

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ÂNGELA MARIA DE OLIVEIRA MOURA BRASIL

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE GESTANTES COM SÍFILIS: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

PICOS-PIAUI

2013

ÂNGELA MARIA DE OLIVEIRA MOURA BRASIL

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE GESTANTES COM SÍFILIS: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Valéria Lima de Barros

PICOS-PIAUI

2013

Eu, **Ângela Maria de Oliveira Moura Brasil**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 24 de outubro de 2013.

Ângela Maria de Oliveira Moura Brasil  
Assinatura

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca José Albano de Macêdo

**B823p** Brasil, Ângela Maria de Oliveira Moura.  
Perfil sociodemográfico de gestantes com sífilis: uma  
revisão integrativa / Ângela Maria de Oliveira Moura Brasil. –  
2013.  
CD-ROM : il; 4 ¾ pol. (41 p.)  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Profa.Msc. Valéria Lima de Barros

1. Sífilis. 2. Gestantes. 3. Sífilis Congênita. I. Título

**CDD 616.951 3**

ÂNGELA MARIA DE OLIVEIRA MOURA BRASIL

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE GESTANTES COM SÍFILIS:  
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 24 / 09 / 2013

BANCA EXAMINADORA:

*Valéria Lima de Barros*

Prof.<sup>a</sup>. Ms. Valéria Lima de Barros  
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB  
Presidente da Banca

*Dayze Djanira Furtado de Galiza*

Prof.<sup>a</sup>. Ms. Dayze Djanira Furtado de Galiza  
Universidade Federal do Piauí – UFPI/CSHNB  
1.<sup>o</sup>. Examinador(a)

*Maria Sauanna Sany de Moura*

Enf.<sup>a</sup>. Esp. Maria Sauanna Sany de Moura  
Secretaria Municipal de Saúde de Picos - Piauí  
2.<sup>o</sup>. Examinador(a)

**AOS MEUS PAIS,**

Antônio de Moura Brasil e Maria José, que sempre me apoiaram, que não mediram esforços para concretização desse sonho, por me mostrarem que o caminho deveria ser seguido sem medo, fossem quais fossem os obstáculos. Esta vitória também é de vocês.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e a Nossa Senhora de Guadalupe, que sempre me protegeram e guiaram meus caminhos, pela oportunidade e privilégio de concretizar este curso.

Aos meus amados pais, Antônio e Maria, que entre tantos contratemplos, me ensinaram que os caminhos da vida são cheios de encantos e que os obstáculos são estímulos para seguir confiante em busca de nossos ideais. Que é possível transformar nossos sonhos em realidade com perseverança e dedicação. Que por mais árdua que seja a luta, por mais longa que seja a caminhada, existe sempre uma maneira de vencer: a nossa Fé. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Ana, Antônio, Adriana, Antonella, Aristóteles, Afrânio, Aderson, Andrelina, André, Adoniram e Arthemio fieis companheiros e amigos, que durante todos esses anos me apoiaram de maneira incondicional. Amo vocês!

Ao meu namorado João Ricardo, por todo amor e incentivo, pela “presença” mesmo que distante, pela paciência e compreensão. Amo-te!

À minha avó Luzia e todos os demais familiares, pelo incentivo e carinho.

À minha orientadora Valéria Lima de Barros, por todos os ensinamentos e paciência, sempre muito atenciosa e dedicada. Eu só tenho a lhe agradecer por todo o apoio dado quando precisei, pelas valiosas contribuições ao longo das etapas da execução deste Trabalho de Conclusão de Curso. Minha admiração por você é inestimável.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-GPESC, pelas experiências vivenciadas e pesquisas realizadas na área de saúde da mulher, trazendo o meu amadurecimento enquanto acadêmica e agora como profissional.

Às minhas amigas de curso: Tereza Arrais, Luana Savana, Rafaela Teotônio, Elaine Marcelina, Stter Deilanne, Patrícia Shirley, Simone Barroso e Sheyla Dayana, pela amizade, pela troca de experiência e por todos os momentos juntos compartilhados.

Aos colegas de turma e amigos que fiz durante esses quase cinco anos de convivência. Sabemos que vamos sentir falta de tudo que passamos juntos e que mesmo enfrentando obstáculos conseguimos vencer.

Aos meus companheiros de república: João Paulo, Rute Ariane, Cleidiane de Sousa, Marília Moraes, Elizandra de França e Hosana Tenório, por terem sido a minha família aqui em Picos e por serem pessoas muito especiais em minha vida. Presentes de Deus!

A todos os meus mestres da UFPI, que de alguma forma contribuíram para o meu aprendizado. Cada ensinamento adquirido com vocês fez e fará toda diferença em minha vida.

*“Nada é impossível de mudar. Desconfiai do mais trivial, na aparência singela. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.”*

Bertold Brecht

## RESUMO

Atualmente, a sífilis permanece como grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil, mesmo considerando-se a existência de testes diagnósticos sensíveis e tratamento eficaz e de baixo custo, com desfecho exitoso na maioria dos casos. As características individuais dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atuam como fatores influenciadores ou determinantes das características do acesso aos serviços de saúde. Entre esses fatores, pode-se destacar a idade, o sexo, a raça, a renda e a escolaridade. Desse modo, justifica-se a pesquisa dessas variáveis em grupo populacional vulnerável aos agravos à saúde, principalmente no ciclo gravídico-puerperal. Este estudo tem por objetivo analisar as publicações científicas inseridas nas bases de dados on-line, no período de 2006 a 2013, que abordem o perfil sociodemográfico da sífilis gestacional. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem quantitativa, acerca do perfil sociodemográfico das gestantes diagnosticadas com sífilis. A busca bibliográfica foi realizada na base de dados LILACS, em julho de 2013. Tal busca forneceu um total de 132 artigos e, depois de avaliados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para análise nove artigos. As informações retiradas dos artigos escolhidos foram inseridas em um instrumento, de acordo com as variáveis da publicação e as variáveis das gestantes. Os resultados encontrados apontam predominância da sífilis gestacional em mulheres jovens (20-34 anos), com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), em união estável ou solteira, parda e de baixa renda, o que sugere uma maior vulnerabilidade social e reprodutiva dessas mulheres e torna mais complexo o desafio de controle da sífilis nessa população. Destaca-se, no entanto, a carência de dados no que se refere a informações sobre a raça e renda familiar das gestantes. Conclui-se que estudos epidemiológicos, identificando os aspectos socioeconômicos, são necessários e poderão trazer análises precisas, traduzindo a realidade da consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família, enquanto atendimento e acompanhamento em diferentes etapas do período gestacional. Traçando as características socioeconômicas pode-se desenvolver um atendimento voltado à realidade das gestantes e assim atender suas reais necessidades.

**Palavras-chave:** Sífilis. Gestantes. Sífilis congênita.



## ABSTRACT

Currently, syphilis remains a serious public health problem worldwide and in Brazil, even considering the existence of sensitive diagnostic tests and treatment and cost-effective, with successful outcome in most cases. The individual characteristics of users of the Unified Health System (SUS) or act as influential factors determining the characteristics of access to health services. Among these factors, we can highlight the age, sex, race, income and education. Thus, it is justified to study these variables in the population group vulnerable to health problems, especially in pregnancy and childbirth. This study aims to analyze scientific publications inserted into databases online, over the period 2006-2013, addressing the demographic profile of gestational syphilis. It is an integrative literature review, quantitative approach, on the demographic profile of the women diagnosed with syphilis. A literature search was conducted in the LILACS database, in July 2013. This search provided a total of 132 articles and, having assessed the inclusion and exclusion criteria were selected for analysis nine Articles. The information extracted from selected articles were inserted into an instrument, according to the publication variables and the variables of the pregnant women. The results show a predominance of gestational syphilis in young women (20-34 years), low education (primary education), in a stable relationship or single, mixed and low income, which suggests greater social vulnerability of these women and reproductive becomes more complex and the challenge of controlling syphilis in this population. It is noteworthy, however, the lack of data with regard to information about race and family income pregnant women concluded that epidemiological studies, identifying the socioeconomic aspects are necessary and can bring accurate analysis, reflecting the reality of consultation Nursing in the Family Health Strategy, while care and monitoring at different stages of pregnancy. Tracing the socioeconomic characteristics can develop a call back to the reality of pregnancy and thus meet their real needs.

