

CURSO DE ENFERMAGEM

Rafaela Reis Santos

PROBLEMATIZANDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL. PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS GESTANTES.

Santa Cruz do Sul

2017

Rafaela Reis Santos

PROBLEMATIZANDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL. PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS GESTANTES.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Dr^a Vera Elenei da Costa Somavilla.

Santa Cruz do Sul

2017

Rafaela Reis Santos

PROBLEMATIZANDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL. PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS GESTANTES.

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Prof^ª. Enf^ª. Dr^ª. Vera E. da Costa Somavilla
Prof^ª Orientadora

Prof^ª. Enf^ª. Dr^ª. Analídia Rodolpho Petry
Participante da banca de avaliação

Prof. Enf. Ms Nestor Pedro Roos
Participante da banca de avaliação

Santa Cruz do Sul
2017

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me guiado durante toda a jornada acadêmica e por ter me abençoado na escolha de ser enfermeira.

Agradeço a meus pais, Mário e Eloisa, que estiveram sempre ao meu lado, me apoiando e me reerguendo nos momentos de fraqueza e decepção. Agradeço também ao meu namorado Rafael, que assim como meus pais teve paciência em meus momentos de estresse e ausência, que dividiram comigo os momentos de tristeza e felicidade, eu amo vocês!

Agradeço aos professores do curso de enfermagem que de alguma forma me fizeram acreditar que é possível construir um mundo melhor, e que acima de tudo, me fizeram se apaixonar ainda mais por essa profissão.

Em especial, agradeço minha orientadora, professora Vera E. da Costa Somavilla, que sempre teve minha admiração, como mulher e profissionalmente. Agradeço por ter permanecido ao meu lado durante este período, pela paciência, pelos ensinamentos, pela amizade, por ter me feito acreditar mais em mim. Agradeço pela tranquilidade e parceria de sempre.

Agradeço aos amigos que fiz durante esta jornada, em especial a aqueles que dividiram comigo momentos de angústia e felicidade, aqueles que estavam diariamente ao meu lado e que permaneceram junto a mim até o final.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que passaram pela minha vida durante este período, sendo elas colegas, funcionários da universidade, equipes multiprofissionais, pacientes, em fim, a cada nova pessoa, um novo aprendizado!

Obrigada a todos que de alguma forma contribuíram durante a minha formação acadêmica!

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar os aspectos envolvidos na adesão ao tratamento de gestantes com diagnóstico de sífilis. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos foram gestantes e profissionais de uma Unidade Básica de Saúde de Santa Cruz do Sul-RS. A coleta de dados foi a partir de entrevista semiestruturada. A análise foi realizada a partir de mapas de associação de ideias. Os resultados indicam: ainda há desconhecimento a cerca da doença, mesmo com o acompanhamento no pré-natal. Há a necessidade da utilização de termos populares, durante as orientações. É consenso que a aderência ao tratamento ocorra devido à preocupação com o bem-estar da criança. Há dificuldades na adesão por parte do companheiro. Os resultados evidenciam que o enfermeiro tem papel importante no que se refere à abordagem da sífilis para sensibilização e adesão ao tratamento, e na educação continuada da equipe devido à necessidade de capacitação para a assistência.

Palavras-chave: Sífilis; Atenção Básica; Notificação da sífilis em gestantes; Gestantes com Sífilis; Profissionais de saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the aspects involved in adherence to the treatment of pregnant women diagnosed with syphilis. It is a qualitative, descriptive and exploratory research. The subjects were pregnant and professionals of a Basic Health Unit (BHU) of Santa Cruz do Sul - RS. The data collection was from a semi-structured interview. The analysis was carried out from idea association maps. The results indicate: there is still a lack of knowledge about the disease, even with prenatal care. There is a need to use popular terms during the guidelines. It is a consensus that adherence to treatment occurs due to concern for the child's well-being. There are difficulties in adhesion by the partner. The results show that the nurse plays an important role in the approach to syphilis for treatment sensitization and adherence, and in the continuing education of the team due to the need for training for assistance.

Keywords: Syphilis; Basic Attention; Notification of syphilis in pregnant women; Pregnant women with Syphilis; Healthcare professionals.

