

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Eduarda Desconsi

**SÍFILIS CONGÊNITA: PERCEPÇÃO DE MULHERES COM FILHOS  
NOTIFICADOS**

Santa Maria – RS  
2020

**Eduarda Desconsi**

**SÍFILIS CONGÊNITA: PERCEPÇÃO DE MULHERES COM FILHOS  
NOTIFICADOS**

Dissertação apresentada ao  
Mestrado Profissional em Ciências da  
Saúde da Universidade Federal de  
Santa Maria, como parte dos  
requisitos necessários à obtenção do  
título de Mestre em Ciências da  
Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liane Beatriz Righi

Santa Maria - RS  
2020

Desconsi, Eduarda  
Sifilis Congênita: percepção de mulheres com filhos  
notificados / Eduarda Desconsi.- 2020.  
69 p.; 30 cm

Orientador: Liane Righi  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2020

1. Cuidado pré-natal 2. Sifilis congênita 3.  
Assistência à saúde 4. Atenção Primária à Saúde 5. Sistema  
Único de Saúde I. Righi, Liane II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFPM. Dados fornecidos pelo  
autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca  
Central. Bibliotecária responsável: Paula Schoenfeldt Patra CRB 10/1720.

Declaro, EDUARDA DESCONSI, para os devidos fins e sob as penas da lei,  
que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso  
(Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias  
objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente  
referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi  
apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau  
acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração  
poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras  
consequências legais.

**Eduarda Desconsi**

**SÍFILIS CONGÊNITA: PERCEPÇÃO DE MULHERES COM FILHOS NOTIFICADOS**

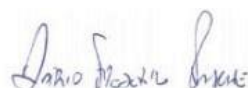
Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

**Aprovada em 29 de outubro de 2020:**



---

**Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)



---

**Dário Frederico Pasche, Dr. (UFRGS)**



---

**Laura Ferreira Cortes, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2020

## DEDICATÓRIA

*Dedico ao meu filho, Pedro Augusto, primeiro fruto deste mestrado.*

## AGRADECIMENTOS

No contexto político-econômico-social em que se deu o percurso desse mestrado, o sentimento é de gratidão pelo privilégio de ter convivido com pessoas cuja missão é transformar o mundo em um lugar melhor para se viver, pensando na coletividade.

Devo, primeiramente, agradecer ao **Universo e à Energia Superior** que nos guia, seja ela qual for, por me oportunizar a inscrição no edital do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde (MPCS), e por tudo o que essa escolha possibilitou.

À **UFSM**, por proporcionar uma educação pública de qualidade e por abrir as portas de sua casa para uma Enfermeira que foi formada em outra instituição.

À **Residência Multiprofissional Integrada**, por possibilitar o ingresso no mestrado no segundo ano e por todo o conhecimento que pude adquirir. Aos **preceptores, tutores e colegas** da residência, meu agradecimento pelas parcerias e pela superação dos desafios. Aprendi muito com vocês e sou grata por tê-los em minha vida, meus presentes da residência, amigos para toda a vida.

Ao **MPCS**, agradeço pela oportunidade. Em especial, agradeço ao secretário do curso, **Murilo**, por estar sempre disposto a responder e ajudar com muita paciência e competência.

À **minha família**, agradeço por estarem sempre ao meu lado, tanto nos momentos de conquistas, como nos momentos mais difíceis. É com vocês e por vocês que venço mais essa etapa da vida acadêmica e profissional. Muito obrigada por sempre me incentivarem na busca incessante por conhecimento, por serem meus exemplos de vida, de dignidade. Orgulho-me muito de vocês e de tudo o que me ensinaram. **Pai e mãe**, foi com vocês que aprendi a utilizar minha posição privilegiada para lutar por quem mais necessita e defender um mundo mais justo, mais humano e mais igualitário. **Mari**, obrigada por ouvir meus desabafos e por ser luz em dias escuros, contigo aprendi que as pessoas não são iguais, não pensam da mesma forma, e que isso não é um problema. Aprendi que as pessoas podem travar as mesmas lutas que eu sem necessariamente utilizar as mesmas armas, obrigada. **Valter**, agradeço pelo teu incentivo, pelo teu abraço apertado, por todos os momentos em que tu abriste mão de tuas coisas para me acompanhar. Agradeço por ser meu parceiro de vida, meu companheiro em todas as horas! Amo vocês.

Agradeço aos **mestres** que me ensinaram e despertaram meu interesse pelos estudos, pela enfermagem e pela saúde pública. A responsabilidade social que os **professores** carregam é digna de homenagens. Obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para meu crescimento profissional.

À todos os **professores, alunos e funcionários do Departamento de Saúde Coletiva**, espaço de trocas importantíssimo, lugar acolhedor e com cara de casa, que abriga os estudantes, acolhe com humanidade suas angústias e projeta planos com eles. Em especial, agradeço aos **acadêmicos do curso de medicina** que auxiliaram na construção e na operacionalização do projeto.

Aos meus **amigos e amigas** da vida, só tenho a agradecer. Ao grupo das **Minorias**, das **Dramáticas**, do **Caenf**, das **Peppas** e das **Juntas e Shallow Now**, agradeço por ouvirem minhas reclamações, por insistirem e confiarem no meu potencial, por cobrarem de mim quando eu acreditava que não conseguiria mais. Eu não seria quem sou e não teria chegado onde estou sem meus amigos. Agradeço à minha irmã de alma e comadre, **Luana**, por ser a dose de pimenta que sempre preciso e por corrigir meus escritos com críticas construtivas. Também, agradeço às amigas que o mestrado aproximou, **Naiane, Patrícia, Alana, Stéfani e Karine**, vocês foram muito importantes nessa longa (e sofrida) trajetória, muito obrigada. Ainda, agradeço aos amigos que disponibilizaram suas casas, camas, chuveiros e comidas para que eu pudesse (as vezes com a família inteira) frequentar os eventos e aulas do mestrado, obrigada **Mari e Leo, Raquel e Maurício, Aline e Maria Laura**. À **Julinha**, que dividiu apartamento comigo no início desse percurso e acompanhou a construção desse projeto de vida. À **Dani**, que me ajudou a escrever o projeto, muito obrigada!

Agradeço aos professores que tive a oportunidade de convidar para a minha banca, **Prof. Dr. Dário Pasche, Prof. Dra. Laura Cortes e Prof. Dra. Marinel Mór Dall’Agnol**, pois são exemplos de profissionais comprometidos com a ciência e com a sociedade. É uma honra para mim tê-los como avaliadores.

Esse trabalho também não teria acontecido sem o incentivo financeiro do **CNPq**. Muito obrigada por possibilitarem a integração de instituições em busca de soluções para esse problema de saúde pública, que é a sífilis congênita. Desejo que o CNPq continue resistindo, sempre em prol da ciência brasileira.

Da mesma maneira, agradeço ao grupo de pesquisa que se formou, o **SiCo**, que integra diferentes professores, estudantes e profissionais da saúde para pensar na operacionalização da pesquisa e nas soluções que poderemos encontrar.

Por fim, agradeço à minha orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liane Righi**. Você tem sido muito mais do que orientadora de mestrado, tem sido uma mãe, dona de um abraço apertado e bons conselhos. Desde que lhe conheci, sonhei em ser sua orientanda e não escondi a felicidade extrema ao conseguir. Exemplo de ser humano e profissional, acolheu todas as loucuras, as conversas, as reclamações. Soube ser porto seguro quando precisei. Não te agradeço somente por esse período, mas por ser uma amiga querida que quero levar para a vida

inteira. Você é inspiradora, mulher de garra, de fibra, de personalidade forte, que cativa a todos ao redor. Tenho certeza que você não faz ideia do quanto seus alunos te admiram. Obrigada por tudo!



*“Quando a gente vira mãe ou pai, a dor do mundo deve doer mais”*

*Manuela D’Ávila - Revolução Laura: reflexões sobre maternidade e resistência*

## RESUMO

### SÍFILIS CONGÊNITA: PERCEPÇÃO DE MULHERES COM FILHOS NOTIFICADOS

AUTORA: Eduarda Desconsi  
ORIENTADORA: Liane Beatriz Righi

No mundo, a sífilis afeta em torno de um milhão de gestantes, causa cerca de 300 mil mortes fetais e neonatais e coloca em risco mais de 200 mil crianças. Contudo, a Sífilis Congênita é uma doença evitável desde que a mãe e sua(s) parceria(s) sexuais sejam diagnosticadas e tratadas adequadamente. O objetivo deste estudo é conhecer a situação da sífilis congênita no município de Santa Maria. Para isso, utilizou-se abordagem quanti-qualitativa, através das fichas de notificação de sífilis congênita de 2016 a 2018, as quais foram analisadas por meio de taxas de incidência, perfil de mães e crianças notificadas, georreferenciamento e de análise de entrevistas com as mães, estas últimas analisadas a partir da Análise de Conteúdo e da Análise do Discurso. Como resultados, destaca-se a crescente incidência de casos no município, cuja maioria das mães é branca, jovem, do lar, residente de áreas urbanas e possui até o ensino fundamental. A maioria passou por pelo menos uma consulta de pré-natal, teve tratamento considerado inadequado e pouco mais da metade dos parceiros foram tratados. Os casos estão geograficamente distribuídos no município, sem destaque para uma região específica. A partir das entrevistas, pode-se observar que o diagnóstico precoce de gestação não ocorreu; algumas gestantes não obtiveram acesso ao teste rápido de sífilis na primeira consulta de pré-natal e nem ao tratamento na unidade de referência, o que pode ser considerada uma barreira. Ao mesmo tempo, pessoas em pontos da Rede de Atenção, desenvolvem ações singulares e enfrentam de forma criativa diferentes situações. Não conseguem evitar desfechos desfavoráveis porque encontram barreiras em uma suposta rede que não consegue garantir fluxos. As mulheres tendem a não reconhecer o que não identificam como assistência médica, parte do trabalho e especialmente das ações produtoras de cuidado ficam invisíveis. Local de moradia, redes de proteção, vulnerabilidade social, econômica e cultural, profissionais e condutas não reconhecidas e questões de gênero precisam compor estratégias de enfrentamento da sífilis congênita.

**Palavras-chave:** Cuidado pré-natal. Sífilis Congênita. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

### CONGENITAL SYPHILIS: PERCEPTION OF WOMEN WITH NOTIFIED CHILDREN

AUTHOR: Eduarda Desconsi

ADVISOR: Liane Beatriz Righi

Worldwide, syphilis affects around one million pregnant women, causes about 300,000 fetal and neonatal deaths and puts more than 200,000 children at risk. However, Congenital Syphilis is a preventable disease as long as the mother and her sexual partner's are properly diagnosed and treated. The purpose of this study is to know the situation of congenital syphilis in the city of Santa Maria. For this, a quantitative-qualitative approach was used, through the congenital syphilis notification forms from 2016 to 2018, which were analyzed through incidence rates, profile of notified mothers and children, georeferencing and interviews with mothers, the latter analyzed from Content Analysis and Discourse Analysis. As a result, the increasing incidence of cases in the city stands out, whose majority of mothers are white, young, residents of urban areas and have elementary school. Most went through at least one prenatal appointment, had treatment considered inadequate and just over half of the partners were treated. The cases are geographically distributed in the city, without highlighting a specific region. From the interviews, it can be seen that the early diagnosis of pregnancy did not occur; some pregnant women did not obtain access to the rapid syphilis test at the first prenatal visit or to treatment at the referral unit, which can be considered a barrier. At the same time, people at points in the Attention Network, develop unique actions and creatively face different situations. They cannot avoid unfavorable outcomes because they encounter barriers in a network that cannot guarantee flows. Women tend not to recognize what they do not identify as medical assistance, part of the work and especially the actions that produce care are invisible. Place of residence, safety nets, social, economic and cultural vulnerability, unrecognized professionals and behaviors and gender issues need to compose strategies for coping with congenital syphilis.

**Palavras-chave:** Prenatal Care. Syphilis, Congenital. Delivery of Health Care. Primary Health Care. Unified Health System.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Casos de SC no município de Santa Maria entre 2016 e 2018.....	40
Figura 2 – Itinerário terapêutico entrevista 01 .....	42
Figura 3 – Itinerário terapêutico entrevista 02.....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados maternos das fichas de notificação de Sífilis Congênita no município de Santa Maria, de 2016 a 2018.....	34
Tabela 2 – Dados do pré-natal das fichas de notificação de sífilis congênita no município de Santa Maria, de 2016 a 2018.....	37
Tabela 3 – Dados das fichas de notificação de sífilis congênita no município de Santa Maria, de 2016 a 2018.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do Discurso
AGAR	Ambulatório de Gestação de Alto Risco
APS	Atenção Primária � Saúde
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
CEP	Comitê de �tica em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EPA	Enfermeira de Prática Avançada
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede(s) de Atenção � Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema �nico de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UI	Unidades internacionais
Unijuí	Universidade Regional do Interior do Estado do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	19
2.1 SÍFILIS: FASES, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	19
2.2 SÍFILIS CONGÊNITA: TRANSMISSÃO, DIAGNÓSTICO, SINTOMATOLOGIA E TRATAMENTO.....	21
2.3 O CONTEXTO DA SÍFILIS E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	23
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	26
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
3.2 METODOLOGIAS QUANTITATIVAS.....	28
3.3 METODOLOGIAS QUALITATIVAS.....	29
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	32
4.1 INDICADORES E ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM SANTA MARIA.....	32
4.1.1 Incidência da SC em Santa Maria.....	32
4.1.2 Perfil epidemiológico das crianças notificadas com SC e de suas mães.....	33
4.1.3 Georreferenciamento.....	39
4.2 PISTAS REFERENTES ÀS FALHAS DE ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NOS DISCURSOS DAS MULHERES.....	40
4.2.1 Características dos serviços de saúde e a invisibilidade dos trabalhos.....	41
4.2.2 A vulnerabilidade e o desfecho da Sífilis Congênita.....	48
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	55
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	62
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	64
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	65



## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis adquirida é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Se não tratada adequadamente, evolui em diferentes fases: primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária. Além de sexualmente, a sífilis também pode ser transmitida de forma sanguínea e de mãe para filho, a chamada Sífilis Congênita (SC). A transmissão do agente etiológico pode ocorrer durante a gestação por via transplacentária ou no momento do parto (BRASIL, 2017).

