

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Thais Campolina Cohen Azoury

Sífilis gestacional no território de saúde de Consolação-Espírito Santo, 2013-2017:
epidemiologia e narrativas de cuidado.

Rio de Janeiro

2019

Thais Campolina Cohen Azoury

Sífilis gestacional no território de saúde de Consolação-Espírito Santo, 2013-2017:

epidemiologia e narrativas de cuidado.

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede de Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Prof.a Dra. Kátia Silveira da Silva.

Rio de Janeiro

2019

Título do trabalho em inglês: **Gestational syphilis in the health territory of Consolação-Espírito Santo, 2014-2017: epidemiology and care narratives.**

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

A996 Azoury, Thais Campolina Cohen.
Sífilis gestacional no território de saúde de Consolação-Espírito Santo, 2014-2017: epidemiologia e narrativas de cuidado / Thais Campolina Cohen Azoury. – 2019.
89 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Kátia Silveira da Silva.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

1. Sífilis Congênita. 2. Sífilis Gestacional. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Epidemiologia. I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.5472098152

Thais Campolina Cohen Azoury

Sífilis gestacional no território de saúde de Consolação-Espírito Santo, 2013-2017:
epidemiologia e narrativas de cuidado.

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede de Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 04 de julho de 2019.

Banca Examinadora

Prof.a Dra. Elyne Montenegro Engstrom
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Rio de Janeiro

Prof.a Dra. Jorginete de Jesus Damião
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.a Dra. Márcia Lazaro de Carvalho
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Rio de Janeiro

Prof.a Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira

Prof.a Dra. Kátia Silva Silveira – (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

Dedico esta dissertação aos meus amados filhos Levi e Gabriel, e meu esposo Fabricio que sempre me apoiaram nesta fase de tempo escasso, incentivando-me, todos os dias, com muito carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, louvo a Deus pelo amor e perfeição de Seu plano para minha vida, os quais vou desfrutando maravilhada dia a dia.

Aos meus pais, sogro e sogra agradeço por serem exemplo de integridade, persistência e dedicação que me motivaram a cada etapa.

Agradeço ao meu esposo o carinho, paciência e cooperação tanto me apoiando como dando-me suporte no zelo com nossa família.

Meus amados filhos, mamãe agradece de todo coração o amor em cada olhar e abraço que muitas vezes foram interrompidos pelos limitados minutos livres de tarefas.

Meus queridos irmãos, cunhadas e cunhado, obrigada por serem referência cada qual em sua excelência seja na ousadia, no engajamento, nos conselhos ou na valorização do saber.

Sinceros agradecimentos à doutora Letícia Vervloet – pediatra e homeopata, não fosse pela observação e sensibilidade em apresentar-me o PROFSAÚDE, eu não chegaria até aqui.

Doutora Bárbara Almenara, “minha” residente, hoje médica de Família e Comunidade, agradeço a cooperação e ampliação das intervenções frutos desta pesquisa.

Aos professores - Doutores do PROFSAÚDE - agradeço a dedicação em compartilhar seus conhecimentos.

Aos colegas e amigos, agora mestres, agradeço o constante estímulo em avançar e persistir, a troca de experiências e pareceres que enriqueceram minha formação.

À Doutora Kátia Silveira da Silva, minha orientadora, faz emocionado agradecimento pela disponibilidade, acessibilidade, profissionalismo, e ainda, por conduzir-me pelo caminho do respeito, valorização e resiliência.

Os teus olhos viram o meu corpo ainda informe; e no teu livro todas estas coisas foram escritas; as quais em continuação foram formadas, quando nem ainda uma delas havia.
(BÍBLIA, Salmo 139:16, 1995)

RESUMO

Referência: AZOURY, Thais Campolina Cohen. **Sífilis gestacional no território de saúde de Consolação-Espírito Santo, 2014-2017: Epidemiologia e narrativas de cuidado.** 2019. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

A alta prevalência da transmissão vertical da sífilis vem apontando perdas de oportunidades de prevenção durante o período gestacional. Esta pesquisa teve como objetivo analisar a relação dos casos de sífilis gestacional com a atenção à saúde prestada às gestantes com sífilis do território de saúde da Unidade Básica de Saúde de Consolação, no município de Vitória-ES, notificadas no SINAN no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de metodologia mista - quantitativa e qualitativa. As fontes de dados da abordagem quantitativa foram prioritariamente os registros de prontuários eletrônicos, complementadas, quando disponível, com cartões e fichas de acompanhamentos e mesmo entrevistas, e da qualitativa, entrevistas semiestruturadas. A taxa de detecção de sífilis gestacional aumentou de 37,3 em 2014 para 64,3 em 2017 e a incidência da sífilis congênita reduziu de 21,5 em 2015 para 12,8 em 2017. Foram analisadas 40 gestações, 20% delas com histórico de sífilis gestacional anterior. O predomínio foi de mulheres não brancas e de baixa escolaridade. Cerca de 88% dos acompanhamentos ocorreu na unidade básica de saúde, 87,5% teve o diagnóstico de sífilis gestacional entre o 1º e 2º trimestre. O Veneral Disease Research Laboratory Test (VDRL) foi solicitado na primeira consulta do pré-natal em 95% das gestações e 87,5% realizou pelo menos 1 teste VDRL. O teste rápido foi registrado para apenas 37% das gestantes. Dos 16 parceiros que realizaram o teste VDRL, 11 foram negativos. 67,5% dos parceiros recebeu prescrição adequada, 42,5% realizou adequadamente as aplicações. A maior parte das prescrições realizadas durante o pré-natal estava em conformidade com o protocolo de tratamento de sífilis gestacional do Ministério da Saúde. Gestantes em situação de rua (20%) ou em uso de drogas estiveram relacionadas ao baixo número de consultas pré-natais, tratamentos inadequados, não tratamento das parcerias e diagnósticos tardios de gravidez e de sífilis gestacional. Dentre as fragilidades encontradas destacaram-se a identificação inadequada ou inexistente da parceria, dados incompletos da avaliação do recém-nascido mesmo na ficha de alta hospitalar, o abandono do tratamento, dificuldade de acompanhamento de gestantes em situação de rua e o desconhecimento da doença. Limitação do estudo foi à ausência ou incompletude dos registros dos prontuários eletrônicos.

Palavras chaves: Sífilis congênita, Sífilis gestacional, Narração, Estratégia Saúde da Família, Epidemiologia.

ABSTRACT

Reference: AZOURY, Thais Campolina Cohen. **Gestational syphilis in the health territory of Consolação-Espírito Santo, 2014-2017: epidemiology and care narratives**. 2019. 83 f. Dissertation (Master in Family Health) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

The high prevalence of vertical transmission of syphilis has been indicating loss of prevention opportunities during the gestational period. This study aimed to analyze the relationship between gestational and congenital syphilis cases with health care provided to pregnant women with syphilis reported in SINAN. The field work had as reference the health territory of the Basic Health Unit of Consolação, in the city of Vitória-ES, from January 2013 to December 2017. It is an exploratory descriptive study of mixed-quantitative methodology and qualitative. The data sources were primarily records of electronic records, complemented with cards of follow-ups and semi-structured interviews. The rate of detection of gestational syphilis increased from 37.3 in 2014 to 64.3 in 2017 and the incidence of congenital syphilis decreased from 21.5 in 2015 to 12.8 in 2017. A total of 40 pregnancies, 20% of them had a history of previous gestational syphilis. The predominance was no white women with low schooling. Approximately 88% of follow-ups occurred in the primary health unit, 87.5% had a diagnosis of gestational syphilis between the 1st and 2nd trimester, only 1 had a diagnosis in the third trimester and two at the time of delivery. The Venereal Disease Research Laboratory Test (VDRL) was requested at the first prenatal visit in 95% of pregnancies and 87.5% performed at least 1 VDRL test. The rapid test was registered for only 37% of pregnant women. Of the 16 partners who performed the VDRL11 test were negative. 67.5% of the partners received adequate prescription, 42.5% adequately performed the applications. Most prenatal prescriptions were in compliance with the Ministry of Health protocol for gestational syphilis. Pregnant women in the street (20%) or in drug use were related to the low number of pre- inadequate treatment, no treatment of partnerships and late diagnosis of pregnancy and gestational syphilis. Among the frailties found were inadequate or non-existent identification of the partnership, incomplete data from the evaluation of the newborn even on the hospital discharge record, abandonment of treatment, difficulty in monitoring pregnant women in the street, and lack of knowledge of the disease. Limitation of the study was the absence or incompleteness of records of electronic records.

Keywords: Congenital syphilis. Gestational syphilis. Narration. Family Health Strategy. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Sífilis gestacional estimada pelos dados da OMS (2008-2009)	17
Gráfico 1 - Série histórica da sífilis gestacional e congênita no Território de Saúde de Consolação – Vitória, ES.	39
Quadro 1 - Características, sociodemográficas, história sexual e reprodutiva e da assistência pré-natal das mulheres entrevistadas.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterísticas sociodemográficas e hábitos de mulheres portadoras de sífilis gestacional - novembro de 2013 a dezembro de 2017	40
Tabela 2 - Caraterísticas ginecológica obstétrica de mulheres portadoras de sífilis gestacional- novembro de 2013 a dezembro de 2017.....	41
Tabela 3 - Caraterísticas da Assistência pré-natal a de mulheres portadoras de sífilis gestacional - novembro de 2013 a dezembro de 2017	44
Tabela 4 - Caraterísticas da assistência aos parceiros de mulheres portadoras de sífilis gestacional - novembro de 2013 a dezembro de 2017	48
Tabela 5 - Caraterísticas do parto e do recém-nascido de mulheres portadoras de sífilis gestacional - novembro de 2013 a dezembro de 2017	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ES	Estado do Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NV	Nascidos vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
PMAQ-AB	Básica
RN	Recém-nascido
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory Test

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	<i>Geral</i>	16
2.2	<i>Específico</i>	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	<i>Situação mundial da sífilis congênita</i>	17
3.2	<i>Situações epidemiológica da sífilis no Brasil</i>	18
3.3	<i>Epidemiologia do Espírito Santo</i>	22
3.4	<i>Diagnóstico da sífilis gestacional</i>	23
3.5	<i>Diagnóstico da sífilis congênita</i>	24
3.6	<i>Tratamento preconizado para sífilis gestacional</i>	25
3.7	<i>A assistência pré-natal da sífilis gestacional na aps e as barreiras na prevenção da sífilis congênita</i>	26
3.8	<i>As narrativas de cuidado</i>	30
4	MÉTODO	32
4.1	<i>Desenho do estudo</i>	32
4.2	<i>Contexto do estudo</i>	32
4.3	<i>Abordagem quantitativa</i>	32
4.3.1	Tipo de pesquisa	32
4.3.2	População do estudo	32
4.3.3	Coleta dos dados	33
4.3.4	Análise dos dados	34
4.4	<i>Abordagem qualitativa</i>	35
4.4.1	Tipo de pesquisa	35
4.4.2	População do estudo	35
4.4.3	Técnicas e instrumentos de coleta de informações: entrevista narrativa	36
4.4.4	Análise dos dados: análise temática	36
4.5	<i>Aspectos éticos</i>	37
5	RESULTADOS	39
5.1	<i>Caracterização das participantes do estudo</i>	39
5.2	<i>Caracterização da assistência pré-natal</i>	42
5.3	<i>Caracterização das parcerias</i>	46

5.4	<i>Caracterização do parto</i>	49
5.5	<i>Caracterização do recém-nascido</i>	49
5.6	<i>Caracterização das entrevistas</i>	52
5.7	<i>Categorização dos temas</i>	54
5.7.1	<i>Os sentimentos negativos diante do diagnóstico trazendo dificuldades para a busca de assistência pré-natal</i>	54
5.7.2	Aspectos relacionados à adesão ao tratamento	55
5.7.3	A comunicação inadequada e a vivência	56
5.7.4	O estigma da doença restringe a abordagem do problema nas relações sociais e familiares	57
5.7.5	O acompanhamento pré-natal: a percepção e o vínculo com a gravidez	57
6	DISCUSSÃO	60
7	RECOMENDAÇÕES	66
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS	73
	APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS	79
	ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA	81
	ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA	84
	ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85

1 INTRODUÇÃO

A sífilis, doença sexualmente transmissível, mantém-se como um importante problema de saúde no Brasil e no mundo (BRASIL, 2017b; OMS, 2015; OPAS, 2017; NEWMAN, et al., 2013). A sífilis gestacional relaciona-se a mortes fetais e neonatais, partos prematuros e de baixo peso. Cerca de 80% destes resultados adversos ocorreram em mulheres que receberam pelo menos uma consulta pré-natal (DOMINGUES, 2014).

Em relação ao perfil epidemiológico destas mulheres, o Boletim Epidemiológico da sífilis, publicado em 2017, descreveu as características sociodemográficas destas gestantes portadoras de sífilis, como mulheres jovens, não brancas e de baixa escolaridade (BRASIL, 2017b).

No Brasil, as taxas de incidência de todas as suas formas (adquirida, gestacional e congênita) encontram-se em contínuo crescimento nos últimos anos, ao contrário do movimento de declínio global (PEELING et al., 2016). Na análise dos indicadores referentes ao parto e nascimento, observou-se que a sífilis gestacional, que em 2010 apresentava uma taxa de 3,7 por 1.000 nascidos vivos(nv), passou a 11,2 em 2015, e da congênita de 0,82 para 6,5 por 1000 nv (BRASIL, 2017b). No Brasil, o aumento das notificações de sífilis em gestantes pode ser consequência do aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica, ampliação da distribuição de testes rápidos na atenção básica e maternidades, e dos investimentos nos serviços de atenção pré-natal e parto pela Rede Cegonha, instituída em 2011, contribuindo para a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de sífilis gestacional no país (BRASIL, 2011). Apesar de haver uma terapêutica simples, rápida e de baixo custo, que deveria estar disponível na Atenção Primária à Saúde(APS), este conjunto de medidas não foi suficiente (BRASIL, 2017; MAGALHÃES E VIEIRA, 2013; HILDEBRAND, 2010)–para a garantia do controle ou eliminação da doença, não sendo alcançada a meta para eliminação da sífilis congênita, $\leq 0,5$ casos para mil nv estabelecida para 2015 (OMS, 2015; OPAS, 2017).

A melhoria na qualidade da assistência pré-natal tem sido apontada como uma estratégia fundamental para redução da sífilis congênita (DALLÉ, 2017; SARACENI et al., 2017; COHEN AZOURY et al., 2010 e 2017). Estudos sobre avaliação do pré-natal sinalizam as oportunidades perdidas de prevenção, quando descrevem que 30% a 70% dos diagnósticos de sífilis gestacional são tardios- 3º trimestre, parto e curetagem, o que contribui para o aumento do percentual de gestantes não tratadas ou com tratamento inadequado. Também foi

evidenciado que mesmo o acompanhamento regular no pré-natal não tem assegurado um desfecho adequado (MAGALHÃES E VIEIRA, 2013; NONATO et al., 2015).

Outro aspecto relacionado à qualidade diz respeito ao tratamento inadequado quanto ao prazo e dose, bem como, a falta de adesão do parceiro à investigação e ao tratamento concomitante. Em consequência destas falhas, a transmissão vertical tem ocorrido em pelo menos 25 % dos casos (BRASIL, 2017ab; SARACENI et al., 2012 e 2017; DOMINGUES, 2012).

Diante deste cenário, analisar as ações na Estratégia Saúde da Família (ESF), que atualmente é o principal modelo da atenção primária brasileira, torna-se uma abordagem adequada deste problema, visto que, volta-se às ações de promoção e prevenção com foco na longitudinalidade do cuidado e na criação de vínculo (SARACENI, et al., 2012).

Dentre os estados brasileiros, o estado do Espírito Santos apresenta um dos índices de sífilis congênita e gestacional mais elevados do país, embora o município de Vitória, capital do estado do Espírito Santo apresente uma cobertura de 79% de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017b; COHEN AZOURY, et al., 2010 e 2017).

O Território de Saúde de Consolação, contexto do estudo, possui 100% de cobertura da ESF com equipes completas, disponibilização e aplicação local da penicilina benzatina e Centro de Assistência Social, no entanto, tem apresentado destacado crescimento da sífilis em todas as formas. Esta região é marcada por ocupação desordenada, baixa escolaridade, violência, tráfico de drogas e alta SUS dependência (COHEN AZOURY, et al., 2010 e 2017).

Sendo assim, este estudo se propôs a analisar o acompanhamento do pré-natal de mulheres com diagnóstico de sífilis gestacional do território de saúde de Consolação, Vitória-ES, através dos registros de prontuários eletrônicos, e quando necessário e disponível, complementadas por fichas e cartões de acompanhamentos e entrevistas. Ainda propõe a análise do cuidado oferecido por meio de narrativas obtidas com entrevistas. Desta forma, apontar as fragilidades e os pontos fortes relacionados à qualidade e integralidade do cuidado contribuindo para o aprimoramento do desempenho do SUS, particularmente no nível da atenção básica com consequente redução da incidência da sífilis congênita.

2 OBJETIVOS

2.1 *Geral*

Analisar aspectos epidemiológicos e da vivência da assistência pré-natal da sífilis gestacional no território de Consolação, Vitória-ES, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017 e as narrativas de cuidado.