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Notificações dos casos de sífilis no município de Santa Cruz do Sul – 2012 à 2016 | 29 |
| Quadro 2 – ESF/UBS com os números totais de notificação durante o período de 2012 à 2016 | 29 |
| Quadro 3 – Perfil dos profissionais de saúde entrevistados | 32 |
| Quadro 4 – Perfil das gestantes entrevistadas | 33 |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2 | REVISÃO BIBLIOGRAFICA | 12 |
| 2.1 | Histórico Da Sífilis | 12 |
| 2.2 | Conceito | 13 |
| 2.3 | Epidemiologia Da Sífilis | 14 |
| 2.4 | Epidemiologia Da Sífilis No Brasil | 15 |
| 2.5 | Epidemiologia Da Sífilis No Rio Grande Do Sul..... | 16 |
| 2.6 | Epidemiologia Da Sífilis Em Santa Cruz Do Sul | 17 |
| 2.7 | Diagnóstico | 18 |
| 2.7.1 | Exames Diretos - Campo escuro..... | 18 |
| 2.7.2 | Exames Diretos – Pesquisa com material corado..... | 19 |
| 2.7.3 | Testes imunológicos | 19 |
| 2.7.4 | Teste não treponêmico..... | 19 |
| 2.7.5 | Teste treponêmicos | 20 |
| 2.7.6 | Diagnóstico da Sífilis Congênita | 21 |
| 2.8 | Tratamento | 22 |
| 3 | METODOLOGIA | 24 |
| 3.1 | Tipo de Pesquisa..... | 24 |
| 3.2 | Local da Pesquisa..... | 24 |
| 3.3 | Sujeito de Estudo | 25 |
| 3.4 | Instrumento para Coleta de Dados | 25 |
| 3.5 | Procedimentos | 26 |
| 3.6 | Análise de Dados | 26 |
| 4 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS..... | 28 |
| 4.1 | Experiências Vivenciadas..... | 28 |
| 4.2 | Perfil da Amostra..... | 32 |
| 4.3 | Conhecimentos a cerca da Sífilis | 34 |
| 4.4 | Conhecimentos a cerca das Complicações da Sífilis..... | 36 |
| 4.5 | Aderência ao Tratamento da Sífilis..... | 38 |
| 4.6 | Orientações fornecidas | 40 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 43 |
| | REFERÊNCIAS | 46 |
| | APÊNDICES | |
| | APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 50 |
| | APÊNDICE 2: ENTREVISTA: QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DA SAÚDE | 52 |
| | APÊNDICE 3: ENTREVISTA: QUESTIONÁRIO GESTANTES/PUÉRPERAS .. | 53 |
| | ANEXOS | |
| | ANEXO A: CARTA DE ACEITE SECRETARIA MUNICIPAL SE SAÚDE | 54 |
| | ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 56 |

1 INTRODUÇÃO

Em termos conceituais a sífilis é descrita como uma infecção de caráter sistêmico causada pelo *Treponema pallidum* que quando não tratada pode evoluir e causar sequelas irreversíveis. Sua transmissão ocorre por via sexual e vertical. Durante seu percurso ocorrem períodos com sintomas clínicos, imunológicos e histopatológicos diferenciados, intercalados por períodos de latência onde não se observa nenhum sintoma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

De acordo com o Manual Técnico para o diagnóstico da sífilis do Ministério da Saúde (2016), ela tem sido considerada um dos mais importantes agravos de saúde pública, trata-se de uma doença infectocontagiosa que acomete os portadores de forma muito grave quando não tratada e aumenta o risco de se contrair o HIV. É responsável por 40% dos abortos, óbitos fetais e mortes neonatais.

De acordo com o estudo sentinela realizado pela Organização Mundial da Saúde a magnitude da sífilis no Brasil se assemelha a das Américas e da região do Caribe, existindo variações regionais de estado para estado. Importante ressaltar que houve um aumento na detecção da sífilis em gestantes devido à melhoria da vigilância epidemiológica e a ampliação da cobertura de testagem, utilizando o teste rápido no pré-natal. Em 2015 foram registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN) 33.365 casos de sífilis em gestantes com taxa de detecção de 11,2 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2016b).

Conforme o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, todos os tipos de sífilis devem ser obrigatoriamente notificados através do SINAN. Entre os anos de 2014 e 2015 a sífilis adquirida obteve um aumento de 32,7%, e no caso das gestantes o índice foi de 20,9%. No ano de 2015 o número total de casos notificados no Brasil foi de 65.878, a maioria do sexo masculino (60,1%) (BRASIL, 2016a).

