a importância do screening pré-natal para a doença. As sorologias aplicadas foram o VDRL e o FTA-ABS. A prevalência encontrada foi de 0,6%; a média de idade foi de 25,2 anos. Não foi possível correlacionar os fatores de risco com VDRL positivo, devido a baixa prevalência encontrada. Foi confirmada a importância da realização do screening pré-natal, visto que, apesar da baixa prevalência, a sífilis está presente em nosso meio.

destaque

→
O resultado é
JUSTIÇA
(90% foi positivo)

ABSTRACT

A prospective seroepidemiological study was carried ^{out} ~~on~~ in a simple casual of 316 pregnant women in the Maternity Hospital of the "Hospital Universitário". It was carried ^{out} ~~on~~ ^{during} ~~from~~ march to august 1996, to determine the importance of the pre-natal screening to syphilis. The serologic tests utilized were VDRL and FTA-ABS. The prevalence was 0,6%; the age average was 25,2 year.

Due to the low prevalence it was impossible to correlate the ^{known} risk factors to a positive VDRL test. We corroborate the importance of pre-natal screening, ^{despite} ~~despite~~ the low prevalence found in the study, syphilis is present among us.

I INTRODUÇÃO

Conhecida desde a idade média, a sífilis, parece ter ^{até} ~~alastrado-se~~ como epidemia no final do século XV.¹ Porém, apenas em 1905, Shauden e Hoffmann isolaram o agente etiológico da doença, denominando-o *Treponema Pallidum*.²

A sífilis vem aumentando de importância em todo mundo, devido ao aumento da incidência que vem crescendo de forma surpreendente em muitas populações.^{3,4,5,6,7,8,9,10}

A prevalência, da doença, nos Estados Unidos da América, no ano de 1990, foi de 0,02%, a maior desde 1949. Na Nigéria e Arábia Saudita a prevalência foi de 0,35% e 2,7% respectivamente. Em Moçambique varia entre 1,6% e 15% e em Zambia varia entre 13% e 15%.³ *

A incidência de sífilis congênita tem aumentado desde 1985, cifras tão altas quanto 18 por 1000 nascimentos vem ocorrendo em algumas áreas do mundo, e tem sido importante causa de mortalidade perinatal.^{11,12,13}

* Brasil: Vários municípios
1993 461/1000 = 4,1%

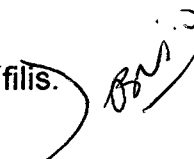
Diversos fatores tem sido atribuídos a este aumento: Múltiplos parceiros, uso de drogas ilícitas, desemprego, baixa idade e início precoce da atividade sexual.^{3,4,7,8,11,13,14,15,16}

O screening pré-natal para sífilis é de suma importância para reduzir ou identificar casos potenciais de infecção congênita, sendo mundialmente recomendado, visto que é uma afecção ~~(potencialmente)~~ curável trazendo inúmeros benefícios à paciente e ao seu concepto.^{4,13,17,18}

Quanto ao custo de realização do screening pré-natal, vale ressaltar que, a cada dólar gasto, durante os cuidados pré-natais, economiza-se \$3,66 dólares em gastos hospitalares posteriores.¹⁸

Devido a este aumento da incidência de sífilis congênita, correlacionada aos possíveis fatores de risco, achou-se oportuno, através dessas observações, idealizar e realizar este estudo.

II OBJETIVOS DO ESTUDO

- 1** - O presente estudo visa determinar a prevalência de sífilis entre as gestantes que realizaram seu parto no Hospital Universitário, no período de março a agosto de 1996.
- 2** - Avaliar a importância do screening pré-natal para sífilis. 
- 3** - Traçar um perfil destas pacientes com o intuito de analisar possíveis fatores de risco.

