

# Morte fetal por sífilis: avaliação epidemiológica realizada em Ribeirão Preto, Brasil<sup>1</sup>

Geraldo Duarte,<sup>2</sup> Elucir Gir,<sup>3</sup> Ana Maria de Almeida,<sup>3</sup>  
Miyeko Hayashida<sup>3</sup> e Maria Lúcia Zanetti<sup>3</sup>

*Este trabalho trata de um estudo epidemiológico de cinco mulheres de Ribeirão Preto, cujas gestações terminaram em morte fetal por sífilis no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, durante 1991. O objetivo foi traçar o perfil epidemiológico dessas mulheres; identificar suas trajetórias de atendimento pré-natal; analisar os fatores de risco identificados e propor estratégias para o controle da sífilis na região, durante o período gestacional. Obtiveram-se os dados mediante entrevistas realizadas nas residências das mulheres pesquisadas e as informações obstétricas (maternas e fetais) foram subseqüentemente confirmadas através de consulta aos prontuários médicos.*

*Detectaram-se, ao todo, 25 fatores causais da morte fetal os quais foram atribuídos, em proporções relativamente iguais, ao sistema estrutural de saúde e ao grau de conhecimento e comportamento da paciente. Dentre os fatores relativos às falhas do sistema de saúde destacam-se: recebimento tardio dos resultados sorológicos, rotina preconizada não cumprida, diagnóstico médico tardio e controle de cura ineficaz. Quanto aos problemas relativos à paciente salientam-se a desinformação sobre sífilis e sobre a importância do pré-natal.*

*Frete à constatação de que ainda existe morte fetal por sífilis na região em estudo, recomenda-se que as autoridades de saúde materno-infantil estabeleçam ou que tornem a estabelecer a assistência pré-natal de bom nível, mediante diretrizes claras em relação à triagem sorológica, implantação de vigilância epidemiológica e melhor atuação das equipes médicas e paramédicas.*

A sífilis continua sendo um desafio. Apesar de se conhecer seu agente etiológico e modo de transmissão e apesar de haver terapêuticas efetivas que possibilitam elevados índices de cura, a sífilis continua a ser um sério problema de saúde pública em todo o mundo (1). Vários estudos sobre a sífilis como problema sanitário de atualidade permanente demonstraram que na década de 70

ocorreram cerca de 50 milhões de casos novos por ano (2-4). Este elevado número decorre, certamente, dos problemas próprios do comportamento sexual, da falta de triagem sorológica ou de sua pouca aplicação, da má organização estrutural dos serviços de saúde, deficiências laboratoriais, falhas na formação dos profissionais das áreas médica e paramédica e, em muitos casos, não obrigatoriedade da notificação.

O Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação da sífilis congênita mediante a Portaria No. 542, de 22 de dezembro de 1986 (5). Sabe-se, entretanto, que a subnotificação persiste em muitos casos, com subvalorização de suas implicações (clínicas, psíquicas e sociais). Embora provenientes de serviços isolados, a maioria das estatísticas disponíveis indica que os coeficientes de incidência estão em franca ascensão (5).

<sup>1</sup> Versão revisada do trabalho agraciado com o Prêmio Prof. Walter Belda 1992, como o melhor trabalho de Epidemiologia apresentado no IV Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e 1<sup>o</sup> Simpósio Internacional de Úlceras Genitais e VIH, realizado em Salvador, Bahia, de 4 a 7 de novembro de 1992. Este artigo foi publicado em inglês no *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 28, Nº 1, 1994.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Em um estudo retrospectivo de 16 290 gestantes (6), realizado em 1985, 710 delas (4,36%) foram identificadas como positivas pelo teste de Wasserman, refletindo a elevada freqüência de exposição dessa população ao *Treponema pallidum*. Destas, 497 (70%) deram à luz no hospital pesquisado e 337 (67,8%) fizeram pré-natal, sendo que apenas 40% receberam tratamento contra a sífilis durante a gestação. A ocorrência de casos confirmados ou suspeitos de lues congênita, entre os recém-nascidos de mães Wassermann positivas submetidas a tratamento, foi de 20%, enquanto que entre os de mães não tratadas foi de 61%. Esses dados evidenciam o valor e a eficácia terapêutica, desde que instituída cedo e nas doses corretas.