Keywords: Syphilis. Pregnant women. Congenital syphilis.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS/BIREME	Descritores indicados pela Biblioteca de Terminologia em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SC	Sífilis Congênita
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory

## LISTA DE FIGURAS/QUADROS/TABELAS

FIGURA 1	Esquema das etapas da revisão da literatura	18
FIGURA 2	Esquemática da seleção dos artigos a partir das buscas realizadas	19
QUADRO 1	Análise descritiva dos estudos revisados sobre o perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis	23
TABELA 1	Caracterização geral dos estudos	22
TABELA 2	Faixa etária das gestantes que participaram dos estudos analisados	26
TABELA 3	Escolaridade das gestantes que participaram dos estudos analisados	28
TABELA 4	Estado civil das gestantes que participaram dos estudos analisados	30
TABELA 5	Raça das gestantes que participaram dos estudos analisados	32
TABELA 6	Renda familiar das gestantes que participaram dos estudos analisados	33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos.....	16
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
3.1 Tipo e natureza do estudo.....	17
3.2 Etapas da revisão integrativa da literatura.....	17
3.3 Aspectos éticos e legais.....	21
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>22</b>
4.1 Eixo 1 – Perfil das publicações.....	22
4.2 Eixo 2 – Perfil das gestantes.....	25
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>40</b>
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	41

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a sífilis permanece como grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil, mesmo considerando-se a existência de testes diagnósticos sensíveis e tratamento eficaz e de baixo custo, com desfecho exitoso na maioria dos casos.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica e causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual e vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida e congênita da doença (BRASIL, 2007).

Classifica-se a sífilis como recente (menos de um ano de evolução), podendo ser primária, secundária e latente recente; e tardia (com mais de um ano de evolução), podendo ser latente tardia e terciária. A doença caracteriza-se inicialmente pela manifestação de uma pequena úlcera nos órgãos genitais (cancro duro) e linfonodomegalia inguinal, surgidos entre a 2ª e 3ª semanas após o contágio. As úlceras e a linfonodomegalia não doem, não coçam, não ardem e não apresentam secreção purulenta (BRASIL, 2006a).

Após algumas semanas este quadro entra em remissão sem deixar cicatriz, o que leva a uma falsa sensação de cura. Sem tratamento, a doença tende a avançar pelo organismo, podendo ocasionar lesões cutâneas em várias partes do corpo, inclusive nas regiões palmares e plantares, além de alopecia, amaurose, cardiopatias e acometimento do sistema nervoso, podendo até mesmo levar o paciente ao óbito (BRASIL, 2006a).

A maior frequência da doença, observada na faixa etária de 20 a 29 anos, é preocupante, por ser este o período de idade fértil das mulheres, o que pode acarretar a transmissão vertical da sífilis, levando a quadros de Sífilis Congênita (SC) e seus consequentes agravos aos neonatos (BRASIL, 2012).

A SC, infecção do feto através da placenta da mãe infectada, pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto. A bactéria, presente na circulação sanguínea da gestante, penetra na placenta e chega aos vasos do cordão umbilical, multiplicando-se rapidamente por todo o organismo da criança que está sendo gerada (BRASIL, 2006a).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2008), a eliminação da SC como problema de saúde pública exige a diminuição da sua incidência para menos de um caso por mil nascidos vivos, meta esta possível de ser alcançada com a redução da prevalência de sífilis em gestantes e a prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho. Para tanto, se faz necessário o desenvolvimento de ações de prevenção durante o pré-natal, que incluem a captação precoce da gestante, realização do diagnóstico sorológico, tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do

parto, sendo o parceiro tratado concomitantemente, além da busca ativa de gestantes com sífilis (SARACENI et al., 2007; MESQUITA et al., 2012).

Entretanto, Estudo Sentinela Parturiente realizado no Brasil em 2004, encontrou uma prevalência de sífilis em gestantes de 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no mesmo grupo, estimando-se um total de 48.425 gestantes infectadas naquele ano. Comparando o dado estimado em 2004 com o dado notificado em 2005 (1.863), calcula-se que a vigilância só alcançou 3,8% dos casos esperados (BRASIL, 2012).

Em 2005, no Brasil, foram notificados e investigados 5.792 casos de SC em menores de um ano de idade, sendo que 78% das mães haviam realizado pré-natal e dessas, 56% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez. Todavia, apenas 13,3% tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente. Preterindo-se o número de casos subnotificados, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal no Brasil e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez (SÃO PAULO, 2008).

Segundo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o número de nascidos vivos em Picos no ano de 2012 foi de 3.693. No entanto, apenas 1.509 residem no município. Nesse mesmo ano, foram notificados 22 casos de gestantes com sífilis, residentes no município, dos quais, de acordo com o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados seis casos de sífilis congênita (PICOS, 2012).

Diante de tais dados, pode-se inferir que a problemática da sífilis congênita está intimamente relacionada ao acesso e à baixa qualidade do pré-natal (COSTA et al., 2013), sendo preocupante o número de mulheres que ainda não têm acesso à esse atendimento. Ademais, dentre as mulheres que realizam as consultas de pré-natal e que possuem sorologia positiva para sífilis, existem as que não retornam para pegar os resultados dos exames, as que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado, e ainda as gestantes que não tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente durante a gravidez (BRITO; JESUS; SILVA, 2009).

Assim sendo, dentre os fatores que contribuem para o insucesso no controle da SC podem ser destacados os obstáculos para o acesso aos serviços de pré-natal; a qualidade insuficiente de muitos destes serviços; a falta de solicitação para a realização do exame sorológico das gestantes conforme preconizado e a não abordagem para tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais daquelas mulheres com resultado do diagnóstico

sorológico não treponêmico ou Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) positivo (MESQUITA et al., 2012).

Reforça-se, portanto, que o acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento adequado da sífilis nas gestantes e seu(s) parceiro(s) sexual(is) são etapas fundamentais para a prevenção da sífilis congênita, uma vez que o risco de infecção do feto está relacionado ao estágio da doença na gestante, onde infecções mais recentes implicam em maior quantidade de bactérias na circulação sanguínea da gestante tendo, portanto, maior risco de transmissão para o feto (BRASIL, 2013).

Além disso, por ocasião do parto, muitas maternidades não proporcionam como rotina o VDRL para parturientes, retornando bebê e mãe para a comunidade com a possibilidade do agravo. Esse descaso com a sífilis na gestação está promovendo o aumento do número de casos de sífilis congênita, necessitando, portanto, de políticas públicas e ações eficazes para eliminar essa doença de fácil controle (COSTA et al., 2013).

Ademais, para Lopes (2003), as condições socioeconômicas dos sujeitos, o lugar onde vivem, a qualidade dos equipamentos sociais aos quais têm acesso, a sensibilidade, a humanização e o compromisso da equipe profissional são determinantes na eficácia do cuidado em saúde.

Portanto, as características individuais dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atuam como fatores influenciadores ou determinantes das características do acesso aos serviços de saúde. Entre esses fatores, pode-se destacar a idade, o sexo, a raça, a renda e a escolaridade (DOMINGUES et al., 2013). Desse modo, justifica-se a pesquisa dessas variáveis em grupo populacional vulnerável aos agravos à saúde, principalmente no ciclo gravídico-puerperal.