Pode ser sintomática ou assintomática. As consequências no bebê dependem de características como o tempo de exposição ao agente etiológico, a carga treponêmica materna, a virulência, o tratamento materno, a coinfeção por HIV ou outra causa de imunodeficiência. Além disso, pode acarretar aborto, natimorto ou óbito neonatal. A SC pode ser classificada em precoce, quando os sintomas clínicos aparecem até os dois anos de vida, ou tardia, quando os sintomas manifestam-se depois dos dois anos (BRASIL, 2017).

A SC é prevenível quando mãe e parceiro(s) são diagnosticados e tratados oportuna e adequadamente (BRASIL, 2017). A avaliação diagnóstica e a escolha do tratamento requerem a associação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. O diagnóstico é feito por exames diretos e testes imunológicos (mais utilizados na prática clínica). O tratamento adequado na gestação é realizado somente com penicilina benzatina com esquema a depender da fase da sífilis (BRASIL, 2018)

Mundialmente, a sífilis afeta cerca de um milhão de gestantes, é responsável por mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e coloca em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Estima-se que nasçam entre 166 e 344 mil crianças com sífilis congênita por ano na América Latina e Caribe (BRASIL, 2017b)

No Brasil, entre 2010 e junho de 2016, foram notificados 227.663 casos de sífilis adquirida, dos quais 20,5% foram casos residentes na região Sul do país. Em relação à sífilis em gestantes, entre 2005 e junho de 2016, foram notificados 169.546 casos, dos quais 13,7% aconteceram na região Sul. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 25% dos desfechos de sífilis em gestantes são morte fetal ou aborto espontâneo e 25% são recém-nascidos com baixo peso ao nascer ou infecção grave (BRASIL, 2017).

Entre 1998 a junho de 2016, foram notificados 142.961 casos de SC em menores de um ano no Brasil, dos quais 10% ocorreram na região Sul (BRASIL, 2017). A taxa de incidência de SC e as taxas de detecção de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos aumentaram aproximadamente três vezes no período entre 2010 e 2016. Somente no ano de 2016, o Brasil notificou 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de SC, dos quais 185 foram óbitos (BRASIL, 2017b).

O Rio Grande do Sul (RS) está entre os estados com taxas mais elevadas de sífilis em gestantes e SC. No ano de 2016, apresentou taxa de incidência de SC superior à taxa nacional (12,5 casos/1.000 nascidos vivos no RS e 6,8 casos/1.000 nascidos vivos no Brasil) (BRASIL, 2017b). No estado, foram notificados 15.927 casos de sífilis em gestantes entre janeiro de 2011 e junho de 2018, sendo que a taxa de detecção passou de 4,6 em 2011 para 25,4 casos a cada mil nascidos vivos em 2017, e na região Verdes-Campos (região a que pertence o município de Santa Maria), essa taxa foi ainda maior, de 25,9 casos em mil nascidos vivos. Já a taxa de incidência de SC por mil nascidos vivos no estado do RS passou de 4,4 em 2011 para 14,2 em 2017, e na região Verdes-Campos, novamente a taxa é maior, correspondente a 16,8 (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

No município de Santa Maria, em 2016 foram notificados 149 casos de sífilis em gestantes e 73 casos de SC (SANTA MARIA, 2018b). Enquanto a taxa de nascidos vivos manteve-se estatisticamente constante, a incidência de SC passou de 0,33 em 2007 para aproximadamente 17 casos por 1.000 nascidos vivos no ano de 2015 (PIRES, 2018).

O crescente número de casos de sífilis adquirida, em gestantes e congênita nos últimos anos no país pode ser atribuído, dentre outros fatores positivos e negativos, ao aumento da cobertura de testagem, à ampliação do uso de testes rápidos, à redução do uso de preservativos, à resistência dos profissionais de saúde na administração da penicilina na Atenção Primária à Saúde (APS), ao desabastecimento mundial de penicilina, e ao aprimoramento do sistema de vigilância em saúde (BRASIL, 2017b).

Considerando-se que há diagnóstico e tratamento eficazes, de baixo custo e disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Sífilis Congênita pode ser encarada como um problema de saúde pública que requer atenção e medidas para combatê-la, o que justifica a presente pesquisa. As perguntas a que o estudo propõe-se a resolver é: “qual a situação da sífilis congênita no município de Santa Maria e quais as causas de suas altas taxas?”. Acredita-se que serão encontrados dados referentes a falhas no

acesso, no diagnóstico e no tratamento.

O objetivo geral do estudo maior é conhecer a situação da sífilis congênita no município de Santa Maria. Como objetivos específicos, tem-se: 1. traçar a série histórica dos casos SC de 2016 a 2018; 2. traçar o perfil epidemiológico das crianças notificadas com SC e de suas mães entre 2016 e 2018; 3. georreferenciar os casos de SC em mapa do município; 4. conhecer os itinerários terapêuticos e as redes de cuidado utilizadas ou produzidas pelas mães de crianças com sífilis congênita, especialmente durante a gravidez; 5. traçar os caminhos percorridos pelas mulheres durante a gravidez em formato de fluxogramas.

Essa dissertação está construída da seguinte maneira: fundamentação teórica, no qual encontram-se informações detalhadas sobre o assunto a ser tratado; metodologia utilizada no estudo; resultados encontrados e discussão e; conclusão.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 SÍFILIS: FASES, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Há registros sobre a sífilis desde 1530, quando foi nomeada pelo médico Girolamo Fracastoro no poema *Syphilis Sive Morbus Gallicus*. Contudo, o agente etiológico só foi descoberto e descrito em 1905, após o exame a fresco de amostra coletada de uma pápula vulvar de uma mulher com sífilis secundária. Fritz Schaudin e Paul Erich Hoffmann observaram micro-organismos espiralados, finos, que giravam em torno do seu maior comprimento e moviam-se para a frente e para trás, chamaram-no *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas (BRASIL, 2019; BRASIL, 2010).

A sífilis possui evolução lenta. Se não tratada, intercala fases sintomáticas e assintomáticas. As características clínicas são divididas em três fases (primária, secundária e terciária), e após a fase secundária, há dois períodos de latência (recente e tardio) (BRASIL, 2010).

O período de incubação da doença varia de dez a 90 dias. Após esse período, há o aparecimento de lesão única, indolor e de base endurecida no local de entrada da bactéria, o chamado “cancro duro”. A lesão da sífilis primária possui secreção serosa que contém vários treponemas e depois de aproximadamente duas semanas, cura espontaneamente. Para o diagnóstico, os anticorpos aparecem na corrente sanguínea de sete a dez dias após o surgimento da lesão primária, e o primeiro teste a se tornar reagente é o FTA-abs (*fluorescent treponemal antibody absorption test*), seguido de outros testes treponêmicos e não treponêmicos. Quanto mais precocemente a doença for tratada, maior a probabilidade de os testes voltarem a ser não-reagentes, porém os testes treponêmicos tendem a permanecer reagentes pelo resto da vida (BRASIL, 2010).

Na fase secundária, cerca de seis semanas a seis meses após o contato, o treponema já invadiu todos os órgãos e líquidos do corpo. A característica clínica é o aparecimento de exantema cutâneo na forma de máculas, pápulas ou grandes placas eritematosasbranco-acinzentadas (condiloma lata). As lesões são ricas em treponemas. Todos os exames sorológicos são reagentes nessa fase, e os testes quantitativos geralmente apresentam titulações altas. Por apresentar características sistêmicas, a sífilis é facilmente confundida com outras afecções nesse período (BRASIL, 2010;

BRASIL, 2019).

Durante o período latente, apesar de os testes sorológicos terem resultados reagentes, não se observam sinais e sintomas clínicos da infecção, o que dificulta o diagnóstico. Todavia, a maior parte dos diagnósticos são realizados nesse período. Divide-se em latente recente (com menos de um ano de infecção) e tardia (com mais de um ano) (BRASIL, 2020).

Na sífilis terciária, ocorre o acometimento do sistema nervoso, cardiovascular e a formação de tumorações com tendência a liquefação (gommas sífilíticas) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. É menos frequente na atualidade (BRASIL, 2019).

Para o correto diagnóstico da sífilis e consequente tratamento, faz-se necessária a associação entre achados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções prévias e investigação de exposição recente. Os testes são divididos em: exames diretos e testes imunológicos (BRASIL, 2019).

Os exames diretos são realizados através da observação direta de material retirado de lesões ativas de sífilis primária ou secundária, sendo possível a visualização ou não das bactérias. Já os testes imunológicos, que são mais utilizados, dividem-se em treponêmicos e não-treponêmicos. Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra o *Treponema pallidum* e podem permanecer reagentes por toda a vida, e por essa razão, não são indicados para monitoramento da resposta terapêutica (por exemplo: teste rápido e FTA-Abs). Os testes não-treponêmicos detectam anticorpos não específicos, seus resultados são dados em frações e são importantes para o diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento (por exemplo: VDRL) (BRASIL, 2019).

Idealmente, deve-se combinar um teste treponêmico e um não-treponêmico para o diagnóstico, e recomenda-se iniciar a investigação a partir de um teste treponêmico. Em casos de gestantes com qualquer teste para sífilis reagente, a primeira dose do tratamento deve ser iniciada sem a necessidade de aguardar o resultado de outro teste. Para o monitoramento da infecção, deve ser realizado mensalmente um teste não-treponêmico (BRASIL, 2019).

O único tratamento seguro para a sífilis na gestação é com a penicilina benzatina. Em caso de sífilis primária, secundária ou latente recente, utiliza-se a dose única de 2,4 milhões UI (Unidades Internacionais) de penicilina G benzatina por via intramuscular (1,2 milhão em cada glúteo). Se for sífilis latente tardia ou sífilis terciária, utiliza-se a mesma dose, porém uma dose por semana durante três semanas (BRASIL, 2019).

A administração da penicilina benzatina pode e deve ser realizada preferencialmente na APS. No país, o receio dos profissionais de saúde de reações adversas, principalmente anafilaxia, tem contribuído para a perda da oportunidade de iniciar o tratamento imediatamente após o diagnóstico. Entretanto, o Ministério da Saúde reforça que tal reação é rara (chance de 0,002%) e o receio não é impeditivo da administração da penicilina. Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) também ressalta a importância da administração desse medicamento e respalda os profissionais da enfermagem no que tange à sua aplicação (BRASIL, 2019; COFEN, 2017).

Ademais, as parcerias sexuais das gestantes também devem ser tratadas, mesmo que os testes não sejam reagentes. Deve ser realizada busca ativa para o diagnóstico e o tratamento correto e oportuno das parcerias (BRASIL, 2019).

A SC está na lista de agravos de notificação compulsória desde a Portaria 542 de 22 de dezembro de 1986, ao passo que a sífilis em gestante foi incluída nessa lista em 2005, com os objetivos de controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, e acompanhar, adequadamente, o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle (BRASIL, 2006).

## **2.2 SÍFILIS CONGÊNITA: TRANSMISSÃO, DIAGNÓSTICO, SINTOMATOLOGIA E TRATAMENTO**

A SC ocorre quando a gestante infectada transmite as espiroquetas ao feto, seja por via transplacentária ou por contato direto com lesões ativas no momento do parto. O maior número de casos ocorre pela falta do diagnóstico da sífilis gestacional ou pelo tratamento inadequado da mulher e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2019).

A transmissão do agente etiológico pode acontecer em qualquer fase gestacional, bem como em qualquer etapa da doença materna. Entretanto, nas fases primária e secundária da doença, a taxa de infecção da transmissão vertical em mulheres não tratadas varia de 70 a 100%, enquanto que nas fases tardias (latente tardia e terciária), a taxa reduz-se para cerca de 30%. A transmissão pela amamentação pode ocorrer apenas se a mãe possuir lesão mamária por sífilis (BRASIL, 2006).

Assim como na sífilis adquirida, na SC o diagnóstico é possível a partir de uma

combinação de fatores: histórico materno de sífilis, tratamento e seguimento durante a gestação, sinais e sintomas clínicos da criança (geralmente ausentes ou inespecíficos), e testagem não-treponêmica por acesso periférico comparado com resultado da mãe. O seguimento deve ser realizado para todas as crianças expostas à sífilis, mesmo que não tenham se encaixado em critérios diagnósticos para SC (BRASIL, 2019).

Quando a mãe não recebeu tratamento durante a gestação ou foi tratada de maneira inadequada, a criança é classificada com SC independentemente dos resultados de exames e sintomatologia. Assim como as crianças com resultados de testes não-treponêmicos com titulações maiores que as maternas em pelo menos duas diluições. Todas as crianças identificadas com SC devem ser completamente avaliadas, incluindo exames de punção lombar e análise do líquido (BRASIL, 2019).

O seguimento para a criança exposta à sífilis pode ser realizado na APS, a partir de consultas de puericultura e com exames laboratoriais em um, três, seis, doze e dezoito meses de vida do bebê. Se após esse período não houver achados clínicos e/ou laboratoriais que indiquem SC, encerra-se o caso (BRASIL, 2019).

Cerca de 60 a 90% das crianças com SC são assintomáticas ao nascimento. Quando há presença de sintomas, estes são inespecíficos, podendo ser confundidos com outras infecções congênitas, por isso faz-se necessária a investigação de outros diagnósticos diferenciais (BRASIL, 2019).

A SC precoce é diagnosticada até os dois anos de vida da criança e pode provocar diversas manifestações clínicas, como: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (tais como pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (alterações visualizadas em estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serossanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR), petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. Os achados laboratoriais incluem anemia, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia (BRASIL, 2006).

Já a SC tardia é diagnosticada após o segundo ano de vida, a partir da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Nesse caso, deve-se estar atento para a possível exposição da criança ao *Treponema pallidum* por via sexual. Os principais achados clínicos são: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais,

mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2006).

O tratamento de SC pode ser realizado com benzilpenicilina procaína intramuscular fora do ambiente hospitalar, ou com benzilpenicilina potássica ou cristalina endovenosa, quando em internação. A benzilpenicilina benzatina restringe-se às crianças cujas mães não foram tratadas ou foram tratadas de forma não adequada, que sejam assintomáticas, tenham exames complementares normais e teste não-treponêmico não reagente ao nascimento (BRASIL, 2019).

Não são notificadas como casos de SC e, portanto, não recebem tratamento as crianças cujas mães realizaram tratamento adequado, são assintomáticas e possuem teste não-treponêmico não reagente ou com titulação menor, igual ou maior até uma diluição do que o materno. Contudo, essas crianças também necessitam de acompanhamento clínico e laboratorial na APS (BRASIL, 2019).

### 2.3 O CONTEXTO DA SÍFILIS E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Uma vez que a sífilis em gestante e a sífilis congênita são problemas de saúde pública no Brasil e nas Américas, em 2010, os Estados-Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita, com o apoio da OMS. O objetivo foi reduzir a incidência de SC para menos do que 0,5 casos a cada 1.000 nascimentos no ano de 2015 (GONZÁLEZ, 2010).