Em uma avaliação de 79 casos de morte fetal por sífilis atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de 1978 a 1984, Duarte et al (1) encontraram um índice de mortalidade fetal de 4,5 por 1000 nascimentos vivos e uma freqüência de parturientes sífilíticas de até 2,1%. Do total de mortes fetais ocorridas nesse período, a sífilis foi responsávelizada em 12,6% dos casos, reafirmando o sério comprometimento perinatal decorrente da lues e chamando a atenção para a elevada morbi-mortalidade fetal associada à sífilis. Em consequência desses achados, o HCFMRP-USP instituiu a avaliação sorológica trimestral no exame pré-natal.

## OBJETIVOS, CASOS ESTUDADOS E METODOLOGIA

Por acreditarem ser a transmissão vertical da sífilis consequência de uma falha no sistema de saúde brasileiro e/ou da deficiência no processo educacional da população quanto a seus perigos, os autores propuseram-se a investigar a história completa de um pequeno número de gestações que apresentaram morte fetal por sífilis.

Por incluir situações de abordagem complexa que demandam interação de vários fatores biológicos e sociais, incluindo aqueles

relacionados com valores pessoais da paciente, a teoria de campo nas ciências sociais, de Kurt Lewin (7) pareceu ser uma abordagem que pudesse facilmente ser aplicada para avaliar as forças que estariam influenciando o comportamento dessas mulheres. Ao utilizar este enfoque os objetivos fundamentais do estudo foram: (a) traçar o perfil epidemiológico de gestantes portadoras de sífilis cujos partos resultaram em morte fetal; (b) identificar a trajetória de atendimento pré-natal dessas mulheres; (c) determinar os fatores de risco, identificados desde a perspectiva da teoria de campo de Kurt Lewin, e (d) utilizar os achados para propor estratégias eficazes para o controle da sífilis no período gestacional e comunicá-las às autoridades responsáveis pela saúde materno-infantil.

Em 1991 foram resolvidas 3 195 gestações no HCFMRP-USP sendo que destas, 73 (2,3%) de mulheres portadoras de sífilis. Nesse mesmo ano, identificaram-se 91 casos de feto morto (ausência de respiração, de batimento cardíaco, de pulsação do cordão umbilical ou de movimento dos músculos voluntários), sendo sete decorrentes de sífilis, conforme confirmado posteriormente por necropsia. Cinco das sete mulheres em questão constituíram a amostra deste trabalho — as outras duas pacientes não foram incluídas pelo fato de residirem fora da região o que impossibilitava seu seguimento epidemiológico e, portanto, a disponibilidade dos dados prospectivos necessários.

Para a coleta dos dados, elaborou-se um formulário estruturado contendo itens de identificação, antecedentes obstétricos, atendimento pré-natal, conhecimento específico sobre sífilis e implicações psíquicas decorrentes de ter vivenciado situações envolvendo morte fetal por sífilis. Todas essas informações foram obtidas mediante entrevistas realizadas 6 meses após o parto com cada uma das cinco parturientes em suas residências.

Para uma análise global da situação que possibilitasse o entendimento da interrelação das variáveis estudadas, empregou-se a teoria de campo de Kurt Lewin a qual, segundo Almeida (8), deriva-se da aplicação de conceitos físicos e matemáticos à psicologia me-

diante a utilização de métodos qualitativos e quantitativos complementares entre si. Em outras palavras, a teoria permite descrever uma gama de fatores considerados responsáveis por determinado evento servindo, assim, como instrumento para analisar as relações causais (7).

## RESULTADOS

As cinco mulheres da amostra, cujas gestações foram resolvidas no HCFMRP-USP durante 1991, encontravam-se na faixa etária de 19 a 28 anos, tinham escolaridade equivalente ao primeiro grau incompleto, uma era casada e quatro amasiadas. Quanto à profissão/ocupação: uma era cabeleireira, uma digitadora, uma do lar e duas faxineiras. As características individuais dessas pacientes não diferem significativamente daquelas das demais pacientes atendidas nesse hospital (9). Os dados sobre os antecedentes obstétricos e as informações referentes às gestações que resultaram em morte fetal encontram-se agrupados na tabela 1.