III REVISÃO DA LITERATURA

Sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica, causada por uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, que apresenta-se de forma subaguda ou crônica, e seu contágio é predominantemente sexual.^{2,4,19,20}

A maior parte dos casos de sífilis são adquiridas por contato sexual, podendo ocorrer ainda como infecção intra útero, transfusão sanguínea ou contato pessoal não sexual.¹²

O pico de incidência da sífilis ocorre entre 15 e 34 anos,² e tem como principais fatores de risco a multiplicidade de parceiros, início precoce da atividade sexual, uso de drogas e a baixa idade.^{7,11,13}

A doença é classificada em quatro estágios: Primária, Secundária, Latente e Tardia.⁴

A sífilis primária compreende o período de incubação abrangendo o desenvolvimento e a resolução da lesão primária (Cancro Duro).² O cancro é uma

lesão solitária, indolor, com úlcera endurativa no local da inoculação, que geralmente ocorre em regiões genitais.⁴

A sífilis secundária é caracterizada pela fase sistêmica da doença, com rash generalizado, linfadenopatia, febre, meningite, além de hepatite, nefropatia, comprometimento gastro intestinal, artrite, periostite e iridociclite.^{2,4,19} é ENTRA

A forma latente define todo aquele período após a infecção pelo *Treponema pallidum* quando o soro é reativo, porém não tem outro sinal de infecção. Pode ocorrer entre a resolução da lesão primária e antes das manifestações secundárias, porém antes de desenvolver qualquer seqüela ou ainda durante ambos os intervalos.²¹ Esta fase pode ser dividida em latente precoce que compreende o primeiro ano após a infecção; ou latente tardia, que inicia um ano após a infecção.²

Na forma tardia ou sífilis terciária, a doença evolui de forma lenta e progressiva, levando a fase tardia da doença, que é destrutiva e pode levar a invalidez.²⁰ Esta fase pode levar a acometimento de diversos sistemas, tais como: respiratório, gastro intestinal e cardio vascular.¹⁹

No sistema nervoso central pode ser dividida em neurosífilis assintomática, que cursa com alterações liquóricas, porém sem sinais ou sintomas neurológicos.¹⁹ E a neurosífilis sintomática, que pode ser classificada em meningovascular e parenquimatosa.²

A parenquimatosa inclui a paresia geral e a *Tabes dorsalis*. Na meningovascular ocorre inflamação da pia mater e aracnóide além de comprometimento vascular.²⁰

A gravidez exerce efeito supressivo sobre os sintomas e sinais da doença.²² A transmissão da infecção a partir de uma mulher sífilítica, para seu feto através da placenta, pode ocorrer em qualquer fase da gestação. Porém, as lesões congênitas só se desenvolverão após o quarto mês de gestação, quando a competência imunológica começa a aparecer.⁶

A transmissão ocorre em gestantes não tratadas, ou inadequadamente tratadas,¹⁹ porém o tratamento adequado da mãe antes da 16ª semana de gestação pode prevenir dano ao concepto.^{4,21} Treponema

O diagnóstico laboratorial da sífilis, pode ser realizado, pela pesquisa direta de *Treponema* nas lesões, testes sorológicos, exame do líquido ou exame histopatológico.^{4,23}

O exame direto consiste na pesquisa de *Treponema* em microscopia por campo escuro, sendo essencial para avaliação de lesões cutâneas. Pode ainda ser realizada por imunofluorescência direta com anticorpos antitreponema conjugados.²³

Os testes sorológicos podem ser divididos em testes não treponêmicos e testes treponêmicos.⁴

Entre os não treponêmicos, tem-se o RPR (Rapid Plasma Reagin) e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).^{4,23} Estes testes captam anticorpos do

tipo IgG e IgM, inespecíficos reagínicos, causando reação de floculação no soro. Estes anticorpos são dirigidos contra um antígeno lipídico que resulta da interação do *Treponema pallidum* com os tecidos do hospedeiro, e possivelmente, contra um antígeno lipídico do próprio agente etiológico.⁴ Os reagentes destes testes causam floculação macroscópica (RPR) ou microscópica (VDRL) quando em contato com o anticorpo anti reagina.²

Pode ocorrer reação falso positivo em casos como Hanseníase, Lupus, Globulinopatias e outras treponematoses, porém, nestes casos, a titulação para VDRL costuma ser menor ou igual a 1:8, indicando-se confirmação com testes treponêmicos mais específicos.²³

Reações falso negativo podem ocorrer em até 2% dos casos devido ao fenômeno de prozona onde há excesso de anticorpos, evitando a formação do complexo antígeno anticorpo, impossibilitando a reação de floculação.⁵ Para evitar o fenômeno de prozona deve-se aumentar a diluição da reação.²⁴

