



ARTIGO ORIGINAL

**PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM PARTURIENTES ATENDIDAS EM UMA
MATERNIDADE NA CIDADE DE CRICIÚMA, SANTA CATARINA****PREVALENCE OF SYPHILIS IN PARTURIENTS ATTENDED AT A MATERNITY
IN THE CITY OF CRICIÚMA, SANTA CATARINA**

Natália Alberton Cunha¹
Andressa Biscaro²
Kristian Madeira³

RESUMO

A sífilis é doença sistêmica especialmente preocupante durante a gestação devido ao risco de transmissão fetal. Pode evoluir com óbito perinatal, parto prematuro, baixo peso ao nascer, anomalias congênitas e sequelas auditivas e neurológicas. Este estudo teve como objetivo principal conhecer a prevalência de sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Trata-se de estudo transversal, realizado através da coleta de dados de prontuários médicos e fichas de notificação de sífilis em gestantes. Foram notificados 117 casos de sífilis, porém somente 69 preencheram os critérios de inclusão e compuseram a amostra final. A prevalência de sífilis foi de 0,61 casos a cada 100 parturientes, com notificação progressiva no período do estudo. A média de idade das pacientes foi 23,62 anos, maioria solteira (40,6%), multigesta (63,7%), cor branca (68,1%), com ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto (40,6%) e do lar (52,2%). 73,2% realizaram seis ou mais consultas pré-natal, houve predomínio (69,2%) dos altos títulos de VDRL ($\geq 1:8$) no momento do diagnóstico e 75,3% das gestantes foram tratadas com Penicilina G benzatina. Por outro lado, apenas 30,4% dos parceiros recebeu tratamento. Observou-se correlação estatisticamente significativa entre o número de consultas no pré-natal e o tratamento adequado. Concluiu-se que houve ascensão da notificação dos casos de sífilis na gestação na cidade de Criciúma/SC e que apesar de doença conhecida e de fácil tratamento grande parte das gestantes e seus parceiros não são tratadas de forma adequada.

Descritores: Cuidado pré-natal. Sífilis. Sífilis congênita. Transmissão vertical de doença infecciosa.

ABSTRACT

Syphilis is a systemic disease specially worrying during pregnancy due to the risk of fetal transmission. It can evolve from perinatal death, premature birth, low weight at birth,

¹ Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma-SC.

² Professora de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Mestre em Saúde-Materno pela Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ

³ Professor de Bioestatística na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Doutor em Ciências da Saúde com ênfase em Bioestatística e Epidemiologia pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC.



congenital anomalies and auditory and neurological sequels. This study had the main objective of knowing the prevalence of syphilis in parturients attended in a maternity in the city of Criciúma, Santa Catarina, in the period from January 2012 to December 2016. It is a transversal study, made through the data collect from medical records and Notification files of Syphilis in pregnant. 117 cases of Syphilis have been notified, however only 69 fulfilled the criteria of inclusion and composed the final sample. The prevalence of Syphilis was 0.61 cases per 100 parturients, with progressive notification in the period of study. The average age of patients was 23.62 years old, mainly single (40.6%), multigravida (63.7%), white color (68.1%), with completed elementary school or incomplete high school (40.6%) and housewives (52.2%). 73.2% went on six or more prenatal appointments, there were predominance (69.2%) of high titles of VDRL ($\geq 1:8$) in the time of the diagnosis and 75.3% of the pregnant were treated with Benzathine Penicillin G. On the other hand, only 30.4% of the partners were treated. A Statistically significant correlation was observed between the number of appointments in prenatal and the proper treatment. It has been concluded that an ascent in the syphilis cases notification in pregnancy in the city of Criciúma/SC and despite being a well known disease and easy to treat, most of pregnant and their partners are not treated properly.

Keywords: Infectious disease transmission, vertical. Syphilis. Syphilis, congenital. Prenatal care.

INTRODUÇÃO

A sífilis é doença sistêmica crônica que tem como agente causador o *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta. Sua transmissão acontece principalmente através do contato sexual, mas também pode ocorrer por via transplacentária. Cerca de 80% das mulheres infectadas encontram-se em idade reprodutiva, sob risco de transmissão vertical (1).