Pode-se observar que três das mulheres estudadas (representadas na tabela 1 como pacientes 1, 2 e 5) tiveram um total de seis abortos anteriores à gravidez em questão. Conquanto não se conheçam os fatores que ocasionaram esses abortos, e a amostragem seja por demais pequena para permitir conclusões estatisticamente significativas, a proporção parece ser extremamente elevada. Assim, mediante a utilização dos conceitos da teoria de campo de Lewin, percebe-se que o ambiente em que essas mulheres viviam

durante as gestações anteriores acarretou uma interrelação de forças que as afetaram e que continuam a interagir em gestações subsequentes.

Todas as mulheres aqui avaliadas mencionaram ter recebido assistência pré-natal em unidades básicas de saúde (UBS).

No caso da paciente 1, que iniciou o pré-natal entre o terceiro e o quarto mês da gravidez, o óbito fetal ocorreu com 22 semanas, concomitante com o tratamento contra a sífilis. O trabalho de sorologia solicitado levou cerca de 60 dias para ser entregue, o que atrasou o início do tratamento evidenciando, assim, falha estrutural do sistema de saúde em prover testes e diagnósticos com presteza.

No caso da paciente 2, verificou-se procura tardia do serviço de pré-natal (6º mês), com demora de mais 4 semanas entre o diagnóstico da sífilis e o início da terapêutica.

Ao analisar o caso da paciente 3, verifica-se verdadeira distorção do sistema de atendimento do serviço de saúde, já que a paciente procurou a UBS no segundo mês de gravidez, porém houve extravio do resultado do exame sorológico e o médico não solicitou novo exame. Este fato não permitiu o diagnóstico precoce e, portanto, a terapêutica só foi instituída após o decesso fetal, na 24ª semana.

No prontuário da paciente 4 há referência a uma primeira consulta no 2º mês de gestação, início do tratamento no 5º mês e morte fetal na 39ª semana. Neste caso pode-se deduzir que houve omissão por parte da instituição quanto à administração do tratamento preconizado.

**TABELA 1. Dados sobre os antecedentes obstétricos e de pré-natal das cinco pacientes estudadas cujas gestações terminaram em óbito fetal causado por sífilis**

Paciente Nº	Nº de gestações	Nº de partos	Nº de abortos	Início do pré-natal (mês)	Doenças durante a gestação	Resultado sorológico recebido (mês)	Início do tratamento (mês)	Idade gestacional do feto morto (semanas)
1	7	4	3	3º/4º	sífilis	5º	5º	22
2	4	2	2	6º	pré-eclâmpsia	7º	7º	30
3	4	4	0	2º	sífilis	pós-parto	pós-parto	24
4	2	2	0	2º		5º	5º	39
5	2	1	1	7º		pós-parto	pós-parto	34

A paciente 5 iniciou tardiamente o pré-natal (7º mês) e não recebeu tratamento antes do parto. Observa-se um hiato de aproximadamente oito semanas entre a consulta inicial e a ocorrência da morte fetal. Uma estrutura mais ágil, envolvendo diagnóstico e terapêutica, evitaria, certamente, tal demora. No entanto, o fato de ter levado tanto tempo para procurar a assistência pré-natal leva a considerar haver circunstâncias semelhantes às das duas primeiras pacientes.

Curiosamente, como demonstrado na tabela 2, antes de engravidar nenhuma das gestantes sabia ser portadora de sífilis. Três delas sabiam que a sífilis se transmitia através da relação sexual, embora a paciente 3 pensasse ser a doença consequência normal do coito e a paciente 4 acreditasse que a transmissão se dava através do uso de roupas íntimas de pessoas contaminadas. As pacientes 1 e 2 informaram desconhecer a forma de transmissão da doença, apesar dos antecedentes luéticos em gestações anteriores.