No ano de 2014, as Américas notificaram 1,3 casos de SC a cada 1.000 nascidos vivos, resultando na eliminação da transmissão materno-infantil da sífilis em 17 países (PAHO, 2014). Entretanto, o Brasil não cumpriu a meta acordada na OPAS e a epidemia continuou ocasionando mortalidade neonatal e fetal significativas (COOPER *et al*, 2016).

As gestantes devem ter acesso ao pré-natal de forma precoce. Além disso, os testes sorológicos para sífilis devem ser realizados na primeira consulta (preferencialmente no primeiro trimestre gestacional), no início do terceiro trimestre e no momento do parto ou curetagem (CDCP, 2015; BRASIL, 2019). Até mesmo a ocorrência de apenas um caso de SC significa uma falha do sistema público de saúde, visto que é uma doença evitável e que os profissionais de saúde sabem como prevenir a doença e suas possíveis complicações (GOMEZ *et al*, 2013).



Os profissionais de saúde devem estar qualificados para identificar clinicamente e classificar os estágios da sífilis, bem como de interpretar os resultados de exames para o melhor controle da doença e resposta terapêutica. Além da prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e seus parceiros sexuais devem ser realizados preferencialmente na APS (BRASIL, 2019).

Para que sejam evitados procedimentos e intervenções desnecessárias na criança, é necessário que as informações referentes ao diagnóstico, tratamento e monitoramento da sífilis na gestante estejam documentadas na caderneta da gestante. Fatores como a administração da penicilina benzatina, início do tratamento até 30 dias antes do parto, esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico, respeito ao intervalo entre as doses, avaliação do risco de reinfecção e documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições em três meses, são essenciais para a avaliação da necessidade de tratamento na criança (BRASIL, 2019).

Diferentes pontos da RAS são importantes no cuidado às crianças expostas à sífilis e às crianças diagnosticadas com SC. Desta maneira, organizar a linha de cuidado é responsabilidade dos estados e municípios (BRASIL, 2019). Linha de Cuidado Integral em Saúde é definida como “a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde” (FRANCO, SANTOS e SALGADO, 2011).

Assim sendo, a APS é responsável, primeiramente, pelo pré-natal da gestante, garantindo cobertura a todas as gestantes e suas parcerias sexuais, realizando testagem de sífilis no primeiro e terceiro trimestre gestacionais e no puerpério, realizando teste rápido e testes não-treponêmicos, notificando os casos de sífilis em gestantes, aplicando o tratamento e documentando-o, orientando a gestante sobre riscos de nova exposição, investigando e tratando as parcerias sexuais, monitorando mensalmente a gestante com testes não-treponêmicos, e encaminhando a gestante para o local de parto com todo o histórico de tratamento e seguimento documentados (BRASIL, 2019).

À maternidade, compete realizar testagem rápida no momento do parto (ou em caso de aborto/natimorto), assistir o parto, avaliar o recém-nascido de acordo com histórico materno e sintomatologia, notificar a mãe como sífilis em gestante caso ainda não tenha sido notificada, notificar a criança de acordo com critérios de definição de caso, encaminhar a mulher e criança ao serviço de APS para o seguimento do caso e realizar o tratamento para SC (BRASIL, 2019).

Além de ser responsável pelo pré-natal, a APS também responsabiliza-se pelo seguimento da criança exposta e da criança com SC, cabendo-lhe realizar o seguimento clínico e laboratorial da criança, realizar puericultura, notificar o caso se durante o seguimento for diagnosticada SC, coordenar o cuidado e manter orientações à mulher e suas parcerias sexuais em relação à saúde sexual (BRASIL, 2019).

Integrando a RAS, os serviços de especialidades devem ser responsáveis por receber encaminhamento da APS e avaliar o seguimento da criança, fornecer informações à APS e notificar a criança como caso de SC se houver alterações clínicas e/ou laboratoriais durante o seguimento (BRASIL, 2019).

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho é um subprojeto de uma pesquisa intitulada “Barreiras de acesso de jovens nos serviços de saúde: o caso de mulheres com filhos notificados com sífilis congênita em municípios no interior do RS”, que recebe financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) a partir da Chamada Pública nº 11/2018, e agrega metodologias quantitativas e qualitativas para responder questões relacionadas ao problema de saúde pública chamado sífilis congênita e propor intervenções.

O projeto propõe a descrição e a avaliação da situação da SC de 2007 a 2018 em três municípios do Rio Grande do Sul: Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas. Para isso, conta com a participação de três instituições de ensino: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). Formou-se um grupo de pesquisa com professores e alunos de graduação e pós-graduação das três instituições, para que fosse discutida a metodologia e a maneira operacional de coleta e análise dos dados, bem como os resultados e propostas de intervenção nos diferentes locais do estudo.

Nesta dissertação, serão apresentados os dados obtidos apenas no município de Santa Maria. Os dados quantitativos são referentes aos anos de 2016, 2017 e 2018 e a parte qualitativa referente ao itinerário terapêutico de mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC em Santa Maria. No capítulo de resultados e discussão, optou-se por apresentar inicialmente os dados quantitativos, e na sequência, os dados qualitativos.

A estratégia inicial era utilizar as duas primeiras entrevistas para discussão no grupo de pesquisa e pactuação de protocolos. Todavia, a riqueza de conteúdo e a possibilidade de análise teórica justificou a utilização das duas entrevistas previstas no projeto guarda-chuva nesta dissertação.

A integração de métodos quantitativos e qualitativos nesta pesquisa deu-se com o objetivo de complementar os resultados obtidos através das diferentes metodologias. Para Creswell e Clark (2011), uma das situações em que a combinação de métodos é útil é a que nenhuma abordagem sozinha é capaz de debater profundamente sobre a complexidade do problema de pesquisa.

Por um lado, a pesquisa quantitativa analisa separadamente os componentes

do estudo e tem como foco números e estatísticas. Enquanto que a qualitativa foca em interpretar as realidades sociais a partir da compreensão do significado que uma experiência tem para os participantes (BAUER, GASKELL e ALLUM, 2008; JONES, 2007).

### 3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo tem como cenário o município gaúcho de Santa Maria, o qual pertence à 1ª Região de Saúde e é sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado, que integra 21 municípios. Sua população estimada em 2019 é de 282.123 pessoas (IBGE, 2020; SANTA MARIA, 2013).

No contexto da saúde, o município conta com Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Estratégia de Saúde da Família, Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, serviços especializados e complementares, policlínicas, Pronto Atendimento Municipal, Serviço de Vigilância em Saúde, SAMU e UPA, laboratórios de análises clínicas contratualizados, e hospitais públicos e privados (SANTA MARIA, 2018).

O município possui uma taxa de mortalidade infantil (menores de um ano) de 10,84. Possui 26 unidades de saúde de atenção básica (2012), 1.016 leitos de internação (2015), o que corresponde a 3,68 leitos por mil habitantes. Destes, 29,55% são leitos SUS (2,19 por mil habitantes) (REGIÃO E REDES, 2020).

De acordo com dados do DATASUS (2020), o município tem 52,40% de sua população coberta por atenção básica, ou seja, pouco menos de metade das pessoas não possuem acesso à saúde na APS. Além disso, apenas 30,57% da população é assistida por equipes de saúde da família. Entretanto, apenas 21,50% da população é beneficiária de plano de saúde (2015). A porcentagem de nascidos-vivos de mães com sete consultas ou mais de pré-natal (2011-2013) é de 66,16%, e a porcentagem de cesáreas (2013) é de 67,48%, sendo 42,61% no SUS (REGIÃO E REDES, 2020).

Em relação à produção ambulatorial (2014), a atenção básica é responsável por apenas 15,24% da produção, a média complexidade é responsável por 52,31% e a alta complexidade, por 32,20%. Enquanto que no país, essas porcentagens são de 44,87% da produção ambulatorial na atenção básica, 32,60% na média complexidade e 20,92% na alta complexidade. No estado do RS, as porcentagens são de 43,11%, 37,70% e 17,66%, respectivamente (REGIÃO E REDES, 2020).

No município, a despesa total em saúde por habitante (2014) é de 312,77 reais,

contrastados com 613 reais no Brasil e 647,84 reais no estado. Das despesas, o percentual gasto com pessoal pelo total de despesas em saúde é de 55,96% (REGIÃO E REDES, 2020).

### 3.2 METODOLOGIAS QUANTITATIVAS

Nesta etapa da pesquisa, foram realizados três diferentes processos: série histórica da SC no município nos anos de 2016 e 2017, perfil epidemiológico das crianças notificadas com SC e de suas mães e georreferenciamento dos casos.

Para compor a população do estudo, foram coletadas, junto ao serviço de Vigilância Epidemiológica do município de Santa Maria, as fichas de notificação de SC referentes ao período de 2016 a 2018, por município de residência da mãe (Santa Maria). Essas fichas foram extraídas do modo gestão (modo em que somente os gestores têm acesso), com autorização prévia, em planilhas do Excel, com as seguintes variáveis: número da notificação, data da notificação, data do diagnóstico, evolução, diagnóstico final do SINAN, serviço de notificação, nome do paciente/bebê, data de nascimento, sexo do bebê, raça do bebê, número do cartão SUS, nome da mãe do paciente, bairro, logradouro, número, complemento, CEP, DDD do telefone, telefone, zona, idade da mãe, raça da mãe, ocupação da mãe, escolaridade da mãe, fez pré-natal, município de pré-natal, nome do serviço de pré-natal, diagnóstico da sífilis em gestante, tratamento da gestante, data do tratamento, tratamento do parceiro, data do óbito e observações.

Para a análise quantitativa, foram calculadas, na primeira parte, as taxas de incidência de SC considerando o número de nascidos vivos extraídos do modo público do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) em cada ano (2016 e 2017). Para a segunda parte, foram agrupadas e calculadas as porcentagens de algumas variáveis consideradas relevantes para a pesquisa: evolução, diagnóstico final do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), serviço de notificação, sexo do bebê, bairro, zona, idade da mãe, raça da mãe, ocupação da mãe, escolaridade da mãe, fez pré-natal, município de pré-natal, nome do serviço de pré-natal, diagnóstico da sífilis em gestante, tratamento da gestante e tratamento do parceiro. Na terceira etapa, foram selecionadas as variáveis referentes aos endereços das mulheres e essas foram plotadas em um mapa do município, disponível no Google Mapas, para visualização geográfica dos casos.

### 3.3 METODOLOGIAS QUALITATIVAS

Para a etapa qualitativa, buscou-se conhecer o itinerário terapêutico de mulheres que tiveram filhos notificados com SC. Itinerário terapêutico é um termo utilizado para definir as ações de determinados indivíduos na busca da solução de seus problemas de saúde (ALVES, 2015). A estratégia de investigação utilizada foi a entrevista semi-estruturada, que consiste em uma interação entre no mínimo duas pessoas que ocorre através de perguntas abertas e estímulos. As perguntas geralmente são planejadas antes do momento da entrevista, para que a conversa entre entrevistador e entrevistado gire em torno dos objetivos da pesquisa e não fuja do tema. Já os estímulos não são previamente definidos e servem como encorajamentos para que o entrevistado continue a falar ou aprofunde no assunto. Essa metodologia de entrevista permite o aprofundamento de opiniões e visões (GRAY, 2012; CRESWELL, 2014).

A partir das fichas de notificação, foram realizadas tentativas de contato telefônico com as mulheres de forma aleatória. As tentativas foram realizadas até que se conseguisse o agendamento de duas entrevistas. Para isso, foram feitas 37 tentativas, em que grande parte dos números estava desligado, fora da área de cobertura ou era inexistente. Em outras tentativas, o número não pertencia à pessoa que tentávamos localizar. No dia 05 de fevereiro de 2020, realizaram-se as duas entrevistas semi-estruturadas com mulheres que tiveram um filho notificado com SC por um grupo de quatro pesquisadores.

O objetivo foi traçar o itinerário terapêutico desenvolvido por elas durante a gestação e tentar identificar possíveis barreiras de acesso, diagnóstico e tratamento. Foram utilizadas as seguintes perguntas iniciais “o que facilitou e o que dificultou o atendimento à saúde durante a sua gestação?” e “como foi o teu percurso nesse pré-natal?”.

Inicialmente planejadas para compor protocolo e lista de questões das entrevistas dos campos da pesquisa, elas revelaram aspectos importantes das barreiras de acesso e contribuíram para análise das informações obtidas nas outras fases da pesquisa: a riqueza de informações contidas nos discursos das duas mulheres justificou sua inclusão nesse estudo. A decisão de analisar duas entrevistas é ancorada em Minayo, que afirma que a amostragem em pesquisa qualitativa deve estar sempre acompanhada do conceito de provisoriidade, porque não há uma

medida estabelecida para a compreensão da diversidade e intensidade das entrevistas (MINAYO, 2017). As primeiras entrevistas forneceram pistas para o estudo, e também apresentaram questões singulares decorrentes de sua vida, classe social, inserção territorial e características da rede de atenção do lugar em que vivem. Segundo Minayo (2017), os pesquisadores experientes em pesquisa qualitativa trabalham com o objetivo de tornar seu estudo defensável a partir das entrevistas, e não com a noção de saturação de dados. Dessa maneira, não pretendem fazer generalizações, mas aprofundar e valorizar a diversidade no processo de compreensão. Essas questões justificam a inclusão das primeiras entrevistas da pesquisa na primeira dissertação produzida no escopo da pesquisa maior. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Foram armazenadas em uma pasta privativa, codificada, no computador sob responsabilidade da pesquisadora.

A primeira aproximação com o texto das entrevistas foi realizada segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016), a qual é composta por pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise são organizados e sistematizados os materiais para a análise, incluindo a leitura “flutuante”, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos, a referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, e a preparação do material. A exploração do material é a análise em si do material. E a fase de tratamento dos resultados e interpretação consiste em tratar os dados de maneira que sejam válidos e significativos (BARDIN, 2016). Para a análise, foi utilizado o software Atlasti.

Contudo, além do conteúdo, os depoimentos continham lacunas e emergiam em determinado contexto social, familiar, econômico, territorial. Portanto, seguimos considerando que a geração de crianças com SC estaria relacionada às condições que se revelavam nas lacunas do texto das entrevistas, e eram elas que reivindicavam inclusão na análise. Chegamos assim, ao nosso encontro com a Análise do Discurso (AD), antevendo a possibilidade de valorizar aquilo que não é conteúdo, de interpretar o discurso do sujeito em relação com a ideologia, em parte determinado pelo lugar que ocupa ou julga ocupar no mundo, em parte por seus recursos intelectuais e sua liberdade-restrição nas condições de sua vida.