Assim sendo, com o objetivo de melhor atender essa população, surge a necessidade de se investigar de forma mais aprofundada o perfil sociodemográfico dessas mulheres. Questiona-se, portanto, qual o perfil sociodemográfico das gestantes diagnosticadas com sífilis? Esse conhecimento permitirá o desenvolvimento de intervenções e políticas públicas mais adequadamente direcionadas para as necessidades dessa parcela da população, constituindo-se em uma fonte importante de apoio.

Acredita-se que identificar esse perfil torne-se um instrumento importante, uma vez que, por meio deste, é possível se conhecer as características dessas mulheres, para a formulação de estratégias de ação e prevenção e para a implementação de programas e projetos eficazes de controle deste agravo.

Considera-se essa pesquisa de grande relevância, uma vez que a sífilis é uma doença que representa um problema de saúde pública, sendo causa de grande morbidade na vida intrauterina, com consequências terríveis tanto para o feto quanto para a mãe. Ressalta-se que a enfermagem tem importante papel na prevenção de agravos, especialmente no acompanhamento de mulheres durante o ciclo gravídico, o que requer dos profissionais que nela atuam ter conhecimento sobre a doença e a população por ela acometida, podendo assim contribuir significativamente na promoção da saúde e prevenção de agravos.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar a produção científica brasileira inserida nas bases de dados on-line, no período de 2006 a 2013, que aborde o perfil sociodemográfico das gestantes diagnosticadas com sífilis.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar a produção científica revisada quanto ao período de publicação e periódico, locais de realização das pesquisas e delineamento dos estudos;
- Identificar o perfil sociodemográfico destas gestantes.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura acerca do perfil sociodemográfico da gestante diagnosticada com sífilis. Esse tipo de estudo inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte à tomada de decisão e melhoria da prática clínica, permitindo a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas. Por meio dele, pode-se realizar a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilitar conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; POLIT; BECK, 2011).

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de maneiras capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar aos profissionais melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse contexto, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

#### **3.2 Etapas da revisão integrativa da literatura**

Para a investigação, realizou-se levantamento da literatura científica apresentada, análise e síntese dos resultados, obedecendo-se as seis etapas indicadas no estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008), a fim de cumprir criteriosamente todos os passos necessários para a busca de evidências pertinentes sobre o perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis. Tais etapas encontram-se pormenorizadas na Figura 1.

<b>ETAPAS</b>	
1	Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão interativa.
2	Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão estudos/amostragem ou busca na literatura
3	Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos
4	Apresentação da revisão/síntese do conhecimento
5	Interpretação dos resultados
6	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Adaptado de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

**Figura 1** – Esquema das etapas da revisão integrativa da literatura.

### 3.2.1 Estabelecimento da hipótese

Considerando a necessidade de delimitação da temática a ser pesquisada, elaborou-se como questão norteadora para a busca de evidências na literatura científica, a seguinte pergunta-problema: qual o perfil sociodemográfico das gestantes diagnosticadas com sífilis?

### 3.2.2 Amostragem

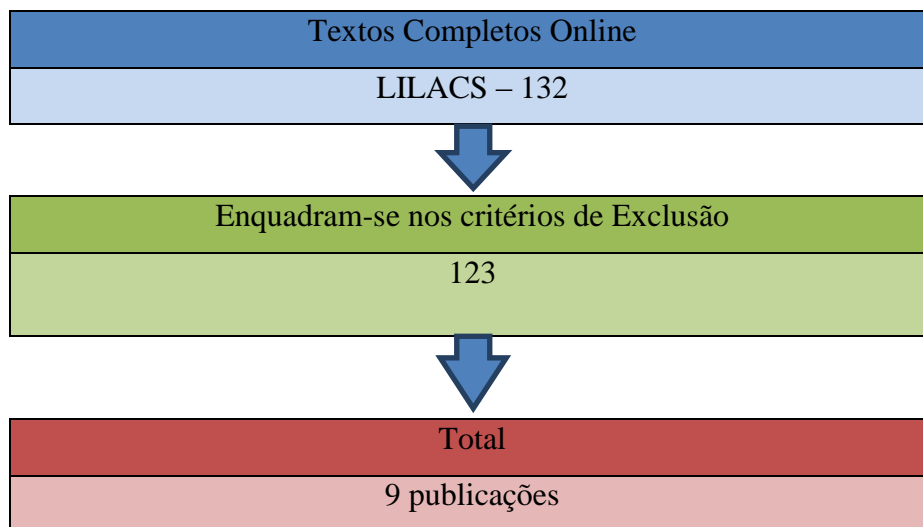
Durante o período de julho de 2013, realizou-se a busca dos artigos nas bases de dados eletrônicas disponibilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os textos foram acessados na íntegra por meio do sítio virtual da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a busca, utilizaram-se os seguintes descritores indicados pela biblioteca de terminologia em saúde (DeCS/BIREME): *gestantes*, *sífilis*, realizando a associação entre os mesmos, com o conectivo booleano *and*.

A busca foi realizada utilizando os descritores em português.

Na Figura 2, encontra-se esquematizada a seleção dos estudos de acordo com os critérios de inclusão utilizados para esse estudo: publicação incluída no período de 2006 à 2013, texto completo para acesso online sem custos, em formato de artigo (não foram

incluídas teses e dissertações, apesar de serem disponibilizadas nas bases de dados informadas), disponibilidade em língua portuguesa, que apresentasse o perfil sociodemográfico das gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional (sendo identificado por meio da leitura do resumo). Vale ressaltar que a opção por este intervalo de tempo (2006 a 2013) se deve ao fato de que, somente a partir de 2005, a sífilis em gestantes entrou para o rol das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2005).



**Figura 2** – Esquematização da seleção dos artigos a partir das buscas realizadas.

Os artigos repetidos nas buscas foram excluídos, sendo contabilizados apenas na primeira vez que apareceram. Descartaram-se, ainda, os artigos cujo delineamento indicava estudo bibliográfico, revisão integrativa, revisão sistemática e estudo teórico-reflexivo. Ao final, foram selecionados nove publicações para análise.

### 3.2.3 Categorização dos estudos

As informações extraídas dos artigos selecionados foram inseridas em instrumento (formulário – APÊNDICE A) elaborado especialmente para o presente estudo. Tal instrumento foi necessário para caracterizar as publicações e extrair os principais resultados destas, que contribuiriam para encontrar subsídios para responder à questão norteadora da presente revisão integrativa.

As variáveis abordadas por essa pesquisa foram agrupadas em dois eixos: perfil das publicações e perfil das gestantes.

### 3.2.3.1 Variáveis da publicação

Procedência: foi considerada LILACS, que corresponde à base de dados em que a pesquisa foi realizada.

Título: foi considerado o título presente na publicação, respeitando-se os aspectos éticos.

Autor (es): foi considerado o (s) autor(es) presente (s) na publicação, respeitando-se os aspectos éticos.

Local da pesquisa: foi considerada a região do país na qual foi desenvolvido o estudo.

Periódico: foi considerado aquele informado na base de dados.

Delineamento do estudo: foi considerada a informação mencionada na metodologia do estudo.

Ano: foi considerado o ano em que o estudo foi publicado.

### 3.2.3.1 Variáveis da gestante:

- Idade: foi considerada a faixa etária predominante na publicação.

- Escolaridade: foi considerado o nível de escolaridade predominante (analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, não informado).

- Estado civil: foi considerado o estado civil que prevaleceu entre as participantes dos estudos (casada, união estável, separada, solteira).

- Raça/cor: foi considerada a raça predominante no estudo (branca, negra e parda).

