

ARTIGOS ORIGINAIS

ANÁLISE DA QUALIDADE DOS REGISTROS NOS PRONTUÁRIOS DE GESTANTES COM EXAME DE VDRL REAGENTE

Analysis of the quality of information in medical files from pregnant women with positive VDRL test

Maria Alix Leite Araújo¹; Denise Maia Alves da Silva²;
Raimunda Magalhães da Silva³, Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves⁴

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar a qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com Venereal Disease Research Laboratory- VDRL reagente, no período de 2000 a 2005, em uma unidade básica de saúde. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, realizado em uma instituição escolar em Fortaleza, Ceará, nos meses de setembro e outubro de 2006. Foram analisados 19 prontuários de gestantes com VDRL reagente. As variáveis avaliadas foram os registros sobre prescrição do tratamento da gestante, convocação e tratamento do parceiro, reação sorológica de controle de cura e notificação do caso. Não havia informações sobre o tratamento da gestante em oito (42%) prontuários, 15 (79%) não apresentavam registro da convocação do parceiro, em 19 (100%), não havia nenhuma informação acerca do tratamento do parceiro sexual, sete (38%) não apresentavam informação sobre VDRL de controle e, em 16 (84%) prontuários, não havia registro de notificação do caso. Pode-se concluir que as informações disponíveis nos prontuários referentes ao acompanhamento pré-natal de gestantes com VDRL reagente são precárias, prejudicando uma ação mais efetiva no controle da sífilis na gestação, na instituição avaliada.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; Sífilis; Sífilis Congênita; Atenção Primária à Saúde; Registros.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the quality of the medical files of pregnant women with a positive VDRL test in a primary level health care facility between 2000 and 2005. This is a retrospective and descriptive study, carried out in a teaching institution in Fortaleza, State of Ceará, from September to October 2006. Nineteen medical files of pregnant women with a positive VDRL test were analyzed. Variables evaluated were: prescribed treatment of the pregnant woman, summons and treatment of the sexual partner, post-treatment VDRL titers and case notification. Eight (42%) medical files had no information about the treatment provided to the pregnant woman; 15 (79%) had no information about summoning of the sexual partner; 19 (100%) contained no information related to partner treatment, seven (38%) had no information about post-treatment VDRL titers, and 16 (84%) had no information about case notification. One can conclude that information available in the medical files of pregnant women with positive VDRL tests receiving pre-natal care is precarious, impairing more effective action in controlling prenatal syphilis in the health care facility studied.

KEY WORD: Pregnancy; Syphilis; Syphilis, Congenital; Primary Health Care; Medical Records.

¹ Professora do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará
Endereço: Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza Av. Washington Soares, 1321 Bairro Edson Queiroz CEP 60.811-341 Fortaleza - Ceará
Tel: (85) 3477-3280 Fax: (85) 3477-3062 E-mail: alix.araujo@secrel.com.br

² Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza

³ Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

⁴ Professor do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) ocorre quando há infecção do conceito pela espiroqueta *Treponema pallidum* oriunda de gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Pode ocorrer em qualquer fase gestacional e as taxas de transmissão vertical podem atingir valores de 70% a 100% dependendo da fase da doença em que a gestante se encontra. A SC pode ocasionar uma série de danos para o feto, destacando-se o baixo peso ao nascer, a prematuridade e o óbito fetal (SARACENI *et al.*, 2005). Em mais de 50% dos casos, a infecção na criança é inaparente ao nascimento, com surgimento de sinais e sintomas geralmente nos três primeiros meses de vida (BRASIL, 2006).

A SC se configura como um grave problema de saúde pública e o seu controle é uma das metas de organismos de saúde nacionais e internacionais. No Brasil, estima-se que a prevalência da sífilis em gestantes seja de 1,6% (BRASIL, 2006). Na década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) lançou o projeto de eliminação da SC, cuja meta seria reduzir, drasticamente, os casos para um em cada 1000 nascidos vivos (BRASIL, 1993). Esta meta ainda não foi atingida, o que demonstra a necessidade de reformulação das estratégias utilizadas. Apesar de ser mais freqüente na gestação do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e de ser factível de cura com tratamento simples e de baixo custo, a sífilis não tem a mesma visibilidade e mobilização para o seu controle. Para Peeling *et al.* (2004), a resposta para a problemática da sífilis repousa na garantia de diagnóstico e tratamento rápidos, bem como na integração dos programas de saúde.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em 2004, foram notificados 4648 casos de SC no Brasil (BRASIL, 2004). Esse número não representa a real magnitude do problema, já que no Brasil a sub-notificação de registros de casos de doenças é uma constante (FAÇANHA, 2005; MARZIALLE, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2005;). Essa sub-notificação aliada à baixa qualidade dos registros de casos notificados dificulta a elaboração de estratégias de controle desta doença, na medida em que se desconhece a real magnitude deste agravo.