A AD tem como referência principal Pêcheux. No Brasil, encontramos na obra de Eni Pucinelli Orlandi, tanto as bases da teoria de Pêcheux, como uma contribuição própria à AD. A expressão “isso fala”, cara à AD, foi sendo pronunciada por nós

pesquisadoras, a cada pausa, cada engasgo, cada anotação de que a fala havia sido interrompida, de que olhou para o marido, de que pediu para corrigir a sua profissão no cadastro, de que olhou para o filho que havia voltado para a sala (ORLANDI, 2020).

A análise é mediada pela pergunta. Outra pergunta levaria a outros resultados. Optou-se então por manter as perguntas, mas não desprezamos o contexto em que o discurso foi produzido.

As duas entrevistas foram analisadas e divididas em dois núcleos: características dos serviços de saúde e invisibilidades do trabalho, e vulnerabilidade das mulheres. Para preservar a identidade das mulheres, optou-se por utilizar a letra M (de mulher) e o número da entrevista para indicar suas falas.

### **3.4 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa de referência foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob parecer consubstanciado nº 3.510.222, além de obter consentimento institucional dos três municípios. Foram respeitados os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, conforme os preceitos éticos da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Para as entrevistas, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) às participantes, para que fosse possível a autorização de sua voluntariedade, garantindo o anonimato e o caráter confidencial das informações. Para a garantia do anonimato, foi utilizada a letra 'P', por ser a letra inicial de "participante", seguida de um numeral, para identificar as entrevistas. A gravação ocorreu após assinatura do termo em duas vias, uma para as pesquisadoras e uma para as participantes.

No TCLE, foram descritos os objetivos da pesquisa, a justificativa, os riscos e benefícios, bem como a liberdade de participação espontânea, o direito da desistência dos participantes em qualquer etapa da pesquisa, e o direito à privacidade e anonimato. Também constava no termo, que as informações obtidas seriam utilizadas para uso exclusivamente científico, com o objetivo de produzir conhecimento para a área da saúde.

O Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B) assegurou que as informações ficariam à disposição das participantes sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco anos, em banco de dados confidencial no computador, sendo destruídas após



esse período. As entrevistas das participantes serão mantidas sob a responsabilidade da orientadora em pasta codificada em computador no Centro de Ciências da Saúde (Prédio 26), Departamento de Saúde Coletiva da UFSM, na sala nº 1244c.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 INDICADORES E ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM SANTA MARIA

#### 4.1.1 Incidência da SC em Santa Maria

Resultados anteriores de fase preliminar dessa pesquisa mostram uma taxa de incidência de 0,33 casos a cada 1.000 nascidos vivos em 2007 e de 17,18 casos em 1.000 nascidos vivos em 2015, enquanto que o número de nascidos vivos não sofreu alterações significativas (PIRES, 2018). Dando continuidade ao estudo, a incidência da SC segue aumentando exageradamente. Neste recorte observou-se que entre 2016 e 2018 foram notificados 203 casos de SC. As taxas de incidência nesse período foram ainda maiores: 20,75/1.000 nascidos vivos em 2016 e 19,66/1.000 nascidos vivos em 2017.

Diversos fatores podem estar correlacionados ao aumento da taxa de incidência de SC no Brasil, dentre eles a diminuição no uso de preservativos, o receio dos profissionais em administrar a penicilina, a falta da matéria-prima para a produção do medicamento e a melhoria dos serviços de notificação (BRASIL, 2017b). Ademais, situações de vulnerabilidade que envolvem desde características comportamentais até práticas sexuais inseguras são fatores que também contribuem para o aumento da incidência de sífilis (MACÊDO *et al*, 2017).

No Brasil, desde o início das políticas públicas em relação à prevenção de IST's, principalmente relacionadas à transmissão do HIV/AIDS, o preservativo tem sido o método mais eficaz de prevenção. Todavia, observa-se uma diminuição no uso do mesmo por diversos motivos, dentre eles, a preferência por outros métodos contraceptivos, a confiança no parceiro e o fato de não gostar do uso (ANDRADE, 2018).

A preocupação dos profissionais da saúde em relação à administração da penicilina na APS gira em torno dos possíveis eventos adversos graves, como a anafilaxia. Em 2006, uma portaria do Ministério da Saúde (MS) passou a exigir que as unidades de saúde, para poderem aplicar a penicilina, contassem com equipamentos e medicamentos para a assistência em casos de anafilaxia, o que reforçou o receio dos profissionais. Posteriormente, a portaria foi revogada e foi determinada a aplicação do

medicamento em qualquer unidade de saúde (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011). Em 2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou uma nota técnica esclarecendo aos profissionais da enfermagem sobre a importância da aplicação da penicilina nos casos de sífilis, principalmente em gestantes. Reforça que a possibilidade rara da ocorrência de eventos adversos graves não impede a aplicação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e que a falta de médico também não é razão para a não administração da penicilina benzatina, visto que o enfermeiro pode prescrever medicamentos previstos em protocolos do MS (COFEN, 2017).

Outro fato relevante que pode ter contribuído para o aumento de casos de sífilis foi o desabastecimento de penicilina. Em 2016, a Assembleia Mundial da Saúde emitiu uma declaração informando que o mundo enfrentava uma escassez de penicilina G (benzatina e cristalina). No Brasil, a penicilina não é sintetizada desde 1990 e aproximadamente 60% dos estados brasileiros relataram a falta do medicamento em 2016 (SANTOS *et al*, 2017).

Nacionalmente, observou-se aumento de 25,7% na taxa de detecção de sífilis em gestantes entre 2017 e 2018, e de 5,2% de SC. O aumento elevado nos casos de sífilis em gestantes pode ser atribuído, também, à mudança no critério de definição de casos para fins de vigilância, que o tornou mais sensível. Ao contrário, o aumento menos abrupto nos casos de SC pode ser atribuído ao novo critério também, porém este mais específico (BRASIL, 2019b).

#### **4.1.2 Perfil epidemiológico das crianças notificadas com SC e de suas mães**

Dos 203 casos de SC notificados entre 2016 e 2018 em Santa Maria, 82,27% das mães eram de raça branca. A maioria (72,91%) tem até 30 anos, sendo que 26,60% estão na faixa etária de 20 a 24 anos e 32,02% estão entre 25 e 29 anos. Em relação à escolaridade, 37,43% das mães possuem de 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série incompletas, 13,79% completaram o ensino fundamental, 7,88% possuem ensino médio incompleto e 21,67% completaram o ensino médio, dez mães apresentam ensino superior incompleto ou completo. As mães que residem em áreas urbanas correspondem a 96,55% da amostra. No que diz respeito à profissão, 42,86% das mulheres possuem como ocupação “do lar” (conforme preenchido manualmente pelos profissionais nas notificações), 3,94% são estudantes e o campo estava em branco em 40,39% das fichas de notificação.

Algumas variáveis apresentam um alto percentual de registros ignorados

nacionalmente, como escolaridade e raça/cor, o que reforça a necessidade de fortalecer a notificação nos sistemas de informação (BRASIL, 2019). Nota-se que entre as ocupações apresentadas nas notificações, estão profissões ditas tipicamente femininas, tais como babá, empregada diarista, empregada doméstica, esteticista, manicure, além da ocupação “do lar” (com maior número de casos). De acordo com (LEONE, 2017), a rígida divisão sexual do trabalho ainda designa um tipo de trabalho para cada gênero, cabendo às mulheres as ocupações consideradas como extensão do lar.

As porcentagens seguem a tendência santa-mariense dos últimos anos estudados (2007 a 2015), nos quais a maioria era de raça branca, proveniente de áreas urbanas e a faixa etária de maior número de casos foi entre 15 e 24 anos. Em relação à escolaridade, entre 2007 e 2015, 53% das mães possuíam até o ensino fundamental (PIRES, 2018). No país, a sífilis é mais notificada em mulheres jovens (20 a 29 anos) e a maioria das mães de crianças notificadas com SC se declara parda, seguidas de brancas e negras (BRASIL, 2019b). No caso de Santa Maria, pode-se inferir que há maior predominância de mães brancas pois a população do município é, em sua maioria, branca (IBGE, 2020).

Foi observado que seis mulheres tiveram dois filhos notificados nesse período, ou seja, foram encontradas 12 notificações com nomes da mãe idênticos, que ocorreram em datas de notificação e de nascimento diferentes. Deste modo, observa-se a reincidência de filhos com SC para uma mesma mãe, o que agrava o problema de saúde pública, visto que apenas um caso de SC já pode ser considerado uma falha no sistema de saúde.

Tabela 1 – Dados maternos das fichas de notificação de Sífilis Congênita no município de Santa Maria, de 2016 a 2018

	Número	Porcentagem
<b>Raça</b>		
Branca	167	82,27%
Parda	20	9,85%
Preta	14	6,90%
Ignorada	2	0,99%

<b>Faixa Etária</b>		
10 - 14 anos	2	0,99%
15 - 19 anos	27	13,30%
20 - 24 anos	54	26,60%
25 - 29 anos	65	32,02%
30 - 34 anos	35	17,24%
35 - 40 anos	11	5,42%
40 - 44 anos	6	2,96%
Em branco	3	1,48%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	1	0,49%
1 a 3 anos completos	2	0,99%
4ª série completa	2	0,99%
5 - 8ª série incompleta	76	37,43%
Fundamental completo	28	13,79%
Médio incompleto	16	7,88%
Médio completo	44	21,67%
Superior incompleto	4	1,97%
Superior completo	6	2,96%
Ignorado	23	11,33%
Não se aplica	1	0,49%
<b>Zona de residência</b>		
Urbana	196	96,55%
Periurbana	2	0,99%
Rural	1	0,49%
Ignorado	3	1,48%
Em branco	1	0,49%
<b>Ocupação</b>		
Atendente farmácia	2	0,99%

Auxiliar de escritório	1	0,49%
Babá	1	0,49%
Comerciante varejista	1	0,49%
Cozinhador	1	0,49%
Cozinheiro geral	2	0,99%
Do lar	87	42,86%
Empregada diarista	1	0,49%
Empregada doméstica	2	0,99%
Esteticista	1	0,49%
Estudante	8	3,94%
Faxineira	2	0,99%
Manicure	2	0,99%
Maquiador	1	0,49%
Operador de caixa	3	1,48%
Produtor agropecuário	1	0,49%
Profissional do sexo	1	0,49%
Relações públicas	1	0,49%
Secretária executiva	2	0,99%
Vendedor varejo	1	0,49%
Em branco	82	40,39%

Fonte: Produção própria a partir das fichas de notificação do SINAN 2016 a 2018.

Em relação aos dados da gestação, 71,92% das mulheres fizeram pré-natal, 60,10% dos casos de sífilis na gestação foram diagnosticados no pré-natal e 38,66% foi diagnosticado no parto ou curetagem. Em 84,73% das mulheres, o tratamento foi considerado inadequado e apenas 49,26% dos parceiros foram tratados. Entre as mulheres que realizaram consultas de pré-natal, 10,69% tinham uma unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família como referência e 28,33% consultaram em UBS com características tradicionais. Entretanto, o campo “Unidade de saúde de realização do pré-natal” não foi preenchido em 59,38% das fichas.

No Brasil, 81,8% das mães de crianças notificadas com SC tiveram acesso ao pré-natal e 57,6% foram diagnosticadas durante ele. Segundo dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis, em 2018 foi observado que na região Sul, o diagnóstico de sífilis gestacional ocorreu no primeiro trimestre da gravidez (BRASIL, 2019b). Dessa maneira, observa-se que ter acesso ao pré-natal não foi impedimento para a produção de crianças com SC.

Seguindo essa constatação, no país, 74% das mães de filhos notificados com SC realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal de 2006 a 2015, e no RS esse percentual gira em torno de 76%. Todavia, apenas 45% das mulheres receberam o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal no país e 55% no RS (HOLZTRATTNER *et al*, 2019). Em Santa Maria, notificam-se mais casos de sífilis durante o pré-natal, porém as mulheres continuam transmitindo a infecção ao concepto, o que reforça a ideia de barreiras no tratamento.

Nos países americanos, 94% das gestantes tiveram ao menos uma consulta de pré-natal e 80% delas foram testadas para sífilis durante a gestação (PAHO, 2014). No Brasil, uma pesquisa revelou que 98,7% das mulheres grávidas compareceram a uma consulta de pré-natal e 89% delas fizeram teste de sífilis, porém apenas 41% realizou um segundo teste durante a gravidez (DOMINGUES *et al*, 2014). Apesar de a porcentagem de gestantes tratadas adequadamente ter aumentado de 2011 a 2014, os números ainda estão aquém do pactuado pela OPAS (PAHO, 2014).

Tabela 2 – Dados do pré-natal das fichas de notificação de sífilis congênita no município de Santa Maria, de 2016 a 2018

	Número	Porcentagem
<b>Fez Pré-Natal</b>		
Sim	196	71,92%
Não	46	26,60%
Ignorado	3	1,48%
<b>Diagnóstico</b>		
No pré-natal	122	60,10%
	Número	Porcentagem

No parto/curetagem	77	37,93%
Após o parto	2	0,99%
Ignorado	2	0,99%
<b>Tratamento da gestante</b>		
Adequado	12	5,91%
Inadequado	172	84,73%
Não realizado	11	5,42%
Ignorado	8	3,94%
<b>Tratamento do parceiro</b>		
Sim	100	49,26%
Não	89	43,84%
Ignorado	14	6,90%

Fonte: Produção própria a partir das fichas de notificação do SINAN de 2016 a 2018.

Sobre as crianças, 80,79% foram notificadas como nascidos vivos, 9,86% como abortos e 5,91% foram natimortos. O diagnóstico final do SINAN mostrou que um caso foi considerado como SC tardia e 81,77% como SC recente. O serviço que mais notificou casos de SC foi o HUSM, responsável por 81,77% das fichas de notificação, e 8,38% foi notificado em hospitais privados do município. Além disso, um caso foi notificado pela Secretaria de Saúde de Santa Maria. Em relação ao sexo da criança, não houve diferença significativa.

A nível nacional, 93,6% dos casos de SC notificados no ano de 2018 foram classificados como recentes. Os desfechos desfavoráveis diminuiram conforme o passar dos anos, com 88,6% das crianças notificadas vivas (BRASIL, 2019b).