- Renda familiar: foi considerada a renda familiar dominante (< 1 salário mínimo, 1-2, 3-4 ou > 4 salários mínimo).

### **3.2.4 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa**

Nesta etapa, realizou-se uma análise detalhada das informações coletadas, de forma crítica procurando encontrar explicações para os resultados obtidos em outros estudos e para os conflitantes, conforme mencionado por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Tanto a análise quanto a síntese dos dados retirados dos artigos foram realizadas de forma descritiva,

possibilitando observar, descrever e classificar os dados, com o propósito de agrupar o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

Após o preenchimento das informações no instrumento, alguns dados foram organizados e inseridos em banco de dados do software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20.0, com a finalidade de se verificar a frequência absoluta de estudos que contêm essas informações, a saber: natureza do estudo, local (região), periódico e ano de publicação. Os dados foram expostos em quadros e tabelas, com o intuito de simplificar a visualização e a análise.

### **3.2.5 Interpretação dos resultados**

Os resultados foram interpretados através de uma avaliação crítica dos estudos revisados em comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Assim, foi possível reconhecer, ao final, o perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis.

### **3.2.6 Síntese do conhecimento**

Além da caracterização geral dos estudos, realizou-se uma análise detalhada dos artigos, o que gerou uma síntese dos conhecimentos, exposta nos resultados. O documento com as etapas realizadas para chegar à resposta da pergunta-problema constitui este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que contempla o conhecimento existente sobre a temática pesquisada.

## **3.3 Aspectos éticos e legais**

Por se tratar de um trabalho realizado com dados extraídos de fontes de livre acesso nas bases de dados virtuais, não houve a necessidade de submeter o mesmo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), assim como não foi necessário pedir autorização aos autores dos estudos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Eixo 1 – Perfil das publicações

#### 4.1.2 Caracterização geral dos estudos

Os nove artigos, provenientes dos critérios de inclusão e exclusão, que traziam em seus resultados o perfil sociodemográfico das gestantes diagnosticadas com sífilis, foram incluídos, tabulados e analisados, conforme exposto na Tabela 1. Em seguida, o Quadro 1 apresenta a síntese dos resultados encontrados em relação ao ano de publicação do estudo, periódico de publicação, título, autores, regiões do país nas quais a temática vem sendo objeto de investigação e delineamento do estudo, bem como aos objetivos traçados para os estudos e aos métodos de coleta e análise de dados mais utilizadas pelos pesquisadores.

**Tabela 1** – Caracterização geral dos estudos

VARIAVEL	N	%
<b>ANO</b>		
≤ 2009	3	33,3%
≥ 2010	6	66,7%
<b>PERIÓDICO</b>		
DST-J bras Doenças Sex Transm	2	22,2%
Epidemiol. Serv. Saúde	1	11,1%
Rev Bras Ginecol Obstet	1	11,1%
Com. Ciências Saúde	1	11,1%
Rev Esc Enferm USP	1	11,1%
Cad. Saúde Pública	2	22,2%
Rev. Saúde Pública	1	11,1%
<b>NATUREZA</b>		
Quantitativo	9	100 %
<b>LOCAL (REGIÃO)</b>		
Norte	1	11,1%
Nordeste	3	33,3%
Centro-Oeste	3	33,3%
Sudeste	2	22,3%

**QUADRO 1** - Análise descritiva dos estudos revisados sobre o perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis.

	<b>Base de Dados</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Região</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>
A 01	LILACS	Sífilis Congênita como Fator de Assistência Pré-Natal no Município de Campo Grande – MS	FIGUEIRO-FILHO, E. A, et al.	Observacional transversal, quantitativo	Centro-Oeste	DST - J bras Doenças Sex Trans	2007
A 02	LILACS	Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gravidez no Centro de Saúde do Bairro Uruará - Área Verde	PIRES, O. N, et al.	Transversal, quantitativo	Norte	DST - J bras Doenças Sex Transm	2007
A 03	LILACS	Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no centro de saúde nº 2 Samambaia-DF	LEITÃO, E. J. L, et al.	Retrospectivo, transversal, quantitativo	Centro-Oeste	Com. Ciências Saúde	2009
A 04	LILACS	Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle	CAMPOS, A. L. A, et al.	Transversal e descritivo, quantitativo	Nordeste	Cad. Saúde Pública	2010
A 05	LILACS	Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal	NASCIMENTO, M. I. D, et al.	Retrospectivo descritivo, quantitativo	Sudeste	Rev Bras Ginecol Obstet.	2011
A 06	LILACS	Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007	HOLANDA, M. T. C. G, et al.	Descritivo, seccional, quantitativo	Nordeste	Epidemiol. Serv. Saúde	2011
A 07	LILACS	Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década	COSTA, C. C, et al.	Transversal, documental, quantitativo	Nordeste	Rev Esc Enferm USP	2013
A 08	LILACS	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal	DOMINGUES, R. M. S. M, et al.	Transversal, quantitativo	Sudeste	Rev Saúde Pública	2013
A 09	LILACS	Sífilis materna e congênita: ainda um desafio	MAGALHÃES, D. M. S, et al.	Descritivo, quantitativo	Centro-Oeste	Cad. Saúde Pública	2013



No que diz respeito à natureza dos estudos, encontrou-se que todos eles (100%) eram de abordagem quantitativa, ainda que apenas um tenha feito referência a este fato na metodologia. Os demais preferiram deixar subentendido, sendo possível a identificação no decorrer da leitura. Essa unanimidade de estudos quantitativos pode ser explicada pelo fato de que estes, de um modo geral, tinham por objetivo descrever as características da sífilis em gestantes, através dos dados epidemiológicos, obstétricos e perinatais da população estudada. Ressalta-se que os tipos de estudos encontrados foram: observacional transversal, transversal, retrospectivo e transversal, transversal e descritivo, retrospectivo descritivo, descritivo do tipo seccional, transversal e documental, transversal representativo, e descritivo.

Com relação às regiões do país nas quais a temática vem sendo objeto de investigação, encontrou-se o Nordeste (duas em Fortaleza-CE e uma Natal-RN) e o Centro-Oeste (duas em Brasília-DF e uma em Campo Grande-MS), com três (33,3%) publicações cada. Em seguida, aparece o Sudeste (duas no Rio de Janeiro-RJ), com duas (22,3%) e o Norte (Santarém-PA), que apresentou uma (11,1%) publicação.

Os resultados encontrados, no que se refere às regiões Nordeste e Centro-Oeste, podem ser explicados pela alta taxa de prevalência para sífilis ativa em parturientes que, em 2004, era de aproximadamente 1,6% (e de 0,42% para HIV), com uma estimativa de cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e de 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%). Essa prevalência variou de 1,9% na região Nordeste a 1,3% na região Centro-Oeste. Esses números contribuem bastante para que esse tipo de pesquisa tenha maior campo de desenvolvimento nas regiões acima citadas, uma vez que nelas é notório o aumento da incidência desse agravo (ALMEIDA; LINDOLFO; ALCÂNTARA, 2009).

Além disso, estudos mostram que entre 2005 e junho de 2012, foram notificados no Sinan 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente. Como visto em 2011, o número total de casos notificados no Brasil foi de 14.321, dos quais 6.488 (45,3%) na Região Sudeste, 3.359 (23,5%) na Região Nordeste, 1.687 (11,8%) na Região Norte, 1.458 (10,2%) na Região Sul e 1.329 (9,3%) na Região Centro-Oeste. No que se refere à taxa de detecção no Brasil como um todo, em 2011 observou-se uma proporção de 5,0 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas Regiões Centro-Oeste (6,0), Sudeste (5,8) e Norte (5,5). Quanto aos estados, as taxas mais elevadas observam-se no Mato Grosso do Sul (13,7) e Rio de Janeiro (10,8) (BRASIL, 2012).