A transmissão vertical depende de alguns fatores, como idade gestacional, duração da infecção e o principal deles, tratamento da gestante, que deve ser instituído no mínimo 30 dias antes do parto. Quanto mais avançada a gestação, maior a chance de transmissão, porém, menor a gravidade. Quanto à duração da infecção materna, quanto mais recente maior o risco de transmissão vertical (2).

A chance da transmissão nas mães não tratadas é de 70 a 100%, contra 1 a 2% nas que receberam tratamento adequado. Dentre os fetos das mães infectadas sem tratamento, 30% têm como desfecho o óbito fetal, 10% evoluirão para óbito neonatal e 40% apresentarão retardo mental (1).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016 do Ministério da Saúde, em 2015 foram notificados 33.365 casos de sífilis em gestantes no país, e 19.228 casos de sífilis



congênita, que resultaram em 221 óbitos de crianças com menos de um ano de idade. No referido ano, verificou-se um aumento relevante na notificação da doença em gestantes em relação ao ano anterior, que foi de 27.595 (3). Acredita-se que o aumento no número de notificações seja consequência da melhoria do diagnóstico após a implantação de testes rápidos de HIV e sífilis nas Unidades Básicas de Saúde através do programa “Rede Cegonha” criado em 2011 pelo governo federal.

Sabe-se que a sífilis congênita, quanto à epidemiologia, é indicador de qualidade da assistência pré-natal. Portanto, na tentativa de diminuir novos casos da doença, a notificação, a investigação dos casos, o tratamento adequado e a implantação de medidas que previnam a transmissão são ações essenciais quando se planeja a eliminação da doença (4).

Este estudo investigou a prevalência dos casos de sífilis na gestação entre parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma, Santa Catarina.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, de abordagem quantitativa, no qual foi realizada revisão de prontuários médicos e fichas de notificação/investigação de sífilis das parturientes atendidas em uma maternidade no município de Criciúma, Santa Catarina.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) (CAAE: 62596716.5.0000.0119) e do Comitê de Ética do Hospital São José (CAAE: 62596716.5.3001.5364) e os dados foram coletados no Hospital São José e no Programa de Atenção às DST's, HIV e AIDS (PAMDHA), ambos situados no município de Criciúma/SC.

Obteve-se um relatório no PAMDHA com as notificações de sífilis em gestantes no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016 e deste relatório foram estudadas as gestantes com o diagnóstico de sífilis admitidas para parto na referida maternidade no período de estudo. Foram excluídos os prontuários com dados incompletos que inviabilizaram a realização da pesquisa e parturientes com mais de uma gestação no período.

Foram coletadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, cor/raça, ocupação, número de gestações, município de realização do pré-natal, número de consultas no pré-natal, teste não-treponêmico no pré-natal, titulação do teste não-treponêmico, teste



treponêmico no pré-natal, esquema prescrito à gestante, tratamento do parceiro, esquema prescrito ao parceiro, motivo pelo qual o tratamento do parceiro não foi realizado, teste rápido para sífilis no momento do parto e idade gestacional no momento do parto.

Os dados coletados foram analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão e as qualitativas expressas por meio de frequência absoluta e relativa.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação do teste de Razão de Verossimilhança, seguido de análise de resíduo quando observada significância estatística.

RESULTADOS

Foram notificadas 117 gestantes com sífilis no município de Criciúma, Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016 (figura 1). Destas, foram excluídas as pacientes que não se encontrou registro de parto na maternidade (37), as que foram submetidas à curetagem (3), e as que foram notificadas no ano de 2016, porém que tiveram ou que terão os partos em 2017 (8), resultando em amostra final de 69 mulheres.

No período estudado foram realizados 11.380 partos no local da pesquisa. Dentre as parturientes, 69 possuíam o diagnóstico de sífilis, portanto, a prevalência foi de 0,61 casos a cada 100 pacientes.