As razões para a morte fetal apresentadas pelas participantes do estudo variaram. A paciente 1 culpou duas outras causas, além da sífilis: um tombo e o uso de Terbutalin, medicamento beta-mimético utilizado como inibidor do trabalho de parto prematuro. As pacientes 2 e 4 nem sequer mencionaram a sífilis e culparam a hipertensão arterial e o antiinflamatório Diclofenac. Três das mulheres informaram que seus parceiros tinham recebido, subsequentemente, tratamento contra a sífilis; uma não sabia se seu parceiro tinha ou não recebido tratamento e, a última, informou que seu parceiro era soronegativo.

Ainda em relação ao conhecimento sobre a doença, e como apresentado na tabela 3, observou-se uma variedade de problemas que comumente não são levados em consideração no atendimento pré-natal tais como: alto grau de desinformação sobre a doença, incluindo seu modo de transmissão; fatores de risco não valorizados (como relações se-

**TABELA 2. Achados quanto ao conhecimento das cinco pacientes estudadas quanto ao seu conhecimento sobre sífilis e sua percepção sobre a causa da morte fetal**

Paciente Nº	Conhecimento sobre condição de ser portadora de sífilis ao engravidar	Antecedentes mórbidos	Forma de transmissão da sífilis	Gestante atribuiu a morte fetal a	Tratamento do parceiro
1	Não sabia	Sorologia positiva para sífilis em gravidez anterior tratada Um aborto provocado Desconhecia a causa de dois abortos anteriores	Não sabia	Uso de Terbutalin Queda acidental Sífilis	Não sabia
2	Não sabia	Sorologia positiva para sífilis em gravidez anterior tratada	Não sabia	Hipertensão arterial	Sim
3	Não sabia	...	Consequência natural do coito	Sífilis	Sim
4	Não sabia	Sorologia positiva para sífilis em gravidez anterior tratada	Uso de roupa íntima de outra pessoa infectada Relação sexual	Uso de Diclofenac	Não (sorologia negativa)
5	Não sabia	...	Relação sexual	Sífilis	Sim

**TABELA 3. Informações obtidas das cinco pacientes estudadas sobre o que poderia ter contribuído para a morte fetal por sífilis, por paciente**

Paciente Nº	Problemas detectados referentes à morte fetal
1	Desinformação sobre a sífilis Diagnóstico médico tardio Demora em obter os resultados sorológicos
2	Desinformação sobre a sífilis Desconhecimento da importância do pré-natal Início tardio do pré-natal Demora em obter os resultados sorológicos Reinfecção sífilítica Controle da cura aparentemente ineficaz
3	Desinformação sobre a sífilis Desconhecimento da necessidade de exames ginecológicos periódicos Paciente considerava a sífilis consequência natural do coito Diagnóstico médico tardio Extravio do resultado sorológico na unidade básica de saúde, retardando o diagnóstico Controle da cura aparentemente ineficaz Subestimação dos fatores de risco por parte do pessoal profissional
4	Demora em obter os resultados sorológicos Diagnóstico médico tardio Assistência pública e privada deficientes em diagnosticar a sífilis na fase inicial da gravidez (nenhuma atenção foi dada ao fato do parceiro ser motorista de caminhão) Paciente desiludida com os serviços públicos de atenção primária Reinfecção sífilítica Controle de cura aparentemente ineficaz
5	Múltiplos parceiros sexuais Desconhecimento da importância do pré-natal Início tardio do pré-natal

xuais com parceiros múltiplos); ocupação do parceiro, por exemplo motorista de caminhão,<sup>4</sup> que tornam mais fácil a contaminação; além da falha dos serviços de saúde em confirmar os casos de sorologia positiva e em controlar sistematicamente o casal.

Além dos problemas já mencionados, importa salientar os danos emocionais intangíveis manifestados pelas mulheres por ocasião das entrevistas: duas delas mencionaram um sentimento de tristeza, de angústia e culpa, outra de amolação e a última disse que a morte de seu feto tinha sido uma catástrofe — “o fim da vida!”