Porém o diagnóstico não impactou de forma efetiva na incidência de casos de sífilis congênita, pois no ano de 2015 foram notificados 19.228 casos em crianças menores de um ano de idade. Muitos fatores determinam a constituição destes dados epidemiológicos citados acima, estando relacionada a influência sociocultural num comportamento sexual, pobreza, desigualdade de gêneros, conflitos sociais que interferem diretamente nos resultados das ações dos serviços de saúde (BRASIL, 2016a).

Importante ressaltar que a adesão ao tratamento é um fator determinante para o resultado nas ações, sendo uns dos principais indicadores de qualidade dos serviços. Deste modo o

Ministério da Saúde pontua que a relação/vínculo equipe e usuário bem como o correto diagnóstico são ferramentas primordiais para que as ações direcionadas ao tratamento da sífilis obtenham um impacto necessário.

As sequelas decorrentes da sífilis são extremamente prejudiciais para a qualidade de vida da mulher e principalmente das crianças. Observando a epidemiologia desta doença no país é possível dizer que muito em breve estaremos diante de uma nova epidemia desta doença que já deixou muitos resquícios no passado.

A partir de tais afirmações um questionamento extremamente importante de ser feito neste contexto de adoecimento por sífilis se refere a quais são os motivos para a não adesão do tratamento? Considerando que o aspecto de acesso a serviços de saúde, tal como no passado, já foi solucionado na atualidade.

Este questionamento deu origem aos objetivos que nortearam a construção deste estudo, o objetivo geral foi identificar os aspectos envolvidos na adesão ao tratamento de gestantes com diagnóstico de sífilis. Dentre os objetivos específicos esteve conhecer os discursos dos profissionais e das gestantes em relação aos motivos de adesão e não adesão ao tratamento, verificar quais eram as informações sobre a doença e suas complicações que os profissionais e gestantes disponibilizavam e analisar se as orientações prestadas pelos profissionais da saúde eram esclarecedoras para as gestantes aderirem ao tratamento.

Cabe ressaltar que têm sido recorrentes as notícias sobre o aumento dos índices de sífilis na gestação e neonatal. No nosso cotidiano é possível observar uma série de notícias em relação a este tema nos mais variados tipos de mídia. Durante a realização de disciplinas práticas observei empiricamente um incremento no número de crianças internadas com diagnóstico de sífilis congênita. Ao realizar uma investigação sobre a incidência de casos por áreas, foi possível identificar que nos últimos cinco anos ocorreram cento e vinte e cinco notificações no município de Santa Cruz do Sul, sendo que nove casos de diagnóstico de sífilis no pré-natal foram realizadas em uma única Unidade Básica de Saúde, localizada na área urbana de Santa Cruz do Sul – RS. É importante lembrar que as notificações realizadas pelo Centro Materno Infantil (CEMAI) não entram nesta pesquisa.

Neste sentido a realização deste estudo, que pretendeu abordar profissionais que atuam nesses serviços e gestantes que são usuárias sobre aspectos relacionados à adesão ao tratamento, promovendo subsídios para as discussões da equipe para promover a educação continuada em serviços justificando a realização deste investimento de pesquisa.

A partir da análise dos dados coletados, pode-se perceber que os profissionais de saúde não são considerados referência para as gestantes. Ainda há um conhecimento precário destas

em relação a doença, além das orientações prestadas pelos profissionais serem insuficientes ou de difícil entendimento para essa população.

2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

2.1 Histórico Da Sífilis

Até ser nomeada de sífilis, a doença passou por diversas denominações, "Mal de Nápoles", "Mal Frances", "Mal Polonês", "Mal Germânico", em fim, era a doença do "outro", onde cada nação queria encontrar um culpado por ela, acusando sempre seus vizinhos ou desafetos. Jean Fernel utilizou o termo "lues venéreo" para nomear a doença no século XVI, que significa em latim peste (NETO, et al, 2009).

O termo "sífilis" originou-se de um poema criado por Girolamo Fracastoro em 1530, titulado como "Syphilis Sive Morbus Gallicus" onde era contada a história de Syphilus, um pastor que amaldiçoa o deus Apolo e por consequência é castigado pelos deuses com a doença sífilis (BRASIL, 2010).