Os testes treponêmicos, que são mais frequentemente usados são o MHA-TP (Microhemagglutination Assay for *Treponema pallidum* antibodies) e o FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption).⁴ O MHA-TP é um teste de hemaglutinação em que o *Treponema pallidum* é detectado por aglutinação de hemácias de carneiro ou peru.² No FTA-ABS os anticorpos antitreponema são detectados por gamaglobulina anti humana marcada com fluoresceína.²⁰ Em ambos os testes, o soro da paciente deve ser diluído em substâncias que contém antígenos treponêmicos não patogênicos para absorver anticorpos produzidos contra treponemas saprófitas orais e genitais.²

IV PACIENTES E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Foram estudadas 316 parturientes, no período de 6 de março a 15 de agosto de 1996, de um total de 810 atendidas no serviço.

Realizou-se um estudo transversal, demonstrativo e explorativo, no qual colheu-se uma amostra casual simples sem reposição.

O estudo foi conduzido através de aplicação de questionários contendo perguntas quanto a idade, estado civil, início da atividade sexual, número de parceiros no último ano, doenças sexualmente transmissíveis no passado, paridade, número de consultas do pré-natal e local onde foi realizado e VDRL do 1º e 3º trimestre.

Quanto ao método de screening para sífilis utilizou-se o VDRL. O teste sorológico foi realizado através da coleta de sangue das pacientes no pós-parto

Foi estudada por dois (503, 2da, 3era),
onde foi feito o teste. (com duração
aproximada

imediatamente. Em caso de teste negativo, realizou-se diluição até 1:64 para evitar-se o fenômeno de prozona, afastando falsos negativos.

Em casos de positividade do VDRL realizou-se o FTA-ABS para confirmação diagnóstica. Foram considerados VDRL positivos, os casos que apresentaram títulos superiores a 1:2.

Com o intuito de melhor analisar alguns dos dados obtidos as pacientes foram divididas em grupos distintos de acordo com o dado analisado. Em relação ao início da atividade sexual, as pacientes foram divididas em: com menos de 15 anos, entre 15 e 20 anos e mais de 20 anos de idade. Quanto ao número de parceiros sexuais no último ano dividiu-se em: um, dois e três ou mais parceiros. A respeito da realização do pré-natal as pacientes foram divididas em: realizaram pré-natal e não realizaram pré-natal. Considerou-se pré-natal realizado, quatro ou mais consultas anotadas no cartão de pré-natal.

As gestantes que apresentaram VDRL e FTA-ABS positivo não foram acompanhadas no pós parto por não ser o objetivo deste trabalho.

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa Epi Info 6.04. O teste estatístico empregado para avaliar a significância das associações foi o X^2 .

V RESULTADOS

A média de idade das pacientes estudadas foi 25,2 anos variando de 14 a 41 anos. Do total de pacientes estudados 219 (69,3%) eram casadas; 65 (21,5%) mantinham união estável e 32 (10,1%) eram solteiras.

Em relação ao grau de escolaridade: 142 (44,9%) possuíam o 1º grau incompleto; 72 (22,8%) apresentavam o 1º grau completo ou 2º grau incompleto; 74 (22,8%) das pacientes possuíam o 2º grau completo ou 3º grau incompleto. Vinte e três (7,3%) possuíam o 3º grau completo e 5 (1,6%) eram analfabetas.

(Tabela I)

Tabela I - Grau de Escolaridade das Parturientes. Maternidade do Hospital Universitários, março a agosto de 1996.

ESCOLARIDADE	Nº	PORCENTAGEM
1º grau incompleto	142	44,9%
1º grau completo ou 2º grau incompleto	72	22,8%
2º grau completo ou 3º grau incompleto	74	23,4
3º grau completo	23	7,3%
Analfabetas	5	1,6%
TOTAL	316	100%

Quanto à paridade das pacientes 150 (47,5%) eram primíparas; 87 (27,5%) secundíparas e 79 (25%) eram múltiparas.

Das 317 parturientes estudadas 2 (0,6%) apresentaram VDRL positivo confirmado com o FTA-ABS (Tabela II).