O controle da SC requer uma reflexão e reestruturação da assistência pré-natal, pois casos têm ocorrido em crianças cujas mães receberam assistência pré-natal com o número de consultas preconizado pelo MS (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2005). Esse fato reflete a baixa qualidade da assistência pré-natal.

De acordo com as recomendações do MS, o VDRL (*venereal disease research laboratory*) é o teste sorológico de tria-

gem para detecção da sífilis na gestante e deve ser realizado no primeiro e terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2006). É também utilizado para controle de cura da sífilis e, na maioria das vezes, o único disponível nos serviços de saúde. O VDRL pode apresentar resultados falso-positivos. Por este motivo, na população em geral, é recomendável a realização de testes treponêmicos confirmatórios mais específicos tais como o FTA-Abs (fluorescent treponemal antibody absorb). Entretanto, segundo as recomendações oficiais, para efeito de investigação e tratamento, todas as gestantes com o exame de VDRL reativo na Atenção Primária devem ser consideradas como casos de sífilis (BRASIL, 2006).

Percebe-se que essas recomendações relativas ao controle da SC não são cumpridas durante o acompanhamento pré-natal, uma vez que existe escassez de registros de testagem sorológica para sífilis durante a gestação (COUTINHO *et al.*, 2003; LIMA, 2004; PURCARU; MARCENA, 2002;), indicando a grande possibilidade da falta de realização desse procedimento.

Um estudo realizado em unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE, visando identificar as ações de atendimento às DST/HIV/AIDS realizadas por 12 enfermeiros na assistência pré-natal, constatou que estes profissionais não preencheram corretamente a ficha perinatal e que existia registro de solicitação do VDRL em apenas seis (50,0%) dessas fichas (PURCARU; MARCENA, 2002). Essa mesma situação foi encontrada em Pelotas-RS, onde um estudo dos registros de 839 gestantes apontou que apenas 126 (15,0%) das fichas perinatais possuíam registro sobre a história clínica ou obstétrica (SILVEIRA *et al.*, 2001). Em São Paulo, uma avaliação da atenção pré-natal com 635 prontuários de gestantes mostrou que não havia registro do VDRL em 77 (12,1%) dos casos (KOIFFMAN; BONADIO, 2005). Em Juiz de Fora-MG, uma auditoria realizada em 370 cartões de gestantes constatou que havia ausência de registro de realização do exame de VDRL em 23% dos mesmos (COUTINHO *et al.*, 2003).

A adequada assistência pré-natal requer, por parte dos profissionais de saúde, atenção especial aos registros no prontuário e no cartão da gestante. O objetivo desses registros é permitir o acompanhamento sistemático da gestante e subsidiar a atuação dos diferentes profissionais envolvidos no atendimento.

A análise dos registros dos prontuários pode ser utilizada na avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Em instituições de atendimento que funcionam também como locais de prática para a formação discente na área da saúde, espera-se que esses registros sejam ainda mais completos do que aqueles operacionais preconizados pelo MS.

Diante do exposto, realizou-se este estudo com o objetivo de avaliar a qualidade dos registros nos prontuários das gestantes com VDRL reagente, atendidas no programa de assistência pré-natal de uma unidade de saúde vinculada a uma instituição particular de ensino superior, localizada em Fortaleza-CE.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo. A pesquisa foi realizada no Núcleo de Assistência Médica Integrada (NAMI), unidade de saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), que funciona como campo de prática dos cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional.

A população assistida pela unidade é proveniente majoritariamente de uma comunidade carente próxima ao núcleo. Anualmente são realizadas cerca de 10 mil consultas nas diversas especialidades e o atendimento às gestantes corresponde a aproximadamente 10% deste total. A coleta do sangue e a realização do VDRL são feitas na própria unidade.