Tudo isso reforça a ideia de que o alto índice de sífilis em gestantes nessas regiões vem contribuindo de forma relevante, para que estudos sejam desenvolvidos acerca de um agravo que é tido como problema de saúde pública no Brasil.

Dois periódicos apresentaram duas (22,2%) publicações cada acerca do tema em foco. São eles: revista DST- J bras Doenças Sex Transm, que tem como propósito publicar contribuições que versem sobre temas relevantes no campo das DST/HIV-Aids e áreas correlatas e a revista Cadernos de Saúde Pública, destinada à publicação de artigos no campo da Saúde Pública, incluindo epidemiologia, nutrição, planejamento em saúde, dentre outras áreas afins. Os demais periódicos apresentaram apenas uma (11,2%) publicação, cada.

O maior quantitativo de artigos encontrados no DST- J bras Doenças Sex Transm e Cadernos de Saúde Pública não surpreendem. Afinal, trata-se de revistas cujo propósito é o de publicar contribuições originais que versem sobre temas relevantes no campo das DST/HIV-Aids e da saúde pública, respectivamente.

Quanto ao período em que os estudos foram publicados, encontraram-se três (33,3%) publicações em 2013, sendo este o ano com o maior número de publicações acerca da temática. Em seguida, apareceram 2011 e 2007, com duas (22,2%) publicações cada. Os dois artigos restantes foram publicados um em 2009 e o outro em 2010.

Fica evidente, portanto, o crescente interesse dos profissionais de saúde em pesquisar acerca da sífilis em gestantes, o que pode ser atribuído ao fato de que a redução da ocorrência de tal agravo no período gestacional e, conseqüentemente, da sífilis congênita, somente será possível quando a adoção de medidas mais efetivas de prevenção e controle forem sistematicamente aplicadas. Essas medidas certamente perpassam pela captação precoce da gestante para o pré-natal, oferta de rotina mínima de exames preconizados pelos protocolos, registros apropriados e garantia de tratamento oportuno e adequado, inclusive de parceiros, com acolhimento e reconhecimento de suas necessidades (MAGALHÃES, 2013).

## **4.2 Eixo 2 – Perfil das gestantes**

### **4.2.1 Dados sociodemográficos**

Quantificada pela baixa renda familiar, pelo baixo nível educacional, pelas condições precárias de moradia, pela classe social e pelo tipo de ocupação, além da raça e do estado marital, a baixa condição socioeconômica relaciona-se à ocorrência de desfecho

indesejável na gestação (ZAMBONATO et al., 2004). Desse modo, a presente revisão integrativa buscou analisar a produção científica brasileira que aborde as características sociodemográficas das gestantes com sífilis.

#### 4.2.2 Faixa etária

Inicialmente, procurou-se identificar a faixa etária predominante entre as gestantes que participaram dos estudos analisados. Os valores encontrados podem ser observados na Tabela 2, que apresenta a faixa etária prevalente em cada estudo e o respectivo percentual de mulheres encontrado nessa faixa.

**Tabela 2** - Faixa etária das gestantes que participaram dos estudos analisados.

Artigos*	Faixa Etária (%)**						
	< 20	19-35	20-29	20-30	21-30	20-34	30-39
A1	-	-	-	-	-	-	50,0
A2	-	-	49,0	-	-	-	-
A3	-	-	-	-	-	-	45,4
A4	-	-	-	-	53,4	-	-
A5	43,7	-	-	-	-	-	-
A6	-	-	-	59,2	-	-	-
A7	-	-	-	-	-	62,7	-
A8	-	-	-	-	-	68,9	-
A9	-	53,7	-	-	-	-	-

\*Os artigos estão dispostos de acordo com a ordem apresentada no Quadro 1.

\*\*Constam, na tabela, os percentuais da faixa etária que prevaleceu entre as mulheres nos estudos analisados.

Analisando-se a faixa etária das gestantes que participaram dos estudos, percebe-se uma proximidade nos valores encontrados por Pires et al., (2007); Campo et al., (2010); Holanda et al., (2011); Costa et al., (2013); Domingues et al. (2013) e Magalhães et al., (2013); conforme pode ser observado na Tabela 2. Os valores encontrados nesses seis estudos estavam entre 20-34 anos, com variação percentual de 49% a 68,9%.

Exemplo disso, estudo realizado por Costa et al., (2013) verificou que, entre os anos 2000 e 2009, foram notificados 2.930 casos de sífilis congênita no Estado do Ceará. Em relação à idade das gestantes com sífilis, a faixa etária variou de 10 a 50 anos ou mais, sendo que a maioria da população estudada tinha entre 20 e 34 anos (n=1.836; 62,7%). O estudo

observou ainda uma porcentagem relativamente significativa de mães com sífilis na adolescência, correspondendo a 643 (21,9%) mulheres e 256 (8,7%) casos em mulheres acima dos 35 anos.

As características observadas relacionadas à idade das gestantes com sífilis nos estudos analisados foram semelhantes às encontradas em outros estudos sobre o agravo no Brasil. Assim é que, Lima et al., (2013), ao descreverem a evolução da incidência da sífilis congênita em Belo Horizonte entre 2001 e 2008 e determinar fatores de risco associados ao diagnóstico da doença, encontraram que os casos de sífilis congênita ocorreram predominantemente em nascidos de mães na faixa etária de 20 a 29 anos (57%).

Assim também, Figuiró-Filho et al., (2012) verificaram, em uma população geral de 1.024 puéperas, uma idade materna média de 24-45 ( $\pm$  6,2 anos), sendo que dentre as gestantes infectadas no primeiro período (2006) do estudo, 8,3% (1/12) da amostra eram de adolescentes (compreendidas pela idade dos 12 anos aos 17 anos e 11 meses), 41,7% (5/12) encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos e 50% (6/12) na faixa de 30 a 39 anos. No segundo período (2011), os autores encontraram que 100% da amostra de gestantes infectadas encontravam-se na faixa de 20 a 30 anos.

Dentro dessa perspectiva, percebe-se que a sífilis congênita acomete crianças nascidas de mães pertencentes a todas as idades, demonstrando a prática do sexo desprotegido independente da faixa etária. Todavia, a maior concentração de notificação de casos ocorre entre as mulheres de 20 a 34 anos. Esse achado é bastante preocupante, por demonstrar que as mulheres estão se infectando no auge da fase reprodutiva, o que implica em um maior risco de ocorrer a transmissão vertical da sífilis, o que pode levar a graves sequelas perinatais (COSTA et al., 2013).

Exemplo disso, Silveira et al., (2009), em estudo sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas (RS), identificaram uma maioria de mulheres (76,1%), com idade entre 22 e 29 anos (34,1%) e 30 e 39 anos (30,8%).

Ademais, Brito; Jesus; Silva (2009) verificaram que a maior ocorrência do agravo (79,5%) incide entre as mulheres maiores de 20 anos. Este estudo corrobora com o de Araújo et al., (2006), onde a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a idade materna também prevaleceu a faixa etária de mulheres maiores de 20 anos (74%).

Mesquita et al., (2012), no que se refere à distribuição por faixa etária, observaram um predomínio de mulheres de 20 a 34 anos e, apesar de a adolescência ser fator de risco para sífilis, dentre as mães com a infecção apenas uma era adolescente.

#### 4.2.3 Grau de escolaridade

Neste quesito, objetivou-se identificar o grau de escolaridade das gestantes que participaram dos estudos analisados. Os resultados indicam um grande número de gestantes com baixo nível de escolaridade, o que pode concorrer para a infecção destas pelo *Treponema pallidum*, uma vez que, não tendo conhecimento da gravidade desta patologia, nem tampouco da importância do diagnóstico e tratamento para a prevenção da sífilis congênita, é possível que estas mulheres não deem a devida importância aos cuidados necessários para a prevenção e controle de tal agravo. Os dados referentes ao nível de escolaridade das gestantes participantes dos estudos analisados encontram-se expostos na Tabela 3.