A média de idade das pacientes notificadas foi de 23,62 anos. A maioria solteira (40,6%), de cor branca (68,1%), com ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto (40,6%) e do lar (52,2%) (tabela 01).

Quanto ao número de gestações, 25 (36,2%) pacientes eram primigestas e 44 (63,7%) multigestas (tabela 02).

A maior parte das parturientes (73,2%; n=41) tinham seis ou mais consultas anotadas no cartão pré-natal no momento da internação para o parto. Com relação ao VDRL, houve predomínio (69,2%) de altos títulos ($\geq 1:8$) no momento do diagnóstico. Dentre as que



realizaram o teste treponêmico (59 gestantes), em 7 (10,1%) o teste não foi reagente (VDRL falso positivo) (tabela 02).

A tabela 03 apresenta que 75,3% das pacientes foram tratadas com Penicilina G benzatina e 15,9% não trataram a doença. Quanto aos parceiros, 21 (30,4%) receberam tratamento e destes, 2 fizeram uso de outro esquema que não a penicilina. Quando questionado o motivo pelo qual o parceiro não foi tratado, dentre os identificados, o fim do contato entre gestante e parceiro foi a causa mais comum (18,8%; n=9) seguido pela comunicação/convocação sem comparecimento (16,7; n=8). Em 4 casos (8,3%) o parceiro não foi tratado por apresentar sorologia não reagente. Para a maioria dos parceiros (n=22; 45,8%), não se sabe a causa do não tratamento.

Correlacionando o número de consultas com o esquema prescrito à gestante, através da análise de resíduos, observou-se maior frequência da não realização do tratamento com menos que 6 consultas. Com seis ou mais consultas, verificou-se frequência maior de tratamento com penicilina G benzatina e menor de não tratamento ($p=0,004$) (tabela 04). 90,2% das gestantes com 6 ou mais consultas pré-natal foram tratadas com penicilina G benzatina, 2 (4,9%) com outro esquema terapêutico e 2 (4,9%) não foram tratadas ($p<0,001$) (tabela 05).

DISCUSSÃO

Um estudo entre parturientes, realizado em 2010-2011 nas cinco macrorregiões brasileiras, com amostra de 36 mil pacientes, estimou a prevalência de sífilis em gestantes em 0,85% (3). Neste estudo, a prevalência foi de 0,61%, sendo crescente no período, com exceção do ano de 2016, no qual se observou queda. O Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016 do Ministério da Saúde evidenciou também um aumento na taxa de detecção da doença na maioria dos estados brasileiros, incluindo o estado de Santa Catarina. A taxa de detecção da doença em gestantes no Brasil em 2014 foi 9,3% e em 2015, 11,2% (3). Apesar da nítida ascensão, não se pode afirmar se houve aumento no número de casos de sífilis na gestação ou apenas melhoria da notificação dos mesmos, uma que a partir de 2011, com a criação da “Rede Cegonha” pelo Governo Federal, testes rápidos para sífilis e HIV passaram a estar disponíveis na Atenção Básica(4).



Quanto às características da população estudada, a média de idade foi de 23,62 anos ($\pm 6,27$), sendo a maioria de cor branca, solteira, com ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto. Comparando com outros trabalhos, segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016 do Ministério da Saúde, de 2005 a 2016, 51,26% das gestantes tinham entre 20 e 29 anos, 46,7% declararam-se pardas, e entre 2007 e 2016 20,9% referiram escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta (3). Lafetá et al. (2016), verificaram um predomínio de gestantes com faixa etária entre 21 e 30 anos (50,5%), pardas (63,4%) e solteiras (53,8%) na cidade de Montes Claros, Minas Gerais no período de 2007 a 2013(5). Já na região de Canoas, Rio Grande do Sul, Chinazzo e De Leon (2015) encontraram um predomínio da raça branca (75,9%) entre as gestantes com sífilis (6).