2.2 *Específico*

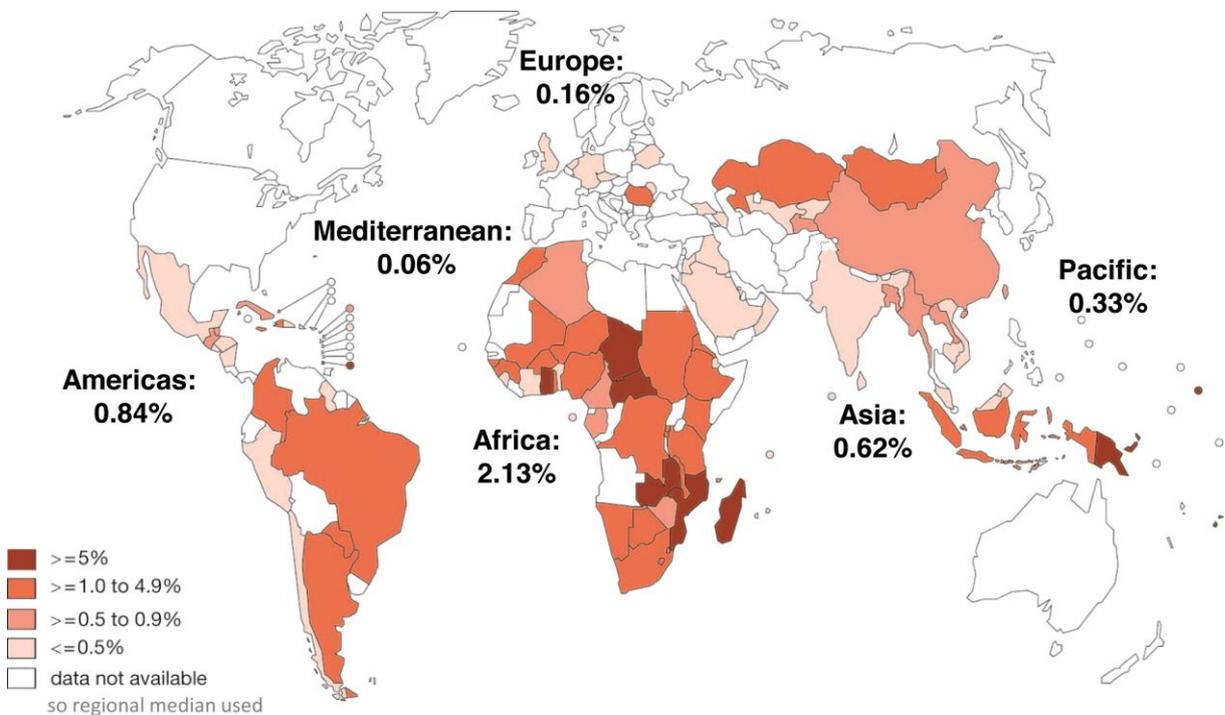
- Descrever o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita;
- Analisar os indicadores de assistência ao pré-natal das mulheres com sífilis gestacional e de critério de conclusão de caso de sífilis congênita;
- Analisar as narrativas de cuidado das gestantes com diagnóstico de sífilis, buscando identificar como contextos sociais, econômicos, institucionais, culturais e de gênero que condicionam a busca de assistência à saúde;
- Identificar fragilidades e pontos fortes relacionados à qualidade da assistência e integralidade do cuidado à gestante com sífilis.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Situação mundial da sífilis congênita

A sífilis gestacional é uma doença infecciosa que traz consequências negativas para saúde do feto e do recém-nascido (nv): óbito fetal e neonatal, baixo peso ao nascer, prematuridades e infecção. Em estimativas, com base nos dados de relatórios da OMS para 2008-2009, a prevalência da sífilis gestacional comparada entre os continentes varia entre 0,16% na Europa e 2,13% na África (NEWMAN et al., 2013; WIJESOORIYA, et al., 2016). (FIGURA 1)

Figura 1 - Sífilis gestacional estimada pelos dados da OMS (2008-2009)



Fonte: NEWMAN, et al., 2013.

Estudo realizado por Wijesooriya, et al., 2016, apontou uma tendência mundial de redução das taxas de detecção da sífilis gestacional e do seu desfecho em congênita, assim como da não testagem da doença na gravidez no período de 2008 a 2012. A Índia foi o país que apresentou a redução mais significativa da sífilis gestacional, com um decréscimo de 66% nos anos estudados (WIJESOORIYA, et al., 2016).

Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis², certificando os países que alcançarem os seguintes critérios (OPAS, 2016):

- Taxa de incidência de sífilis congênita de $\leq 0,5$ caso/mil nascidos vivos;
- Cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$;
- Cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes 95%;
- Cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

A eliminação da sífilis congênita na região da América Latina e do Caribe constitui uma prioridade para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2016; OMS, 2015).

Poucos países alcançaram a meta de eliminação da sífilis congênita proposta pela Organização Mundial de Saúde desde 2000. Dentre os países certificados estão Cuba, Tailândia, Armênia, Belarus e Moldávia, o que demonstra que países com poucos recursos podem ter suas gerações livres de sífilis congênita desde que estabeleçam estratégias para acesso e tratamentos adequados das mulheres durante o pré-natal (PEELING, et al., 2016).

3.2 *Situações epidemiológica da sífilis no Brasil*

Segundo Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2017 do Ministério da Saúde, o Brasil registrou, em 2016, 87.593 casos notificados de sífilis adquirida, 37.436 de gestacional e 20.474 de congênita, com as maiores taxas encontradas na região Sudeste. Os estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul encontra-se em destaque, com as maiores taxas de sífilis gestacional e congênita (BRASIL, 2017b).

A taxa brasileira de detecção da sífilis gestacional foi de 12,4 casos /mil nascidos vivos (nv) em 2016, taxa superada pelas regiões Sul (16,3 casos de sífilis em gestantes/mil nv) e Sudeste (14,7 casos de sífilis em gestantes/mil nv) (BRASIL, 2017b).

O perfil sócio demográfico das gestantes nos estudos brasileiros mostrou a maior incidência da sífilis entre mulheres jovens entre 20 e 29 anos, não brancas, de baixa escolaridade e atendidas em serviços públicos, sugerindo que estes são os grupos de maior exposição a esta doença (DOMINGUES, 2014; SOUZA, et al., 2015; BRASIL, 2017b).

Saraceni et al., 2017, com base em dados do SINAN, observaram um incremento na taxa de detecção de sífilis gestacional, no período de 2007 a 2012, nos 6 estados avaliados no estudo: Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio grande do Sul e Distrito

Federal. Houve uma variação no aumento desta taxa de 21,2% no Amazonas a 75,4% no Rio de Janeiro, não podendo estar justificado pelo aumento do uso de testes treponêmicos com implantação da Rede Cegonha pela incompatibilidade de prazo, mas, possivelmente com a expansão da ESF e consequente aumento das notificações (SARACENI, et al., 2017).

O estudo ressalta a correlação entre a redução da taxa de detecção observada apenas no Distrito Federal e a simultânea redução do uso de testes treponêmicos. Também descreve uma análise da distribuição da sífilis gestacional nas cinco regiões do país, evidenciando uma prevalência média de 0,85 % em gestantes no país, sendo observada uma maior prevalência na Região Centro-oeste -1,20%, seguida pela Nordeste - 1,14%, Norte- 1,05 %, Sudeste - 0,73% e 0,48% para a região Sul (SARACENI, et al., 2017).

Quanto ao cenário nacional da sífilis congênita, sua taxa de detecção vem crescendo, em especial a partir de 2010: em 2006, a taxa era de 2,0 casos/mil nv; e em 2016, subiu para 6,8 casos/mil nv, sendo esta taxa homogênea nas diversas regiões do Brasil com exceção da Centro-oeste que registrou taxa de 4,8 casos/mil nv (BRASIL, 2017b).

O Boletim Nacional de Sífilis de 2017 descreveu que 78,4% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, destas gestantes, 51,4% tiveram diagnóstico de sífilis durante a assistência pré-natal, no entanto, em 34,6% este foi tardio - no momento do parto/curetagem. Do tratamento prescrito, conforme consta na ficha de notificação, 56,5% foi inadequado, e em 62,3% dos casos o parceiro não foi tratado (BRASIL, 2017). Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos (DALLÉ, 2017; SARACENI, et al., 2017; VASCONCELOS, et al., 2016).

Seguindo a percepção da ocorrência de subnotificação no Município de Montes Claros- Minas Gerais, Lafeté e colaboradores expõem que apenas 6,5% dos casos de sífilis gestacional foram notificados no período de 2007 a 2013, apesar de 43% terem feito pelo menos 6 consultas e 48,4% terem iniciado pré-natal no 1º trimestre. Ressaltam que 62,4% tiveram diagnóstico tardio e nenhum tratamento foi classificado como adequado quanto às recomendações do Ministério da Saúde vigentes no período do estudo, que considerava o tratamento do parceiro na configuração de tratamento adequado da gestante (SOUZA, et al., 2015).

Nonato et al, 2015, em estudo dos fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-Minas Gerais, no período de 2010 a 2013, também apontaram para a subnotificação, quando constata que apenas 44,8% das gestantes com sífilis foram notificadas pela Unidade Básica de Saúde onde fizeram acompanhamento pré-natal. A proporção de gestantes com sífilis foi de 1,6%. Em um terço dos casos de sífilis gestacional houve desfecho

da congênita, e esteve relacionado a títulos mais elevados do VDRL, implicando em risco aumentado para a ocorrência. No entanto, os autores sinalizaram a importância da valorização das baixas titulagens ($<1/4$), quando encontraram 18,9% de sífilis congênita. Este trabalho constatou que a realização tardia do VDRL esteve relacionada a um risco 1,68 vezes maior de ocorrência da sífilis congênita. Somente 19% dos parceiros receberam tratamento concomitante. Os autores destacaram a relação da gravidez indesejável e na adolescência, além das condições de vida desfavoráveis, como fatores condicionantes do início tardio do pré-natal, e reforçaram que a captação precoce da gestante e uma assistência de qualidade permitem informações e orientações preventivas (NONATO, et al, 2015).

No Ceará, em 2016, um trabalho demonstrou relação relevante entre mães solteiras e menor adesão ao pré-natal, atingindo 88,6%, enquanto entre casadas ou em união estável esta porcentagem foi de 50,6. Outra constatação, foi uma significativa diferença estatística da doença entre gestantes com 3 vulnerabilidades ou mais, como: histórico de violência domiciliar, uso de álcool, drogas ilícitas e baixa renda (BRITO, 2016).

Em Botucatu-São Paulo, uma pesquisa qualitativa identificou que 76,47% das mães de recém-nascidos com sífilis congênita, realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, no entanto, 29,41% das entrevistadas iniciaram no 3^o trimestre. 47% delas tinham história prévia de sífilis, e 11% desfecho de sífilis congênita em gravidez anterior. Quanto ao uso de preservativo, 29% referir uso eventual, e 47% negaram o uso (SILVA, 2016).

Estudo realizado em Palmas – Tocantins, no período de 2007 a 2014, encontrou a mesma distribuição sociodemográfica dos estudos em geral como: mulheres jovens, pardas e de baixa escolaridade. Houve significativo aumento da prevalência de sífilis gestacional, podendo estar relacionada à implantação dos testes rápidos e melhoria da notificação, já a elevação da incidência da congênita pode estar relacionada à baixa qualidade da assistência ofertada. Persistiu a apresentação de dados críticos, como 71,9 % de diagnósticos gestacionais tardios (3^o trimestre de gestação, parto, abortamento e curetagem), desses apenas 48 % foram diagnosticados na assistência pré-natal, apesar de 81,4% ter realizado este acompanhamento. Das mães de recém-nascidos com sífilis congênita, apenas 54,4% receberam tratamento, sendo 40,7% inadequado, ou seja, apenas cerca de 20% das gestantes que tiveram transmissão vertical foram adequadamente tratadas. Vale ressaltar a alta porcentagem de registros em branco ou ignorados do tratamento concomitante do parceiro e ainda uma sugestiva subnotificação da sífilis gestacional, tendo em vista a identificação de 171 casos gestacionais para 204 congênitas (CAVALCANTE, et al., 2017).

Quanto ao Rio de Janeiro, um dos estados de maior incidência da sífilis, segundo exposto por Saraceni e colaboradores, houve aumento de 75,4% da taxa de detecção da sífilis gestacional entre 2007 e 2012, coincidindo com o aumento em 80,6% na utilização de testes treponêmicos neste período. Enquanto a maior incidência observada foi em residentes da capital, no Espírito Santo e Rio Grande do Sul houve maior contribuição dos outros municípios. A classificação da doença ficou comprometida com 54,7% de registros ignorados e a adequação da prescrição foi de 45,5%. Vale ressaltar que mais de 50% das sífilis gestacionais foram diagnosticadas na ocasião do parto, podendo ter contribuído para o perfil epidemiológico de desfecho da sífilis congênita em 56,8% das gestações. Os autores ainda ressaltam que a transmissão vertical da sífilis não tem declinado como previsto, evidenciando que a ampliação do acesso aos testes rápidos não garantiu melhora da qualidade da atenção à gestante portadora de sífilis (SARACENI, 2017).

Domingues et al., 2012, realizaram uma avaliação da adequação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal no município do Rio de Janeiro nos anos de 2007 e 2008. Das gestantes entrevistadas, 74,4% iniciaram o pré-natal até a 16ª semana de gestação e 80% realizaram número adequado de consultas para a idade gestacional vigente. No entanto, 15% não sabiam informar sobre a solicitação do VDRL ou sobre a doença (DOMINGUES, et al., 2012).

O estudo “Nascer no Brasil”, referente pesquisa epidemiológica com dados nacionais de 2011-2012, constatou a ampliação da utilização do cartão da gestante, da testagem de sífilis e da cobertura de pré-natal, quando comparado ao estudo - Sentinela Parturiente de 2006. A menor cobertura deu-se na Região Norte do país. Quanto à testagem, foi menor nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, o que reforçou a persistência das desigualdades regionais e sociais no acesso aos serviços de Saúde. Das 23.894 mulheres entrevistadas, 89,1% apresentaram registro de pelo menos uma testagem sorológica e 41,1% uma segunda testagem. Quanto ao acesso ao pré-natal, o estudo nacional, considerou praticamente universal com cobertura de mais de 90% (DOMINGUES, 2014).

O Ministério da Saúde, através da elaboração da Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, propôs para o ano de 2018, aponta para importância da implantação de ações integradas entre os diversos pontos da saúde, setores sociais e comunidade para uma resposta rápida à doença, com o objetivo de reduzir à sífilis adquirida e gestacional e a eliminação da congênita (BRASIL, 2017b).

3.3 *Epidemiologia do Espírito Santo*

O estado do Espírito Santo registrou em 2016, 3.277 casos notificados de sífilis adquirida, atingindo a 2ª maior taxa de incidência brasileira com 82,5 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2017b).

A taxa de detecção de sífilis gestacional no estado em 2016 foi de 22,4 gestantes /1000 nascidos vivos (3,3 % do total de gestantes) e 1.274 casos notificados, bem acima da média brasileira de 12,4, atingindo a 3ª maior taxa de incidência do país (BRASIL, 2017b).

Em 2016, foram registrados 673 casos novos de sífilis congênita, com taxa de incidência de sífilis congênita de 12,6 /1000 nascidos vivos neste mesmo ano, sendo a do Brasil de 6,8/1000 nv (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2017).

A análise epidemiológica de 06 unidades federativas brasileiras- Distrito Federal, Espírito Santo, Ceará, Rio de Janeiro, Amazonas e Rio Grande do Sul, no período de 2012 a 2016, refere que o Espírito Santo apresenta uma porcentagem elevada de municípios silenciosos, aqueles com considerável subnotificação, atingindo 34,6%. As gestantes apresentaram melhor escolaridade, assim como o Rio de Janeiro e Distrito Federal e cerca de 50 % tiveram diagnóstico durante o pré-natal. Quanto ao tratamento, faz referência como adequado apenas em 3,9%, em paralelo a 49,4 % de inadequado e 46,7% de ignorado, e reforça o não tratamento do parceiro em 70 % dos casos notificados. Este estudo ainda traz um dado ainda mais preocupante, o desfecho em sífilis congênita de 86% dos casos das sífilis gestacionais (SARACENI et al., 2017).

O município de Vitória, capital do Espírito Santo, possui população estimada de 359.555 habitantes (IBGE, 2010) e as taxas da sífilis foram ainda maiores. Nesse município, o número de notificações em gestantes vem apresentando aumento, com 32 notificações em 2010 para 168 em 2016, representando um aumento na taxa de detecção de 6,99 para 38,46 casos/mil nv, respectivamente. O diagnóstico da sífilis gestacional se mantém tardio em 30% dos casos, sendo que 31% ocorreram em gestantes menores de 20 anos. Em 65% dos casos, o parceiro não foi tratado, chegando a 71 % em 2016. A sífilis congênita também apresentou aumento neste período, atingindo, em 2016, 64 casos notificados, taxa de 14,65 casos /mil nv em comparação com 12,6 e 6,8 do estado e país respectivamente (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2017; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2017).

No Boletim Epidemiológico Municipal de Vitória de 2016, o não tratamento do parceiro foi de 75%, corroborando com achados de outros estudos, sendo enfatizada a necessidade de esforços nesta abordagem para uma efetiva prevenção da sífilis congênita (DALLÉ, 2017; VASCONCELOS et al., 2016; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016).