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O número de abortos anteriores sofrido pelas cinco participantes do estudo foi excessivamente elevado. Estima-se, normalmente, que a proporção de abortos detectados clinicamente em uma população geral não exceda a 10% das gestações (10). Como nesta casuística três das cinco pacientes tiveram um total de seis abortos anteriores, infere-se que grande parte tenha ocorrido em consequência de infecção luética. (Duas das participantes do estudo, incluindo uma que sofrera dois abortos prévios, apresentaram soropositividade nos testes realizados em gestações anteriores.)

Esses resultados parecem estar diretamente relacionados com o aspecto negativo imposto por forças sociais frenadoras. Em outras palavras, a situação social das pacientes afetadas não lhes ofereceu outra alternativa e, assim, o conhecimento adquirido com

<sup>4</sup> Ser motorista de caminhão geralmente é considerado como alto risco para exposição a doenças de transmissão sexual pelo fato dos motoristas fazerem paradas freqüentes em locais onde as prostitutas oferecem seus serviços.

a experiência anterior não foi suficiente, por si só, para impedir a repetição de episódios semelhantes. Observa-se, igualmente, que o campo de forças dos serviços de atendimento tem atrasado ou evitado o exame da história obstétrica anterior impedindo, assim, o processo de avaliação rápida, testes, diagnóstico e tratamento. As dificuldades e deficiências que parecem merecer especial atenção incluem, em primeiro lugar, a reinfecção da paciente, seguindo-se a falta de diagnóstico em tempo oportuno, falta de tratamento, terapêutica tardia e dosagem insuficiente. Esses dados não devem ser ignorados já que a paciente continua sexualmente ativa e exposta a riscos de infecção e de reinfecção.

Duarte *et al* vêm preconizando, desde 1987, a avaliação sorológica trimestral durante o pré-natal para diagnóstico precoce da lues. Infelizmente, até a realização deste estudo, esta medida restringiu-se ao HCFMRP-USP, não alcançando todo o sistema de saúde da região. Verificou-se que a solicitação de tais exames na rede básica não se enquadrava nas normatizações estabelecidas pelos órgãos de saúde do país. Além disso, alguns dos profissionais prestando o atendimento pré-natal acham-se mal-preparados e pouco sensibilizados, tanto em relação à necessidade da vigilância epidemiológica quanto em relação à importância da sífilis durante o período gestacional.

Descrevendo a situação do ponto de vista Lewiniano, poder-se-ia dizer que um campo de forças sociais conflitivas afetava negativamente a eficácia e a eficiência das unidades básicas de saúde. Incluem-se entre essas as forças "internas", operando sobre as gestantes, e as forças "externas", operando sobre os serviços de saúde responsáveis pelo tratamento e pelo acompanhamento. Devido a essas forças conflitivas as mulheres desfrutavam-se com uma situação em que seria de esperar que seu comportamento variasse de acordo com a interação das forças sociais, e onde o objetivo dos serviços de saúde deveria ter sido o de dar-lhes o espaço necessário para que pudessem utilizar as experiências do passado a fim de reduzir a um mínimo sua exposição aos fatores de risco. Nesse sen-

tido, embora muitas vezes os serviços de saúde negligenciem ou subestimem as medidas necessárias para prevenir e controlar a sífilis durante a gravidez, seria de supor que pelo menos o pessoal médico envolvido fosse sensível aos aspectos emocionais da questão.

Na tabela 4 agruparam-se os problemas detectados de acordo com a localização de sua origem, seja no conhecimento e comportamento da paciente, seja no sistema de saúde. Com respeito a esses últimos, nove (75%) dos 12 problemas listados relacionavam-se diretamente com a ineficácia do sistema — resultante de recebimento atrasado dos achados sorológicos, diagnóstico médico tardio e controle de cura totalmente ineficaz.

Dentre os problemas associados com o conhecimento e o comportamento das pacientes, os que mais se destacaram foram desinformação sobre a sífilis aliada à ignorância quanto à importância do pré-natal, representando cinco dos 13 principais problemas evidenciados nesse grupo. Destaca-se, também, que em duas pacientes a causa da morte fetal foi, possivelmente, a reinfecção por sífilis, o que permite formular que poderiam ter sido diagnosticadas se a prova serológica trimestral já estivesse implantada. Depreende-se pois que alguns desses problemas, classificados como inerentes às pacientes, bem poderiam ser resultado de orientações deficientes tanto dos médicos como dos serviços de enfermagem.