**Tabela 3** – Escolaridade das gestantes que participaram dos estudos analisados. \*\*

Artigos*	Grau de Escolaridade (%)*****			
	Analfabeta	EFI1****	EFC2****	EMC4****
A1	-	32,4	-	-
A2***	-	-	-	-
A3	-	54,5	-	-
A4	-	58,6	-	-
A5	-	50,0	-	-
A6	-	69,7	-	-
A7	55,4	-	-	-
A8	-	-	-	36,4
A9	-	-	64,2	-

\*Os artigos estão dispostos de acordo com a ordem apresentada no Quadro 1.

\*\*Consta nesta tabela o percentual do grau de escolaridade que prevaleceu entre as mulheres dos estudos analisados.

\*\*\* A informação sobre o nível de escolaridade não estava disponível.

\*\*\*\*1-Ensino Fundamental Incompleto – EFI; 2-Ensino Fundamental Completo – EFC; 3-Ensino Médio Completo – EMC.

\*\*\*\*\*Constam, na tabela, apenas os graus de escolaridade que apareceram nos estudos analisados.

Os estudos de Figueiró-Filho et al. (2007); Leitão et al. (2009); Campos et al. (2010) e Holanda et al. (2011) concordam entre si, no que se refere ao grau de escolaridade das gestantes, com predomínio do ensino fundamental incompleto, ainda que apresentado variação percentual de 32,4% à 67,9%. Estes estudos corroboram com Nascimento et al. (2011), que também verificaram um alto percentual de gestantes (50,0%) com baixa escolaridade (fundamental incompleto).

Em contrapartida, estudo desenvolvido por Magalhães et al. (2013), encontrou que 43 (64,2%) gestantes/puérperas declararam possuir o ensino fundamental completo. Já

para Costa et al. (2013), ainda que a escolaridade das gestantes tenha variado desde o analfabetismo até 12 anos de estudo ou mais, o analfabetismo, somado ao analfabetismo funcional, correspondeu a mais da metade da população investigada (n= 1.623; 55,4%), sendo que apenas 195 (6,8%) mulheres tinham 12 ou mais anos de escolaridade.

Figueiró-Filho et al. (2012), no que se refere à escolaridade, encontraram no primeiro período (2006) do estudo, 32,4% (6/506) de mulheres com ensino fundamental incompleto e 22,3% (5/506) com o ensino médio completo. No segundo período do estudo (2011), os autores encontraram que 27,9% (2/464) também relataram o nível médio completo. Ademais, Figueiró-Filho et al. (2007) apontaram como fator de destaque em seu estudo a baixa escolaridade encontrada em metade das mulheres infectadas, que conseguiram apenas completar o ensino fundamental. Estes dados sugerem a baixa escolaridade como fator impeditivo para a aquisição de informações importantes para a prevenção da SC.

A baixa escolaridade, portanto, é uma constante entre as mulheres que vivenciam uma gravidez no contexto da sífilis (ARAÚJO et al., 2006; DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; SILVEIRA et al., 2009; MESQUITA et al., 2012). Ressalta-se que as gestantes com menor escolaridade e menor renda representam as parcelas mais vulneráveis a complicações obstétricas, além de serem considerada categoria de risco para concepto com baixo peso ao nascer (HOTIMSKY, 2002; COIMBRA, 2003).

O estudo de Brito, Jesus e Silva (2009), também confirma com os achados encontrados nos estudos analisados quanto à escolaridade, onde se observa que a maioria (85,18%) das mulheres estudadas não havia completado o Ensino Fundamental. Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Melo, Filho e Ferreira (2011). Estes autores referem que um dos fatores de risco para ocorrência da sífilis congênita é a escolaridade materna menor que quatro anos de estudo, o que correspondeu a 26,93% da população por eles estudada.

Ressalta-se, ainda, que para o Ministério da Saúde (2012), a baixa escolaridade, definida como menos de cinco anos de estudo regular, associa-se a piores prognósticos gestacionais. Por outro lado, Camiña (2005) observa que mães com grau de escolaridade de quatro anos ou mais dão maior importância ao pré-natal, têm acesso mais fácil ao acompanhamento de sua gestação e geralmente possuem melhores condições econômicas e menor número de filhos.

#### 4.2.4 Estado civil

Outro ponto importante diz respeito ao estado civil destas mulheres, uma vez que é de extrema importância o tratamento da gestante diagnosticada com sífilis, bem como do seu(s) parceiro(s) sexual(is), tendo em vista a possibilidade de reinfecção. Neste quesito, a presente revisão encontrou que, na maioria dos estudos analisados, prevaleceram as gestantes que vivenciavam uma união estável ou eram solteiras, conforme disposto na Tabela 4.

**Tabela 4** – Estado civil das gestantes que participaram dos estudos analisados.

Artigos*	Estado Civil**	
	União Estável	Solteira
A1	41,7	41,7
A2***	-	-
A3	72,7	-
A4	56,9	-
A5***	-	-
A6	-	82,6
A7***	-	-
A8	78,0	-
A9	-	56,7

\*Os artigos estão dispostos de acordo com a ordem apresentada no Quadro 1.

\*\* Consta na tabela o percentual do estado civil predominante entre as mulheres dos estudos analisados.

\*\*\* A informação sobre o estado civil não estava disponível.

Neste quesito, as pesquisas de Holanda et al. (2011) e Magalhães et al. (2013) destacam-se pelos elevados percentuais de mulheres solteiras. À semelhança destes, estudo realizado por Mesquita et al. (2012), também apresentou dados correspondentes, em que sete entre nove gestantes eram solteiras, ou seja, não tinham companheiro fixo, fato que, naturalmente, dificultou a identificação do parceiro por parte da equipe de saúde para garantir que ele também fosse tratado.

Por outro lado, Leitão et al. (2009), Campos et al. (2010) e Domingues et al. (2013) encontraram predominância de mulheres que viviam em união estável. No estudo de Campos et al. (2010), por exemplo, a maioria das gestantes (67,2%) eram casadas ou mantinham união estável com o parceiro. A sífilis, nesse contexto, pode ser consequência de relacionamentos extraconjugais ou ter como fonte de infecção parceiros sexuais anteriores, já

que essas mulheres referiram tempo de relacionamento com o atual parceiro igual ou inferior a cinco anos. Apesar da transmissibilidade da sífilis por contato sexual estar relacionada à fase da infecção, e declinar ao longo do tempo, é possível ocorrer infecção mesmo anos após a lesão primária, o que teoricamente poderia justificar a presença de infecção entre parceiros monogâmicos.

Estudo realizado por Silveira et al. (2009), no município de Pelotas, constatou que 61,8% das mulheres afirmaram ser solteiras ou viúvas. Araújo et al. (2006), entretanto, no que se refere ao estado civil das mães, encontraram que 78,3% delas eram casadas.

Na presente revisão, encontrou-se que, entre as mulheres participantes dos estudos analisados, predominaram as situações de solteira (A1, A6, A9) e união estável (A1, A3, A4, A8). No primeiro caso, a situação preocupa, pela dificuldade que se impõe para a testagem do parceiro e possível tratamento do mesmo, com vista a minimizar o risco de reinfecção da mulher. Por outro lado, é de se supor que o fato dessas mulheres vivenciarem uma união estável torna mais fácil a realização da sorologia para o VDRL do parceiro e conseqüentemente, do tratamento do mesmo.

Na verdade, são escassos, na literatura, dados acerca das dificuldades relacionadas ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Sabe-se, entretanto, que a compreensão do que ocorre com esses parceiros é extremamente importante para a eliminação da sífilis congênita, tendo em vista que esse problema configura-se num dos maiores empecilhos para que a gestante seja considerada adequadamente tratada (RAMOS JR et al., 2007).