A análise apresentada neste boletim identificou que 56,2% dos desfechos de sífilis congêntas estão relacionadas ao não tratamento ou tratamento inadequado da gestante, destes 18,75% foi realizado com menos de 30 dias do parto, e 30% das notificações registradas apenas no momento do parto. Quanto a estes resultados, apontou-se gestantes em situação de rua e usuárias de drogas como fatores de fragilidade para o diagnóstico e tratamento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2016). Nenhum trabalho que detalhasse a assistência pré-natal voltada à sífilis gestacional no município foi encontrado.

Segundo o diagnóstico situacional de 2010, e atualizado em 2017, o Território de Saúde de Consolação, que abrange os bairros Consolação, Gurigica e São Benedito, é marcado pela violência, tráfico de drogas e baixa escolaridade, onde cerca de 65% da população possui no máximo ensino fundamental completo. Quanto às condições socioeconômicas há de se considerar que se trata de uma região carente, como revela o *ranking* de Índice de Qualidade Urbana, dos 79 bairros do município de Vitória, Gurigica e São Benedito ocupam as posições 72 e 79 respectivamente (COHEN AZOURY, 2010 e 2017; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2017).

Quanto à sífilis neste Território de Saúde, no ano de 2016 foram notificadas 12 gestantes do território com sífilis, determinando uma taxa de detecção de gestantes com sífilis de 56,07/ 1.000 nascidos vivos, comparado com 22,4 e 12,4 no estado e país respectivamente. Foram registrados 5 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 23,36 / 1.000 nascidos vivos. Neste ano houve 214 registros de nascidos vivos, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (BRASIL, 2017b; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2017).

3.4 *Diagnóstico da sífilis gestacional*

A vigilância da infecção pela sífilis em gestantes visa conhecer o seu estado sorológico e a iniciação precoce do tratamento, bem como o planejamento e avaliação de ações de prevenção e controle da doença e do desfecho na transmissão vertical (BRASIL, 2017a).

O manual de Manejo da Sífilis Gestacional de 2016 enfatiza a investigação, preferencialmente imediata, por sorologia ou teste rápido treponêmico, de toda a mulher que for dado o diagnóstico gestacional, sendo indicada a solicitação do VDRL no primeiro trimestre e no início do terceiro trimestre (BRASIL, 2016 e 2017).

Sendo qualquer destes positivos, recomenda-se dose imediata de bloqueio com posterior confirmação e ajuste do tratamento ao estágio da doença, além de busca ativa de sua parceria. Destaca-se nesta fase a necessidade da devida compreensão técnica no uso destes testes (BRASIL, 2017).

O Veneral Disease Research Laboratory Test (VDRL) é o teste sorológico recomendado para o diagnóstico da sífilis e principalmente monitoramento do tratamento. Entretanto, há possibilidade de resultado falso-positivo relacionado à própria gravidez, doenças autoimunes, idade avançada e uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2017ab).

A partir de 2011, foi ampliado o acesso ao diagnóstico precoce da sífilis gestacional com a instituição da Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que visa assegurar à mulher uma rede de cuidados, com direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, garantindo ao recém-nato um ambiente seguro e desenvolvimento saudável (Portaria nº 1.459/Gm/MS, de 24/06/2011). E com este objetivo, tem sido realizada a distribuição e utilização do Teste Rápido Treponêmico na assistência pré-natal que trouxe a condição de abordagem imediata, bem como confirmação diagnóstica, contribuindo para a prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2017ab).

3.5 Diagnóstico da sífilis congênita

A sífilis congênita continua sendo um dos grandes desafios para as políticas públicas de saúde, apesar das estratégias de prevenção bem definidas e a disponibilidade de tratamento (OMS, 2015; BRASIL, 2017a).

Conforme a diretriz para controle da sífilis congênita, a transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença materna, considerando-se que quanto mais recente a infecção materna não tratada, tanto maior o risco, variando as taxas de 60% a 100% na sífilis primária ou secundária, reduzindo para cerca de 30%, nas fases de latência (precoce ou tardia) (BRASIL, 2017a).

Diante da possibilidade de parceria múltipla e falhas na abordagem da parceria, o Ministério da Saúde, seguindo a recomendação mundial, publicou uma Nota Informativa n 2-SEI/2017 de não consideração do fator parceria para o diagnóstico da sífilis congênita.

Anteriormente à nota, concluía-se por tratamento inadequado materno, o não tratamento completo, adequadamente registrado e concomitante da parceria (BRASIL, 2017a; OPAS, 2017). Este novo parâmetro pode dificultar estudos comparativos de incidência da doença.

A testagem do VDRL é feita em amostra de sangue periférico de todos os RN cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis. O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado pelo risco de falso-positivo e falso-negativo (BRASIL, 2017b).

Entretanto, o teste pode resultar negativo mesmo mediante coleta adequada, portanto, o diagnóstico definitivo de sífilis congênita requer a avaliação da história clínico-epidemiológica da mãe, dos exames laboratoriais (VDRL, hemograma e Líquido Cefalorraquidiano) e de imagem (radiografia de ossos longos) para instituição da antibioticoterapia (BRASIL, 2017ab).

Sendo assim, o diagnóstico de transmissão vertical, que anteriormente à Nota de 2017, dava-se pelo título do recém-nascido superior a 4 vezes o título materno, atualmente, adota-se como parâmetro o registro de tratamento adequado associado à história clínico-epidemiológica materna (BRASIL, 2017c).

Vale ressaltar que, mesmo sendo realizada a notificação de sífilis congênita, a conclusão do diagnóstico só é dada pelo resultado de teste treponêmico aos dezoito meses de vida da criança. Quando negativo, o diagnóstico é descartado, mas na ausência de acompanhamento e confirmação, o caso permanece com o diagnóstico de sífilis congênita. Este critério pode contribuir para um maior número de casos de sífilis congênita (BRASIL, 2017a).

3.6 Tratamento preconizado para sífilis gestacional

A penicilina benzatina é reconhecida como um medicamento essencial para controle da transmissão vertical da sífilis, contudo, vem ocorrendo escassez mundial de matéria-prima para a sua produção, atingindo o Brasil desde 2014 (BRASIL, 2017ab, PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2017).

Concernente a esta medicação, o relatório 2013/2014 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) sinaliza que apenas 55% das equipes de saúde da família, que participaram desse ciclo, aplicam penicilina benzatina na Atenção Básica, o que pode contribuir para o aumento da transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2014).

Segundo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais de 2017, caracteriza-se como tratamento adequado aquele com dose preconizada para o estágio da doença, completa, devidamente documentada e especificamente com penicilina benzatina; iniciada até 30 dias antes do parto; apresentar queda de duas diluições do VDRL após 03 meses da antibioticoterapia ou título estável quando o valor inicial for menor ou igual a 1:4 (BRASIL, 2016 e 2017a; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2017).

A nova Diretriz Terapêutica Ministerial de 2017 mantém a recomendação de dose única de penicilina benzatina de 2.400.000 unidades (ui) para o estágio primário, mas estende esta indicação para os estágios secundário e latente recente (menor de 2 anos), mantendo as três doses de 2.400.000ui com intervalo de 7 dias apenas para os estágios latentes tardios ou indeterminados. O tratamento deve ser reiniciado quando o intervalo entre as doses ultrapassar 14 dias (BRASIL, 2017a).

Deverão ser tratados todos os parceiros sexuais dos últimos 90 dias precedentes ao diagnóstico da sífilis gestacional, mesmo na ausência de provas sorológicas ou sendo elas não reagentes, tendo em vista a possibilidade das práticas sexuais com múltiplos parceiros, portanto, está provisoriamente recomendado o registro de parceria como “tratada” na ficha de notificação de sífilis congênita, mesmo que não haja informação precisa. O tratamento do parceiro deve ser concomitante com o tratamento da gestante, ou seja, aquele que ocorre entre a data de início do tratamento da gestante até a data de aplicação da última dose da gestante (BRASIL, 2017c; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA, 2017).

É considerado tratamento adequado da doença, quando há a redução de titulação do Venereal Disease Research Laboratory test (VDRL) em duas vezes ao final de 3 meses do tratamento ou em quatro vezes em 6 meses. Observar, que não se indica retratamento motivada pelo título quando há redução de pelo menos 2 diluições em 6 meses, com tratamento adequado para o estágio (BRASIL, 2017a).

3.7 A assistência pré-natal da sífilis gestacional na APS e as barreiras na prevenção da sífilis congênita

A qualidade da assistência pré-natal, em relação ao diagnóstico e tratamento da sífilis, tem sido apontada como um dos fatores que contribui para o quadro epidemiológico (DOMINGUES, 2014; NONATO et al., 2015; SARACENI et al., 2017).

Wijesooriya e colaboradores, em 2016, ressaltaram que a ampliação do acesso ao pré-natal, com testagem e tratamento da sífilis, seria o fator primordial na busca pela eliminação da sífilis congênita. Cerca de 80% destes resultados adversos ocorreram em mulheres com pelo menos uma consulta pré-natal, o que questiona a qualidade desta assistência (WIJESOORIYA et al., 2016).

Esta limitação também foi apontada em outros estudos quando concluíram que o acesso ao diagnóstico não foi suficiente para a garantia do bloqueio da doença, apesar de haver uma terapêutica simples, rápida e de baixo custo, que deveria estar disponível na Atenção Primária à Saúde (APS) (HILDEBRAND, 2010; SILVA, 2016; BRASIL, 2017ab).

O estudo “Nascer no Brasil”, assim como outras análises, sinaliza para oportunidades perdidas a exemplo da baixa cobertura da segunda testagem da sífilis no terceiro trimestre gestacional (HILDEBRAND, 2010; DOMINGUES, 2014; SILVA et al., 2017). Fragilidades na abordagem do parceiro e a importância de se considerar as desigualdades regionais e sociais quanto ao acesso aos serviços de saúde foram ressaltadas como fatores que perpetuam os elevados níveis da doença (DOMINGUES, 2014).

Estudo do Itinerário Terapêutico realizado com mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita nos serviços de saúde em Botucatu, 2013-2014, identificou sentimentos maternos como “preocupação, medo, decepção, dor, cuidado desumanizado”. Estas mães referiram saber pouco sobre a doença, reforçando o fator vulnerabilidade institucional e oportunidades perdidas (SILVA, 2016).

As pesquisas têm buscado respostas para o contínuo aumento da frequência desta doença. Os principais fatores relacionados ao insucesso na eliminação, ou mesmo redução deste agravo, são barreiras para o acesso pleno aos serviços de saúde, a falta de solicitação do exame sorológico durante o pré-natal e a não abordagem adequada dos parceiros sexuais das mulheres com resultado positivo (XAVIER, et al., 2015; VASCONCELOS, et al., 2016; SILVA, et al., 2017).

Domingues (2012) sinaliza prejuízos por falhas no acolhimento das gestantes concluído pela significativa proporção de gestantes sem conhecimento do seu acompanhamento pré-natal quanto à testagens e resultados, pela não existência de fluxo definido para este atendimento em 20% dos relatos dos profissionais de saúde e reforçado pela não realização de aconselhamento pré e pós-teste por um terço destes profissionais. Esta pesquisa também identificou condutas inadequadas frente ao diagnóstico de sífilis, apontado pela autora como uma falha relevante.

Estudo de avaliação da assistência pré-natal na ESF do Recife em 2015, identificou que 97,1% das primeiras consultas são realizadas por enfermeiros, que referiram solicitação de VDRL e/ou teste rápido em 100% das abordagens. Apenas 41,5 % das unidades tinham grupo de gestantes ativo, e 22,2% não administravam Penicilina por receio de intercorrência anafilática. 64,7 % dos entrevistados haviam participado de treinamento de sífilis na gestação (RAMALHO, 2016). Com o objetivo de verificar a conduta clínica no pré-natal e os desafios no controle da sífilis materna e congênita, Magalhães et. al., fez uma análise não só da ficha de notificação, mas também junto às gestantes em Hospitais do Distrito Federal no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010, que descreve resultados que corroboram com a constatação de Vasconcelos (VASCONCELOS, et al., 2016). Das gestantes infectadas, 41,8% foi adequadamente tratado, o principal motivo para a inadequação foi a ausência (83,6%) ou inadequação do tratamento do parceiro (88,1%). Mais de um terço necessitou de novo tratamento na maternidade por falta de documentação terapêutica no pré-natal. E apenas 59,7% destas mulheres referiram terem sido informadas do seu diagnóstico (MAGALHÃES et al., 2013).

A autora sinaliza uma relação inversa entre risco populacional e oferta de serviços de saúde acessíveis e de qualidade, reforçando a baixa escolaridade e renda como marcadores de risco não quanto à exposição à doença, mas quanto ao acesso ao acompanhamento adequado (MAGALHÃES et al., 2013).

As dificuldades na abordagem da parceria são devidas ao não comparecimento dos parceiros sexuais ao serviço de saúde⁹, 17 e às limitações na comunicação médico-paciente em relação às infecções sexualmente transmissíveis (DOMINGUES et al., 2012; MAGALHÃES et al., 2013).

Quanto à percepção do profissional da Saúde da Família, Vasconcelos, em 2016, descreve que uma comunicação eficaz, com valorização do encontro com o parceiro, bem como a responsabilização compartilhada e pactuada podem gerar êxito na abordagem terapêutica. Entretanto, ressalta, que o desconhecimento da doença pré-infecção e o tipo de terapêutica preconizada podem contribuir para a descontinuidade ou inadequação do tratamento. E reforça que a qualificação profissional é fator facilitador da melhoria nesta abordagem (CABRAL, 2006; VASCONCELOS et al., 2016).

Domingues no período de 2007 a 2008 realizaram um estudo dos conhecimentos, práticas e atitudes de profissionais pré-natalistas de unidades hospitalares, casas de parto e da Atenção Básica, que apontou que a falta de conhecimento impede uma atuação profissional que atenda às recomendações ministeriais, e fizeram referência a melhores práticas quanto

mais experiente for este profissional. Sinalizaram menor relato de início de acompanhamento pré-natal tardio em unidades de Saúde da Família e Casas de Parto devido ao acesso facilitado. Concluíram que há necessidade de revisão das estratégias de capacitação profissional, reforçando os melhores resultados obtidos em treinamentos em serviço, quando ocorre participação ativa dos participantes, e que contemplem a atualização da situação epidemiológica local (CABRAL, 2006).

Hildebrand (2010), após análise dos tratamentos de gestantes e sua parceria, também sinalizaram pontos de fragilidade no controle desta doença. Sua proposta foi de melhoria na organização dos serviços prestados mediante qualificação das ações à população mais vulnerável, captação precoce da gestante com aconselhamento adequado, práticas mais coerentes com os protocolos do Ministério da Saúde. Reforçaram ainda a necessidade de aproximação do parceiro no acompanhamento ao pré-natal, ponto também valorizado na instituição do pré-natal do parceiro. A pesquisadora identificou chances 24 vezes maiores de adesão do parceiro ao tratamento quando se trata de um relacionamento estável, ponto forte também sinalizado por Saraceni, quando descreve chance 5 vezes maior de conclusão do tratamento pela gestante diante do apoio do parceiro (HILDEBRAND et al., 2010; SARACENI et al, 2012).

Nonato (2015) em seu estudo de coorte histórica na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG de 2010 a 2013, descreveram que 28% das gestantes com sífilis e 81,1% dos seus parceiros não possuíam registros em prontuário eletrônico da administração da medicação prescrita, apesar da disponibilidade da medicação na UBS. Reconheceram a subnotificação como marcador indireto de má qualidade na assistência pré-natal. E aponta dificuldades no diagnóstico e manejo da doença, bem como da captação e tratamento do parceiro, sugerindo instituição de estratégias que facilitem seu comparecimento ao serviço, com oferta de horários flexíveis e melhor acessibilidade (NONATO, et al, 2015).

Outras dificuldades consideradas nos estudos seriam os horários de funcionamento das unidades de Saúde que, em geral, não atendem ao público trabalhador e a instabilidade das relações entre gestantes e seus parceiros. Um apoio da parceria ou mesmo um relacionamento estável estariam diretamente relacionados a maiores chances para o tratamento completo (NONATO et al, 2015; BRITO, 2016; VASCONCELOS et al., 2016).

3.8 *As narrativas de cuidado*

As entrevistas narrativas visam encorajar e estimular o sujeito entrevistado (informante) a contar acontecimentos específicos vivenciados, os quais desdobram-se em histórias de vida que reconstróem a compreensão a partir da percepção do informante (BERTAUX, 2010; MUYLAERT, et al., 2014).

A análise destas narrativas permite o aprofundamento das investigações, combinando as histórias de vida com os contextos sócio históricos, tornando possível a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e valores, e que motivam e justificam as ações dos informantes (MUYLAERT, et al., 2014). Nessa perspectiva, considera-se relevante a memória seletiva do entrevistado, que expressa à significância das experiências e não os fatos em si, não sendo os relatos submetidos a julgamentos de veracidade (JOVCHELOVITH & BAUER, 2002).

Nas narrativas, toda expressão deve ser valorizada: o tom de voz, as pausas, as mudanças de entonação e mesmo o silêncio. Todas estas variações são importantes para a compreensão das motivações, da importância e para o alcance dos sentimentos envolvidos na vivência estudada. A análise das narrativas não se restringe ao que se fala, mas como se fala, logo, este método além de instrumentos técnicos de coleta de dados também se constitui da observação, que enriquece as interpretações (MUYLAERT, et al., 2014).