Conforme o Ministério da Saúde é recomendado um mínimo de seis consultas no pré-natal, alternando as consultas entre médico e enfermeiro (7). Neste estudo, a maioria das parturientes passaram por seis ou mais consultas durante o pré-natal, dado observado também por Lafetá et al. (2016) (5). Um maior número de consultas no pré-natal pode gerar maior promoção de saúde, principalmente nas gestações de maior risco, podendo-se intervir nos desfechos perinatais. Domingues et al. (2012) constataram que no município do Rio de Janeiro a adequação de exames, vacinação e orientações sobre o parto e amamentação foi menor nas gestantes que estiveram presentes em menor número de consultas (8).

O risco de infecção congênita se relaciona com a fase da doença na gestação, sendo maior o risco nas fases primária e secundária. Titulação de sorologia não treponêmica $> 1:8$ pode significar doença precoce, porém o risco de transmissão fetal também é significativo na fase latente tardia e baixa titulação (9). No presente estudo, houve predomínio (69,2%) de altos títulos ($\geq 1:8$) de VDRL no momento do diagnóstico. Nonato et al. (2015) referem que nas Unidades Básicas de Saúde em Belo Horizonte, 60,1% das gestantes apresentaram altos títulos no primeiro VDRL realizado durante o pré-natal (10).

O tratamento das gestantes infectadas é feito com penicilina G parenteral. Se doença precoce, 2,4 milhões de unidades IM em dose única; se mais de um ano de duração ou de duração desconhecida, 2,4 milhões de unidades IM três doses únicas semanais; e se neurosífilis, penicilina G cristalina aquosa 3 a 4 milhões de unidades IV a cada 4 horas por 10 a 14 dias (11). O tratamento é considerado inadequado quando: realizado com outro fármaco que não a penicilina; quando incompleto mesmo que iniciado com penicilina; se o



tratamento instituído não é o indicado para a fase clínica da doença; se não foi efetuado em 30 dias antes do parto ou se o parceiro sexual com sífilis não foi tratado ou foi tratado de forma incorreta (4).

Neste estudo, verificou-se que 75,4% das gestantes foram tratadas com o antibiótico adequado (penicilina), 7,2% receberam outro esquema que não a penicilina e 17,4% não realizaram tratamento. Número semelhante ao encontrado por Nonato et al. (2015), no qual 71,4% das pacientes trataram com penicilina (10).

No Brasil, em 2013, 86,3% das pacientes receberam Penicilina, 2,8% fizeram uso de outro esquema, 6,5% não trataram e 4,4% não há informação (ignorado). No mesmo ano em Santa Catarina, 79,5% das gestantes com sífilis trataram com a penicilina, 4,3% com outro antibiótico, 14,1% não realizou nenhum tratamento e 2,2% ignorado. Com esses números, Santa Catarina estava entre os estados que apresentaram maiores proporções de não tratamento no referido ano, sendo inclusive o estado que menos tratou na região no sul do país (4).

O percentual de parceiros não tratados foi elevado (66,7%). Souza e Benito (2015) descreveram que em 2014, 60,1% dos parceiros não receberam tratamento no Brasil (12).

No estudo, pode-se observar relação entre o número de consultas e a ocorrência de tratamento. Quanto mais consultas a paciente realizou durante o pré-natal (seis ou mais), maior foi o tratamento com penicilina na gestante.

É importante ressaltar que o caráter retrospectivo do estudo, o uso de dados secundários e a qualidade do preenchimento dos prontuários e das fichas de notificações, dificultaram a coleta de algumas variáveis e foram fatores limitantes. Novos estudos prospectivos, com desenho adequado e preenchimento correto de dados podem traduzir maior confiabilidade estatística.

Apesar das limitações acima descritas, concluiu-se que o perfil epidemiológico das pacientes desta pesquisa foi condizente com o encontrado na literatura e assim como nas demais regiões do país, observou-se ascensão da notificação dos casos de sífilis nos últimos anos.

Apesar da sífilis ser uma doença antiga, com etiologia bem conhecida e diagnóstico e tratamento fáceis, observam-se falhas quanto ao tratamento das gestantes e seus parceiros, reflexo da assistência pré-natal deficitária.