A fonte de coleta de dados foi os prontuários de gestantes que apresentaram exame de VDRL reativo durante o acompanhamento pré-natal, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. As informações desses prontuários foram analisadas e serviram de base para o levantamento dos dados de interesse do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2006. Iniciou-se com o levantamento, no laboratório da unidade, dos registros de todos os pacientes com VDRL reagente no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Após essa fase de identificação dos registros de VDRL, foram selecionados os prontuários das mulheres e, dentre estas, identificadas as gestantes. Foram excluídos da análise os prontuários de gestantes que não tiveram todo o acompanhamento pré-natal realizado no NAMI. Em seguida, foi preenchido um questionário com os dados constantes nos prontuários referentes a informações sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas das gestantes.

Foram preservados os princípios éticos de acordo com as recomendações da Resolução nº 196/96. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFOR.

RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005, foram realizados no NAMI 3369 exames de VDRL

em pessoas do sexo feminino. O levantamento dos exames reagentes permitiu a identificação de 44 diferentes mulheres, sendo 17 gestantes. Duas dessas gestantes apresentaram exames positivos em gestação anterior, sendo consideradas como casos novos, totalizando assim 19 casos estudados.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos casos das gestantes com VDRL reagente em função de dados sócio-demográficos e obstétricos. As informações dos prontuários não possibilitaram constatar com precisão o grau de escolaridade das gestantes, se completaram ou não o Ensino Fundamental.

Tabela 1 - Variáveis sócio-demográficas e obstétricas de gestantes com VDRL reagente. Núcleo de Atenção Médica Integrada - UNIFOR, Fortaleza, Ceará, 2000 a 2005.

Variáveis	Casos (total=19)	
	N	%
Faixa etária (anos)		
15-19	4	21
20-24	5	26
25-29	4	21
30-34	2	11
35-39	4	21
Escolaridade (anos)		
0-5	16	84
6-9	3	16
Parceria sexual		
com parceiro fixo	12	63
sem parceiro fixo	7	37
Gestações anteriores		
Sim	3	16
Não	16	84
Abortos anteriores		
Sim	9	47
Não	10	53

A primeira consulta de pré-natal ocorreu no primeiro trimestre de gestação em 10 (54%) gestantes, no segundo trimestre, em oito (41%) e, no terceiro trimestre, em uma (5%) gestante. Cada gestante recebeu em média 6,5 consultas (1,7 consultas médicas e 4,8 de enfermagem).

A informação sobre o tratamento prescrito às gestantes não constava em oito (42%) dos prontuários. Em dois prontuários (10%) havia justificativa da não realização do tratamento devido à interpretação da positividade do VDRL como cicatriz sorológica. Não havia informações sobre VDRL de controle em sete (38%) prontuários. Em três (16%) havia registro de notificação do caso e, em seis (32%), constava informação sobre a importância do uso do preservativo. A informação acerca da convocação dos parceiros sexuais não constava em 15 (79%) dos prontuários e, em nenhum, havia referência ao tratamento dos mesmos (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência de registros em prontuários de gestantes com VDRL reagente em relação ao tratamento da gestante, convocação e tratamento do parceiro, notificação do caso e controle de cura. Núcleo de Atenção Médica Integrada - UNIFOR, Fortaleza, Ceará, 2000 a 2005.

Variáveis	Casos (total=19)	
	N	%
Prescrição do tratamento da gestante		
Sim	11	58
Não	8	42
Convocação do parceiro sexual		
Sim	4	21
Não	15	79
Tratamento do parceiro sexual		
Sim	0	0
Não	19	100
Notificação do caso		
Sim	3	16
Não	16	84
Controle de cura		
Sim	12	63
Não	7	37

DISCUSSÃO

O perfil sócio demográfico das gestantes com VDRL reagente coincidiu com os achados de estudos realizados no Rio de Janeiro (SARACENI *et al.*, 2005) e Rio Grande do Sul (DE LORENZI; MADI, 2001) revelando tipicamente mulheres jovens, com baixa escolaridade e parceria sexual fixa. Isto não significa, entretanto, que a sífilis seja uma doença restrita às camadas mais pobres da população e com menos instrução.