Kleinman (1980) destaca que as pessoas interagem com redes formais e informais de apoio à saúde na construção das suas escolhas terapêuticas. Este enfoque classifica essas redes em subsistemas: profissional (professional sector) compreendendo os profissionais da saúde; popular (folk sector) os especialistas “não oficiais”; informal (popular sector) os leigos (KLEINMAN, 1980).

Para retrair estas interações, as entrevistas direcionam-se a identificar como os contextos sociais, econômicos, institucionais, culturais e de gênero condicionam as escolhas e as ações, através da análise da estrutura dos acontecimentos narrados, visando apreender as relações entre o experienciado e o acontecido (JOVCHELOVITH & BAUER, 2002).

A condução das entrevistas narrativas segue o método composto pelas etapas de preparação, que envolve a elaboração do referencial teórico e questionamentos do pesquisador (exmanentes), sempre aproximando-as às do entrevistado (imanentes); iniciação, que consiste na apresentação do tema ao informante, tendo função disparadora; narração central, garantindo escuta comprometida e tempo protegido à fala livre do informante, com posterior

condução pelo entrevistador mediante questionamentos; finalizando com a fala conclusiva (JOVCHELOVITH & BAUER, 2002).

Vale ressaltar que as práticas de cuidado são condicionadas pelo perfil profissional, estando submetida ao engessamento advindo das rotinas, bem como da interdisciplinaridade limitada, onde se vê equipes e planos agrupados e não integrados. Menor integração ocorre entre a rede institucional e a afetivo-familiar (XAVIER et al., 2015; KUROKAWA et al, 2016).

4 MÉTODO

4.1 *Desenho do estudo*

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de metodologia mista - quantitativa e qualitativa.

4.2 *Contexto do estudo*

O estudo tem base na Atenção Primária à Saúde. Foi realizado no território da Unidade de Saúde da Família de Consolação, Vitória-ES, que abrange os bairros Consolação, Gurigica e São Benedito com cerca de 96% de SUS dependência. Este território de saúde é marcado historicamente por uma ocupação desordenada, vulnerabilidade social com grande influência do tráfico de drogas e alta incidência de sífilis. Cerca de 65% da população possui no máximo ensino fundamental completo, e as causas externas é a segunda maior causa de mortes (COHEN AZOURY et al, 2010; 2017).

Esta Unidade de Saúde da Família atende a uma população adscrita de 14.465 moradores, sendo 7.698 mulheres e 6.767 homens. Possui, em 2017, 6 equipes completas de saúde da família e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família com pediatra, ginecologista, fonoaudióloga, farmacêutica, assistente social e educadora física (COHEN AZOURY et al., 2010 e 2017).

4.3 *Abordagem quantitativa*

4.3.1 Tipo de pesquisa

Foi realizado o perfil epidemiológico da sífilis gestacional a partir de um estudo transversal do período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017.

4.3.2 População do estudo

A população do estudo constituiu de casos de mulheres com histórico de sífilis gestacional notificadas no SINAN no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, residentes e acompanhadas pelos profissionais deste território, tendo como base o Relatório de fichas de notificações registradas na Rede Bem Estar³⁰. Foram analisadas 38 mulheres em um total de 40 casos de sífilis gestacional, considerando que duas mulheres tiveram duas gestações sífilíticas neste período analisado.

Das 57 mulheres listadas no relatório, 12 foram excluídas da amostra por não serem residente do território de Consolação, 1 por constatação de falso positivo, 2 notificações glosadas e 2 mulheres em situação de rua que não permaneceram no território.

A captação dos casos foi obtida pela lista de notificações da sífilis, que é atualizada semanalmente, a partir do cruzamento de dados da farmácia, laboratório e prontuários eletrônicos da Rede Bem Estar (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2017).

A unidade de Saúde de Consolação, executa monitoramento semanal do cenário da sífilis como estratégia de enfrentamento no seu território de abrangência. Este monitoramento conta com o levantamento semanal de todas as formas de sífilis a partir de três fontes: lista quinzenal do laboratório de VDRL alterados; relatório eletrônico de notificações de sífilis em todas as formas; receitas de dispensações de penicilina benzatina pela farmácia. As fontes buscam minimizar as perdas de dados, inclusive de prescrições realizadas por profissionais externos ao serviço. (ANEXO D)

Com o uso de um livro de aplicações de penicilina benzatina esses dados são acompanhados com o objetivo primário de garantir o cumprimento das aplicações, com os devidos ajustes de prescrições e reclassificações quando necessários. Como objetivos secundários estão à identificação e tratamento adequado em dose, prazo e concomitância da parceria, a conferência da notificação, o registro de conclusão do tratamento e as devidas identificações nos prontuários eletrônicos do usuário fonte e parceria(s), bem como os andamentos.

Em situações de atrasos nas aplicações, esse usuário é contatado preferencialmente por telefone, a equipe é notificada e/ou o consultório na rua quando necessário.

4.3.3 Coleta dos dados

Um instrumento de extração de dados foi construído especificamente para este levantamento que constou das variáveis binárias e ordinárias abaixo (ANEXO I):

- Sócios demográficos – idade, cor, escolaridade, estado civil;
- Assistência pré-natal – número de consultas, fase gestacional de início do pré-natal, solicitação do VDRL, acompanhamento complementar em setor privado;
- Diagnóstico – fase gestacional, classificação da doença
- Prescrição – correta ou incorreta
- Tratamento – correto ou incorreto quanto ao prazo e doses aplicadas

- Abordagem da parceria – solicitação de teste laboratorial, realização do teste, prescrição e cumprimento do tratamento proposto;
- Conclusão da ficha de notificação de sífilis congênita – solicitação e realização de teste treponêmico aos 18 meses.

Quanto ao uso de álcool, fumo e de drogas ilícitas considerou-se a condição referida constante nos prontuários, fichas ou entrevistas, não havendo quantificação ou qualificação deste uso.

Por trabalho remunerado foram consideradas as atividades formais e informais, e por não remuneradas as do lar ou estudantes.

Devido às atualizações nos critérios que configuram o tratamento adequado da gestante, considerou-se, na análise dos tratamentos, a adequação das prescrições com as classificações da doença, e a execução das aplicações prescritas (BRASIL, 2016 e 2017c).

Na etapa da coleta dos dados foi inicialmente priorizada a análise dos prontuários eletrônicos das gestantes, no entanto, pela incompletude dos dados, foi necessária a complementação da coleta com informações de prontuários eletrônicos dos parceiros e recém-nascidos quando identificados, cartões e fichas de acompanhamentos, relatórios de alta após o parto quando disponibilizadas pelas mulheres e ainda entrevistas direcionadas ao preenchimento deste instrumento quantitativo. Esta etapa foi realizada no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019.

4.3.4 Análise dos dados

Os dados foram tabulados em planilha e sua análise se dará com a utilização de *software SPSS 16.0*. Os resultados das variáveis socioeconômica e clínicas foram apresentados em tabelas. Os indicadores referentes ao tratamento das gestantes foram comparados ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a).

Os indicadores analisados foram à taxa de detecção de sífilis em gestantes, percentual de prescrições e tratamentos executados adequadamente em gestantes e parceiros, a distribuição pela idade gestacional do diagnóstico, a percentagem de diagnóstico tardio da sífilis gestacional (no terceiro trimestre, parto, curetagem), taxa de incidência de sífilis congênita, percentagem de execução e positividade do teste treponêmico aos 18 meses em recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita. Para denominador das taxas foram

utilizados os dados do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC). Todos os indicadores foram avaliados seguindo as definições preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017ab).

4.4 *Abordagem qualitativa*

4.4.1 Tipo de pesquisa

O método utilizado foi o de análise de relatos orais, objetivando reconstruir as narrativas de cuidado de mulheres com histórico de sífilis gestacional, considerando aspectos objetivos e subjetivos de suas experiências com o adoecimento em si, com os serviços de saúde, com outros sistemas de cuidados de saúde, com os parceiros e familiares e, eventualmente, com outros atores e instituições, na vivência da gestação e, especificamente, de tratamento da sífilis.

Os relatos orais permitem a expressão das práticas sociais, contando as histórias de vida, crenças e valores que motivam e justificam as ações dos informantes, possibilitando compreender a percepção da paciente sobre a doença e tratamento, sentimentos e significados que interferiram neste processo (MUYLAERT et al., 2014).

4.4.2 População do estudo

Nesta etapa foram entrevistadas mulheres com histórico de sífilis gestacional notificadas no SINAN nos anos de 2016 e 2017, com a finalidade de recuperar histórias recentes de gestantes acompanhadas na UBS de Consolação.

Para a definição do número de mulheres entrevistadas, foi utilizado o critério de diversidade dos aspectos protetivos e de vulnerabilidade trazidos pelos estudos e pelo diagnóstico situacional do território de saúde. Foram entrevistadas 5 mulheres, sendo 2 casos de sífilis gestacional em mulheres com parceiros fixos e ausência de uso de fumo, álcool e drogas ilícitas – uma com união estável e uma solteira, 2 casos com referência ao uso de drogas ilícitas, sendo uma das mulheres moradora de rua, e um caso com diagnóstico de déficit intelectual.

O método de avaliação dos textos foi a análise temática, manual e interpretativa em pares. As falas foram agrupadas em categorias identificadas a partir da convergência dos relatos, tendo como categorias empíricas os sentimentos, as relações sociais e a rede de apoio.

4.4.3 Técnicas e instrumentos de coleta de informações: entrevista narrativa

Foram realizadas entrevistas narrativas que visam encorajar e estimular o sujeito entrevistado (informante) a contar acontecimentos específicos vivenciados, os quais desdobram-se em histórias de vida que reconstroem a compreensão a partir da percepção do informante (BERTAUX, 2010; MUYLAERT et al., 2014; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

O entrevistador buscou uma postura dialógica, conduzindo à uma comunicação cotidiana de contar e escutar histórias, que utilizou da linguagem espontânea do entrevistado, e não apenas a superficialidade da descrição de relatos (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Cabe destacar que o entrevistador foi um dos profissionais que prestaram assistência médica às mulheres com sífilis gestacional neste território.

Este método é composto pelas etapas de preparação, que envolve a elaboração do referencial teórico e questionamentos do pesquisador (exmanentes), sempre as aproximando às do entrevistado (ímanentes); iniciação, que consiste na apresentação do tema ao informante, tendo função disparadora; narração central, garantindo escuta comprometida e tempo protegido à fala livre do informante. (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002)

Para auxiliar as entrevistas, foi utilizada uma pauta com três questões centrais - Como foi o diagnóstico de sífilis gestacional, o que sentiu?; Onde ou com quem você buscou apoio e ajuda?; O que poderíamos ter feito para te ajudar?- que foram consideradas disparadoras e uma lista de assuntos/aspectos que foram explorados a partir dos relatos das mulheres, a fim de descrever sua vivência, relações contextos, sentimentos e significados que interferiram na busca pelo reestabelecimento da saúde. (ANEXO B).

As mulheres foram contatadas por telefone ou pela oportunidade do comparecimento à Unidade de Saúde, o que foi essencial para a participação de mulheres em situação de rua. A entrevista foi realizada após aceitação de participação voluntária, gratuita e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas-narrativas ocorreram de forma individualizada, em consultório na Unidade de Saúde de Consolação, Vitória-ES, foram gravadas e transcritas literalmente. Lidas e relidas para identificação visões individuais e das convergentes.

4.4.4 Análise dos dados: análise temática

Com o objetivo de retratar as narrativas de cuidado das gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional foi feita a análise temática dessas narrativas. Esta análise permite identificar

como os contextos sociais, econômicos, institucionais, culturais e de gênero interferem no processo do adoecimento.

A análise temática buscou identificar núcleos temáticos e os sentidos dados pelas mulheres à experiência deste adoecimento e busca por tratamento. A análise da estrutura dos acontecimentos narrados buscou identificar os enredos, os participantes e as locações/cenários relevantes, a construção de si e das interações com os outros nas histórias narradas. Com essa técnica de análise, procurou-se compreender as dinâmicas das relações estabelecidas com serviços de saúde, parceiros, familiares, comunidade, dispositivos de informação (internet, por exemplo) e outros sistemas de cuidados em saúde.

Jovchelovitch e Bauer (2002) apresentaram três procedimentos para esta análise denominada “proposta de Schütze”, que consiste na análise formal do texto, reconhecendo as passagens explicativas ou argumentativas ao longo da narrativa; descrição estrutural do conteúdo, mediante avaliação minuciosa não só do que está sendo narrado, mas também como a narrativa está sendo construída, identificando pontos dramáticos dos enredos; abstração analítica, que volta-se a verificação das expressões abstratas utilizadas em cada etapa do itinerário terapêutico (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002).

4.5 Aspectos éticos

No estudo foram observados os Princípios da Bioética formalizadas pelas Resoluções 466/12 e 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Os trabalhos de campo tiveram início somente após o projeto de pesquisa ser apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ. (APÊNDICE A)

A obtenção dos dados secundários e das entrevistas foi autorizada pela Prefeitura Municipal de Vitória-ES. (APÊNDICE B)

A participação das mulheres na pesquisa foi voluntária, gratuita e autorizada através da assinatura e recebimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento. (ANEXO C)

As entrevistas realizadas tiveram caráter sigiloso, respeitando e garantindo a privacidade, dignidade e autonomia das participantes sobre sua identidade e utilização das informações, sendo criterioso o monitoramento de desdobramentos que pudessem acarretar danos à saúde física, mental e familiar dessas mulheres, observadas às referidas normas éticas.

As voluntárias que estavam sem frequentar a unidade foram estimuladas a voltar a unidade para receber assistência, bem como o cabível monitoramento e abordagem da morbidade em questão.

Os resultados gerados na pesquisa serão utilizados no apontamento de fragilidades na abordagem e condução da população acometida, acrescentando embasamento para o aperfeiçoamento do plano de enfrentamento à sífilis no território e município que se encontram com incidência crítica no cenário brasileiro e mundial.

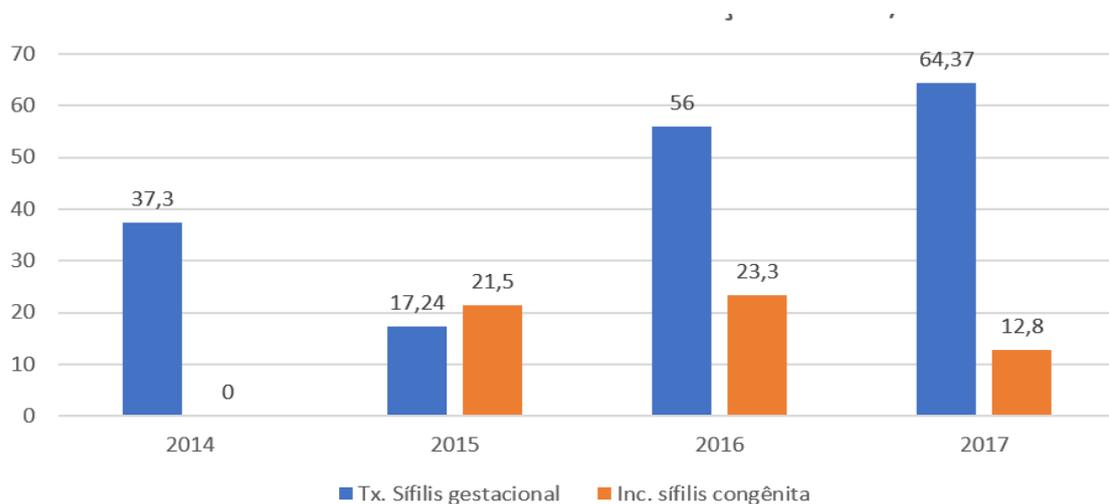
Todos os cuidados foram adotados a fim de garantir o sigilo e confiabilidade dos dados.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das participantes do estudo

No período de 2014 a 2017, ocorreram 39 casos de sífilis gestacional e 13 de sífilis congênitas, no de território de saúde da Unidade de Saúde da Família de Consolação, em Vitória-ES. A taxa de detecção de sífilis gestacional aumentou de 37,3 em 2014 para 64,3 em 2017 e a incidência da sífilis congênita apesar de zero em 2014, reduziu de 21,5 em 2015 para 12,8 em 2017. (FIGURA 2)

Gráfico 1 - Série histórica da sífilis gestacional e congênita no Território de Saúde de Consolação – Vitória, ES.



Fonte: Relatório SINAN/SINASC, acesso em 10/06/2019.