Varias são as hipóteses de surgimento da sífilis, porém as mais cogitadas são a de que esta doença é do Velho Mundo, surgindo espontaneamente a partir de bactérias de espécies próximas que ao passar dos anos foi sofrendo modificações e evoluções, tornando-se mais virulenta. A segunda hipótese é que a doença é de origem Americana, sendo endêmica neste local, levada a Europa através dos marinheiros de Colombo, ocasionando a primeira grande epidemia entre os soldados franceses em 1495 (PEREIRA; LEVI; KUTNER, In HAMERSCHLAK; SARAIVA, 2014).

Conforme Neto, et al (2009), ao final do século XV ocorreu uma epidemia grave de sífilis na Europa, que até então era uma doença desconhecida. A disseminação do vírus se deu na campanha militar de Carlos VIII, rei da França. Seu exercito era composto por milhares de homens recrutados de inúmeras nações. Estes frequentavam as casas de orgia das localidades onde habitavam. Ao lado de muitas prostitutas, em fevereiro de 1495 chegam a Nápoles. A partir desta época os médicos começaram a documentar sobre a sífilis, que era caracterizada por lesões semelhantes a grãos de milho no pênis e feridas em todo o corpo dos soldados, ainda relatavam dores intensas nos braços e pernas. Era vista como um mal pior que a lepra ou a elefantíase.

Ainda segundo o autor citado acima, após o retorno destes homens a seus locais de origem, a doença se espalhou por diversas cidades da Itália, sul da França, Paris, Alemanha, Inglaterra, Escócia, em fim, em menos de 10 anos já havia se manifestado em todo o continente.

Nos dias atuais sabe-se que a progressão natural da sífilis passa por três fases: primária, secundária e terciária. Nos primeiros anos do aparecimento da doença essas três fases eram

muito mais graves, com presença de lesões agressivas, além da evolução ser mais rápida, ocasionando óbitos precoces. A população acreditava que a doença tratava-se de uma punição divina, o que causava medo. As pessoas contaminadas pela doença eram discriminadas, os hospitais se negavam a atendê-los, em Paris o governo local tentou alocar os doentes em celeiros, próximos a pessoas com lepra, ocasionando conflitos destas populações, por temer uns aos outros (NETO, et al, 2009).

Neto, et al (2009), comenta que o tratamento utilizado naquela época causava mais sofrimento que alívio, abrindo espaço para os charlatões que utilizavam mercúrio no tratamento, utilizado até meados do século XX.

2.2 Conceito

A sífilis é uma doença transmitida sexualmente, causada pelo bacilo *Treponema pallidum*. Sua transmissão acontece por contato sexual com pessoa contaminada, conhecida como sífilis adquirida; e da mãe para o bebê durante a gestação e parto, conhecida como sífilis em gestante e sífilis congênita (quando atinge o bebê) e por meio de transfusão sanguínea. No caso da transmissão vertical, esta, pode chegar a 100% nas fases iniciais da doença materna (BRASIL, 2015a; SONDA, et al. 2013).

De forma geral, a sífilis adquirida é caracterizada pelo indivíduo com teste não treponêmico reagente e treponêmico reagente, sendo ele assintomático ou que possui como sintomas os achados clínicos da sífilis primária ou secundária. Em termos de sífilis em gestante, ela é confirmada também através dos testes não treponêmico e treponêmico reagente, independente de qualquer achado clínico durante a realização do pré-natal (BRASIL, 2015b).

A sífilis congênita ocorre por via de disseminação placentária hematogênica do *Treponema pallidum* da mãe para o feto. A transmissão pode ocorrer em qualquer momento da doença, sendo a possibilidade maior nas primeiras etapas, devido à alta circulação de treponemas. A prevenção ocorre com o diagnóstico precoce, iniciando imediatamente o tratamento e evitando a recontaminação por meio dos parceiros sexuais (BRASIL, 2015b).

Considera-se sífilis congênita precoce quando a doença se manifesta antes dos dois anos de vida, e sífilis congênita tardia após os dois anos (BRASIL, 2016d).

A doença possui quatro formas de estágios, sendo a sífilis primária, secundária, latente e terciária. A fase primária é o momento logo após a transmissão, ocorre em média de dez a noventa dias após. Caracteriza-se pela presença de ferida com bordas endurecidas na região de entrada da bactéria, sendo ela no pênis, vulva, vagina, ânus, boca ou outros locais da

pele, pode ser visualizada, porém é assintomática, indolor, sem presença de prurido e pode haver apenas secreção serosa. Pode estar associada de ínguas na região inguinal (BRASIL, 2015a).