Como se depreende dos problemas relacionados nas tabelas 3 e 4, parece que a morte fetal por sífilis ainda existe em decorrência de deficiências gerais complexas que envolvem tanto aspectos culturais (educacionais e de comportamento) da população da amostra, como também de falhas decorrentes do sistema de saúde, recaindo grande parte dessa responsabilidade sobre a assistência pré-natal inadequada. Na verdade, os resultados deste estudo limitado de cinco casos permitem inferir que grande parte do problema poderá ser resolvido mediante o estabelecimento ou restauração de atendimento pré-natal de qualidade, com diretrizes claras em relação à triagem sorológica apropriada para a sífilis.

**TABELA 4. Achados referentes às cinco mortes fetais por sífilis, separadas segundo atribuíveis aos serviços de saúde ou ao conhecimento e comportamento da paciente**

	Pacientes	
	Nº	%
<i>Problemas associados com os serviços de saúde:</i>		
Diagnóstico médio tardio	3	(25,0)
Demora na obtenção dos resultados sorológicos	3	(25,0)
Controle de cura aparentemente ineficaz	3	(25,0)
Subestimação, por parte dos profissionais, quanto aos fatores de risco para a sífilis	1	(8,3)
Assistência pública e privada à saúde deficientes não diagnosticaram a sífilis na fase inicial da gravidez	1	(8,3)
Extravio dos resultados sorológicos na unidade básica de saúde, retardando o diagnóstico	1	(8,3)
Subtotal	12	(100,0)
<i>Problemas associados com o conhecimento e comportamento da paciente:</i>		
Desinformação sobre sífilis	3	(23,0)
Desconhecimento sobre a importância do pré-natal	2	(15,4)
Início tardio do pré-natal	2	(15,4)
Reinfecção sífilítica	2	(15,4)
Desconhecimento da necessidade de exames ginecológicos periódicos	1	(7,7)
Paciente considerava a sífilis consequência natural do coito	1	(7,7)
Paciente desiludida com os serviços públicos de atenção primária	1	(7,7)
Múltiplos parceiros sexuais	1	(7,7)
Subtotal	13	(100,0)

Dentro deste contexto, parece razoável recomendar diretrizes específicas sobre os efeitos deletérios da sífilis e de outras doenças sexualmente transmissíveis, cujos efeitos devem ser abordados tanto pelo médico quanto pela equipe de enfermagem. A cada 3 meses devem-se realizar as provas sorológicas para infecção treponêmica, com urgente agilização na entrega de seus resultados de modo a que o tratamento, se necessário, possa ser iniciado prontamente. Nos casos em que o *Treponema pallidum* puder ser detectado diretamente, o exame em campo escuro, fornecendo resultado imediato, aumentaria a eficácia do ataque à doença. Também é claro que para melhorar a qualidade do tratamento pré-natal, é imprescindível que os profissionais de saúde desse campo recebam treinamento e reciclagens em serviços que os sensibilizem sobre a importância epidemiológica de suas ações em relação ao controle da sífilis, mormente no período gestacional.

Este estudo também destaca a importância de realizar campanhas para informar a comunidade sobre os benefícios do atendi-

mento pré-natal, com ênfase no diagnóstico precoce como condição primeira para a cura de muitas doenças que acometem a mulher no período gestacional. É necessário desburocratizar o acesso aos medicamentos, já que os preços atuais podem ser um fator impeditivo à terapêutica eficaz. Igualmente importante é o estabelecimento de um serviço de vigilância epidemiológica atuante com capacidade para orientar a equipe de saúde diretamente ligada ao atendimento das pacientes. O propósito dessa vigilância seria estabelecer toda a cadeia de transmissão em cada caso particular e garantir a eficácia da terapêutica.

Além disso, é importante implantar unidades básicas de saúde em locais de fácil acesso à usuária e não em locais que apenas atendam a escusos interesses políticos. Essas unidades devem primar pela alta qualidade de seus serviços de modo a inspirar o apoio da comunidade.