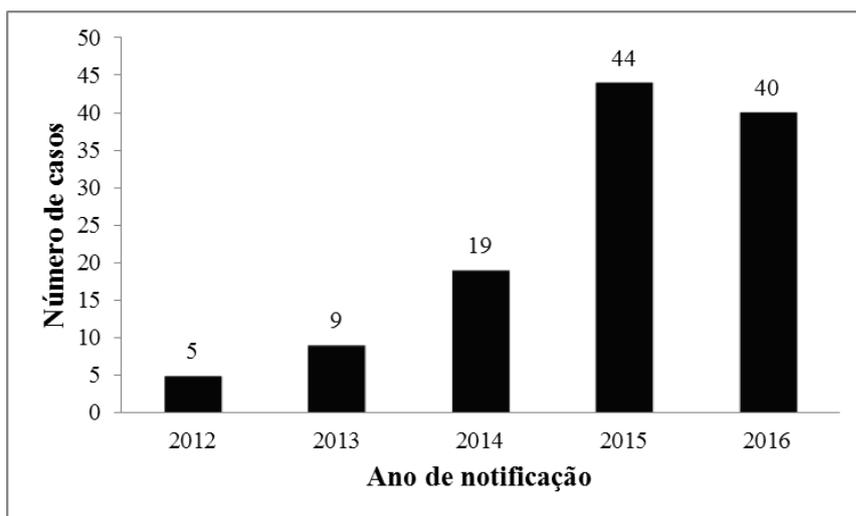
Além de melhorias no pré-natal quanto ao diagnóstico e tratamento, medidas que levem à população informações sobre a doença, suas formas de transmissão e prevenção são ações fundamentais para redução de novos casos.

REFERÊNCIAS

1. Ruano R, Yoshizaki CT, Martinelli S, Pereira PP. Doenças sexualmente transmissíveis. In: Zugaib M, editor. Zugaib obstetrícia. 2ª. ed. Barueri, SP: Manole; 2012. p.1038-1045.
2. Norwitz ER, Hicks CB. Syphilis in pregnancy. 2016 [revisado em 2017 fev 27]. In: UpToDate [internet]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/syphilis-in-pregnancy?source=search_result&search=syphilis%20in&selectedTitle=4~150.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2016. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acesso em 13 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis>.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2015. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2015 [acesso em 13 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2015>.
5. Lafetá KRG, Martelli H Jr, Silveira MF, Paranaíba, LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev. Bras. Epidemiol. 2016;19(1):63-74.
6. Chinazzo LK, De Leon CA. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. Bol. Cient. de Pediatr. 2015;04(3):65-69.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet] Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 15 abr. 2017].
8. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012; 28(3):425-437.
9. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm. Rep. 2015;64(3):1-137.
10. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015;24(4):681-694.



11. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Obstetrícia de Williams*. 24. ed. Porto Alegre: AMGH; 2016.
12. Souza WNS, Benito LAO. Sífilis gestacional por regiões brasileiras: avaliação epidemiológica de 2008 a 2014 [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Curso de Enfermagem, 2015.

**TABELAS****FIGURA 1:** Número de notificações de gestantes com sífilis no município de Criciúma / SC no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2016.**TABELA 1:** Perfil epidemiológico das parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma/SC com o diagnóstico de sífilis na gestação de 2012 a 2016.

	Média ± DP ou n(%) n=69
Idade (anos)	23,62 ± 6,27
Estado Civil	
Solteira	28 (40,6)
União Estável	27 (39,1)
Casada	14 (20,3)
Escolaridade	
Analfabeto ou Ensino Fundamental Incompleto	20 (29,0)
Ensino Fundamental Completo ou Ensino Médio Incompleto	28 (40,6)
Ensino Médio Completo ou Ensino Superior Incompleto	21 (30,4)
Cor	
Branca	47 (68,1)
Preta	19 (27,5)
Parda	3 (4,3)
Ocupação	
Do lar	36 (52,2)



Exerce atividade remunerada	27 (39,1)
Estudante	6 (8,7)
Município de residência	
Criciúma	68 (98,6)
Maracajá	1 (1,4)

DP = Desvio padrão.