*Quem a Timóteo
(low no Muroio)*

Tabela II -- Soroprevalência de sífilis entre as Parturientes. Maternidade do Hospital Universitário, março a agosto de 1996.

VDRL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Negativo	314	99,4%
Positivo	2	0,6%
TOTAL	316	100%

Em relação ao Pré-Natal 55 (17,4%) das parturientes não o realizaram e 261 (82,6%) realizaram-no. Das 261 gestantes que realizaram pré-natal 2 (0,7%) apresentaram VDRL positivo (Tabela III), porém relacionando o Pré-Natal com VDRL não foi observado associação estatística significativa ($p = 0,70$).

Tabela III - Relação Pré-Natal e VDRL. Maternidade do Hospital Universitário, março a agosto de 1996.

VDRL	PRÉ-NATAL		TOTAL
	NÃO REALIZADO	REALIZADO	
Negativo	55 (100%)	259 (99,3%)	314
Positivo	0	2 (0,7%)	2
TOTAL	55 (17,4%)	261 (82,6%)	316

A respeito do início das atividades sexuais 38 (12%) iniciaram suas atividades sexuais com menos de 15 anos sendo que 1 (2,6%) apresentou VDRL

*→ como o resultado s/VDRL (20 =
frequência pré-natal)
Dessa forma, não há relação entre o início das atividades sexuais e o resultado do VDRL.*

positivo. Dentre as que iniciaram entre 15 e 20 anos 1 (0,4%) apresentou VDRL positivo e nenhuma dentre as que iniciaram após os 20 anos apresentou VDRL positivo. Associando o início da atividade sexual com o VDRL não observou-se associação estatística significativa ($p = 0,23$) (Tabela IV).

Tabela IV - Relação início da atividade sexual e VDRL. Maternidade do Hospital Universitário, março a agosto de 1996.

VDRL	INÍCIO ATIVIDADES SEXUAIS			TOTAL
	MENOS DE 15 ANOS	15-20 ANOS	MAIS DE 20 ANOS	
Negativo	37 (97,4%)	218 (99,6%)	59 (100%)	314
Positivo	1 (2,6%)	1 (0,4%)	0	2
TOTAL	38 (12%)	219 (69,3%)	59 (4,7%)	316

Entre as parturientes estudadas 260 (82,3%) tiveram um parceiro sexual no último ano; 41 (13%) dois parceiros e 15 (4,7%) tiveram três ou mais parceiros. Correlacionando com o VDRL, das 260 gestantes que tiveram apenas um parceiro sexual no último ano, 2 (0,8%) apresentaram VDRL positivo. Ao aplicar teste estatístico não encontrou-se correlação estatística significativa ($p = 0,93$).

Tabela V - Correlação VDRL e Número de Parceiros no último ano. Maternidade do Hospital Universitário, março a agosto de 1996.

VDRL	NÚMERO DE PARCEIROS NO ÚLTIMO ANO			TOTAL
	1	2	3 ou mais	
Negativo	258 (99,2%)	41 (100%)	15 (10%)	314
Positivo	2 (0,8%)	0	0	2
TOTAL	260 (82,3%)	41 (13%)	15 (4,7%)	316

O maior de R₁₁ na gravidez é N
 e o nº de parceiros <u>grávidas</u> é
 SIM o nº de parceiros no 1º
 trimestre.
 ↳ grupo comparativo S/UAOR (20 = 1 em
 100)

Em relação ao uso de drogas injetáveis 314 (99,4%) negaram uso de drogas injetáveis e 2 (0,6%) referem uso de drogas. Dentre as pacientes com VDRL positivo nenhuma referiu uso de droga injetável. Contudo a relação dentre o uso de drogas injetáveis e VDRL não apresentou correlação estatística significativa. ($p = 0,90$) (Tabela VI).

Tabela VI - Correlação uso de drogas injetáveis e VDRL. Maternidade do Hospital Universitário, março a agosto de 1996.

VDRL	USO DE DROGAS INJETÁVEIS		TOTAL
	SIM	NÃO	
Negativo	2 (100%)	312 (99,36%)	314
Positivo	0	2 (0,64%)	2
TOTAL	2 (0,6%)	314 (99,4%)	316

Não há correlação entre uso de drogas injetáveis e VDRL.
($p = 0,90$, sem associação estatística)

VI DISCUSSÃO

A incidência de sífilis vem aumentando em diversos lugares do mundo abrangendo tanto países pobres quanto países de alto nível sócio-econômico. Sendo assim é de fundamental importância determinar sua prevalência, para que desta forma possa se determinar as medidas mais eficazes no controle da afecção.