Tabela 3 – Dados das fichas de notificação de sífilis congênita no município de Santa Maria, de 2016 a 2018

	Número	Porcentagem
<b>Sexo</b>		
Feminino	90	44,33%
Masculino	90	44,33%
Ignorado	23	11,33%
<b>Evolução</b>		
Vivo	164	80,79%
Óbito por outras causas	4	1,97%
Aborto	20	9,86%
Natimorto	12	5,91%
Ignorado	3	1,48%
<b>Serviço de notificação</b>		
Casa de Saúde	19	9,36%
HUSM	166	81,77%
HCAA	15	7,39%
Hospital São Francisco	2	0,99%
SMS Santa Maria	1	0,49%

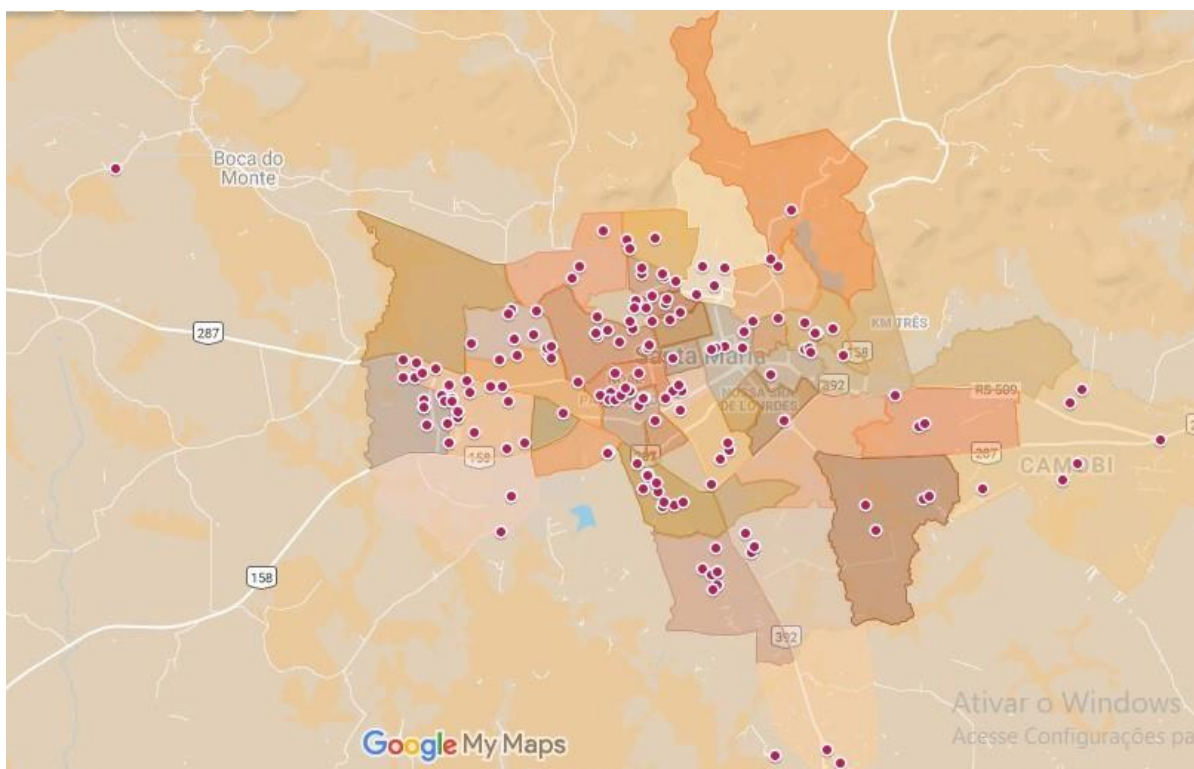
Fonte: Produção própria a partir das fichas de notificação do SINAN de 2016 a 2018.

#### 4.1.3 Georreferenciamento

O processo de plotagem dos casos foi realizado a partir dos endereços nas fichas de notificação. Foi realizada uma busca no sítio eletrônico dos Correios para a padronização do nome das ruas e bairros, pois alguns estavam com a escrita diferente. Depois de passar os dados de endereço para o mapa, foram ajustados alguns endereços que estavam apontando outro bairro, diferente do que foi preenchido. Dos 203 casos, 29 (14,28%) não puderam ser plotados, porque o endereço não foi encontrado ou não foi preenchido.

Ao plotar os casos notificados no mapa de Santa Maria, observa-se que estes estão distribuídos geograficamente em todas as regiões (Figura 1). Entretanto, nota-se a menor presença proporcional de casos na região leste do município, região em que se localiza o HUSM, que apresenta menor número de casos comparativamente às demais. Esse mapa indica que os casos não estão necessariamente relacionados a determinadas áreas de vulnerabilidade no município.

Figura 1 – Casos de SC no município de Santa Maria entre 2016 e 2018



Fonte: Elaboração própria a partir das fichas de notificação de Sífilis Congênita do SINAN e do Google Maps.

#### 4.2 PISTAS REFERENTES ÀS FALHAS DE ACESSO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO NOS DISCURSOS DAS MULHERES

Uma vez que existe teste rápido e tratamento disponíveis no SUS, e que 71,89% das mulheres realizaram ao menos uma consulta de pré-natal, os indicadores de SC não parecem ser suficientes para justificar a crescente taxa de incidência. Por isso, a seguir analisaremos duas entrevistas com mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC que podem nos dar pistas de onde também estão as falhas.

#### 4.2.1 Características dos serviços de saúde e a invisibilidade dos trabalhos

Na entrevista um, de acordo com o relato da mulher, o pré-natal foi realizado da maneira preconizada pelo MS, com exceção da detecção precoce da gestação, que foi descoberta com 17 semanas. Apesar disso, foram realizados teste rápido de gravidez, testes rápidos de HIV e sífilis na primeira consulta e solicitação de exames laboratoriais. O acompanhamento foi realizado inicialmente na ESF de referência da família e o atendimento foi prestado sempre pela enfermeira.

Ao ser detectado um fator de risco materno (diabetes gestacional), a mulher foi encaminhada prontamente a uma UBS com atendimento de ginecologista, e este a encaminhou para o HUSM (referência para gestação de alto risco). Lá, teve seguimento com as consultas de pré-natal até o final da gestação. Entretanto, a gestante foi orientada a não continuar com o acompanhamento na unidade de referência, apenas no ambulatório de alto risco, conforme descrito na fala a seguir:

“... quando eu me sentia mal, era tudo no HUSM. Daí eles disseram pra mim não procurar lugar nenhum mais, só lá” – M1.

O MS preconiza que o diagnóstico de gravidez seja realizado ainda no primeiro trimestre, o que não ocorreu neste caso. Entretanto, ao ser realizado o diagnóstico, o acompanhamento pela UBS foi realizado conforme fluxograma do Caderno de Atenção Básica nº 32, realizando ausculta de BCF para confirmação da gestação quando esta for superior a 12 semanas, e realizando a avaliação do risco gestacional, que deve ser repetida em todas as consultas (BRASIL, 2012). Ao ser detectado o risco (diabetes gestacional), a mulher foi encaminhada ao especialista.

Conforme orientação do MS, as equipes de APS devem ser responsáveis pela população de sua área de abrangência, mesmo quando os usuários necessitarem de atendimento em outros serviços de saúde, mantendo assim, a coordenação do cuidado. Ao ser encaminhada a outro nível de especialidade, a mulher deve ser orientada a não perder o vínculo com a equipe de ESF, e esta deve ser informada sobre o seguimento na atenção especializada. Além disso, é atribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) acompanhar as mulheres que não estão realizando o pré-natal na UBS e informar a equipe sobre o acompanhamento realizado em outro serviço (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2012).

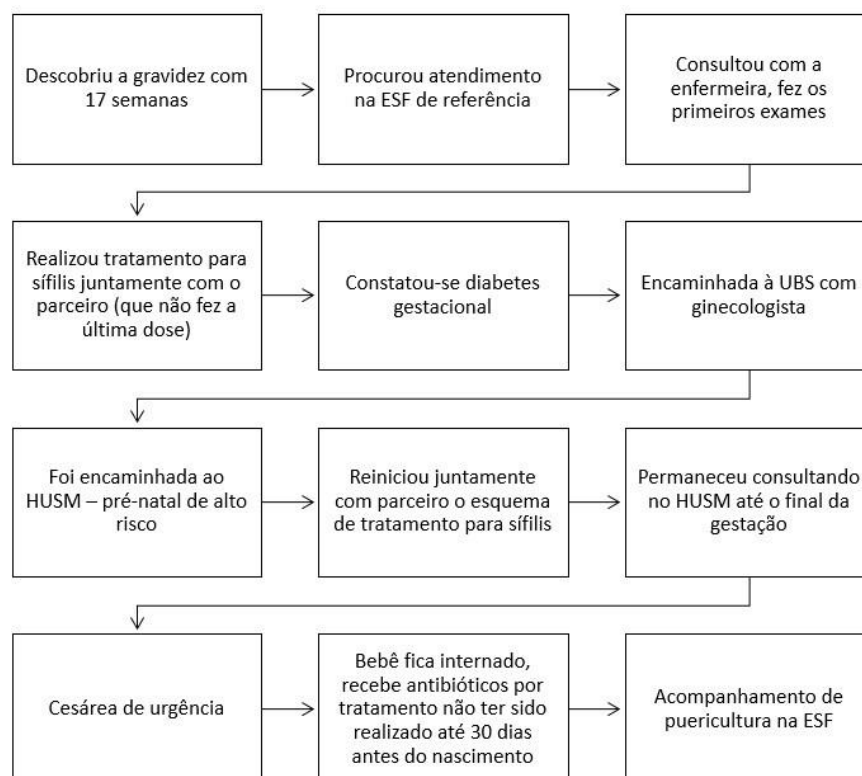
Como o companheiro da gestante não havia realizado a última dose do esquema terapêutico na ESF, ao consultar no AGAR (Ambulatório de Gestação de Alto Risco),

os dois precisaram ser submetidos às três doses de penicilina novamente. Contudo, ao reiniciar o esquema, eles não o iniciaram em até 30 dias antes do parto, como é preconizado, e o bebê foi então diagnosticado com SC. Conforme pode ser verificado no trecho a seguir:

“Não chegou a fazer falta (a dose), tava feita... Daí uma semana pra completar todo, ele nasceu... Daí não tinha feito o efeito necessário, por isso ele ficou internado” – M1.

De acordo com a Nota Informativa nº 02 de 2017 do MS, considera-se caso de SC todo recém-nascido de mulher com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente, considerando-se como tratamento adequado aquele com a dose de penicilina benzatina adequada ao estágio clínico da sífilis e iniciado até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2017c). Portanto, em relação ao diagnóstico de SC, os profissionais de saúde do hospital tiveram conduta coerente com o MS, notificando o caso como SC, o que possibilitou o tratamento e acompanhamento da criança na ESF de referência. O itinerário terapêutico da primeira mulher entrevistada pode ser visualizado no fluxograma a seguir:

Figura 2 – Itinerário terapêutico entrevista 01



Fonte: Produção própria a partir da Entrevista 01.

Na segunda entrevista (Figura 3), a captação da gestante também não ocorreu precocemente. Nos dois casos, a gestante que foi em busca do atendimento de saúde. A segunda mulher entrevistada relatou que realizou o teste de gravidez por conta própria, e procurou a ACS ao saber que estava gestante. A profissional orientou procurar a ESF de referência ainda no mesmo dia para consulta.

A mulher informou que foi atendida pela médica, a qual solicitou os primeiros exames laboratoriais e ultrassom, porém não realizou testagem rápida para HIV e sífilis. Houve demora no recebimento dos resultados dos exames, e só após, a médica diagnosticou a sífilis gestacional e prescreveu o tratamento. Entretanto, a gestante não conseguiu realizar a aplicação da penicilina na ESF de referência, tendo que se deslocar até o pronto atendimento mais próximo. Nesse processo, a ACS buscava a gestante em sua casa e acompanhava-a até o serviço de saúde para fazer a administração do antibiótico.

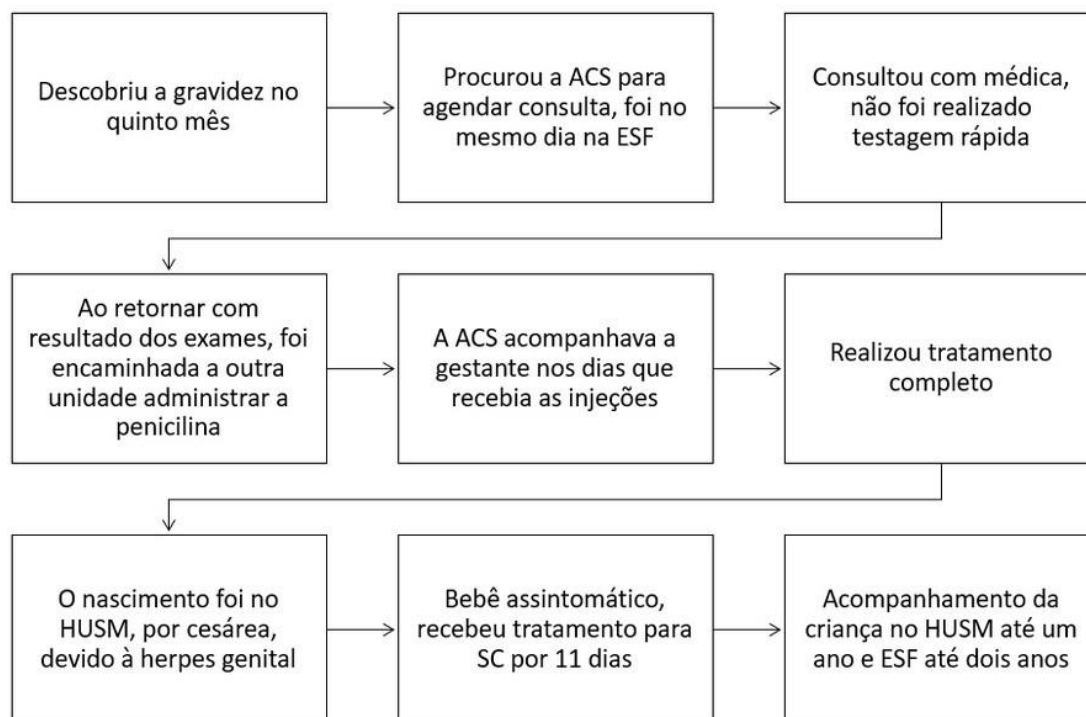
“Aqui no postinho daqui não tem (sobre a penicilina), daí eu fiz lá” – M2.