Do total de 40 gestações analisadas, 4 foram referentes a duas mães que tiveram duas gestações sífilíticas no período pesquisado. A idade variou entre 15 e 44 anos, 22,5% ocorreram em adolescentes. Mulheres em situação de rua correspondiam a 20% dos casos de sífilis analisados. Em relação às características sócio-demográficas, foi identificado que 60% eram pardas e 22,5% pretas, 42,5% referiram relação estável, 45% cursaram até ensino fundamental, 20% até ensino médio e apenas 1 (2,5%) alcançou o ensino superior – sendo 30% de escolaridade ignorada. Quanto à ocupação, 27,5% trabalhavam em atividades remuneradas, 42,5 em atividades não remuneradas e 30% de informação ignorada. Quanto aos hábitos durante a gravidez, 37,5% referiram ter fumado, 27,5% referiram a ingestão de álcool e 27,5% uso de drogas. Para as três variáveis, para 27,5% das mulheres os dados eram ignorados. (Tabela 1)

Tabela 1 - Características sociodemográficas e hábitos de mulheres portadoras de sífilis gestacional - novembro de 2013 a dezembro de 2017

Características e hábitos de mulheres portadoras de sífilis gestacional	No total = 40	%
Idade		
15-19	9	22,5
20-34	24	60
35-44	7	17,5
Bairro		
Consolação/Gurigica	26	65
São Benedito	6	15
Situação de rua	8	20
Situação Conjugal		
União Estável / casada	17	42,5
Solteira	13	32,5
Ignorado	10	25
Cor de pele		
Branca	4	10
Parda	24	60
Preta	9	22,5
Ignorada	3	7,5
Escolaridade		
0-4	5	12,5
5-8	13	32,5
9 ou mais	9	22,5
Ignorado	12	30
Trabalho remunerado		
Sim	11	27,5
Não	17	42,5
Ignorado	12	30
Uso de Droga		
sim	11	27,5
não	18	45,0
Ignorado	11	27,5

Continuação		
Características e hábitos de mulheres portadoras de sífilis gestacional	No total = 40	%
Fumo		
sim	15	37,5
não	14	35,0
Ignorado	11	27,5
Uso de álcool		
sim	13	32,5
não	16	40,0
Ignorado	11	27,5
Transtorno mental		
	2	5

Fonte: Elaboração própria.

Com relação às características ginecológicas e obstétricas, 20 % (8) iniciaram a vida sexual antes dos 14 anos (30% de registro ignorado), 75% era multípara, sendo 27,5% com 4 ou mais gestações, 20% delas com histórico de sífilis gestacional anterior e 40% relataram sífilis na forma adquirida. Nove (22,5%) haviam tido abortamento não especificado. (Tabela 2)

Tabela 2 - Características ginecológica obstétrica de mulheres portadoras de sífilis gestacional-novembro de 2013 a dezembro de 2017

Caraterísticas ginecológica obstétrica de mulheres portadoras de sífilis gestacional	Nº	%
Coitarca		
< 14 anos	8	20
>14 anos	20	50
Ignorado	12	30
Gestações		
1	10	25
2-3	13	32,5
>4	11	27,5
Ignorado	6	15
Histórico de sífilis gestacional		
Sim	8	20
Não	20	50

Continuação		
Caraterísticas ginecológica obstétrica de mulheres portadoras de sífilis gestacional	Nº	%
Ignorado	12	30
Histórico de sífilis adquirida		
Sim	8	20
Não	14	35
Ignorado	18	45

Fonte: Elaboração própria.

5.2 Caracterização da assistência pré-natal

A maior parte (65%) dos acompanhamentos ocorreu exclusivamente na unidade Básica de Saúde da Família de Consolação (UBS), 22,5% deu-se pela UBS associado a Serviços de atenção pré-natal de alto risco obstétrico do Município ou Hospital referência. Duas gestantes foram notificadas pela maternidade: uma gestante não teve assistência pré-natal e uma outra positivou no período peri parto. Vinte e uma gestações (52,5%) tiveram 7 ou mais consultas, onze (27,5%) 4 a 6 consultas, seis (15%) 1 a 3 consultas, portanto 95% realizou pelo menos 1 consulta. Das 8 gestações com menos de 4 consultas ou dados ignorados, 87,5% estavam em situação de rua e/ou referido uso de droga e em 5% ocorreu abortamento não especificado precoce. (Tabela 3)

Em 57,5% das gestações, o início do acompanhamento pré-natal ocorreu no primeiro trimestre de gestação e 35% no segundo trimestre. Apenas uma gestante (2,5%) teve diagnóstico de gravidez no 3º trimestre (uso de droga e história patológica pregressa de sífilis gestacional), e outra (2,5%) não fez acompanhamento pré-natal (situação de rua, histórico de sífilis gestacional e uso de drogas). A gestante de dados ignorados (2,5%) refere-se a mulher em situação de rua e uso de droga. (Tabela 3)

O diagnóstico de sífilis gestacional deu-se no 1º trimestre em 52,5% das gestantes estudadas, que somado aos 35% do 2º trimestre, totalizam 87,5% do diagnóstico de sífilis gestacional até o 2º trimestre de gestação. (Tabela 3)

Considerando o trimestre de diagnóstico de cada gravidez, 100% recebeu a solicitação dos exames referentes ao 1º trimestre, 94,4% ao 2º trimestre e 74,3% ao 3º trimestre. Desses 95,7%, 76,5% e 88,5%, respectivamente, foram coletados. O Veneral Disease Research Laboratory Test (VDRL) foi solicitado na primeira consulta do pré-natal de 38 gestantes (95%), considerando que o 5% restante corresponde à que não realizou pré-natal e a que não

consta registro, reforçando que essas mulheres se encontravam em situação de rua. O teste rápido, teste treponêmico disponível na UBS, foi realizado em apenas 15 mães (37%) com realização registrada- todos positivos. (Tabela 3)

Quanto à prescrição, todas foram consideradas adequadas, excluindo os dois casos de diagnóstico de sífilis gestacional no parto (uma sem assistência pré-natal e uma positivou após os exames do 3º trimestre), e um de abortamento anterior ao diagnóstico (Tabela 3).

Das mães que receberam prescrição, 30 (81%) executaram adequadamente as aplicações prescritas e 7 (18,9%) foram inadequados. (Tabela 3). Dos sete tratamentos incorretos, 5 relacionavam-se a mulheres em situação de rua, 1 portadora de transtorno mental e 1 realizou apenas 2 aplicações (dados não apresentados nas tabelas).

O monitoramento sorológico da sífilis durante a assistência pré-natal foi parcial em sua maior parte (57,5%), sendo adequado, ou seja, mensal, em apenas 2 casos (5%).

Tabela 3 - Características da Assistência pré-natal a de mulheres portadoras de sífilis gestacional - novembro de 2013 a dezembro de 2017

Caraterísticas da Assistência pré-natal a de mulheres portadoras de sífilis gestacional	Nº	%
Local do pré-natal		
UBS	26	65
UBS + Pré-natal de Alto risco Obstétrico	9	22,5
UBS+ Plano de saúde	2	5
Alto Risco Obstétrico	2	5
Sem pré-natal	1	2,5
Ignorado	1	2,5
Nº de consultas		
0	1	2,5
1-3	6	15
4-6	11	27,5
>7	21	52,5
Ignorado	1	2,5
Início do pré-natal		
1º trimestre	23	57,5
2º trimestre	14	35
3º trimestre	1	2,5
Não realizou	1	2,5
Ignorado	1	2,5
Solicitação exames 1º trimestre		
Sim	23	57,5
Não se aplica	16	40
Ignorado	1	2,5
Realização exames 1º trimestre		
Sim	22	55
Não	1	2,5
Não se aplica	16	40
Ignorado	1	2,5
Solicitação exames 2º trimestre		
Sim	35	87,5
Não	0	0

Continuação		
Caraterísticas da Assistência pré-natal a de mulheres portadoras de sífilis gestacional	Nº	%
Não se aplica	3	7,5
Ignorado	2	5
Realização exames 2º trimestre		
Sim	27	67,5
Não	8	20
Não se aplica	3	7,5
Ignorado	2	5
Solicitação exames 3º trimestre		
Sim	28	70
Não	4	10
Não se aplica	3	7,5
Ignorado	5	12,5
Realização exames 3º trimestre		
Sim	23	57,5
Não	8	20
Não se aplica	3	7,5
Ignorado	6	15
Solicitação VDRL 1º consulta		
Sim	38	95
Não	0	0
Não se aplica	1	2,5
Ignorado	1	2,5
Nº de realizações VDRL		
1	35	87,5
2	24	60
3	10	25
Teste treponêmico		
Positivo	15	37,5
Negativo	0	0
Não se aplica	1	2,5
Ignorado	24	60

		Continuação	
Caraterísticas da Assistência pré-natal a de mulheres portadoras de sífilis gestacional		Nº	%
1º trimestre		21	52,5
2º trimestre		14	35
3º trimestre		1	2,5
Parto		2	5
Ignorado		1	2,5
Notificação da sífilis gestacional			
1º trimestre		15	37,5
2º trimestre		16	40
3º trimestre		4	10
Parto		4	10
Ignorado		1	2,5
Prescrição adequada			
Sim		36	90
Não		0	0
Não se aplica		3	7,5
Ignorada		1	2,5
Execução adequada das aplicações			
Sim		30	75
Não		7	17,5
Não se aplica		3	7,5
Monitoramento sorológico			
Sim		2	5
Não		10	25
Parcial		23	57,5
Não se aplica		3	7,5
Ignorado		2	5

Fonte: Elaboração própria.

5.3 Caracterização das parcerias

Em sua maioria, a identificação destas parcerias foi obtida de outras fontes como ficha de tratamento da sífilis, declaração de nascidos vivos, prontuário da criança – ainda assim com informações incompletas. Apenas 5 (12.5%) tinham identificação adequada da parceria

no prontuário da gestante. Cerca de 15% das mulheres afirmaram ter parceiros múltiplos. (Tabela 4)

Do total de parceiros, 5% possuía história patológica pregressa de sífilis – nenhum constava tratamento anterior e para 55% (22) esta informação era ignorada. (Tabela 4)

Foi solicitado exame de VDRL para 62,5% (25) dos parceiros. Dos 25 exames solicitados, apenas 64% (16) foram realizados (5 positivos e 11 negativos). O teste rápido foi realizado por 30% (12) dos homens, sendo seis positivos e seis negativos. (Tabela 4)

Somente 3 parceiros tiveram os dois testes positivos. Em um total de 8 casos positivos dos exames dos parceiros, obtidos com os resultados de pelo menos um dos dois testes. (Tabela 4)

Em relação ao tratamento, 67,5% (27) dos parceiros recebeu prescrição adequada, 42,5% (17) realizou adequadamente as aplicações – 52,5% (21) dos parceiros realizou pelo menos 1 dose de 2.400.00UI de penicilina benzatina concomitante com a gestante. (Tabela 4) 30% (12) dos parceiros realizaram o tratamento mesmo sem realização de exames (3) ou com exames negativos (9).

Tabela 4 - Características da assistência aos parceiros de mulheres portadoras de sífilis gestacional - novembro de 2013 a dezembro de 2017

Caraterísticas da assistência aos parceiros de mulheres portadoras de sífilis gestacional	Nº	%
Identificação no prontuário da gestante		
Adequado	5	12,5
Incompleto	5	12,5
Não	30	75
Tipo de relação		
Estável	24	60
Múltiplos parceiros	6	15
Ignorado	10	25
Histórico de sífilis		
Sim	2	5
Não	16	40
Ignorado	21	52,5
Solicitação do VDRL		
Sim	25	62,5
Ignorado	15	37,5
Realização do VDRL		
Sim	16	40
Não	17	42,5
Ignorado	7	17,5
Resultado do VDRL		
Positivo	5	12,5
Negativo	11	27,5
Ignorado	24	60
Teste treponêmico/rápido		
Positivo	6	15
Negativo	6	15
Não se aplica	2	5
Ignorado	26	65
Notificação	2	5

Caraterísticas da assistência aos parceiros de mulheres portadoras de sífilis gestacional	Continuação	
	Nº	%
Prescrição adequada		
Sim	27	67,5
Não	6	15
Ignorado	6	15
Não se aplica	1	2,5
Execução adequada das aplicações		
Sim	17	42,5
Não	18	45
Não se aplica	1	2,5
Ignorado	4	10
Pelo menos 1 dose concomitante		
Sim	21	52,5
Não	14	35
Não se aplica	1	2,5
Ignorado	4	10

Fonte: Elaboração própria.

Dos parceiros de gestantes em situação de rua (considerar 8 gestações), apenas para 3 consta prescrição de tratamento – sem registro de contato direto com este usuário, nenhum realizou o tratamento. (Dados não apresentados na tabela)

5.4 Caracterização do parto

Os partos ocorreram em maior parte na Maternidade de referência (42,5%), sendo 37,5% no Hospital de referência e 20% ignorado. Quanto ao tipo de parto tiveram distribuição homogênea entre vaginal e cesariano - com frequência semelhante nos serviços. Dos registros de execução dos testes rápido materno e VDRL 77,5% e 60% estão ignorados respectivamente (considerando o prontuário da puérpera e acesso a poucos laudos das altas hospitalares). (Tabela 5).

5.5 Caracterização do recém-nascido

O registro de realização de teste rápido está ignorado em 87,5% dos recém-nascidos (RN) relacionados à população de estudo, houve apenas um registro positivo e dois negativos.

Em relação aos resultados do VDRL para os RN, 27,5% (11) apresentaram resultado positivo e 17,5% (7) foram negativos, porém a informação era ignorada em 55% dos RN. (Tabela 5)

Quanto à execução de exame do líquido cefalorraquidiano, para 60% dos RN não há dados sobre execução ou resultado, 37,5% dos exames estavam sem alterações e em um exame foram detectadas alterações. Em relação à radiografia dos ossos longos, 25% dos RN os exames estavam sem alterações e para 5% estava alterado, contudo para 70% dos RN não havia registros do exame. (Tabela 5)

O tratamento pós-parto imediato foi realizado com Penicilina Cristalina em 40% das crianças, penicilina benzatina dose única em 15%, 2,5% com ceftriaxona e 42,5% sem registros em prontuário da criança, caderneta da criança ou laudo de alta hospitalar do recém-nascido – quando localizados. (Tabela 5)

A revisão do teste treponêmico confirmatório para conclusão de sífilis congênita aos 18 meses foi realizado em apenas uma criança (2,5%) – sendo negativo. 22,5% ainda se encontrava fora da data de revisão. (Tabela 5)

Nenhum prontuário de crianças de mães em situação de rua foi localizado. Há dois relatos em prontuário das puérperas de que as crianças estariam sob os cuidados do Conselho Tutelar desde o parto.

Tabela 5 - Características do parto e do recém-nascido de mulheres portadoras de sífilis gestacional - novembro de 2013 a dezembro de 2017

Caraterísticas do parto e do recém-nascido de mulheres portadoras de sífilis gestacional	Nº	%
Local do parto		
Maternidade	17	42,5
Hospital	15	37,5
Ignorado	8	20
Tipo de parto		
Cesariano	15	37,5
Vaginal	16	40
Ignorado	9	22,5
VDRL Materno no parto		
Positivo	11	27,5
Negativo	5	12,5
Ignorado	24	60
Teste rápido materno no parto		
Positivo	7	17,5
Negativo	2	5
Ignorado	31	77,5
VDRL do recém-nascido		
Positivo	11	27,5
Negativo	7	17,5
Ignorado	22	55
Teste treponêmico do recém-nascido		
Positivo	1	2,5
Negativo	2	5
Ignorado	35	87,5
Líquido cefalorraquidiano		
Alterado	1	2,5
Sem alteração	15	37,5
Ignorado	24	60

Caraterísticas do parto e do recém-nascido de mulheres portadoras de sífilis gestacional	Continuação	
	Nº	%
Raio X Ossos longos		
Alterado	2	5
Sem alteração	10	25
Ignorado	28	70
Tratamento do recém-nascido		
Penicilina cristalina 10 dias	16	40
Penicilina Benzatina dose única	6	15
Ceftriaxona	1	2,5
Ignorado	17	42,5
Teste treponêmico aos 18 meses		
Positivo	0	0
Negativo	1	2,5
Não se aplica	9	22,5
Ignorado	30	75

Fonte: Elaboração própria.

5.6 *Caracterização das entrevistas*

Para contextualizar as entrevistas realizadas, foram descritas abaixo algumas características das mulheres entrevistadas:

Quadro 1 - Características, sociodemográficas, história sexual e reprodutiva e da assistência pré-natal das mulheres entrevistadas.

	Sócio demográfica e comportamental	História sexual e reprodutiva	Assistência pré-natal e do parto
E1	27 anos, analfabeta, cor referida branca, déficit intelectual documentado, recebe Benefício de Prestação Continuada, ex-moradora do bairro São Benedito, retornou ao território em estágio avançado de gravidez	3 gestações, 3 partos, nenhum abortamento, filhos com déficit intelectual, parceiro sífilis negativo	Diagnóstico de gravidez em visita domiciliar de busca ativa. Fez 4 consultas de pré-natal em busca ativa. VDRL 2º trimestre negativo (único realizado), sendo positivo na internação para o parto. Exames de 3º trimestre solicitados e não coletados.
E2	24 anos, ensino fundamental incompleto, cor referida preta, em situação de rua, refere tabagismo, etilismo e uso de drogas. Entrevista realizada em condição oportuna de comparecimento na unidade de saúde e clinicamente sob efeito de droga.	3 gestações, 3 partos, nenhum abortamento. 2 gestações com sífilis no período estudado. Parceiro sífilis positivo (referido), também em situação de rua. Filhos anteriores sofreram intervenção do Conselho Tutelar ainda na maternidade	1ª gestação sífilítica – apenas 2 consultas no 2º trimestre, teste rápido positivo, não executou tratamento completo. 2ª gestação sífilítica - não realizou pré-natal
E3	21 anos, ensino fundamental incompleto, cor referida parda, nega vícios, vive com pais e irmãos, refere ex-parceiro fixo e relação dialógica	2 gestações, 2 partos, nenhum abortamento. Ex-parceiro sífilis negativo, mas executou as 3 aplicações prescritas concomitantemente com a gestante.	Iniciou pré-natal e diagnóstico da SG no 1º trimestre, teste rápido positivo, 6 consultas, executou adequadamente as aplicações prescritas. Teste treponêmico e VDRL do recém-nascido negativos, no entanto, realizou tratamento com penicilina cristalina devido alteração no raio-x de ossos longos.
E4	21 anos, ensino fundamental incompleto, cor referida preta, múltiplos parceiros, refere tabagismo, etilismo e uso de drogas durante a gestação. Mudanças frequentes de domicílio	Duas gestações com sífilis e toxoplasmose no período estudado. 2 gestações, 2 partos, nenhum abortamento. Filha anterior criada por parentes	1ª gestação sífilítica: pré-natal iniciado no 2º trimestre, mais de 7 consultas (UBS e alto risco obstétrico), executou o tratamento completo; parceiro teste rápido positivo, executou parcialmente o tratamento; o m teve VDRL 1/64, líquor sem alteração, tratado com penicilina cristalina. 2ª gestação: início pré-natal no 3º trimestre, realizou 2 consultas, realizou exames do 3º trimestre, tratamento parcial; parceiro não realizou os exames solicitados e nem o tratamento prescrito; o m teve VDRL positivo, líquor alterado e realizou tratamento com penicilina cristalina.
E5	40 anos, ensino médio incompleto, cor referida preta, nega vícios, refere parceiro com relação estável e dialógica	2 gestações, 2 partos, nenhum abortamento. Gravidez planejada	Pré-natal iniciado no 1º trimestre, realizou mais de 7 consultas, coletou os exames nos 3 trimestres e executou adequadamente as aplicações prescritas. Parceiro sífilis negativo, executou o tratamento completo e concomitante com a gestante. Rn VDRL 1/4, raio-x ossos longos e líquor sem alterações, realizou tratamento com penicilina cristalina (gestante VDRL 1/2 na internação).