Na fase secundária, a qual pode se manifestar entre seis semanas a seis meses após o contágio e aparecimento da ferida, que pode desaparecer. Manifesta-se através de manchas papulosas no corpo sem presença de prurido, principalmente na área da palma da mão e planta dos pés. A Fase latente é a fase assintomática, onde os sintomas desaparecem. É subdividida em latente recente, quando ocorre menos de um ano após o contágio, e fase latente tardia, ocorrida após um ano do contágio (BRASIL, 2015a).

A última fase da sífilis é a fase terciária, que pode ocorrer de dois a quarenta anos após o contágio, é caracterizada pela presença de sinais e sintomas, sendo eles lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas. Em casos mais severos a sífilis pode levar ao óbito (BRASIL, 2015a).

De acordo com Neto, Cucé e Reis (2013), a sífilis possui mais incidência no sexo masculino, na faixa etária entre 15 a 55 anos. Os principais fatores de risco associados são o baixo nível socioeconômico, o uso de drogas, a prostituição e a infecção pelo HIV.

Tanto a sífilis adquirida, em gestante e congênita devem ser obrigatoriamente notificadas ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), fazendo com que estes tracem mecanismos de monitoramento (BRASIL, 2015b).

2.3 Epidemiologia Da Sífilis

Apesar de a Sífilis ser uma doença com tratamento e cura, no mundo ela ainda está entre os principais problemas de saúde pública. Tanto em países subdesenvolvidos e desenvolvidos a doença aumenta a cada ano significativamente. A Organização Mundial de Saúde estima que em média 36,4 milhões de casos são notificadas durante o ano (LOPES, 2016).

A notificação dos casos de todas as formas de sífilis é obrigatória em todo território nacional (BRASIL, 2016c).

Ações referentes à promoção da saúde foram criadas pelo Ministério da Saúde para que o conhecimento sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença venham à tona, influenciando e facilitando o acesso do usuário aos testes rápidos, aumentando assim o controle da transmissão da doença. Com o aumento da distribuição dos testes rápidos nas unidades de saúde, a utilização destes passou de 31,5 mil no ano de 2011 para 1,7 milhões em 2013 (SILVA, et al. 2016).

2.4 Epidemiologia Da Sífilis No Brasil

O surgimento de casos de sífilis no Brasil vem se tornando alarmante, nos últimos anos a incidência de todas as formas da doença aumentaram significativamente, chegando ao índice de 534.318 casos entre o período de 2010 à 2016 (BRASIL, 2016e).

Nos últimos cinco anos, foram 169.656 notificações de casos de sífilis em gestantes, sendo 15.247 novos casos somente no ano de 2016. A maioria dos casos, cerca de 34% foram diagnosticados no primeiro trimestre da gestação. Segundo dados registrados nos Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (2016), 52,5% das gestantes com sífilis estão na faixa etária de 20 a 29 anos.

Conforme os dados expostos em uma tabela de Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros, do Ministério da Saúde (2016), houve uma grande evolução da sífilis em gestante nos últimos cinco anos no Brasil. No ano de 2005 a taxa de sífilis gestacional era de 0,5/1000 nascidos vivos, em 2010 aumentou para 3,7/1000 nascidos vivos, chegando em 2015 com o índice de 11,2/1000 nascidos vivos.

Em relação à sífilis congênita, o acumulativo dos anos de 2000 à 2016 de notificações é de 136.999 casos, onde 9.201 foram no ano de 2016. A grande maioria destes casos, cerca de 94% são diagnosticados já na primeira semana de vida da criança. No ano de 2016 ocorreram em média 3% de casos de aborto por sífilis e no ano de 2015, ocorreram 221 casos de óbitos infantis por sífilis congênita (BRASIL, 2016e).

Conforme os Indicadores e Dados Básicos da Sífilis no Brasil, do Ministério da Saúde (2016), a faixa etária da mãe que recebe o diagnóstico da sífilis congênita é dos 20 a 29 anos, assim como a principal faixa etária do diagnóstico da sífilis em gestantes, como já foi citado acima. Em média 25,8% destas mães possuem a escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompletas e 53,8% ser da cor/raça parda. Cerca de 75% das mães realizaram pré-natal e 48,5% realizaram o tratamento de forma inadequada. Em relação ao parceiro sexual da gestante diagnosticada com sífilis, 62,1% não realizaram o tratamento, contaminando novamente a mãe.