“Daí ela vinha, me buscava toda semana e me levava lá e ia fazer (referente à Agente Comunitária de Saúde)” – M2.

Apesar de ter realizado o tratamento completo, o bebê da segunda entrevistada precisou ficar internado para receber o tratamento para SC, segundo ela, porque diagnosticaram pela sorologia ao nascer:

“Falaram que era normal, por que ele quando nasceu e fez o testezinho, daí aparece que tem, né, daí... o médico, a médica me explicou que o melhor que tinha a se fazer que mesmo que ele não tivesse era fazer a benzetacil durante onze dias, dez dias...” – M2.

Figura 3 – Itinerário terapêutico entrevista 02



Fonte: Produção própria a partir da Entrevista 02.

Nesse caso, observa-se que a não detecção da sífilis gestacional através da testagem rápida retardou o início do tratamento e permitiu que o feto ficasse mais tempo exposto ao treponema materno. Da mesma forma, a necessidade de deslocamento até outro serviço de saúde para a aplicação da penicilina poderia ter contribuído para a não realização do tratamento. Essas duas situações podem ser encaradas como barreiras ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno da gestante com sífilis.

De acordo com o MS, é primordial a realização dos testes rápidos nas unidades de AB, visto que é o local de referência para o diagnóstico de gravidez e início do pré-natal. Dessa maneira, possibilita-se o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e evita-se o desfecho da SC (BRASIL, 2020).

Estudo que avaliou os municípios brasileiros segundo a oferta de serviços avaliados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) apontou que cerca de um terço das equipes de APS não ofertava o teste rápido de sífilis. Além disso, menos de 50% dos municípios ofertava a aplicação da penicilina na maioria de suas unidades de saúde, o que dificulta o acesso ao tratamento, uma vez que a pessoa diagnosticada terá que procurar outro serviço de saúde para a realização do tratamento, como no caso da entrevista dois (FIGUEIREDO *et al*, 2020).

Ainda, o estudo revelou que houve maior número de casos de sífilis gestacional nos municípios com maior oferta de testagem rápida, o que reflete uma melhor detecção da doença. Entretanto, o número de SC também foi mais alto nesses municípios, o que mostra que a maior capacidade diagnóstica não resultou em mais tratamentos adequados. Em contrapartida, a pesquisa apontou que a oferta do tratamento para sífilis na UBS possui relação com a redução da transmissão vertical (FIGUEIREDO *et al*, 2020).

Outro estudo aponta falhas na assistência pré-natal no que diz respeito ao tratamento inadequado. Também aponta lacunas relacionadas ao preenchimento das fichas de notificação, que devem ser levadas em consideração ao analisar-se o problema (FAVERO *et al*, 2019).

Outra característica que fica evidente nas entrevistas refere-se aos trabalhos invisibilizados, conforme conceituado por Schwartz (2011), que não são notados como suficientes e importantes. Na primeira entrevista, apesar de a enfermeira ter agido desde o princípio conforme os protocolos do MS, seu trabalho não é valorizado como um trabalho profissional, como se fosse baseado apenas na bondade, conforme pode ser percebido nos trechos a seguir:

“Eu fiz o tratamento com ela. . . com a enfermeira, né? Porque não tinha médico”  
– M1.

“Era sempre a enfermeira que fazia os pré-natal, ela que fazia a medição da barriga, ela que pesava, que escutava o coraçãozinho” – M1.

Essas falas foram produzidas em um determinado contexto, no qual a unidade de saúde não dispõe de médico, o que é um problema grave, visto que o MS recomenda que as consultas de pré-natal sejam intercaladas entre médico e enfermeiro, e a população está aparentemente incomodada com essa situação. Dessa maneira, a mulher não percebe o trabalho ali realizado pela enfermeira.

Segundo Pires (2009), a sociedade contemporânea dá prioridade ao tratamento e não ao cuidado, que é o objeto de trabalho da enfermagem. Este fato contribui para que o enfermeiro não seja reconhecido pela sua prática. Além disso, o enfermeiro incorpora muitas ações sem delimitação de especificidade ou de papel próprio, o que também aumenta a sensação de invisibilidade perante a equipe e a sociedade (GOMES e OLIVEIRA, 2005).

Entretanto, por ser uma categoria historicamente comprometida com a atenção básica no país e por seu volume de trabalho, o enfermeiro é estratégico para o sucesso

das políticas públicas de saúde (LIMA, FAGUNDES e SALES, 2013). A PNAB entende que sua atuação ocorre em três processos de trabalho - assistência, gerência e educação e a lei do exercício profissional da enfermagem respalda o enfermeiro na realização integral do pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2017d; BRASIL, 1986).

No contexto da sífilis na gestação, são quatro as formas de intervenção do enfermeiro: rastreamento e controle dos casos de sífilis gestacional, educação em saúde, adesão ao tratamento do casal e prescrição e administração medicamentosa (SANTANA, BARBOSA e SANTOS, 2019).

De acordo com cada situação, os enfermeiros são capazes de empreender diferentes estratégias para o enfrentamento da infecção, com destaque para a educação em saúde realizada principalmente na consulta de enfermagem. Dessa forma, a educação é um importante instrumento para diminuir a resistência e o abandono ao tratamento (RODRIGUES *et al*, 2016).

Essa invisibilidade do trabalho do enfermeiro está ligada também ao modelo assistencial biomédico, no qual o médico realiza diagnósticos, prescrições de medicamentos e solicitação de exames, e o enfermeiro é associado a um papel complementar ou auxiliar ao do médico (MCDONALD, CAMPBELL e LESTER, 2009), como exemplificado no trecho do discurso:

“Aqui se a gente fica doente, se precise, a gente precisa ir no PA porque nunca tem médico, é sempre um enfermeiro que vai achar o que tem, né, nunca tem certeza do que a gente tem” – M1.

Embora pequenas, existem diferenças nas percepções das gestantes atendidas no pré-natal por médicos e enfermeiros, tendo o vínculo como ponto positivo na consulta de enfermagem (FERRAZ e LIPPI, 2009). A consulta realizada pelo médico é vista como focada na busca por patologias, o que pode acelerar o processo de educação em saúde e esclarecimento de dúvidas (BARROS, 2002).

Ao passo que alguns estudos trazem maior satisfação das gestantes nas consultas com o enfermeiro por sentirem-se mais confortáveis para esclarecimento de dúvidas, outras pesquisas mostram que elas também se sentem mais inseguras, porque não sabem que o enfermeiro é um profissional habilitado para atender consultas de pré-natal (ANDRADE, CASTRO e SILVA, 2016; ESPOSTI, 2015).

Nessa discussão, faz-se necessária a abordagem do conceito de trabalho em equipe interprofissional (PEDUZZI *et al*, 2020), o qual é caracterizado como um modelo de trabalho coletivo com base na relação recíproca entre as intervenções



técnicas e as interações dos agentes envolvidos. O trabalho em equipe pressupõe o reconhecimento da interdependência dos trabalhos realizados e sua complementaridade. Esse modelo de trabalho é um potente gerador de mudança na qualidade da atenção à saúde, visto que é estratégico para o enfrentamento de situações complexas.

No intuito de fortalecer e valorizar o trabalho desempenhado pelos enfermeiros, a OMS lançou a campanha *Nursing Now*, e adotou o ano de 2020 como o Ano Internacional da Enfermagem. Nesse contexto, busca-se aperfeiçoar e aprofundar o trabalho desse profissional, em especial na APS. Para isso, a OPAS aponta que é necessário o fortalecimento dos cursos de enfermagem, para formar Enfermeiras de Prática Avançada (EPA), que são capazes de realizar diagnósticos e prescrições, levando em consideração os domínios gestão da assistência, ética, colaboração interprofissional, promoção e prevenção na saúde, prática baseada em evidência, pesquisa e liderança. Essa formação abre espaço para reconhecimento social e econômico da profissão, e a população é beneficiada com a melhoria do acesso e qualidade da atenção à saúde (PAHO, 2018).

Também percebe-se nas entrevistas que os serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde por vezes precisam adaptar-se, moldar-se à realidade do momento. Isso acontece no primeiro caso quando a enfermeira encaminha a gestante diretamente à UBS com ginecologista, quando o fluxo deveria ser encaminhá-la ao AGAR via secretaria de saúde, processo que poderia levar certo tempo e que a paciente teria que se locomover até o outro lado da cidade para ser avaliada.

Na segunda entrevista, a ACS assume uma função que não consta na lista de atribuições de sua categoria profissional: a de acompanhar a gestante até o PA. Dessa maneira, ela garantiu que a mulher recebesse o tratamento completo para sífilis, já que o diagnóstico não foi precoce e o tratamento não poderia ser realizado na unidade de referência. Esse trabalho da ACS também é invisibilizado pelo usuário do sistema de saúde, que entende como sendo uma boa ação da profissional.

Assim, observa-se que a rede de atenção adaptou-se às necessidades da mulher naquele momento na tentativa de evitar desfechos desfavoráveis. De acordo com Raffestin (RAFFESTIN, 1993), a “rede é por definição móvel, no quadro espaço-temporal. Ela depende dos atores que geram e controlam os pontos da rede, ou melhor, da posição relativa que cada um deles ocupa em relação aos fluxos que circulam”.

De acordo com Righi (RIGHI, 2012), a imagem que melhor representa as RAS é

de uma rede com curvas e nós “menos arrumados”, os nós, os fluxos e as distâncias não são iguais entre um ponto e outro. Segundo a autora “são aspectos importantes para a produção de redes de saúde e a ideia de provisoriedade, do inacabamento e de uma certa indefinição, onde nem tudo é percebido”.

Entender a rede como uma pirâmide faz com que, após um encaminhamento à atenção especializada, a atenção básica não se responsabilize pelo acompanhamento daqueles que mais precisam. Como consequência, tem-se o empobrecimento da capacidade clínica da APS e o aumento do poder dos especialistas (RIGHI, 2012). Essa concepção ainda gera reflexos nas RAS, conforme observado na atitude dos profissionais do hospital em que funciona o AGAR na primeira entrevista.

Pesquisa bibliográfica encontrou que diferenças entre o relato das gestantes e o que estava registrado em seus documentos foram responsáveis pela repetição do tratamento. Além disso, é apontada como barreira a demora para a entrega dos exames (CAVALCANTI *et al*, 2019).

As taxas de sífilis gestacional e congênita apresentam correlação positiva com a cobertura de ESF. Entretanto, inclusive em municípios com mais cobertura, observa-se o aumento do número de casos e perda de oportunidades de prevenção, o que indica a necessidade de fortalecimento da APS (NUNES *et al*, 2018).

Portanto, a APS e, principalmente, a ESF configura-se como potente agente de transformação da realidade desse problema de saúde pública, visto que a partir da criação de vínculo e da possibilidade de um cuidado longitudinal, é capaz de realizar ações de educação em saúde. Desta forma, além de contribuir para o entendimento da importância do tratamento, também atua na prevenção da reinfecção.

#### **4.2.2 A vulnerabilidade e o desfecho de Sífilis Congênita**

Notamos que nos dois casos analisados, a rede de atenção, apesar de fragmentada, possui condições de diagnosticar e tratar a sífilis. Entretanto, o diagnóstico precoce no primeiro caso e o tratamento adequado no segundo, não foram capazes de evitar o desfecho da SC. A partir disso, assumimos a possibilidade de encontrarmos outros fatores relacionados à falha da prevenção. Fatores estes que não estejam relacionados à disposição de recursos humanos qualificados ou disponibilidade de recursos materiais, por exemplo: questões de vulnerabilidades e de gênero.

Segundo Ayres (1999), há três formas de vulnerabilidade: individual, que refere-se à informação que cada indivíduo tem sobre as doenças, sua capacidade de elaboração e aplicação na vida prática; social, referente a um conjunto de determinantes sociais que possibilitam o acesso às informações, serviços, bens culturais, exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos à saúde, condições de moradia, educação e trabalho; e programática, que diz respeito às ações que o poder público, a iniciativa privada e as organizações da sociedade civil empreendem para diminuir os riscos de ocorrência das doenças, bem como refere-se ao compromisso da gerência, do monitoramento e dos recursos dos programas nos níveis de atenção.

Estudo que analisou as publicações oficiais dos órgãos de saúde sobre sífilis e HIV/Aids indicou que não houveram campanhas do MS contra a sífilis entre 2013 e 2016, enquanto que foram lançadas campanhas referentes ao HIV pelo menos uma vez por ano, o que dá pistas da falta de investimento público no combate à sífilis, e configura uma vulnerabilidade programática (ROCHA, 2019).

Ademais, a ocorrência da doença está associada a baixos índices de escolaridade materna, condição socioeconômica, cor da pele preta, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, início tardio do acompanhamento pré-natal, menor número de consultas e exames sorológicos e falta de orientações acerca da doença e do uso de preservativos (VILELA, 2019; DOMINGUES e LEAL, 2016). O desconhecimento acerca da doença pode ser exemplificado pelo seguinte trecho:

“eu busquei o exame e já pedi pra mim mostrar que eu vi que tinha alguma coisa errada... Daí ela falou, mas ela não me explicou o que que era... ela só falou aquilo ali e disse que eu tinha que tomar as injeção... Mas ela não me explicou” – M2.

A baixa escolaridade pode contribuir para que a mulher não reconheça seus direitos e não compreenda aspectos sobre a doença, como a importância do tratamento, a necessidade de prevenir reinfecção, e até pode favorecer a violência obstétrica na medida em que ela naturaliza alguns procedimentos invasivos, achando que a equipe de saúde é a detentora do saber e toda ação realizada poderá contribuir para salvar seu filho (LEAL *et al*, 2018).

A falta de conhecimento sobre a saúde sexual da mulher fica evidente no seguinte trecho:

“Porque até então eu já tava com quarenta e um, quase quarenta anos... né? Trinta e nove, eu até achei que nem engravidava mais. Porque com um monte de

meses sem tomar anticoncepcional, nada, eu imaginei que nem engravidasse” – M1.

Além disso, a concepção biologicista da gestação reproduz uma ideia de que a participação no pré-natal é responsabilidade apenas da mulher, o que reforça a necessidade dos direitos das mulheres e de igualdade de gênero para que se tenha acesso à saúde sexual e reprodutiva (AMNISTIA INTERNACIONAL, 2017; BONIFÁCIO, 2018).