Legenda: E - Entrevistadas

Fonte: Elaboração própria

5.7 *Categorização dos temas*

As narrativas foram agrupadas cinco categorias temáticas: os sentimentos negativos diante do diagnóstico trazendo dificuldades para a busca de assistência pré-natal; aspectos relacionados à adesão ao tratamento; a comunicação inadequada e a vivência; o estigma da doença restringe a abordagem do problema nas relações sociais e familiares; o acompanhamento pré-natal: a percepção e o vínculo com a gravidez.

5.7.1 Os sentimentos negativos diante do diagnóstico trazendo dificuldades para a busca de assistência pré-natal

Foram sete gestações analisadas, considerando que duas mulheres tiveram duas gestações no período do estudo. A descoberta da doença gerou sentimentos como: medo, vergonha e consciência de descuido.

Pensei até em abortar o neném de vergonha e medo. (E2)

[...] fiquei desesperada... a gente fica com vergonha.(E5)

Embora a E4 identificasse sua exposição sexual como descuidada, ela mostrou-se afetivamente superficial demonstrando preocupação objetivamente quanto às condições imediatas da doença.

Os relatos mostraram dificuldade de reagir em busca de assistência, medo de ser criminalizada, sentimento de insegurança e isolamento social, afetando diretamente o seguimento do acompanhamento pré-natal.

Achei que dava cadeia... ficar do jeito que eu ficava, sem dar atenção, estava gerando dentro de mim e a gente não faz nada.”(E2)

Eu fiquei praticamente com depressão, não queria sair de casa, não aparecia nem para fazer o pré-natal.”(E3)

A E2 sinalizou para limitações no acesso pleno à UBS quando aponta para a falta de informação sobre o funcionamento deste serviço, que somada à falta de vínculo, não contribuíram para uma melhor adesão ao acompanhamento ou mesmo comparecimento regular.

Os relatos demonstraram o quanto a informação sobre risco de comprometimento permanente da saúde da criança e/ou sofrimento advindo de internação para o tratamento após o nascimento impactaram as mães. Embora em todas as entrevistas haja referência à expectativa negativa da má formação na criança, do sofrimento com o tratamento ou da

possibilidade de prematuridade, este entendimento não garantiu um cumprimento ideal do pré-natal e do tratamento. No entanto, possivelmente aumentou a aceitação das injeções.

5.7.2 Aspectos relacionados à adesão ao tratamento

Pode-se perceber que a dor da aplicação da penicilina benzatina interfere negativamente na adesão ao tratamento, somado ao fato de que sua sequela álgica é reconhecida como marca ou diagnóstico de infecção sexualmente transmissível pela comunidade local, o que provoca resistência dado o constrangimento. A expectativa de cura e o benefício para bebê foram sinalizadas como fatores que aumentam a adesão.

Porque dói, todo mundo fica sabendo. (E2)

Dói muito...É como se tivesse tirando um pedaço de você... é horrível! É muito cruel!(E2)

Não tratar: [...] acho que é um egoísmo... injusto com a criança! (E5)

Os parceiros, apesar de não dificultarem diretamente o tratamento das gestantes, foram apontados por algumas como responsáveis pela manutenção da doença gestacional e criticados por seus comportamentos sexuais e não responsabilização com a gestação e doença. O desinteresse no cuidado com a própria saúde, juntamente com o medo das injeções ficaram sinalizadas como causas mais relevantes para o não cumprimento do tratamento pelo parceiro.

O que deu errado foi esse meu parceiro que não se tratou... ele ficava muito com essas meninas de rua... eu me tratava e tinha relação com ele. (E4)

As relações afetivas dialógicas e participativas não foram apontadas como preventivas, mas estiveram associadas a uma melhor condução do pré-natal e dos sentimentos negativos. Estas relações também contribuíram para uma adesão maior dos parceiros ao tratamento, mesmo quando esses não fossem portadores de sífilis. Também foi observada uma melhor assimilação da importância de cuidados com a prevenção das IST'S e ainda a responsabilização.

[...] ele fez foi me ajudar a botar a cabeça no lugar... ele conversava comigo...a gente ter uma pessoa do lado é sempre bom. (E3)

Em uma das entrevistas, a violência contra a mulher foi indicada como indutor de silêncio e submissão, agravando a inércia diante do diagnóstico. Neste ponto da análise,

observou-se o quanto a falta de protagonismo feminino nas relações pode prejudicar a tomada de decisão em benefício da criança e da própria mulher.

5.7.3 A comunicação inadequada e a vivência

Observou-se que a qualidade da comunicação pode não trazer acessibilidade ao conhecimento ou mesmo ao entendimento das pactuações, prejudicando a adesão de forma involuntária. Esta é bastante comprometida seja pela metodologia, pela falta de orientação da pessoa sob efeito de substâncias psicoativas ou pelo padrão intelectual incompatível com o vocabulário do profissional de saúde.

O desinteresse citado em vários momentos das entrevistas, contribuiu para o entendimento de que as metodologias tradicionalmente utilizadas na Educação em Saúde, citadas como palestras na escola e na unidade de saúde, têm sido insuficientes para a eficaz conscientização destas mulheres. O impacto das atividades informativas realizadas anteriormente à sífilis gestacional foi superficial.

[...] nunca me interessei por doença sexualmente transmissível...tinha escutado, mas não dei importância. (E3)

Neste período de certo isolamento, a internet foi fonte significativa de informações, por vezes de casos extremos e por isso “assustadora” (grifo nosso).

O perfil silencioso da doença nos adultos foi percebido após a vivência da sífilis gestacional, sendo reconhecida a sua apresentação assintomática e seu potencial de transmissibilidade inconsciente, não cabendo atitude preconceituosa.

A experiência do adoecimento trouxe entendimento das características da doença e as despertou para a posição de multiplicadoras de conhecimento e conscientização. O compartilhamento de uma vivência anterior foi significativo e esclarecedor, trazendo o entendimento de que informações como a internação estendida pelo tratamento da criança, as rotinas do acompanhamento da criança de alto risco e o comprometimento da saúde da criança têm melhor assimilação quando relatada a experiência ao invés da explicação teórica.

[...] tem uma amiga dela que tem isso...sentou comigo... foi me explicando. (E3)

A vivência da doença também contribuiu para a valorização da prevenção da doença e o códon (camisinha) foi indicado como o principal dispositivo para esta prevenção. O seu uso habitual pareceu limitado devido ao prejuízo da ereção e conseqüente comprometimento do coito.

5.7.4 O estigma da doença restringe a abordagem do problema nas relações sociais e familiares

O diagnóstico em geral foi pouco partilhado, sobretudo pelo estigma que o marcava.

O compartilhamento familiar de momentos críticos ou mesmo como fonte de apoio não ocorreu na maior parte das entrevistas. Narrativas sinalizam para uma postura de afastamento e aparente indiferença.

Os relatos expõem relações conflituosas principalmente com as mães, expostos como atitudes imperativas e agressivas que comprometeram o compartilhamento do diagnóstico e a construção da rede de apoio.

A maioria das entrevistadas restringiram o enfrentamento da doença e seu estigma à relação com o parceiro.

[...] Só eu e meu esposo sabia.”(E5)

A família não toca no assunto [...] Eu contei que estava fazendo tratamento, mas não contei do que que era [...] por motivo de vergonha.”(E5)

Mesmo havendo relações de amizade, o preconceito operou de forma mais significativa que o acolhimento, restringindo a construção das redes de apoio.

Em geral, o tema foi conduzido apenas nas relações com o parceiro ou de forma solitária.

[...] Cheguei a contar para uma amiga minha, mas só que ela fez foi brigar comigo. (E3)

Equipamentos sociais ou institucionais como igrejas, comunidades, grupos de convivência ou terapêuticos não foram pontuados como apoiadores, norteadores ou acolhedores, limitando as trajetórias aos serviços de saúde.

Discussões mais detalhadas do assunto foram pontuais no ambiente social da gestante e, em sua maior parte, reservado às abordagens de profissionais da saúde. Todas as entrevistas sinalizaram a estratégia de busca ativa realizada pela equipe de saúde como uma abordagem importante e de facilitação do acesso.

5.7.5 O acompanhamento pré-natal: a percepção e o vínculo com a gravidez

A percepção da própria gravidez, bem como o vínculo da mãe com a gestação, foram elementos prejudicados entre as gestantes usuárias de drogas ilícitas e a portadora de déficit

intelectual – diferenciada pela intrínseca falta de autonomia, sendo os diagnósticos e/ou início dos acompanhamentos tardios.

[...] comi muito e quando fui ver já estava no finalzinho. (E2)

Em geral as mulheres percebem a importância do acompanhamento pré-natal e mostram que, apesar de desejarem realizá-lo de forma adequada, lhes faltou atitude.

A vivência reforçou o entendimento de que um acompanhamento regular pode ter efeito protetivo.

Se eu pudesse eu falaria para permanecer [...] porque no final [...] vale a pena. (E3)

Eu fiz o tratamento direitinho, fiz o pré-natal direito, aí, graças a Deus que ele nasceu bem. (E5)

A partir da fala de uma gestante em situação de rua, podemos inferir que ela é carente de atenção e cuidado- em seu amplo significado, o que pode sinalizar para pontos fortes para criação de vínculo com esta população específica.

Esta mesma mulher ainda enfatiza o desejo de cuidar-se e ser cuidada, referindo-se à unidade de saúde como referência para o seu cuidado.

[...] Mas confiança em alguém... É! Daqui (UBS) também tem influência. (E2)

A situação de rua apontou para uma falta de percepção de tempo e de prioridade no auto- cuidado.

O Consultório na Rua¹ mostrou-se indispensável e altamente potente para a abordagem deste grupo, sendo mencionado em diversas abordagens oportunas que ampliaram o acesso e o cuidado. Observou-se que este grupo percebe sua atuação no território e sua contribuição. Foi constatado que estas mulheres teriam se beneficiado de atendimentos oportunos – menos programáticos, não como padrão, mas como disparador de vínculo e adesão.

Em geral as entrevistadas citaram sobre procedimentos de Busca Ativa que, de forma clara, marcou o empenho dispensado pelo serviço de saúde para garantir a assistência. Vale ressaltar, que as buscas insistentes tiveram significância para elas, no entanto, não foi suficiente para assegurar o pré-natal idealizado pelos protocolos.

¹ Equipe multiprofissional voltada à abordagem de usuários em situação de rua e responsável por essa aproximação, localização e condução da assistência à saúde destas pessoas juntamente com a equipe de saúde do território.

[...] C. (agente comunitária de saúde) me ligava, ia lá na minha casa... ligava para minha mãe... via minha irmã na rua... Vocês correram atrás. (E3)

A assistência prestada por profissionais de saúde em suas diversas abordagens na rua, na unidade de saúde e nos equipamentos do território, participou de parte importante da abordagem destas gestantes, tendo em vista a restrição de diálogo imposta pelo preconceito que abarca essa doença.

6 DISCUSSÃO

A análise dos dados epidemiológicos e da vivência das mães no processo de gestação com diagnóstico de sífilis permitiu o conhecimento do perfil epidemiológicos e do processo e resultado da assistência prestada. Os resultados obtidos tanto na abordagem quantitativa quanto qualitativa, apontaram algumas falhas já sinalizadas nos estudos. No entanto, a consolidação dos métodos permitiu identificar aspectos positivos e negativos, provavelmente não singulares, mas peculiares do território, podendo contribuir para a construção de planos de enfrentamentos cada vez mais dinâmico e efetivo.

O perfil sociodemográfico destas gestantes segue o mesmo padrão de vulnerabilidade social observado nos demais estudos nacionais: mulheres jovens, não brancas, de baixa escolaridade e atendidas em serviços públicos (DOMINGUES, 2014; SOUZA, et al., 2015; SANTOS, et al, 2015; BRASIL, 2017b; SARACENI, et al., 2017).

Com relação às características comportamentais, destacaram-se o consumo de drogas ilícitas, álcool e fumo que associadas à baixa escolaridade e a reduzida porcentagem de mulheres que relataram algum trabalho remunerado - compõem critérios de vulnerabilidade que podem interferir na não adesão ao pré-natal e tratamento (WIJESOORIYA et al., 2016; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017). Essas vulnerabilidades também estiveram associadas ao comprometimento do protagonismo das mulheres nas relações, reforçando aspectos de gênero e a inércia referida pelas entrevistadas.

O histórico ginecológico obstétrico reforça a necessidade de abordagem precoce e contínua dos temas Infecções Sexualmente Transmissíveis e Planejamento Reprodutivo nas unidades básicas de saúde e demais equipamentos dos territórios.

Quanto a assistência pré-natal, a Estratégia Saúde da Família (ESF) praticada na Unidade Básica de Saúde do território, e considerada a base da atenção primária brasileira¹⁶, mostrou-se um espaço de práticas de saúde com longitudinalidade e maior proximidade destas gestantes, sendo responsável por 87,5% deste acompanhamento. No entanto, esta longitudinalidade ficou comprometida nas primeiras consultas de puericultura e puerpério, considerando a ausência de registros relativos à sífilis gestacional. Nesta fase, as crianças são referenciadas ao acompanhamento de crianças de alto risco, e mesmo ocorrendo o monitoramento deste acompanhamento pelo enfermeiro da equipe, este não consta na maioria dos prontuários.

Partindo dos critérios de eliminação da sífilis congênita estabelecidos pela OPAS em 2014, a cobertura de assistência pré-natal, assim como a cobertura de testagem para HIV e

sífilis foram atingidas, porém a cobertura de tratamento com penicilina ficou abaixo da meta proposta.

Corroborando com estudos dos últimos anos, esta pesquisa sinaliza para oportunidades perdidas de prevenção da sífilis congênita como a baixa utilização do teste rápido de sífilis, registros incompletos que não permitiram a devida identificação da parceria e consequentemente da sua busca ativa, falhas no acolhimento e no aconselhamento pré e pós-teste, ratificando que o acompanhamento regular no pré-natal não tem assegurado um desfecho favorável em relação controle da sífilis gestacional e congênita (DOMINGUES et al, 2012; SILVA, 2016; BRASIL, 2017a).

Quanto a utilização do teste rápido de sífilis como método de diagnóstico acessível e imediato, constatou-se, além da baixa utilização, o não registro sistemático dos resultados comprometendo a porcentagem real de execução.

Entretanto, os resultados parecem sinalizar um avanço na qualidade da assistência a sífilis gestacional, possibilitando impacto positivo futuro a exemplo do aumento progressivo da taxa de detecção da sífilis gestacional em contraposição com a redução da incidência de sífilis congênita no ano de 2017.

Do total de casos, 65% das gestantes realizaram mais de 4 consultas, sendo o baixo comparecimento às consultas associado a mulheres em situações de vulnerabilidade referidas anteriormente (situação de rua, referência de uso de droga), diagnóstico de déficit intelectual e abortamento não especificado precoce. 88% do diagnóstico da sífilis gestacional ocorreu em tempo hábil para execução adequada das aplicações (nos 1º e 2º trimestres de gestação), enquanto estudos trazem de 30 a 70% dos diagnósticos no 3º trimestre (LAFETÁ et al., 2016; BRASIL, 2017b; SARACENI, et al., 2017; SECRETARIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE, 2107).

Além disto, 95% foram diagnosticada no pré-natal, percentual mais elevado que de outros estudos, nos quais apenas cerca de 50% é diagnosticada nesta fase (LAFETÁ et al., 2016; SARACENI et al., 2017); das 87,5% notificadas neste período ; houve 100% de solicitação do VDRL na 1ª consulta - 95,6% foram realizados; 87,5% realizou pelo menos uma testagens do VDRL, 60% uma segunda testagem e 25% uma terceira; adequação da prescrição em 100% , ponto deficiente em diversos estudos; tratamento adequado quanto a prazo e doses em 81% das gestantes; e a disponibilidade e acessibilidade da penicilina, apontadas como limitações em outro estudo. Importante registrar que não houve falta de penicilina para tratamento da sífilis gestacional neste período, tão pouco limitação para sua

aplicação na UBS (DOMINGUES, 2014; LAFETÁ et al., 2016; RAMALHO, 2016; SARACENI et al., 2017; BRASIL, 2017b).