#### 4.2.5 Raça

Entre os estudos analisados que apontaram a raça das gestantes participantes, a cor parda prevaleceu em um deles (64,6%), seguida da cor branca (50%). Esses dados podem ser observados na Tabela 5.



**Tabela 5** - Raça das gestantes que participaram dos estudos analisados.

Artigos*	Raça (%) **	
	Branca***	Parda***
A1	50,0	-
A2	-	-
A3	-	-
A4	-	-
A5	-	64,6
A6	-	-
A7	-	-
A8	-	-
A9	-	49,8

\*Os artigos estão dispostos de acordo com a ordem apresentada no Quadro 1.

\*\* Consta na tabela os percentuais referentes a raça que prevaleceu entre as gestantes nos estudos analisados.

\*\*\*Constam, na tabela, apenas as raças que predominaram nos estudos analisados.

Nascimento et al. (2011), em estudo conduzido a partir da revisão de prontuários médicos de pacientes admitidas em uma maternidade da Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro, referência para o atendimento de gestação de alto risco, ao analisarem a raça das participantes, encontraram um predomínio de mulheres pardas (64,6%) em relação às negras (18,8%) e brancas (8,3%). Já Domingues et al.(2013), observaram maior prevalência de sífilis em mulheres de cor preta, entre as gestantes em acompanhamento pré-natal em unidades de saúde da rede SUS do município do Rio de Janeiro (RJ) .

Estudo realizado por Melo, Filho e Ferreira (2011), refere que um dos indicadores com maior força de associação com a ocorrência da sífilis congênita são as raças preta e parda. Em relação à população negra brasileira, sabe-se que esta vive a tripla desigualdade social, econômica e racial – que se expressa em seus corpos e na qualidade e quantidade de serviços sociais públicos a que tem acesso.

Corroborando os achados dos autores acima mencionados, Lima et al. (2013), em pesquisa realizada com o objetivo de descrever a evolução da incidência da sífilis congênita em Belo Horizonte entre 2001 e 2008 e determinar fatores de risco associados ao diagnóstico da doença encontraram que, a chance de uma criança ser diagnosticada como um caso de sífilis congênita foi 2,1 (IC 95%: 1,5-2,8) vezes maior em crianças nascidas de mães de cor parda ou negra.

Por outro lado, Figuiró-Filho et al. (2007), numa amostra de 512 puérperas provenientes de quatro principais maternidades de Campo Grande (MS), encontraram como

prevalente a etnia branca (50%), sendo a proporção percentual pouco menor que a de outros estudos. Essa pouca diferença pode se explicar pela maior abrangência de classificação étnica do estudo desses autores. Ademais, de acordo com Sauer; Campelo; Capillé (2012), no que se refere à distribuição da população segundo sua classificação em cor e raça, é possível observar que a população de Campo Grande se autodeclara principalmente branca (50,6%) e parda (41,5%).

Estudo realizado por Silveira et al. (2009), encontrou em maior prevalência a cor da pele branca, declarada por 63,7% das entrevistadas, e apenas 17,1% para a negra, o que diverge dos achados mais prevalentes nos estudos analisados neste trabalho.

#### 4.2.6 Renda familiar

Com relação à renda familiar das gestantes, em apenas três estudos analisados (A4, A7 e A8) essa informação estava disponível. No artigo de Campos et al. (2007), por exemplo, observa-se que predominou a renda familiar inferior a um salário mínimo, referida por 63,8% das mulheres participantes da pesquisa. Nos demais estudos, de Costa et al (2013) e Domingues et al. (2013), sobressaiu a renda familiar de 3-4 salários mínimo, com percentuais de 69,6% e 80,6%, respectivamente. Esse achado sugere que o baixo nível socioeconômico pode levar a uma prevalência da doença. Veja, a seguir, esses achados dispostos na Tabela 6.

**Tabela 6** – Renda familiar das gestantes que participaram dos estudos analisados.

Artigos*	Renda Familiar (%)**	
	< 1	3-4
A1	-	-
A2	-	-
A3	-	-
A4	63,8	-
A5	-	-
A6	-	-
A7	-	69,8
A8	-	80,6
A9	-	-

\*Os artigos estão dispostos de acordo com a ordem apresentada no Quadro 1.

\*\* Consta na tabela percentual de renda familiar que prevaleceu entre as mulheres nos estudos analisados.

Campos et al. (2010), indicam em seu estudo que a sífilis está ocorrendo em gestantes com renda familiar menor do que um salário mínimo. Domingues et al. (2013), corroboram esse achado ao associar a ocorrência da sífilis na gestação às piores condições socioeconômicas. Contudo, Magalhães et al. (2013), evidenciaram em seu estudo que 54 (80,6%) gestantes/puérperas possuíam renda familiar de até quatro salários mínimos.

Nesse sentido, Martins (2005) diz que as informações dos aspectos socioeconômicos precedem ao aparecimento de problema de saúde, quando se vincula o comportamento da pessoa ao ambiente em que ela vive. Coutinho *et al.* (2003) demonstram que existe uma relação entre fatores sociodemográficos e a qualidade no atendimento pré-natal, a respeito de questões socioeconômicas das gestantes. Ressaltam ainda que a adesão às consultas de pré-natal, em alguns estudos, também é influenciada por fatores sociais e econômicos.

## 5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados na presente revisão demonstram que os objetivos foram atingidos. Destaca-se, entretanto, que a principal limitação do estudo relaciona-se à carência de informações de algumas variáveis, notadamente no que se refere à raça e renda familiar das gestantes nos estudos analisados.

Contudo, a despeito das dificuldades apontadas, a análise dos achados evidenciou uma maior prevalência de sífilis na gestação entre mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, com baixo nível de escolaridade, solteiras, de cor parda e de baixa condição socioeconômica, o que indica a maior vulnerabilidade social e reprodutiva dessas mulheres, e torna mais complexo o desafio de controle da sífilis nessa população.

Ainda que a sífilis seja uma doença para a qual existam recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores. Isso decorre do curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação e, muito provavelmente, pelo desconhecimento da amplitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê por parte da população, bem como pelos profissionais de saúde.

A efetiva educação em saúde, maior cobertura dos programas de rastreamento, investimentos na prevenção primária e secundária, detecção precoce e tratamento em tempo oportuno devem ser priorizados como importantes estratégias de enfrentamento da doença, reduzindo a incidência, a mortalidade e sequelas físicas, sociais e psicológicas causadas por tal agravo.

Entretanto, o achado que determinantes sociais contribuem para o risco de sífilis congênita de forma independente da realização de pré-natal sugere que o efetivo controle da sífilis congênita no Brasil somente será alcançado com ações conjuntas para reduzir as iniquidades sociais em saúde e melhorar a cobertura e qualidade da assistência pré-natal. E mais, aponta para a necessidade de estudos que investiguem de forma mais aprofundada e específica os aspectos sociodemográficos, temática ainda pouco abordada nos estudos existentes.