A maioria das gestantes tinha parceiro sexual fixo, o que pode dificultar a negociação de práticas sexuais seguras (GIACOMOZZI; CAMAGO, 2004). Não havia informações disponíveis nos prontuários sobre parcerias sexuais anteriores das gestantes, tempo de relacionamento com o parceiro atual ou a existência de outro parceiro, o que prejudica a análise do controle de tratamento dos contactantes.

Observa-se que nove (47,4%) das gestantes com VDRL reagente possuíam registro de abortos e de natimortos, o que pode sugerir a presença da doença como agente causal desses eventos. Estudo realizado no município do Rio de Janeiro mostrou que em 22 óbitos neonatais precoces ocorridos em 2002 por sífilis congênita, 70,0% das mães tinham história de abortamento prévio (SARACENI *et al.*, 2005).

O acompanhamento pré-natal é um dos componentes mais importantes da assistência à saúde da gestante e os registros podem servir de indicadores de avaliação da qua-

lidade dessa assistência (KOIFFMAN; BONADIO, 2005). Esse dado pode denunciar uma inadequação da assistência pré-natal, o que representa fator de risco importante para ocorrência da SC (LAGO *et al.*, 2001; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006). Outros estudos têm mostrado graves deficiências na triagem sorológica da sífilis na gestação, refletindo a baixa qualidade da assistência pré-natal (DE LORENZI; MADI, 2001; SARACENI *et al.*, 2005).

Neste estudo, nove (47%) gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal após o primeiro trimestre de gestação, resultado semelhante ao de outros autores (LIMA, 2004; LOBLEIN; GOMES, 2002; TREVISAN *et al.*, 2002). A captação precoce das gestantes é uma estratégia importante e que deve ser constantemente incentivada, pois é de opinião dos autores que quanto mais precocemente se estabelece o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde, maiores serão as chances de diagnóstico precoce, adesão ao tratamento, tratamento do parceiro e conseqüentemente controle da SC. Destaca-se que a assistência pré-natal não pode ser avaliada apenas pelo número de consultas realizadas, mas também pela qualidade do atendimento.

Somente em 11 (58%) prontuários havia informação sobre o uso de penicilina benzatina. Não foi possível avaliar a adequação do tratamento em relação à classificação da doença, se recente ou tardia. Embora a falta do registro não represente obrigatoriamente a ausência de prescrição de tratamento, essa informação é necessária para seguimento do caso, principalmente levando-se em conta a possibilidade de atendimento da gestante por diferentes profissionais de saúde.

Outra situação importante a ser considerada diz respeito à falta de registro acerca do tratamento do parceiro sexual. O MS preconiza o tratamento dos parceiros sexuais independentemente de confirmação diagnóstica, uma vez que na falta de tratamento destes, a gestante é considerada inadequadamente tratada e conseqüentemente fica caracterizado um caso de SC (BRASIL, 2006).

Análise das fichas de notificação epidemiológica de SC do Brasil e de São Paulo mostrou que um percentual considerável dessas fichas não tinha informações acerca do tratamento do parceiro sexual. Dados de notificação do Brasil e do Estado de São Paulo mostraram que, do total de casos de sífilis em gestantes, não havia menção sobre o tratamento do parceiro em 33,8% e 42,5% dos casos, respectivamente (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2005).

É possível inferir que esses parceiros não estejam sendo tratados, considerando que a grande maioria, especialmente os homens, não comparece ao serviço para tratamento (ARAÚJO *et al.*, 2002; FREITAS *et al.*, 2006; LIMA

et al., 2006;). Por outro lado, os serviços não oferecem um bom acolhimento e os pacientes encontram dificuldades de acesso à consulta, especialmente os do sexo masculino (ARAÚJO; LEITÃO, 2005). É imprescindível que as instituições de saúde desenvolvam estratégias para convocação e tratamento do parceiro sexual.

A informação sobre a notificação do caso esteve ausente em 16 (84%) prontuários, não permitindo, no desenho do estudo realizado, saber se ocorreu efetivamente. A adequada notificação é fundamental para o controle da SC, de modo que possibilite a investigação e o correto acompanhamento do caso. A falta de notificação acarreta ainda distorções no planejamento das ações de saúde por parte dos órgãos gestores nas três esferas de governo.