Ao ligar para agendar a primeira entrevista, quem atendeu o telefone foi o companheiro da mulher, que quis saber a identidade de quem estava ligando antes de passar o telefone para ela. Durante a entrevista, ele estava em casa, sentou com a mulher e os pesquisadores na varanda de casa e não saiu de perto em nenhum momento. Quando começamos a entrevista, o filho do casal começou a querer brincar e chamar a atenção dos pesquisadores, gerando ruídos na gravação. Uma das pesquisadoras precisou levantar-se e distrair a criança em outro ambiente para que não dificultasse mais a entrevista.

Profissionais de saúde apontam o relacionamento com o parceiro como principal causa do problema dos tratamentos inadequados ou falta de tratamento, bem como a falta de diálogo sobre sexualidade, culpabilização da mulher e violência (SORTICA, 2017). O que pode ser exemplificado nos trechos abaixo:

“Eu tive uma reação horrível, né? Porque eu nunca imaginei que fosse ter... Porque até então o meu marido não é reagente... Eu era casada antes, né, atualmente eu tô casada há cinco anos com ele, então pra nós foi um susto” – M1. Neste momento, ela evitou contato visual com o parceiro.

“Só que aí foram as três vacinas, né? E como eu disse... foi difícil, porque no início a gente não imagina que isso ia acontecer... Daí na última vacina meu esposo não quis fazer... Daí depois nós tivemos que voltar a fazer tudo de novo” – M1.

“Foi uma coisa assim que impactou bem os dois, né? – (pausa de dois segundos, ela olha para o marido) - E... Mas graças a Deus, assim, ele sempre teve do meu lado, sempre me apoiou... No começo foi difícil, mas depois graças a Deus ele superou” – M1.

“Eu já não tava mais com ele daí, né... Não sei (sobre o tratamento)... Eu tenho um filho de dez anos, aquele que tá ali na foto, lá comigo, e o pai dele levou ele embora sem eu saber... E até hoje não foi resolvido. Então eu tive uma gravidez assim bem complicada, sabe” – M2.

Estudo realizado na Bolívia encontrou uma associação significativa entre teste

positivo para sífilis em gestantes e história de violência pelo parceiro, sugerindo que a sífilis pode ser encarada como uma consequência negativa da violência doméstica (DÍAZ-OLAVARRIETA *et al*, 2009). Ainda na Bolívia, foi analisado que 40% das gestantes notificadas com sífilis sofreram violência doméstica no ano anterior ao estudo e 28% disseram que uma das barreiras para comunicar seu parceiro sobre o diagnóstico é o medo de sofrer violência. A maioria dos homens no estudo aceitou bem o diagnóstico, porém disse entender outros homens que reagem violentamente, principalmente se houver infidelidade (DÍAZ-OLAVARRIETA *et al*, 2007).

Outro estudo encontrou que os homens são mais expostos a riscos de contraírem ISTs pois se consideram mais fortes e imunes, e por naturalizarem a infidelidade. Já as mulheres são mais submissas a esses parceiros, e portanto mais vulneráveis (ARAÚJO e SILVEIRA, 2007). Além disso, os indivíduos com sífilis não agem com autonomia perante a doença, depositando no profissional de saúde a responsabilidade e o compromisso pelo seguimento do tratamento. Nesse sentido, Batista (2019) afirma que a reinfecção da sífilis na gestação pode estar relacionada ao desconhecimento das pessoas acerca da doença, do tratamento, do controle e das medidas de prevenção.

Apesar de os profissionais entenderem que falta conhecimento sobre a doença para que as pessoas tenham autonomia e responsabilidade sobre sua saúde, eles não relacionam esse déficit com a falta de articulação de políticas públicas que possam suprir as barreiras de informação dos indivíduos (SORTICA, 2017).

Na segunda entrevista, a mulher falava baixo pois dois filhos estavam em casa, em outro cômodo, e uma cliente estava aguardando do lado de fora da casa. Também foi bastante reticente, com respostas curtas e vagas no início da entrevista. Os pesquisadores reforçaram que os detalhes interessavam, e ela então foi ampliando as respostas. No final, ao ser questionada sobre o desejo de incluir mais alguma coisa, ela diz:

“E... agora eu me lembrei de uma coisa que é até meio engraçado... Que quando eu fui fazer o ultrassom desse de cinco meses -(riso rápido)- que tava meu nome lá escrito, só que daí embaixo tava que eu era... tipo garota de programa -(risada se intensifica)- embaixo, tava escrito... Que vergonha... daí eu mandei uma foto pra ela; ‘meu Deus do céu, era de outra, misturaram, não sei o que’, que vergonha... (risos)” – M2.

Tivemos a impressão de que ela quis nos contar esse episódio como um

detalhe importante. Acrescentou que o cadastro foi corrigido para esteticista. Para Foucault (2014, p. 9), os discursos mais interditados dizem respeito à sexualidade e à política.

Para o combate à sífilis e à SC, são necessárias diversas medidas. Deve-se implantar políticas públicas que busquem a capacitação e a sensibilização dos profissionais que realizam o pré-natal com o objetivo de qualificar as notificações e o manejo clínico da doença na gestação. Além disso, faz-se essencial a promoção de estratégias mais efetivas no que se refere ao tratamento do parceiro, como aconselhamento, sensibilização e preparação do profissional para lidar com as vulnerabilidades dos indivíduos, além de implementação de campanhas de prevenção e educação em saúde (SUTO *et al*, 2016; BATISTA, 2019). Sugere-se, ainda, o aumento da atenção à saúde das mulheres em situação de vulnerabilidade e que seja pesquisada a existência de violência doméstica concomitantemente ao diagnóstico de sífilis (FINCO e MADUREIRA, 2019; DÍAZ-OLAVARRIETA *et al*, 2007).

Dessa maneira, a fala das mulheres nos dá pistas de que existem diversos fatores que podem resultar num desfecho de SC. São motivos velados que os números de exames realizados e tratamentos aplicados, por vezes, não nos indicam. A partir de entrevistas com duas mulheres, tivemos acesso a discursos que nos dão orientação para um olhar diferente, mais aprofundado, acerca do problema.

## 5 CONCLUSÃO

Através deste estudo, pode-se observar que a incidência de sífilis congênita no município de Santa Maria segue em aumento progressivo. Foram diagnosticados 203 casos no período de 2016 a 2018.

Destes casos, a maioria das mães é de raça branca, reside em áreas urbanas, tem até 30 anos de idade e estudou até o ensino fundamental. Grande parte das mulheres possui como ocupação “do lar” e profissões consideradas femininas. Entretanto, cerca de 40% das fichas de notificação não estavam com o campo ocupação preenchido. Desta maneira, observam-se falhas no processo de preenchimento das fichas.

Destaca-se que seis mães tiveram mais de um filho notificado com SC, o que configura falha grave em prevenir e tratar a sífilis materna, uma vez que apenas um caso já pode ser considerado falha no sistema de saúde.

Grande parte das mulheres teve ao menos uma consulta de pré-natal e foram diagnosticadas durante o mesmo. Todavia, o tratamento foi considerado inadequado e apenas pouco mais da metade dos parceiros recebeu tratamento. Sobre os conceitos, a maioria foi considerado nascido-vivo, classificado como SC recente e notificado no HUSM.

Em relação aos serviços, mais de 60% das fichas não continham informação sobre o serviço de referência do pré-natal, e houve maior número de casos em que o pré-natal da mãe foi realizado em UBS com característica tradicional, em comparação com ESF.

A partir do preenchimento dos campos geográficos nas fichas de notificação, percebe-se uma distribuição geográfica equilibrada no mapa do município, porém com destaque para menor número de casos na região leste do município.

A análise das entrevistas apontou que o diagnóstico precoce da gestação não ocorreu nos casos estudados. Os dois casos foram de mulheres que realizaram pré-natal em ESFs, uma com enfermeira e outra com médica. A primeira seguiu o protocolo conforme preconizado pelo MS. Entretanto, a segunda não teve acesso aos testes rápidos de HIV e sífilis e precisou deslocar-se para realização do tratamento para sífilis em outro serviço de saúde.

Destaca-se a importância da RAS nesse contexto, que por vezes molda-se às

diferentes situações para tentar impedir que falhas resultem em desfechos desfavoráveis. Entretanto, entende-se que precisam ser realizados investimentos em recursos humanos, materiais e em melhorias da RAS, que é fragmentada e insuficiente. Também evidencia-se nos discursos a invisibilidade dos trabalhos na ESF, com destaque para o enfermeiro e o Agente Comunitário de Saúde.

Desta forma, os discursos das mulheres dão pistas de outros fatores envolvidos no desfecho de SC. Aponta-se como dificuldades para a prevenção da SC: relações conturbadas com os parceiros, vulnerabilidade social, econômica e cultural, questões de gênero, centralidade do atendimento em hospital e condutas inadequadas de profissionais de saúde. Por outro lado, o vínculo com o Agente Comunitário de Saúde, a avaliação de risco e os contatos telefônicos entre profissionais que se conhecem e confiam na avaliação feita funcionam como fatores protetores contra a doença.

Nesse contexto, ressalta-se a importância de estudos quanti-qualitativos para abordagens de temas complexos e multifatoriais como a SC, a fim de intervir no problema. É necessária a continuação da pesquisa no município, bem como nos outros locais que o projeto abrange, para possibilidade de criar estratégias e políticas públicas de combate à SC.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, n. 42, p. 29-43, jan-jun, 2015.

AMNISTIA INTERNACIONAL, Organização Não-Governamental. **I Love meu Corpo. I Love os meus Direitos**. Portugal: 2017.

ANDRADE, F. M.; CASTRO, J. F. L.; SILVA, A. V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 3, p. 2377 – 2388, set-dez 2016.

ANDRADE, J. M. *et al.* Adaptação e validação da escala de autoeficácia no uso de preservativo em uma amostra brasileira. **Psico**, Porto Alegre, v. 49, n. 2, p. 167 – 177, 2018.

ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de Doença Sexualmente Transmissível - DST. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 3, p. 479 – 486, dez 2007.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: FREITAS, C. M.; CZERESNIA, D. (Ed.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude soc.**, v. 11, n. 1, p. 67 – 84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>. Acesso em: 20/02/2020.

BATISTA, J. B. **Educação em saúde, prevenção e tratamento da sífilis: desafios e possibilidades**. 2019. 30 p. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) — Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Disponível em: [http://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1780/1/2019\\_arti\\_joirabarbosa.pdf](http://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1780/1/2019_arti_joirabarbosa.pdf). Acesso em: 07/01/2020.

BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 2008. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa Qualitativa com textos, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BONIFÁCIO, L. P. **Pré-natal do parceiro: uso da estratégia PRENACEL para melhorar o envolvimento masculino no pré-natal**. 2018. 122 p. Tese (Doutorado) — Universidade de São Paulo.

BRASIL. Lei N 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação**

**do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso.** Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006. **dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde: Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil.** Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. Ministério da Saúde: Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. : **dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde: Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 32: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.** Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde : volume 2.** Brasília, v. 2, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: Sífilis 2017.** Ministério da Saúde: Brasília, 2017b.

BRASIL. 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. **Nota Informativa Nº 2 - SEI/2017.** Ministério da Saúde: Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde: Brasília, 2017d.

BRASIL. 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 do HIV, sífilis e hepatites virais,** Ministério da Saúde: Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo**

**clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.** Ministério da Saúde: Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico: Sífilis – 2019.** Ministério da Saúde: Brasília, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Ministério da Saúde: Brasília, 2020.

CAVALCANTI, G. M. B. *et al.* Transmissão vertical da sífilis na atenção primária: revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança.** João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 25 – 36, 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDCP). Syphilis during pregnancy. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines.** Atlanta, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nota técnica COFEN/CTLN nº 03/2017.** Brasília, 2017.

COOPER, J. M. *et al.* Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - Mais avanços são necessários! **Rev. Paul. Pediatr.,** v. 34, n. 3, p. 251 – 253, 2016.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa:** escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research.** 2a. ed. Thousand Oaks: Sage, 2011.

DATASUS. **Painéis de indicadores:** atenção primária à saúde. 2020. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em: 10/09/2020.

DÍAZ-OLAVARRIETA, C. *et al.* Maternal syphilis and intimate partner violence in Bolivia: a gender-based analysis of implications for partner notification and universal screening. **Sex Transm Dis.** v. 34, n. 7, p. 42 – 46, jul 2007.

DÍAZ-OLAVARRIETA, C. *et al.* The Co-occurrence of Intimate Partner Violence and Syphilis among Pregnant Women in Bolivia. **Journal of Women's Health.** v. 18, n. 12, 2009.

DOMINGUES, D. R. M. *et al.* Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766 – 774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 32, n. 6, jun 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

311X2016000605002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17/02/2020.

ESPOSTI, C. D. D. *et al.* Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 3, p. 765 – 779, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00765.pdf>. Acesso em: 16/01/2020.

FAVERO, M. L. D. C. *et al.* Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arch. Health. Sci.** v. 26, n. 1, p. 2 – 8, jan-mar 2019. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1137/776>. Acesso em: 14/01/2020.

FERRAZ, L. N. S.; LIPPI, U. G. A percepção das usuárias nas consultas médicas e de enfermagem durante o pré-natal no programa de saúde da família. **Saúde Coletiva.** v. 6, n. 36, p. 308 – 311, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84212105005.pdf>. Acesso em: 14/01/2020.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública.** v. 36, n. 3, Março 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n3/e00074519/pt/>. Acesso em: 04/04/2020.

FINCO, C. J.; MADUREIRA, M. **Revisão sistemática das tendências temporais de sífilis congênita no Brasil.** 2019. 16 p. Monografia (Curso de Graduação em Medicina) — Universidade Federal da Fronteira Sul. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/3696/1/FINCO.pdf>. Acesso em: 03/12/2019.

FOUCAULT, M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

Franco C. M., Santos A. S., Salgado M. F. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. In: Pessoa L. R., Santos E. H. A., Torres K. B. R. O., organizadores. **Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro: ENSP; 2011.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev. Latino-Am. Enferm.** Ribeirão Preto: v. 13, n. 6, p. 1011 – 1018, nov-dez 2005.

GOMEZ, B. *et al.* Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ.** v. 91, p. 217 – 226, 2013.

GONZÁLEZ M. A. **Regional initiative for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean:** regional monitoring strategy. PAHO: Washington, 2010.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real.** 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

HOLZTRATTNER, J. S. *et al.* Sífilis Congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e seu parceiro. **Cogitare Enferm.** 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316/pdf>. Acesso em: 17 de fev de 2020.

IBGE. **Cidades e estados.** 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/santa-maria.html>. Acesso em: 20/02/2020.

JONES, F. P. Pesquisa qualitativa. In: THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. S. **Métodos da Pesquisa em Atividade Física.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEAL, S. Y. P. *et al.* Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enferm.** v. 23, n. 2, 2018.