Portanto, considera-se este estudo de extrema importância para a comunidade e, especialmente, para gestantes e profissionais de saúde, uma vez que ao conhecer o perfil dessa população, há uma maior facilidade para que sejam desenvolvidas estratégias, programas e ações voltadas para esse público, de acordo com as suas necessidades específicas.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K.C; LINDOLFO, L. C; ALCÂNTARA, K.C. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **RBAC**, Goiás, vol.41, n. 3, p. 181-184, 2009.
- ARAÚJO, E. C; COSTA, K. S. G; SILVA, R. S; AZEVEDO, V. N. G; LIMA, F. A. S. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 20, n. 1, janeiro-março, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sífilis em Gestantes**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area>>. Acesso em 01. fev. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n.º 33, de 14 de julho de 2005**. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União, Brasília, p.111, 15 jul. 2005. Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – Manual de Bolso**. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. 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 – Manual de Bolso**. Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília, 2012.
- BRITO, E. S. V; JESUS, S. B; SILVA, M. R. F. Sífilis congênita como indicador da avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. **Rev. APS**, Olinda-PE, v. 12, n. 1, p. 62-71, 2009.
- CAMIÑA, R.S. **Prevalência de baixo peso ao nascer e fatores associados nos municípios da sétima regional de saúde de Jaçaba, Santa Catarina, período de 1995 a 1999**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba - SC, 2005.
- CAMPOS, A. L. A; ARAÚJO, M. A. L; MELO, S. P; GONÇALVES, L. C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.
- COIMBRA, C. et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**. 2003; 37(4):456-62.

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

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B., DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO, L. M. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora -MG. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

DOMINGUES, R. M. S. M; SARACENI, V; HARTZ, Z. M. A; LEAL, M. C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n.1, p.147-57, 2013.

DONALÍSIO, M. R; FREIRE, J. B; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiol. Sev. Saúde**, Brasília, v.16, n.3, p. 165-173, 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A; FREIRE, S. S. A; SOUZA, B. A; AGUENA, G. S; MACEDO, C. M. Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de Dois Períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, Campo Grande-MS, v.24, n.1, p. 32-37, 2012.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A; GARDENAL, R. V. C; ASSUNÇÃO, L. A; COSTA, G. R; PERIOTTO, C. R. L; VEDOVATTE, C. A; POZZOBON, L. R. Sífilis Congênita como Fator de Assistência Pré-Natal no Município de Campo Grande – MS. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Campo Grande, v.19, n. 3-4, p. 139-143, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. cap. 4, p. 25-43.

HOLANDA, M. T. C. G; BARRETO, M. A; MACHADO, K. M. M, PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, Natal, Rio Grande do Norte, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.

HOTIMSKY, S.N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad Saúde Pública**. 2002; 18(5):1303-11.

LEITÃO, E. J. L; CANEDO, M. C. M; FURIATTI, M. F; OLIVEIRA, L. R. S; DIENER, L. S; LOBO, M. P; CASTRO, M. F. L. M; BARBOSA, D. F. S; SILVEIRA, J. B; MACHADO, F. R. M; MACEDO, J. L. S. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde nº 2 Samambaia-DF. **Com. Ciências Saúde**, Brasília-DF, V. 20, n. 4, p. 307-314, 2009.

LIMA M.G; SANTOS, R. F. R; BARBOSA, G. J. A; RIBEIRO, G. S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v.18, n.2, p.499-506, 2013.

LOPES F. Raça, saúde e vulnerabilidades. **Boletim do Instituto de Saúde**. 2003; 3:7-11.

MAGALHÃES, D. M. S; KAWAGUCHI, I. A. L; DIAS, A; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MARTINS, M. E. P. **Condições de saúde dos lactentes filhos de mães adolescentes**. 2005. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

MELO, N. G. D. O; FILHO, D. A. M; FERREIRA, L. O. C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n.2, p. 213-222, 2011.

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

MESQUITA, K. O; LIMA G. K, FILGUEIRA, A. A; FLÔR, S. M; FREITAS, C. A. S. L; LINHARES, M. S; GUBERT, F. A. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: Contribuição para assistência pré-natal. **DST – J bras. Doenças Sex. Transm.**, Ceará, vol.24, n.1, p.20-27, 2012. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista24-1-2012/7.Analise%20dos%20Casos%20de%20Sífilis%20Congenita.pdf>>. Acessado em 01. maio. 2013.

NASCIMENTO, M. I. D; CUNHA, A. D. A; GUIMARÃES, E. V; ALVAREZ, F. S; OLIVEIRA, S. R. D. S. M; BÔAS, E. L. V. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento Lógico e Estratégia para Ação**. Geneva: OMS; 2008.

PICOS, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório 2012**. Picos: SMS-PI, 2012.

PIRES, O. N; PIMENTEL, Z. N. S; SANTOS, M. V. S; SANTOS, W.A. Vigilância Epidemiológica da Sífilis na Gravidez no Centro de Saúde do Bairro Uruará-Área Verde. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, Santarém, Pará, Brasil, v. 19, n. 3-4, p. 162-165, 2007.

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

RAMOS JR, A. N., et al. Control os mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Cad Saúde Pública**. 2007; 23 (Suppl 3): S370-8.

SARACENI, V; DOMINGUES, R. M. S. M; VELLOZO, V; LAURIA, L. M; DIAS, M. A. B; RATO, K. M. N; DUROVNI, B. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 103-111, 2007.

SAUER, L; CAMPELO, E; CAPILLÉ, M. A. L. O Mapeamento dos índices de inclusão social de Campo Grande-MS: uma nova reflexão. Campo Grande-MS, p. 22, 2012. Disponível em:

[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.pmcg.ms.gov.br%2Fegov%2FdownloadFile.php%3Fid%3D7007%26fileField%3DArquivo\\_dow%26table%3Ddownloads%26key%3Did\\_dow%26sigla\\_sec%3Dsas&ei=CrhYUuLII7ih4AON2YCIBQ&usg=AFQjCNFs0gYtZ3k0LwSaUj2kv6s9jjDBA&bvm=bv.53899372,d.dmg](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.pmcg.ms.gov.br%2Fegov%2FdownloadFile.php%3Fid%3D7007%26fileField%3DArquivo_dow%26table%3Ddownloads%26key%3Did_dow%26sigla_sec%3Dsas&ei=CrhYUuLII7ih4AON2YCIBQ&usg=AFQjCNFs0gYtZ3k0LwSaUj2kv6s9jjDBA&bvm=bv.53899372,d.dmg). Acesso em 11 de outubro de 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista Saúde Pública**, v.42, n.4, p.768-72, 2008.

SILVEIRA, M. F; TEIXEIRA, A. M. F. B; STEPHAN, L. S; ROSENTHAL, R; ALVES, C. L; BRUM, V. M; STAUFFERT, D. Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Pelotas, v. 12, n. 1, p. 27-33, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

ZAMBONATO, A. M. K; PINHEIRO, R. T; HORTA, B. L; Tomasi, E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Revista Saúde Pública**, Pelotas, v. 38, n.1, p. 24-9, 2004.



## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

---

### I – DADOS DA PUBLICAÇÃO

1. Base de dados:  LILACS;  SCIELO
2. Título: \_\_\_\_\_
3. Autor (es): \_\_\_\_\_
4. Local da pesquisa: \_\_\_\_\_
5. Periódico: \_\_\_\_\_
6. Tipo de estudo: \_\_\_\_\_
7. Natureza do estudo:  Quantitativo;  Qualitativo
8. Ano de publicação: \_\_\_\_\_

### II – DADOS DAS GESTANTES

#### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Faixa etária:  < 15  <19-35  20-29  20-30  20-34  21-30  >29  > 30  Não Informado
2. Escolaridade:  Analfabeto  EFI\*  EFC\*  EMI\*  EMC  ESI\*  ESC\*  Não Informado
3. Estado civil:  Casada  União estável  Separada  Solteira
4. Raça:  Branca  Negra  Parda
5. Renda:  < 1  1-2  3-4  > 4

#### LEGENDA

- \*EFI - Ensino Fundamental Incompleto ( 1ª a 9ª).
- \*EFC – Ensino Fundamental Completo ( 1ª a 9ª).
- \*EMI - Ensino Médio Incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
- \*EMC - Ensino Médio Completo (antigo colegial ou 2º grau)
- \*ESI - Ensino Superior Incompleto
- \*ESC - Ensino Superior Completo