O teste treponêmico – considerar o teste rápido – foi realizado apenas em 37% das gestantes, podendo estar subregistrado ou subutilizado. Quanto ao subregistro, constatou-se solicitações e dispensação do teste não ocorrendo o registro sistemático dos seus resultados, o que pode comprometer a porcentagem real de execução.

Quanto a subutilização do teste rápido de sífilis, mesmo sendo método de diagnóstico acessível e imediato, pode relacionar-se à presteza da coleta e resultado das sorologias (imediate) na estratégia municipal, ficando priorizado para situações de risco social ou demanda espontânea. Apesar de haver protocolo que define que o laboratório prestador deste serviço realize o teste treponêmico de todos os VDRL positivos, esta informação não tem sido enviada aos profissionais da UBS. Sendo assim, uma maior utilização do teste rápido poderia contribuir para a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de sífilis gestacional no território (BRASIL, 2011).

Quanto aos exames de acompanhamento do pré-natal, observou-se redução gradativa tanto da solicitação quanto da coleta quanto mais tardiamente se iniciou o pré-natal. Chama atenção os baixos percentuais representados 66,6% por mulheres em situação de rua e 22,22% por portadoras de transtorno mental, marcando a descontinuidade do cuidado destes grupos já apontado no Diagnóstico Situacional da Sífilis do Município de Vitória desde 2016 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

O grupo de mulheres em situação de rua, com significativa representação na amostra estudada, constituiu uma das principais fragilidades da estratégia de eliminação da sífilis, quanto ao número de consultas realizadas, coleta de exames no período gestacional, incluindo a realização do VDRL na primeira consulta, diagnóstico tardio da sífilis gestacional, uso de drogas, identificação/abordagem do parceiro e criança, e execução inadequada do tratamento (aplicações). Este quadro se agrava com o distanciamento de seus parceiros do serviço de saúde, sendo constatado que nenhum deles executou o tratamento.

Esta condição também se relacionou a uma perda da percepção de tempo e da prioridade do autocuidado, com prejuízo no prazo das intervenções necessárias ao bloqueio da sífilis congênita, bem como limitações de abordagens em busca ativa ou mesmo de localização desta mulher.

A abordagem da parceria é um ponto crítico da prevenção da sífilis congênita como citado em diversos estudos. Os registros sobre o seu comparecimento às consultas, à realização dos exames, o cumprimento adequado do tratamento, bem como o vínculo e

corresponsabilização com a gestante e o conceito são limitados tanto nos prontuários como nas entrevistas. Apesar deste cenário, foi possível identificar o tratamento adequado de 11 parceiros, 27,5% do total ou 62,9% dos parceiros considerando apenas os que receberam a prescrição, incluindo sete com exames negativos. A porcentagem de execução adequada das aplicações foi pouco maior do que a obtida em outros estudos e até mesmo do município de Vitória trimestre (DOMINGUES, 2014; LAFETÁ et al., 2016; DALLÉ, 2017; SARACENI et al., 2017; BRASIL, 2017b).

A ausência ou inadequação do tratamento do parceiro mostrou influência das relações de parceria múltipla, contexto do uso de drogas ilícitas e medo da aplicação da penicilina. Suspeita-se que algumas falhas estejam relacionadas às situações de violência advindas do tráfico de drogas no território com possível impedimento da livre circulação, limitação motora após a aplicação da penicilina benzatina e práticas sexuais.

Quanto ao medo da aplicação da injeção, deve-se considerar em plano emergencial a oferta e estímulo ao tratamento oral para parceiros resistentes e faltosos, bem como para pessoas em situação de rua, com exceção das grávidas. Esta alternativa pode gerar impacto significativo no cenário da sífilis em suas formas diversas de apresentação.

A relação do serviço de saúde com o parceiro mantém-se distante, assim como o descompromisso do parceiro com a parceira, filho e própria saúde (CAVALCANTE et al., 2012; NONATO et al., 2015). Destaca-se a questão de gênero quanto ao descuido com a própria saúde.

A análise do recém-nascido foi bastante limitada, dada a grande porcentagem de dados ignorados em prontuário materno e da criança - quando identificado, o que sinalizou para uma desvalorização da história gestacional nas primeiras consultas de puericultura e puerpério interrupção da abordagem da doença. O protocolo municipal é encaminhar as informações aos serviços de acompanhamento de criança de alto risco. Esta desarticulação entre a Atenção Primária e Terciária à Saúde compromete a longitudinalidade do cuidado nesta fase do acompanhamento na Atenção Básica.

Considerando-se a porcentagem de tratamento adequado, exames e consultas, é possível que a taxa de sífilis congênita seja menor do que a apresentada nos Boletins Epidemiológicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016 e 2017), visto que o exame treponêmico, previsto aos 18 meses, não tem sido realizado, sendo as fichas de notificação encerradas como positivas.

A análise dos registros também aponta para a necessidade de qualificação tanto na Atenção Primária quanto nas maternidades, pois muitas vezes os resultados dos exames realizados no período do parto são descritos de forma sucinta ou contraditória.

Em concordância com vários estudos, ficou destacada a dificuldade de obtenção destes dados, haja vista os muitos registros em branco e ignorados, limitando uma maior expressividade de pontos frágeis e sendo substancial quanto à abordagem da parceria e da criança, cuja localização – quando foi possível, deu-se por recursos indiretos ao prontuário da gestante, como declaração de nascidos vivos, outras fichas e cartões de acompanhamentos. A ausência de informação para um conjunto de variáveis relacionadas aos casos de sífilis gestacional e congênita pode ser um marcador indireto de má qualidade na assistência pré-natal como apontado por outros pesquisadores (SARACENI et al., 2012 e 2017; NONATO et al., 2015; CAVALCANTE et al., 2017).

A análise das entrevistas ainda permitiu qualificar o quanto a vivência impacta na assistência destas gestantes. Os relatos reforçaram a necessidade de maior atenção, monitoramento e criação de vínculos na prevenção da sífilis congênita, particularmente para aquelas com histórias de vida que envolvem drogadição (WIJESOORIYA et al., 2016; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017), situação de rua (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017) e os transtornos mentais. Estas três fragilidades podem nortear novas estratégias municipais, por qualificar os dados trazidos pelos estudos epidemiológicos tanto à luz das análises das fichas de notificação quanto a realizada neste estudo-os prontuários e as entrevistas.

Ressaltamos que este estudo não pretendeu exaurir as possibilidades de narrativas, tendo em vista o número reduzido de pessoas que vivenciaram a experiência da sífilis gestacional no período e território analisado. Entretanto, esta limitação não desqualifica o caráter exploratório do estudo, que tem como proposta a identificação das relações a serem aprofundadas, considerando a complexidade deste campo temático, e os diferentes personagens envolvidos na dinâmica assistencial.

Nas narrativas foi possível sinalizar períodos de prática de segredo (CAVALCANTE et al., 2012), que foram marcados pelo silêncio e atitude introspectiva, com dificuldades nas relações familiares e nas relações sociais, o que pode ter contribuído para retardar o acesso ao serviço de saúde, ao tratamento e prevenção da sífilis congênita. A busca de assistência pré-natal parece ser focalizada na unidade básica de saúde. Em relação ao parceiro, destacam-se questões de gênero como medo de agressão diante do diagnóstico e dificuldades no uso do

preservativo (camisinha). O estigma da doença pode ter interferido na busca precoce de serviços ou de relações de apoio mais significativas para restituição da saúde da gestante.

A Busca Ativa realizada pela unidade de saúde deve ter sua estratégia ampliada seguindo as fragilidades identificadas nos estudos. Não se deve descuidar de que atendimentos oportunos (NONATO et al., 2015; VASCONCELOS et al., 2016) – não programáticos – devem compor estas intervenções.

Entendendo que as mulheres com sífilis gestacional demonstraram sentimentos negativos (HILDEBRAND, 2010; CAVALCANTE et al., 2012; SILVA, 2016) de medo, vergonha, impotência e inércia, as equipes do Consultório na Rua e da Estratégia Saúde da Família devem estar sensibilizadas, articuladas e equipadas para acolher esta mulher e família com a oferta de atendimentos oportunos, tendo em vista o perfil de vulnerabilidade de saúde e social e a elevada incidência esta morbidade no Estado e Município.

7 RECOMENDAÇÕES

A Estratégia Saúde da Família (ESF), que atualmente é a base da atenção primária brasileira, mantém-se como tática ideal para a abordagem deste problema, visto que, volta-se às ações de promoção e prevenção à saúde com foco na longitudinalidade do cuidado e na criação de vínculo. A melhoria na qualidade da assistência pré-natal tem sido apontada como uma estratégia fundamental para redução da sífilis congênita (DOMINGUES, 2014; WIJESSOORIYA et al., 2016; SARACENI et al., 2017).

Conscientização dos profissionais quanto à importância do acolhimento com ampliação do uso do Teste rápido imediato ao diagnóstico de gravidez, e aconselhamento pré e pós-teste qualificado, estimulando a conduta compartilhada e pactuada (KLEINMAN, 1980; VASCONCELOS et al., 2016).

Valorização e garantia do “pré-natal do parceiro”, com trabalho constante de vínculo paterno/familiar e corresponsabilização com o desfecho, podendo compor esta estratégia a avaliação, caso a caso, da indicação do tratamento oral para parceiros fontes, de múltiplas parcerias e resistentes ao tratamento injetável.

Articulação efetiva com:

- Consultório de rua – equipe completa para abordagem e condução dos casos, utilizando-se de acesso facilitado à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde para execução de suas condutas, e manutenção de cadastro qualificado dos usuários em situação de rua;
- Saúde do Escolar, Secretaria de Educação, Atenção Básica da Saúde – ações permanentes nas escolas com foco no planejamento reprodutivo e infecções sexualmente transmissíveis (IST's), execução de testes rápidos para adolescentes maiores de 14 anos no ambiente escolar com a devida ciência de seus responsáveis;
- Laboratório: envio sistemático dos testes treponêmicos para as equipes de saúde, garantia da coleta imediata de sorologias para IST's, e oportuna para o parceiro;
- Centro de Referência de Assistência Social: acesso aos benefícios sociais disponíveis e avaliação de critérios para o programa família acompanhada².

² Assistência e monitoramento sistemático das condições sociais, relacionais e de uso de recursos disponibilizados.

Monitoramento semanal dos tratamentos (aplicações) com sugestão do uso da automação de sistemas com sinalização de pendências em prontuário, podendo um livro de registro ou planilha ser a fase inicial deste processo. Nesta etapa é possível a participação de acadêmicos e residentes de medicina contribuindo para a ensino em serviço.

Entendimento da “Busca Ativa” como parte indispensável na compreensão do contexto social de vida destas mulheres e seus parceiros para o acompanhamento regular e cumprimento do tratamento adequado. Acessá-los em seus ambientes de convivência pode ser uma opção para efetividade do tratamento, valendo considerar a opção do tratamento oral para não gestantes.

Sensibilização de toda a UBS quanto a importância do bloqueio imediato da gestante e parceiro com penicilina benzatina 2.400.000UI, dado que esta consolidação, minimamente, inicia-se no acolhimento, perpassando pelos prescritores, liberação da medicação na farmácia e aplicação da medicação, oportunizando ao usuário diversos pontos de dispersão.

É urgente o aprimoramento dos registros em todas as instâncias inclusive da atualização periódica dos cadastros de usuários, podendo ter importância a instituição de registros padronizados com dados objetivos e essenciais a exemplo da ficha de tratamento da sífilis. Além disso é necessário rever o formato dos relatórios eletrônicos da Rede Bem Estar¹⁸ a fim de facilitarem análises rápidas de dados que possibilitem intervenções dinâmicas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz como contribuição a realização de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa sobre sífilis gestacional e congênita que possibilitou conhecer, uma realidade que vai além do que tem sido revelado pelos estudos epidemiológicos, que destacam a importância da qualidade da assistência pré-natal e de características de condições social desfavorecidas para mudança do quadro de elevada incidência de sífilis gestacional e congênita.

Considerando a adequação das condutas prescritivas, as referências de busca ativa e a constatação de que a Atenção Primária tem atuado como “porta de entrada” para o sistema de saúde, é possível inferir que o território tem feito parte do movimento global de qualificação da assistência como estratégia primordial no enfrentamento à sífilis congênita.

A promoção do protagonismo da mulher nas relações afetivas e familiares e a responsabilização do parceiro, bem como novos formatos da Educação em Saúde podem contribuir para avanços no quadro prospectivo da sífilis no território.

O entendimento do papel da população em situação de rua e portadores de saúde mental no quadro de sífilis gestacional e congênita no território deve gerar abordagens holísticas por parte da equipe de saúde locais, assim como dos gestores de saúde, incorporando a necessidade de articulação com outros setores para implementação de ações associadas às políticas sociais. A qualificação da assistência pré-natal para torna-se eficiente deve considerar em seu amplo aspecto de integralidade no acolhimento e acompanhamento destas mulheres, parcerias e relações sociais. Ações efetivamente integradas entre os diversos pontos da saúde, educação, setores sociais e comunidade devem ser planejadas para uma resposta rápida à doença, como proposta pelo Ministério da Saúde. Desta forma, o quadro da sífilis no Brasil poderá ser enfrentado e ser elaboradas estratégias para que seja possível caminhar no cumprimento das metas propostas e na eliminação da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

BERTAUX, Daniel. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal: EDUFRN; 2010. Disponível em: <http://pt.scribd.com/document/406058332/Daniel-Bertaux-Narrativas-de-vida-1-rotated-grifo-pdf/>. Acesso em: 6 fev. 2018.

BÍBLIA, A. T. Salmos. *In*: BÍBLIA. **A Bíblia Sagrada**: contendo o Velho e o Novo Testamento. Ed. corr. e rev., 19. Impr. São Paulo: Sociedade Bíblica Trinitrina do Brasil, 1995. P. 579.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Manejo da Sífilis**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br>. Acesso em: 8 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. **Rede Cegonha**: Portaria nº 1.459/Gm/MS, de 24/06/2011. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br>. Acesso em: 8 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) 2013/2014. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br>. Acesso em: 08 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais**. Brasília, DF, 2017a. P. 156-170.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis 2017b**. Brasília (DF), 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 9 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa n 2-SEI/2017.DIAHV/SVS/MS**. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br>. Acesso em: 8 fev. 2018.

BRITO, Antônia Aila Coelho. **Assistência pré-natal e persistência da sífilis congênita**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.

CAVALCANTE, Ana et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará, 2012, **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 24, n. 4, p. 239-245. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/JBDST2012-24-4.pdf>. DOI: 677798. Acesso em: 3 mar. 2018.

CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; PEREIRA, Ruth Bernerdes de Lima; CASTRO, José Gerley Diaz. **Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins 2007-2014**. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2017, v. 26, n. 2, p. 255-264.

COHEN AZOURY, Thais Campolina et al. Atualização do Diagnóstico Situacional do território da Unidade de Saúde de Consolação, Vitória-ES, 2010. Consolação, ES: Unidade Básica de Saúde de Consolação, 2017.

DALLÉ, Jéssica. **Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual**. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/159600>. Acesso em 13 mar. 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Brasileira de Saúde Pública Materno-Infantil**, 2012; v. 12, n. 3, p. 269-280.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2014, v. 48, n. 5, p. 766-774.

HILDEBRAND, Virna Lina Pereira Chaves. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros** (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. A entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes. 2002; p. 90-113. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/30522727_Narrative_Interviewing/download. Acesso em: 17 fev. 2018.

KLEINMAN Arthur. **Patients and healers in the context of culture: an Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. University of California Press. 1980. Disponível em: www.books.google.com.br. Acesso em jul. 2018.

KUROKAWA E SILVA, Neide Emy; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Mar, 2016, v. 21 n. 3, p. 843-851.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, jan-mar 2016, v. 19, n. 1, p. 63-74.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudares; DIAS, Adriano; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, 2013, v. 29, n. 6, p. 1109-1120.

CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna; MARTINEZ-Hemáez Angel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. **Revista Cienc. Saúde coletiva**, v.16, n. 11, Rio de Janeiro, nov. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>. Acesso em ago. 2018.

MUYLAERT, Camila Junqueira; *et al.* **Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa**. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2014, v. 48, n. 2, p. 193-199.

NEWMAN, Lori et al. **Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data.** PLoS Med, 2013, 10: e1001396

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde(online)**, 2015, v. 24, n. 4, p. 681-694.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015. Disponível em: <http://who.int/gho/hiv/en/>. Acesso: em 13 jun. 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas.** Boletim da OMS, Update 2016. Washington (DC) PAHO; 2017. v. 94, n. 11, p. 787,

PEELING, Rosanna; MABEY, David. **Celebrating the decline in syphilis in pregnancy.** The Lancet, v.8, n. 4, p. 503-504, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/52214-109x\(1630154-1\)](http://dx.doi.org/10.1016/52214-109x(1630154-1)). Acesso em: 6 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Rede Bem Estar.** Portal de Serviços de Vitória. Disponível em : <http://prestadores.vitoria.es.gov.br/Rede.Bem.Estar/>. Acesso em: 12 jun. 2018.