Handwritten notes: 2 21/25

O presente estudo demonstra a prevalência de sífilis entre as gestantes que realizaram seu parto na Maternidade do Hospital Universitário no período de 6 de março a 15 de agosto de 1996, bem como possíveis fatores de risco.

A prevalência obtida dentre a amostra colhida durante este período foi de 0,6%. Ao comparar-se a prevalência encontrada com outros países pertencentes ao 3º mundo pode-se constatar resultados semelhantes. Em estudo sorológico epidemiológico realizado em Bahrain, no período de 1982 a 1990 obteve-se uma prevalência de 0,9%.¹⁷ Em Beirute, no período de 1982 a 1990, os resultados foram de 0,97%,²⁵ já no Arizona, estudo realizado com Mexicanas, moradoras nos

Estados Unidos a prevalência foi de 0,3%.¹¹ Índices mais altos foram encontrados no Haiti e na África do Sul, com prevalência de 11,2% e 15% respectivamente,^{3,26}

Dados obtidos na Literatura Nacional indicam prevalência de 2,78% (Estudo realizado em Fortaleza no período de 1982 a 1987).²⁷ Esses índices mais elevados quando comparados aos do presente estudo talvez decorram das baixas condições econômicas da região, visto que o Ceará é um dos estados mais pobres do país.

A média de idade das pacientes estudadas foi de 25,2 anos semelhante ao obtido no Haiti com uma média de 25,9 anos de idade.²⁶ *comum q*
dos 14000000.

Em relação ao estado civil a maior parte das pacientes eram casadas ou mantinham união estável, perfazendo 89,2% do total de paciente estudadas, índice maior que o encontrado no Arizona em 1991, cuja a porcentagem de pacientes casadas ou em relação estável foi de 40,7%.¹¹ *é o maior % (casadas...)*

O grau de escolaridade de uma população é um bom parâmetro para avaliar o nível de instrução de seus componentes. O nível de escolaridade das pacientes estudadas manteve-se entre 1º grau incompleto e 1º grau completo com índice de 67,7% do total, semelhante ao nível de escolaridade encontrado no Haiti em que a maioria das gestantes apresentaram o 1º grau incompleto.²⁶

Quanto a paridade a maior parte das gestantes eram primíparas (47,5%), diferente do estudo conduzido no Arizona, onde a maioria das pacientes eram secundíparas.¹¹

→ fazemos que se tem o mesmo no
Haiti e no Brasil.

Dentre a amostra colhida a maior parte das gestantes (82,6%) realizou pré-natal. Devido a importância da realização do pré-natal levantou-se a possibilidade de que a não realização do mesmo seria um fator de risco para sífilis. Assim sendo associou-se VDRL e condições de pré-natal. Porém, na amostragem encontrada a taxa de infecção entre as pacientes que realizaram pré-natal foi de 0,7%, contra nenhuma infectada dentre as que não realizaram. Aplicando-se teste estatísticos adequado não houve associação significativa entre pré-natal e sífilis no presente estudo. Estudo realizado em Nova York em 1991 3,9% de pacientes que realizaram pré-natal estavam infectados contra 3,7% das que não realizaram pré-natal.⁷

A sífilis ocorre mais frequentemente no grupo etário de 15 a 30 anos,⁴ sendo que o início precoce da atividade sexual aumenta muito o risco de contaminação pelo *Treponema*.¹¹

As parturientes do Hospital Universitário iniciaram a atividade sexual entre 15 e 20 anos em 69,3% dos casos. Ao correlacionar início da atividade sexual e VDRL observa-se que 100% das pacientes infectadas iniciaram a atividade sexual com menos de 20 anos, demonstrando haver relação entre início precoce da atividade sexual e sífilis, contudo, ao aplicar-se o teste estatístico X^2 , comprovou-se não haver associação significativa. Em estudo realizado no Haiti a média de idade para início de atividade sexual em pacientes com sífilis foi de 18,3 anos sugerindo associação entre a afecção e precocidade da atividade sexual.²⁶