O prontuário é um documento manipulado por diferentes profissionais da equipe de saúde e retrata a assistência dispensada. É muito utilizado também como fonte de coleta de dados de pesquisa, especialmente em instituições de ensino. Destaca-se, então, a importância de registros precisos e adequados.

CONCLUSÃO

Através desse estudo é possível concluir que as informações disponíveis nos prontuários referentes ao acompanhamento pré-natal de gestantes com VDRL reagente são precárias, impossibilitando uma avaliação mais precisa da situação da sífilis na referida instituição e na comunidade assistida por esta unidade de saúde.

Considerando a especificidade do acompanhamento da gestante com VDRL reagente, faz-se necessário treinamento continuado dos profissionais e uniformidade no registro, definindo-se informações mínimas a constarem nos prontuários. A qualidade dos registros reflete a assistência pré-natal dispensada e esforços precisam ser desenvolvidos para que os profissionais compreendam, valorizem e efetivamente registrem as informações de forma correta, concisa e completa.

A diminuição dos casos de crianças infectadas só será possível com maior competência e envolvimento por parte dos órgãos gestores e das equipes de saúde responsáveis pela assistência materno-infantil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.A.L. *et al.* Análise das fichas de atendimento de pacientes com doenças sexualmente transmissíveis das unidades de referência de Fortaleza, 2000 e 2001. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.14, n.4, p.18-22, 2002.

ARAÚJO, M.A.L.; LEITÃO, G.C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de agravos de notificação - SINAN**. Indicadores e dados básicos-2004. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/Acesso>> em: 11 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico de AIDST**. Brasília, 2005.

COUTINHO, T. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em Juiz de Fora – MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

DE LORENZI, D.R.S; MADI, J.M. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

FAÇANHA, M.C. Tuberculose: Subnotificação de casos que evoluíram para o óbito em Fortaleza-Ce. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 1, p. 25-30, 2005.

FREITAS, G. M. B. *et al.* Cenário da Sífilis congênita no município de Campo Grande. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 6, 2006, Santos e CONGRESSO BRASILEIRO DE AIDS, 2, 2006, Santos. Resumos... Santos. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.18(supl), p.79, 2006. ref TL 069.

GIACOMOZZI, A. I; CAMAGO, B.V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da Aids. **Psicol. Teor. Prát.**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2004.

- KOIFFMAN, M.D; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5 Supl 1, p.23-32, 2005.
- LAGO, E.G. *et al.* Causas de falha na prevenção da sífilis congênita. **Rev. Med. PUCRS**, v. 11, n. 1, p. 14-21, 2001.
- LIMA, B.G.C. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.28, n.1, p. 9-18, 2004.
- LIMA, L.H.M. *et al.* Avaliação da sífilis congênita no estado do Espírito Santo. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 6, 2006, Santos e CONGRESSO BRASILEIRO DE AIDS, 2, 2006, Santos. Resumos... **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.18(supl), p.80, 2006. ref TL 071.
- LOBLEIN, O; GOMES, W.A. Sorologia para sífilis em gestantes no município de Manacapuru – AM. In: IV CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, 4 2002, Manaus. Resumos... **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.14, n.3, p. p.86, 2002 ref LAB 1.9.
- MARZIALE, M.H.P. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. **Rev. Bras Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 164-168, 2003.
- NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 173-179, 2006.
- OLIVEIRA, M.T.C. *et al.* A subnotificação de casos de aids em municípios brasileiros selecionados: uma aplicação do método de captura-recaptura. **Boletim Epidemiológico de AIDST**, Brasília, 2005. p.7-11.
- PEELING, R.W. *et al.* Avoiding HIV and Dying of Syphilis. **Lancet**, v. 364, n.9445, p. 1561-1563, 2004.
- PURCARU, M; MACENA, R.H.M. Avaliação do nível de integração entre o atendimento as DST/HIV/ AIDS e a Assistência pré-natal. **Anima**, n.4, p.49-58, 2002.
- SARACENI, V. *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e a criança. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, 2005.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. São Paulo, 2005.
- SILVEIRA, D.S. *et al.* Atenção pré- natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.
- TREVISAN, M.R. *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

Submissão: setembro de 2007

Aprovação: dezembro de 2007