RAMALHO, Mariana Oliveira de Alencar. **Avaliação Da Assistência Pré-Natal Com Ênfase Na Sífilis Gestacional Na Estratégia De Saúde Da Família do Recife, 2016.** Disponível em: <http://repertorio.ufpe.br/handle/123456789/17410>. Acesso em: 12 ago. 2018.

SANTOS, Geomário Cerqueira et al. Prevalência e Fatores associados à Sífilis em Gestantes atendidas pelo SUS em Município da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública.** 2015, v.39, n.3, p. 529.

SARACENI, Valéria; MIRANDA, Angélica Espinosa. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública.** 2012, v. 28, n. 3, p. 490-496.

SARACENI, Valeria; *et al.* **Vigilância epidemiológica da transmissão vertical: dados de seis unidades federativas no Brasil.** **Revista Panam. Salud Publica.** 2017; p. 41-44.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS nº 32- CE.** Espírito Santo, 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2016.** Vitória-Espírito Santo, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA. **Diagnóstico Situacional de Saúde do Município de Vitória: Atualização da Mortalidade Infantil, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita.** Vitória, ES: SMS, 2017.

SILVA, Andreia Soares et al. **Sífilis em gestantes**: investigação da fragilidade do tratamento na Estratégia Saúde da Família, Mostra Científica de Farmácia da Faculdade Católica Rainha do Sertão, 2017. Disponível em: www.unicatolicaquixaba.edu.br/1270-3293-1PB.pdf. Acesso em: 18 de jun. 2018.

SOUZA, Antônio Tiago da Silva et al. As influências socioculturais sobre as doenças sexualmente transmissíveis: análise reflexiva. **Revista Interdisciplinar**, 2015, v.8, n. 1, p. 240-246.

SILVA, Vivian Sauer Torres. **Os (des) caminhos da sífilis congênita em Botucatu, São Paulo**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo. 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/138179>. Acesso em: 18 jun. 2018.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa et al. Sífilis na gestação estratégias e desafios dos enfermeiros da Atenção Básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev. Brasileira Promoção Saúde**, 2016, v. n. 29, p. 85-92.

WIJESOORIYA, Saman et al. **Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012**: a health system modelling study. *Lancet Glob Health* 2016, v. 4, p. 525–533. Disponível em: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X16301358. Acesso em 13 fev. 2019.

XAVIER, Rozânia Bicego et al. Itinerário de cuidado à saúde de mulheres com história de Síndromes Hipertensivas na gestação. **Rev. Interface Comunicação Saúde Educação**, 2015, v. 19, n. 55, p. 1109-1120.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS PARA ANÁLISE QUANTITATIVA

**Título: Sífilis Gestacional e Congênita no território de Saúde de Consolação-ES, 2013-2016:
Epidemiologia e Itinerário Terapêutico**

Mestranda: Thais Campolina Cohen Azoury

Orientadora: Prof^a. Kátia Silveira da Silva

I- IDENTIFICAÇÃO E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

- Número de identificação: _____

Nome: _____ Apelido: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Registro no Território De Consolação: equipe: _____ micro-área: _____ família: _____

Bairro : _____ Contatos: _____

- Situação conjugal: ()Solteira ()Casada/estável ()Viúva

()Separada/Divorciada

()ignorado

-Cor referida: ()branca ()parda () amarela ()preta ()Ignorado

-Escolaridade: () Analfabeta () 1-4 anos de estudo () 5-8 anos

() 8-12 anos () mais que 12 anos () ignorado

-Hábitos na gravidez: () tabagismo ()etilismo () drogadição () nega

() ignorado

-Religião/Crença: () católica ()evangélica ()espírita () sem religião () outra _____ (

)ignorado

-Situação profissional na gravidez: () Trabalho formal () Trabalho informal () Do lar ()
nunca trabalhou () Desempregada () Beneficiária do Bolsa Família ()ignorado

II- HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA E COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ

- Coitarca: _____ () ignorado Menarca: _____ () ignorado
- Histórico gestacional: () n^o de gestações () n^o de partos () n^o abortamento
() n^o abortamento provocado () n^o natimorto () n^o óbito neonatal
- Intercorrências gestacionais: () sangramento () pré-eclampsia/eclampsia () ITU () Hipertensão () Diabetes mellitus () não () outros _____ () ignorado
- Histórico de sífilis adquirida anterior à gravidez: () sim () não () ignorado
Tratamento realizado _____
- Histórico de sífilis em gestação anterior: () sim () não () ignorado
tratamento realizado _____

III- PRÉ-NATAL EM ANÁLISE

- Data da 1^a consulta: _____
- Local de realização do pré-natal:
() plano/particular () Unidade de Saúde () Hospital Público () sem pré-natal
- Número de consultas de pré-natal: _____ () 0-3 () 4-6 () 7 ou mais
- Data da última menstruação (DUM): _____ () não sabe informar () sem registro
- Data provável do parto pela DUM: _____ () sem informação
- Data provável do parto pela Ultrassonografia: _____ () sem informação
- Forma de agendamento do pré-natal: () programada pela equipe
() agendado pela gestante ou representante () Busca ativa () ignorado

motivo: _____

- Fase do diagnóstico da gravidez: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre
- Solicitação de exames da gravidez: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre
- Realização dos exames solicitados: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre
- Solicitação de VDRL na 1ª consulta: () sim () não
- Solicitação de VDRL: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre
- VDRL realizado: 1 () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre
- Titulação no diagnóstico: _____
- Teste treponêmico: () positivo () negativo () não solicitado () não coletado
() não se aplica () ignorado
- Idade gestacional do diagnóstico da sífilis gestacional:
() 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre () no parto/abortamento
- Notificação: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre 4() no parto/abortamento
- Classificação da IST: () 1ª () 2ª () 3ª () latente recente () latente tardia
() Indeterminada
- Tratamento **prescrito** (Penicilina Benzatina): () 2.400.000 () 4.800.00 () 7.2000.000
- tratamento **prescrito** adequado para a classificação da IST: () sim () não
- Tratamento **realizado** (Penicilina Benzatina): () 2.400.000 () 4.800.00 () 7.2000.000
- Tratamento **realizado** adequado para a classificação da IST: () sim () não
- Tratamento **iniciado** nos 30 dias antes do parto: () sim () não () ignorado
- Tratamento alternativo prescrito: () sim () não () não se aplica () ignorado

- Tratamento alternativo cumprido: sim não não se aplica ignorado

Qual: _____

Motivo: _____

- Monitoramento sorológico do tratamento: 1 mensal 2 parcial 3 não realizado

ignorado Título: _____ Motivo: _____

IV- ABORDAGEM DA PARCERIA

- Número de parceiros 90 dias antes da gravidez e no período gestacional: _____

nega informar sem contato sem parceiro atual ignorado

- Identificação da parceria no prontuário da gestante: adequada incompleta não

- Diagnóstico de sífilis anterior ao período gestacional: sim não ignorado

- Tratamento anterior ao período gestacional: sim não ignorado

- Solicitação de VDRL no período gestacional: 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre
 não solicitado

- VDRL realizado: 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre não realizado

- Titulação: _____

- Teste treponêmico: positivo negativo não solicitado não coletado

não se aplica

- Notificado: sim não não se aplica

- Tratamento **prescrito** (Penicilina Benzatina): 2.400.000 4.800.00 7.2000.000

não não se aplica ignorado

- Tratamento **realizado** (Penicilina Benzatina): 2.400.000 4.800.00 7.2000.000

não não se aplica ignorado

- Tratamento alternativo prescrito: 1 sim 2 não não se aplica

Qual: _____

Motivo: _____

- Tratamento concomitante com a gestante : () sim () não () ignorado

Motivo: _____

- Monitoramento sorológico do tratamento: () sim () não () não se aplica () ignorado

V- DADOS DO PARTO EM ANÁLISE

- Data do parto: _____

- Local do parto: () Maternidade () Hospital público () Hospital ou Maternidade Particular

() domicílio () via pública () ignorado

- Tipo de parto: () cesariano () vaginal () ignorado

Motivo: _____

- Teste rápido de sífilis Materno: () positivo () negativo () não realizado () ignorado

- Teste VDRL Materno: () positivo () negativo () não realizado () ignorado

- Titulação: _____

VI- DADOS DO RECÉM-NATO EM ANÁLISE

- Idade gestacional do recém-nato (capurro): _____ () ignorado

Teste rápido de sífilis: () positivo () negativo () não realizado () ignorado

- Teste VDRL: () positivo () negativo () não realizado () ignorado

- Líquor: () sem alteração () alterado () não realizado () ignorado

- Raio-X ossos longos: () alterado () normal () não realizado () ignorado

- Tratamento Recém-nato no pós parto imediato: () sim () não () ignorado

- Teste treponêmico após 6 meses do parto: () positivo () negativo () não realizado () ignorado

- Teste treponêmico aos 18 meses: () positivo () negativo () não realizado

() prazo ainda não atingido () ignorado

VII- FONTES UTILIZADAS

prontuário eletrônico entrevista Ficha de notificação cartão da gestante
 cartão da criança outras: _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS



ROTEIRO DA ENTREVISTA - ANÁLISE QUALITATIVA

Título: Sífilis Gestacional e Congênita no território de Saúde de Consolação-ES, 2013-2016: Epidemiologia e Itinerário Terapêutico
Mestranda: Thais Campolina Cohen Azoury
Orientadora: Prof^ª. Kátia Silveira da Silva

I- IDENTIFICAÇÃO

- Número de identificação: _____
 Nome: _____ Apelido: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
 Registro no Território De Consolação: equipe: _____ micro-área: _____ família: _____
 Bairro : _____ Contatos: _____

Perguntas disparadoras:

- 1- Como foi o diagnóstico de sífilis gestacional? O que sentiu?
- 2- Onde ou com quem você buscou apoio e ajuda? (parceiro, família, religião, amigos, cursos, atividade física, grupos)
- 3- O que poderíamos ter feito para te ajudar?

Temas norteadores:

- 1- O diagnóstico de sífilis gestacional: Como se sentiu? Como a família recebeu a notícia? E o parceiro? Houve atrito familiar? Como foi?
- 2- Você participa das escolhas e decisões? (financeiras, administrativas, sexuais) (verificar protagonismo nas relações)

- 3- A trajetória fora do serviço de saúde: Quais os lugares que você frequentou no período da gravidez? Já frequentava anteriormente ou só na gravidez? Porque?
- 4- Que tipo de dificuldades você teve para fazer o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde de Consolação? (distância física, dificuldade de agendamento, vínculo, falta de interesse, insatisfação com o atendimento)
- 5- Que tipo de dificuldades você teve para fazer o tratamento? (distância física, dor da aplicação, esquecimento, falta de interesse, insatisfação com o atendimento)
- 6- Como foi a reação do parceiro quando soube que teria que tratar? (distância física, esquecimento, falta de interesse, insatisfação com o atendimento)
- 7- O que dificultou o tratamento do(s) parceiro(s)? (distância física, dor da aplicação, esquecimento, falta de interesse, insatisfação com o atendimento, não ser morador do município, impedimento de comparecer)
- 8- O que você sabe sobre sífilis? Onde e quando você recebeu informações esclarecedoras (mais claras) sobre o assunto?
- 9- O que poderia ter sido diferente nos atendimentos de saúde?
- 10- O que poderia ter sido diferente nas suas escolhas ou por onde passou (trajeto)?
- 11- Sugestões:

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sífilis Gestacional e Congênita no território de Saúde de Consolação-ES, 2013-2016:
Epidemiologia e Itinerário Terapêutico

Pesquisador: Katia Silveira da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96775118.0.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.879.451

Apresentação do Projeto:

Analisar o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita na população da Unidade de Saúde da Família de Consolação, Vitória-ES no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2016.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita;

- Descrever os indicadores de assistência ao pré-natal das mulheres com sífilis gestacional;

- Analisar itinerários terapêuticos das gestantes e puérperas com diagnóstico de sífilis, buscando identificar como contextos sociais, econômicos, institucionais, culturais e de gênero condicionam a busca de tratamento;

- Identificar fragilidades e pontos fortes relacionados à qualidade da assistência e integralidade do cuidado à gestante com sífilis;

- Identificar a execução e resultado do teste treponêmico na conclusão da ficha de notificação da sífilis congênita.

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 2.879.451

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão relacionado ao desconforto durante a pesquisa, a equipe da unidade prestará assistência, já que é responsável pelo cuidado de rotina a todas as mulheres. A pesquisadora se compromete em manter sigilo em relação as informações colhidas e com a não identificação dos casos.

Benefícios: A pesquisa possibilitará rever os casos de sífilis gestacional nos últimos anos e reavaliar a assistência das mulheres entrevistadas. Haverá benefício direto para as mulheres pois estas mulheres serão recontatadas pelo serviços e se algumas estiverem sem comparecer poderão ser estimuladas a fazê-lo e terem sua saúde avaliada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é muito pertinente pois o quadro de detecção da doença está aumentando no Brasil, demonstrando que os métodos empregados precisam ser revistos em busca de mais eficácia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos atendem as orientações do CEPIFF.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1200420.pdf	23/08/2018 11:32:22		Aceito
Folha de Rosto	assinaturadirecao.pdf	23/08/2018 11:30:52	Katia Silveira da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAssentimento.docx	21/08/2018 17:25:41	Katia Silveira da Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	21/08/2018 17:24:29	Katia Silveira da Silva	Aceito

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: ospiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



Continuação do Parecer: 2.879.451

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOSCThaisKatia.docx	21/08/2018 17:22:54	Katia Silveira da Silva	Aceito
---	--------------------------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Setembro de 2018

Assinado por:

Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador)

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO TERRITÓRIO DE SAÚDE DE CONSOLAÇÃO-ES, 2013-2016: EPIDEMIOLOGIA E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO" de autoria de THAIS CAMPOLINA COHEN AZOURY, orientador KATIA SILVEIRA DA SILVA . O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 19 de junho de 2019

Sheila Cristina de Souza Cruz
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Sífilis Gestacional e Congênita no território de Saúde de Consolação-ES, 2013-2016:
Epidemiologia e Itinerário Terapêutico**

Thais Campolina Cohen Azoury
Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz
Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo,
Rio de Janeiro - RJ, 20021-140

Você está sendo convidada a participar como voluntária do projeto de pesquisa intitulada "Sífilis **Gestacional e Congênita no território de Saúde de Consolação-ES, 2013-2016: Epidemiologia e Itinerário Terapêutico**". Este estudo tem como objetivos analisar as falhas na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis no território de Consolação, Vitória-ES, no período de 2013 a 2016, bem como, o trajeto percorrido por esta gestante dentro e fora dos serviços de saúde-

O estudo justifica-se pelas altas taxas de sífilis em gestantes e congênita (no recém-nascido) no Município de Vitória-ES, e principalmente no território de Consolação. Após o seu consentimento, você será-entrevistada, preferencialmente no ambiente da Unidade de Saúde de Consolação. Sua entrevista será gravada e posteriormente transcrita e terá a finalidade de identificar como os contextos condicionam a sua busca pelo tratamento.

Você poderá solicitar a interrupção da gravação e da entrevista se sentir qualquer desconforto. O risco relacionado a este estudo é de desconforto emocional por se tratar da narração de uma vivência de relações e sentimentos. A pesquisadora deste estudo também poderá interromper a entrevista a qualquer momento, caso perceba comprometimento do seu bem-estar.

As análises feitas a partir das suas informações poderão contribuir para maior visibilidade e compreensão da ocorrência da sífilis na gravidez e no recém-nascido.

O período do estudo será de maio de 2018 a abril de 2019, e terá acompanhamento da pesquisadora responsável Dr^a Thais Campolina Cohen Azoury, que poderá ser encontrada na Unidade de Saúde de Consolação, rua Desembargador Otávio de Carvalho Lengruber, número 185, bairro Gurigica, Vitória, telefone: 27 33826745.

TCLE versão do pesquisador

Rubrica participante

Rubrica

As informações obtidas neste estudo possibilitarão reorientar a assistência em saúde oferecida às reais necessidades desta população, bem como, uma melhor compreensão dos pontos frágeis nas diversas dimensões do cuidado à pessoa.

Esclarecimento ao participante:

- A participação na pesquisa tem caráter voluntário, não havendo nenhuma forma de pagamento pela sua participação;
- Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais, você não terá qualquer despesa com a realização das entrevistas previstas neste estudo;
- A colaboração se dará de forma anônima e segura;
- Fica assegurado o uso estritamente científico dos dados;
- Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação ou a identificação de qualquer pessoa que você cite durante a entrevista;
- Sempre que o participante desejar, será fornecido esclarecimento sobre os procedimentos desta pesquisa;
- A qualquer momento o participante poderá se desligar da pesquisa sem qualquer prejuízo ou penalidade;
- O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: _____; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552-8491);
- Você receberá uma via idêntica deste documento, assinada pelo pesquisador do estudo;
- Ao término da pesquisa, você receberá um relatório com os resultados da pesquisa.

Consentimento pós-informação:

Eu, _____, por me considerar devidamente informada e esclarecida sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para a minha inclusão como sujeito participante desta pesquisa. Declaro também ter recebido cópia deste documento assinado.

Eu, _____, autorizo, voluntariamente, a minha participação nesta pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura do participante

Data: _____ Telefones do participante: _____

Thais Campolina Cohen Azoury
Pesquisadora responsável pelo estudo