A incidência aumentada de sífilis tem sido relacionado ao aumento do consumo de drogas ilícitas.¹ Este aumento do consumo promoveu a troca de

sexo por drogas ou sexo por dinheiro, por conseguinte ocorreu um aumento na multiplicidade de parceiros.^{4,11}

Na amostragem colhida 100% das pacientes contaminadas apresentavam apenas 1 parceiro sexual nos últimos 12 meses. Levando a considerar que não há relação entre multiplicidade de parceiro e sífilis. Todavia, segundo teste estatístico aplicado, tal associação não é válida.

Não há relação entre multiplicidade de parceiros e sífilis.

Quanto ao uso de drogas injetáveis 0,6% das pacientes eram usuárias de drogas e nenhuma destas pacientes apresentou infecção, porém, não pode-se afirmar que não há relação entre drogas e sífilis porque a prevalência da doença foi baixa na amostra colhida. Contudo, a literatura mundial demonstra haver relação entre sífilis e multiplicidade de parceiros e sífilis e uso de drogas injetáveis.^{3,4,11}

Uma forte associação entre drogas e sífilis não pode ser afirmada porque a prevalência da doença foi baixa na amostra colhida.

VII CONCLUSÕES

1 - A prevalência de sífilis entre as parturientes do Hospital Universitário, no período de 6 de março a 15 de agosto de 1996, foi de 0,6%.

2 - Foi confirmado a importância do screening pré-natal para sífilis, visto que, apesar da baixa prevalência ainda está presente em nosso meio.

3 - A baixa prevalência encontrada no presente estudo não permitiu correlacionar os fatores de risco como dados significativos.

77
0,6% *Messuro n confirmada*
(Uma @ *Screening pré-natal* →
Foi realizado)
Messuro n últimos 1400.

VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Vancouver

1. CHARLES Davis, et al. Sífilis Parte II. In: CHARLES -Davis. **Infecções obstétricas e perinatais**. Artes Médicas, cap:21, p.371-397. *Am 3*
2. LUKEHART, S.A.; HOLMES, K.K. Sífilis. In: ISSELBACHER, K.; BRAUNWALD, E.; WILSON, J. et al. **Harrison Medicina Interna**. 12.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. v.1, cap.128, p.205-215.
3. BAM, R.H.; CRANJE, H.S.; MUIR, A.; GRIESSEL, D.J.; HOEK, B.B. Syphilis in pregnant patients and their offspring. South Africa: **Int. J. Gynecol-Obstet.**, v.44, n.2, p.113-8, Feb. 1994. *44(2)-113-8*
4. BUCKLEY, H.B. Syphilis: a review and update of this "New" infection of the '90s. New York: **The American Journal of Primary Health Care**, v.17, n.8, p.25-32, 1992.
5. BER KOWITZ, K.; BAXI, L.; FOX, H.E. False-negative syphilis screening: the prozone phenomenon, nonimmune hydrops, and diagnosis of syphilis during pregnancy. New York: **Am.J.Gynecol-Obstet.**, v.163, n.3, p.975-7, Sep. 1990.
6. RAWSTRON, S.A.; BROMBERG, K. Comparison of maternal and newborn serologic tests for syphilis. New York: **Am.J.Dis. Child.**, v.145, n.12, p.1383-8, Dec. 1991.