LEONE, E. Participação das mulheres na atividade econômica em contextos de crescimento econômico e recessão. In: **XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais.** Belo Horizonte: 2017.

LIMA, F. R.; FAGUNDES, N. C.; SALES, S. S. P. Atuação da enfermeira na atenção básica a saúde: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador: v. 27, n. 1, p. 82 – 92, jan-abr 2013.

MACÊDO, V. C. *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 51, ago 2017.

MCDONALD, R.; CAMPBELL, S.; LESTER, H. Os enfermeiros e os efeitos de novos contratos praticados no Serviço Nacional de Saúde inglês: a extensão de um projeto profissional. **Soc. Sci. Med.** Manchester, v. 68, n. 7, p. 1206 – 1212, abr 2009.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa.** São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr 2017.

NUNES, P. S. *et al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiol. Serv. Saúde,** v. 27, n. 4, nov 2018.

ORLANDI, E. **Análise de discurso:** princípios e procedimentos. 13 ed. Campinas – SP: Pontes Editores, 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas.** PAHO, Washington, 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** PAHO: Washington, 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde.** Rio de Janeiro, v. 18, s. 1, mar 2020.

PIRES, D. P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n. 5, p. 739 – 744, set-out 2009.

PIRES, E. M. G. **Sífilis Congênita em Santa Maria, RS**: Série Histórica, Perfil Epidemiológico e Georreferenciamento. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Maria.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Editora Ática, 1993.

REGIÃO E REDES. **Portal Região e Redes**: caminho da universalização da saúde no Brasil. Banco de indicadores, 2020. Disponível em: <https://indicadores.resbr.net.br/view/selecoes.php>. Acesso em: 15/11/2020.

RIGHI, L. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: RIGHI, L. (Ed.). **Cadernos HumanizaSUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 2, cap. 4.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. **Informe Epidemiológico nº 03**. Porto Alegre, 2018.

ROCHA, M. A. **Faça o teste! Os repertórios sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis nas campanhas do Ministério da Saúde (Brasil, 2016 - 2018)**. 2019. 127 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) — Universidade Federal de Pernambuco.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Rev enferm UFPE on line**. v. 10, n. 4, p. 1247 – 1255, abr 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316716885>. Acesso em: 14/01/2020.

SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde 2013-2017**. Santa Maria, 2013.

SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Santa Maria, 2018.

SANTA MARIA. Secretaria de Município da Saúde. **Relatório de Gestão das Ações em Saúde Anual 2017**. Santa Maria, 2018b.

SANTANA, M. V. S.; BARBOSA, P. N. G.; SANTOS, J. F. L. Sífilis gestacional na atenção básica. **Diversitas Journal**. v. 4, n. 2, mai-ago 2019.

SANTOS, A. *et al.* Um novo desafio para a saúde pública: sífilis. **Diversitates Int J**. v. 9, n. 2, p. 65 – 81, 2017.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, s. 1, p. 19-45, 2011.

SORTICA, A. C. **Rede de Atenção à saúde, sífilis e educação em saúde, a intersecção necessária**: um estudo de caso sobre sífilis em gestante e congênita

no município de Esteio. 2017. 123 p. Dissertação (Mestrado Profissional) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158184/001020426.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24/02/2020.

SUTO, C. S. S. *et al.* Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**. v. 5, n. 2, p. 18 – 33, ago-dez 2016. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1544>. Acesso em: 12/12/2019.

VILELA, L. S. C. A. L. *et al.* O pré-natal como ferramenta na prevenção da sífilis congênita: uma revisão integrativa da literatura. **Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba, v. 2, n. 3, p. 1609 – 1615, mar-abr 2019.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Barreiras de acesso de jovens nos serviços de saúde: o caso de mulheres com filhos notificados com Sífilis Congênita em municípios no interior do RS.

Pesquisador responsável: Marinel Mór Dall’Agnol / Liane Beatriz Righi

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Saúde Coletiva

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8356. Avenida Roraima, 1000, prédio 26 A, sala 1244c, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas.

Eu, Marinel Mór Dall’Agnol, responsável pela pesquisa “Barreiras de acesso de jovens nos serviços de saúde: o caso de mulheres com filhos notificados com Sífilis Congênita em municípios no interior do RS”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende determinar prevalência e perfil epidemiológico de casos notificados de sífilis congênita nos municípios de Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas entre os anos de 2007 a 2017 e propor intervenções para qualificar o acesso e atenção à população-chave. Acreditamos que ela seja importante porque pretende estudar os fatores envolvidos na causa da sífilis congênita e propor soluções para esse problema. Sua participação constará de responder à uma entrevista com questões abertas para que possamos identificar falhas no seu atendimento.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos: cansaço e desconforto emocional. Caso ocorra, os pesquisadores farão pausas conforme necessário e você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento. Os benefícios que esperamos com o estudo são identificar os problemas relacionados ao diagnóstico e tratamento da sífilis congênita para que se consiga interferir com o objetivo de melhorar o cuidado.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser



entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Você não terá gastos para a participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Local,

=====

## APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Barreiras de acesso de jovens nos serviços de saúde: o caso de mulheres com filhos notificados com Sífilis Congênita em municípios no interior do RS.

Pesquisador responsável: Marinel Mór Dall’Agnol / Liane Beatriz Righi

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 3220 - 8356

Local da coleta de dados: Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de dados secundários oriundos de bancos de dados dos municípios, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais, nos municípios de Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas, no período de dezembro de 2018 a novembro de 2020. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26 A, Departamento de Saúde Coletiva, sala 1244c, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Liane Beatriz Righi. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em ...../...../....., com o número de registro Caae

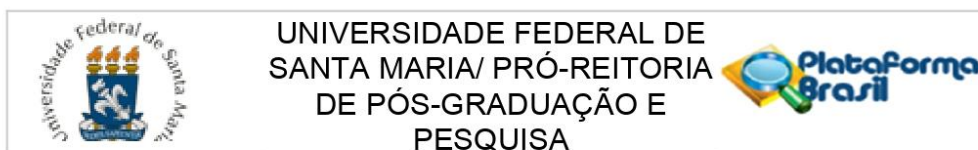
.....

Santa Maria,.....de .....de 20.....

.....

Assinatura do pesquisador responsável

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** BARREIRAS DE ACESSO DE JOVENS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O CASO DE MULHERES COM FILHOS NOTIFICADOS COM SÍFILIS CONGÊNITA EM MUNICÍPIOS NO INTERIOR DO RS

**Pesquisador:** Liane Beatriz Righi

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18371919.0.0000.5346

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.510.222

#### Apresentação do Projeto:

Projeto multicêntrico vinculado ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da UFSM, em que a investigação associa abordagens metodológicas quantitativas, sendo epidemiológico, com delineamento ecológico temporal e com delineamento transversal descritivo e qualitativas, participativa e interventiva.

Serão analisadas 544 fichas notificadas como sífilis congênita pelos estabelecimentos de saúde no SINAN, no período de 2007 a 2017, residentes nos municípios de Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas para a incidência anual de sífilis congênita, para o Estudo do perfil epidemiológico dos casos notificados de crianças com Sífilis Congênita e de suas mães. Para o georreferenciamento serão incluídas 60 fichas do período de 2016 - 2017. Para os itinerários terapêuticos e redes de cuidado, será utilizada a entrevista semiestruturada em uma amostra intencional com quinze mulheres, mães de crianças com Sífilis Congênita diagnosticadas de 2007 a 2015, selecionadas no SIAB. Para a Avaliação da inserção do problema Sífilis Congênita no cotidiano dos serviços, será utilizada a técnica de grupo focal com as Equipes de saúde na Atenção Básica selecionadas pela disposição em participar do estudo e distribuição geográfica de casos de Sífilis Congênita. Amostra intencional com três equipes de saúde. Já, para a Avaliação da inserção do problema Sífilis Congênita nos instrumentos de gestão da saúde do

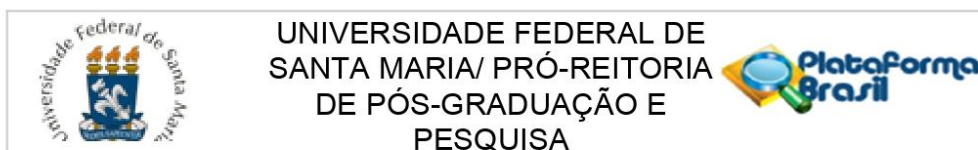
**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970

**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.510.222

município será conduzida pesquisa documental no período de 2007 a 2016, por ser o período de análise da tendência temporal da SC, por meio da análise dos Planos Municipais de Saúde e dos Relatórios de Gestão do período.

Os dados serão exportados do SINAN, para arquivo Microsoft Excel for Windows®. Esta coleta ocorrerá no Serviço de Vigilância Epidemiológica dos municípios (modo gestão). Após, serão convertidos para o programa EPIINFO versão 7.15, onde será realizada a análise estatística. Será calculada a média da incidência de SC e seu desvio padrão no período estudado, serão demonstradas por meio de gráficos de linha.

Para o Processamento dos dados no georreferenciamento: os mapas de base serão obtidos através do IBGE em formato Shapefile e processados através do Sistema de Informações Geográficas, modelo vetorial, no software Qgis, da Open Source Geoespatial Foundation (OSGeo), com código de licença aberta e disponível em <http://www.qgis.org>. O nível de agregação será o endereço e o setor censitário. Será demonstrada a distribuição territorial, verificada a ocorrência de aglomerado geográfico e a localização de cada caso em relação a serviços de saúde e outros aparatos de atenção e suporte social.

Para o Conhecimento dos itinerários terapêuticos e redes de cuidado: será utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin.

Para a Avaliação da inserção do problema Sífilis Congênita nos instrumentos de gestão da saúde do município será realizada busca textual de citações à sífilis congênita nos documentos, comparando propostas e metas contidas nos planos com os resultados referidos nos relatórios dos períodos correspondentes.

Contém cronograma de execução e orçamento.

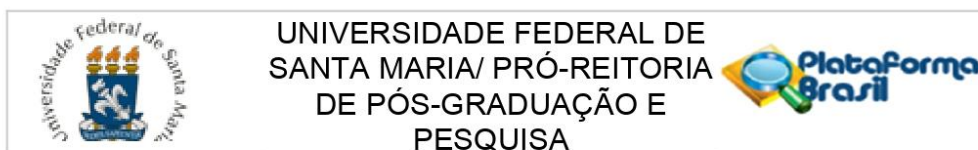
#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário: determinar prevalência e perfil epidemiológico de casos notificados de sífilis congênita nos municípios de Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas entre os anos de 2007 a 2017 e propor intervenções para qualificar o acesso e atenção à população-chave.

Objetivo secundário:

- Desenhar a tendência secular dos casos notificados de Sífilis Congênita nos municípios de Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas do período de 2007 a 2017, a partir das notificações no SINAN.

<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
<b>Bairro:</b> Camobi <b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS <b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9362 <b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.510.222

- Identificar o perfil epidemiológico dos casos notificados de crianças com Sífilis Congênita e de suas mães nos municípios de Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas no período de 2007 a 2017.
- Georreferenciar os casos de Sífilis Congênita notificados nos municípios de Santa Maria, Santa Rosa e Pelotas no ano de 2016 e 2017.
- Conhecer os itinerários terapêuticos e as redes de cuidado utilizadas ou produzidas pelas mães de crianças com sífilis congênita, especialmente durante a gravidez.
- Avaliar a inserção do problema Sífilis Congênita no cotidiano dos serviços de saúde.
- Avaliar da inserção do problema Sífilis Congênita nos instrumentos de gestão da saúde dos municípios.
- Realizar atividade de educação permanente e apoio institucional, para ampliação da compreensão dos problemas identificados e pactuação de intervenções.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: os riscos da pesquisa são mínimos, e incluem cansaço dos participantes, e desconforto ao lidar com assuntos delicados. Para melhor conforto dos participantes, poderão ser realizadas pequenas pausas, e será lembrada a oportunidade de desistência da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios: os benefícios da pesquisa se darão de maneira direta, na medida em que se propõe a levantar problemas e repensar processos de trabalho com as equipes, e de maneira indireta, pois pretende identificar dificuldades de acesso, diagnóstico e tratamento que servirão de subsídio para refletir sobre a solução do problema.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, registro na plataforma de projetos da UFSM, autorização institucional, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido.

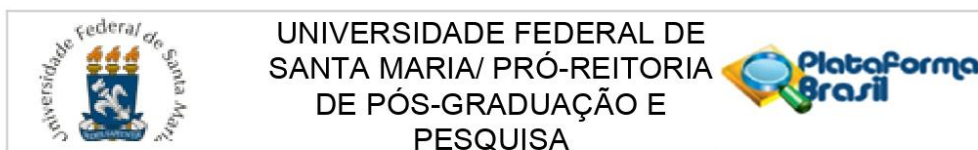
**Recomendações:**

.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
<b>Bairro:</b> Camobi <b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS <b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9362 <b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.510.222

**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_PROJETO_1385030.pdf	13/08/2019 23:21:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEGF.pdf	13/08/2019 23:21:01	Liane Beatriz Righi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEentrevistas.pdf	13/08/2019 23:20:42	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	SICOCONFIDASSINADO.pdf	24/07/2019 18:08:29	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	SICOREGISTROGAP.pdf	24/07/2019 18:06:47	Liane Beatriz Righi	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/07/2019 17:45:31	Liane Beatriz Righi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoPelotas.pdf	24/06/2019 17:38:09	Liane Beatriz Righi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoSantaMaria.bmp	24/06/2019 17:35:38	Liane Beatriz Righi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoSantaRosa.pdf	24/06/2019 17:34:15	Liane Beatriz Righi	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	24/06/2019 17:31:59	Liane Beatriz Righi	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/06/2019 17:31:03	Liane Beatriz Righi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	sifliscep.pdf	24/06/2019 17:23:54	Liane Beatriz Righi	Aceito

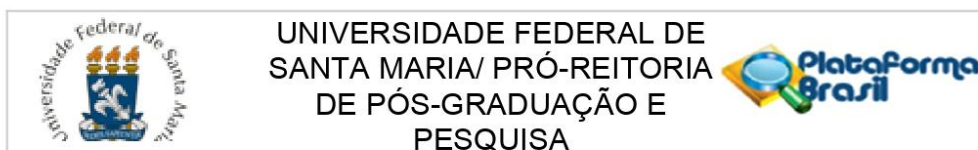
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.510.222

SANTA MARIA, 15 de Agosto de 2019

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com