TABELA 2: Informações relativas ao pré-natal e ao diagnóstico sorológico da sífilis das parturientes atendidas em uma maternidade na cidade de Criciúma/SC no período de 2012 a 2016.

	Média ± DP ou n(%) n=69
Número de gestações	
Um	25 (36,2)
Dois	17 (24,6)
Três	11 (15,9)
Quatro ou mais	16 (23,2)
Município de realização do pré-natal, n=66	
Criciúma	63 (95,5)
Maracajá	1 (1,5)
Siderópolis	1 (1,5)
Içara	1 (1,5)
Número de consultas no pré-natal, n=56	
Seis ou mais	41 (73,2)
Cinco	2 (3,6)
Quatro	5 (8,9)
Três	2 (3,6)
Dois	2 (3,6)
Um	2 (3,6)
Zero	2 (3,6)
Teste não-treponêmico no pré-natal	
Reagente	68 (98,6)
Não realizado	1 (1,4)
Titulação	
1:1	6 (8,8)
1:2	6 (8,8)
1:4	9 (13,2)
1:8	5 (7,4)
1:16	11 (16,2)



1:32	14 (20,6)
1:64	7 (10,3)
1:128	9 (13,2)
1:273	1 (1,5)
Teste treponêmico	
Reagente	52 (75,4)
Não realizado	9 (13,0)
Não reagente	7 (10,1)
Ignorado	1 (1,4)

DP = Desvio padrão.

TABELA 3: Informações relativas ao tratamento da gestante com o diagnóstico de sífilis e do parceiro.

	Média ± DP ou n(%) n=69
Esquema prescrito à gestante	
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	17 (24,6)
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	7 (10,1)
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	28 (40,6)
Outro esquema	5 (7,2)
Não realizado	11 (15,9)
Ignorado	1 (1,4)
Tratamento do parceiro	
Não	46 (66,7)
Sim	21 (30,4)
Ignorado	2 (2,9)
Esquema prescrito ao parceiro	
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI	3 (4,3)
Penicilina G benzatina 4.800.000 UI	4 (5,8)
Penicilina G benzatina 7.200.000 UI	12 (17,4)
Outro esquema	2 (2,9)
Não realizado	44 (63,8)
Ignorado	4 (5,8)
Motivo pelo qual o tratamento do parceiro não foi realizado, n = 48	
Parceiro não teve mais contato com a gestante	9 (18,8)
Parceiro não foi comunicado/convocado a US para tratamento	1 (2,1)
Parceiro foi comunicado/convocado mas não compareceu	8 (16,7)
Parceiro foi comunicado/convocado mas recusou tratamento	4 (8,3)



Parceiro com sorologia não reagente	4 (8,3)
Desconhecido	22 (45,8)

DP = Desvio padrão.

TABELA 4: Antibiótico e esquema posológico prescrito à gestante no momento do diagnóstico da sífilis.

	Esquema prescrito à gestante, n(%)						P
	Penicilina G benzatina (UI)			Outro	Nenhum	Ignorado	
	2.400.000	4.800.000	7.200.000				
Consultas*							
<6	1 (6,7)	1 (6,7)	4 (26,7)	2 (13,3)	6 (40,0)	1 (6,7)	0,004
≥6	14 (34,1)	3 (7,3)	20 (48,8)	2 (4,9)	2 (4,9)	0 (0,0)	

Tabela 5: Correlação entre o número de consultas no pré-natal e o tipo de antibiótico prescrito para o tratamento da sífilis.

	Tratamento penicilínico ou não penicilínico, n(%)			P
	Penicilina G benzatina	Outro esquema	Nenhum	
Consultas*				
<6	6 (40,0)	2 (13,3)	7 (46,7)	<0,001
≥6	37 (90,2)	2 (4,9)	2 (4,9)	

*Número de consultas no pré-natal