7. KLASS, P.E.; BROWN, E.R.; PELTON, S.I. The incidence of prenatal syphilis of the Boston City Hospital: a comparison across four decades. **Pediatrics**, v.94, n.1, p.24-8, Jul. 1994.
8. BRABIN, L.; KEMP, J.; OBUNGE, O.K. et al. Reproductive tract infections and abortion among adolescent girls in rural Nigeria. **Lancet**. v.345, n.8.945, p.300-4, Feb. 1995.
9. BERRY, M.C.; DAJANI, A.S. Resurgence of congenital syphilis. USA: **Infect. Dis. Clin. North. Am.**, v.6, n.1, p. 19-29, Mar. 1992.
10. JONNA, J.; COLLINS, M.; ABEDIN, M. et al. Postneonatal screening for congenital syphilis. USA: **J. Fam. Pract.**, v.41, n.3, p.286-8, Sep. 1995.
11. CAMPOS-OUTCALF, D.; RYAN, K. Prevalence of sexually transmitted diseases in Mexican-American pregnant women by country of birth and length of time in the United States. USA: **Sex. Transm. Dis.**, v.22, n.2, p.78-82, Mar-Apr, 1995.
12. LINDSTRAND, A.; BERGSTROM, S.; BUGALHO, A. et al. Prevalence of syphilis infection in Mozambican women with second trimester miscarriage and women attending antenatal care in second trimester. **Genitourin. Med.**, v.69, n.6., p.431-3, Dec. 1993.
13. NICOLL, A.; MOISLEY, C. Antenatal screening for syphilis. **BMJ**, v.308, n.14, p.1253-4, May 1994.
14. MEYER, M.P.; MALAN, A.F. Risk factors for congenital syphilis. **Ann.Trop. Paediatr.**, v.11, n.2., p.193-8, 1991.
15. DESENCLOS, J.C.; SCAGGS, M.; WROTEN, J.E. Characteristics of mothers of live in infants with congenital syphilis in Florida. USA: **Am.J.Epidemiol.**, v.136, n.6., p.657-61, Sep. 1992.
16. McFARLIN, B.L.; BOTTOMS, S.F. Maternal syphilis in Michigan: the challenge to prevent congenital syphilis. **Midwifery**, v.11, n.2, p.55-60, Jun. 1995.

17. YOUNG, A.A.; WALLACE, M.R.; BAIG, B.M.; RAJAB, K. Prenatal serologic screening in Bahrain. **Scand. J. Infect. Dis.**, v.23, n.6., p.781-3, .1991.
18. ABYAD, A. Cost-effectiveness of antenatal screening for syphilis. **Health Care Women Int.**, v. 16, n.4, p.323-8, Jul - Aug. 1995.
19. JACOBS, R.A. Infections diseases: spirochetal. In: TIERNEY JR, L.M.; McPHEE, S.J.; PAPADAKIS, M.A. **Current Medical Diagnosis e Treatment**. 1996, Editora Lange, cap.33, p.1227-1237.
20. SPARLING, P.F. Doenças sexualmente transmitidas. In: WYNGAARDEN; J.b.; LLOYD, H.; SMITH JR; BENNETT, J.C. **Tratado de Medicina Interna - CECIL**, 19.ed., Guanabara Koogan, v.2, cap.340, p.1798-1807.
21. ROLFS, R.T. Treatment of syphilis, 1993. USA: **Clin. Infect. Dis.**, n.20, suppl.1:S, p.23-38. Apr. 1995.
22. REZENDE, J. de; BARCELLOS, J.M. Doenças infecciosas e parasitárias patogênicas das formas congênitas. In: REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 6.ed., Guanabara Koogan, cap.19, p.442-444. *Am9?*
23. TENÓRIO, T. Diagnóstico laboratorial da sífilis: interpretação dos resultados. **Femina**, v.20., n.10., p.1065-1066, Out. 1992.
24. EL-ZAATARI, M.M.; MARTENS, M.G.; ANDERSON, G.D. Incidence of the prozone phenomenon in syphilis serology. **Obstetrics e Gynecology**, v.84, n.4, parte 1, Georgia, Oct. 1994.
25. CHANG, Y.K.; CHAO, S.L.; HUANG, L.W. Gestational and congenital syphilis in Hualien. **J.Formos.Med. Assoc.**, v.91, n.6, p.620-3, Jun. 1992.
26. BEHETS, F.M.; DESORMEAUX, J.; JOSEP, D. et al. Control of sexually transmitted diseases in Haiti: results and implications of a baseline study among pregnant women living in cite soleid sharty towns. USA: **J.Infect. Dis.**, v.172, n.3, p.764-71, Sep. 1995.

27. BRUNO, Z.V. Inquérito sorológico da sífilis em adolescentes. **Femina**, v.19, n.8, .p.622-627, Aug. 1991.

**TCC
UFSC
TO
0142**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0142

Autor: Carvalho, Bruno Ca

Título: Prevalência de sífilis entre as



972804249

Ac. 254277

Ex.1 UFSC BSCCSM