De certa forma as deficiências observadas no atendimento à saúde foram surpreendentes por ser Ribeirão Preto bem conhecido pela qualidade de sua assistência à

saúde. Assim, esse contraste aponta para a premente necessidade de comunicar os dados aqui referidos às autoridades responsáveis pela saúde materno-infantil da região a fim de que tomem as medidas corretivas. Já que todas essas contramedidas demandam gastos, é também mister informar às autoridades políticas e fomentar um compromisso político de apoio às medidas necessárias.

Em suma, o fato da morte fetal por sífilis continuar a ocorrer, e de esta dever-se em grande parte a problemas do sistema de saúde, significa que os médicos e o pessoal de enfermagem devem desempenhar melhor e mais ativamente as suas funções de conscientizar a população quanto às implicações dessa doença e da importância da assistência pré-natal, inclusive para evitar a morte fetal por sífilis durante a gestação, entre muitas outras razões.

## REFERÊNCIAS

1. Duarte G, Cunha SP, Yamada RT, Bailão LA, Philbert PMP. Sífilis e gravidez: ainda um problema. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1987; 97(3):75-78.
2. Zacarias F, Garcia AJ, Chaves C, Victoria TO. Sífilis: algunos aspectos sobre su ecología y com-

portamiento epidemiológico. *Salud Publica Mex* 1976;3(18):519-545.

3. Belda W. Sífilis: atualidade permanente. *Jornal de informações urológicas* 1985; maio(17). [Encarte de 2 páginas].
4. Silveira MC, Belda W, Siqueira LFG, Santos Jr MFQ, Lang D. Contribuição ao estudo da epidemiologia da sífilis: sífilis latente, problema crescente? *An Bras Dermatol* 1987;3(62):139-142.
5. Ministério da Saúde do Brasil. Doenças sexualmente transmissíveis. *Bol Epidemiol* 1989;1(1).
6. Barreto SMV, Gonçalves AL, Costa JC. Reação de Wassermann em gestantes atendidas em hospital de Ribeirão Preto no período de 1976-1981. *Rev Saude Publica* 1985;19(2):108-122.
7. Lewin K. *Teoria de campo em ciência social*. São Paulo, Pioneira; 1965.
8. Almeida AM. *Câncer de mama: análise de fatores de risco sob a perspectiva da teoria de Kurt Lewin* [Tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 1991.
9. Duarte G, Quintana SM, Feres MCC, Costa JC, Martínez R, Siqueira MM. Assistência a gestantes, parturientes e puérperas portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV). *Anais do 44º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. Brasília: 1991*. [Extrato CTO 20].
10. Mauad Filho F, Chufalo JE, Silva de Sá MF, Machado LE. Aborto habitual: análise crítica. *Femina* 1989;5(17)341-342.

## ABSTRACT

### Fetal Death from Syphilis: Epidemiological Evaluation in Ribeirão Preto, Brazil

An epidemiological study was conducted in Ribeirão Preto of five women whose pregnancies had ended in fetal death from syphilis in the Polyclinic Hospital of the Ribeirão Preto Faculty of Medicine, São Paulo University, in 1991. The purposes were to draw an epidemiological profile of those women, examine their prenatal care histories, analyze the risk factors identified, and propose strategies for the control of congenital syphilis in the region. The data were obtained during interviews at the women's homes, and the obstetrical information (on the mothers and their fetuses) was subsequently confirmed from their medical histories.

Altogether, 25 factors contributing to fetal death were detected; they were assigned in relatively equal portions to the structure of the health system and to the knowledge level and behavior of the patients. The salient factors among the defects of the health system were belated receipt of the serologic findings, failure to follow the recommended procedure, belated medical diagnosis, and ineffective supervision of treatment. The principal patient-related problems were ignorance of syphilis and of the importance of prenatal care.

In view of the continued occurrence of fetal death from syphilis in the study area, it is recommended that the maternal and child health authorities establish or reestablish quality prenatal care through the institution of guidelines for serologic screening, the implementation of epidemiological surveillance, and improvement in the performance of medical and paramedical teams.