Ainda de acordo com o autor citado acima, no período de 2000 à 2016, a região Sudeste se destaca com as notificações de casos de sífilis congênita, sendo 44,7% casos, seguido pela região Nordeste com 31,1%, região Sul com 10,1%, região Norte com 8,5% e por fim a região Centro-Oeste com 5,6% de casos.

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde (2016), a incidência geral de casos no Brasil é de 6,5/1000 nascidos vivos, onde as regiões Nordeste,

Sudeste e Sul apresentaram taxas de 6,9/1000 nascidos vivos. Os estados que apresentam o índice de casos de sífilis maior do que a taxa nacional são Rio de Janeiro, (12,4/1000 nascidos vivos), Rio Grande do Sul (11,5/1000 nascidos vivos), Sergipe (10,9/1000 nascidos vivos), Espírito Santo (9,1/1000 nascidos vivos), Tocantins (9,1 /1000 nascidos vivos), Rio Grande do Norte (9,0/1000 nascidos vivos), Ceará (8,7/1000 nascidos vivos), Pernambuco (8,5/1000 nascidos vivos), Piauí (7,8/1000 nascidos vivos), Alagoas (7,4/1000 nascidos vivos) e Mato Grosso do Sul (7,2/1000 nascidos vivos).

De acordo com os dados regionais, equivalentes à sífilis adquirida no Brasil, a região sudeste se destaca com 72.735 casos notificados nos últimos cinco anos, sendo 6.651 no ano de 2016. Em seguida apresenta-se a região Nordeste, com um total de 36.868 casos, sendo 2.750 no ano de 2016. Em terceiro lugar a região Sul com 23.178 casos, sendo 2.737 em 2016, após região Norte com 20.135 casos, sendo 1.910 em 2016 e por fim a região Centro-Oeste com 16.612 casos, sendo 1.193 no ano de 2016 (BRASIL, 2016e).

A sífilis adquirida de acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde (2016), entre o período de 2010 à 2016 foram notificados 227.663 casos, dos quais cerca de 62,1 residentes da região Sudeste, 20,5% da região Sul, 9,3% da região Nordeste, 4,7% na região Centro-oeste e por fim 3,4% casos na região Norte. O estado com a taxa de detecção mais elevada é o Rio Grande do Sul, com 111,5 casos para cada 1000 habitantes.

Seguindo os dados obtidos pelo autor citado acima, os homens ainda são os que mais são diagnosticados com a doença, com taxa de 60,1% no ano de 2015. A faixa etária que mais se destaca é entre 20 à 39 anos, sendo 36,8% com a escolaridade ignorada e 40,1 ser da raça/cor branca.

2.5 Epidemiologia Da Sífilis No Rio Grande Do Sul

Conforme o Boletim epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde (2016), o estado do Rio Grande do Sul obteve a taxa de detecção mais elevada de todo o território Brasileiro.

Ainda conforme o Boletim epidemiológico da Sífilis do Ministério da Saúde (2016), dentre o período de 2005 à 2016, foram 10.832 casos notificados de sífilis em gestantes, onde 1.283 foram no ano de 2016. Cerca de 34% destes casos foram diagnosticados no 3º trimestre de gestação. De acordo com a classificação da sífilis, 35,4% estão no período primário, 6,4% no período secundário, 6,6% no período terciário, 9,9% no período latente e 41,6% possuem a classificação da doença ignorada. A principal faixa etária das gestantes, assim como a principal do Brasil é de 20 à 29 anos (51,3%) e a cor/raça predominante é a branca (61,2%).

Em relação ao índice de escolaridade, 23,7% estão na faixa da 5ª à 8ª série (salientando que 33,9% possuem a escolaridade ignorada).

No município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, no ano de 2016 foram notificados 175 casos de gestantes com sífilis, sendo 30% diagnosticadas no 2º trimestre de gestação, na faixa etária de 20 à 29 anos, grau de escolaridade de fundamental incompleto e cor/raça branca (BRASIL, 2016e).

A sífilis congênita, no período de 2000 à 2016 obteve 8.717 casos notificados, sendo 879 no ano de 2016. Entre eles, 96,7% das crianças foram diagnosticadas com menos de sete dias, consequentemente 93,4% foram classificadas como sífilis congênita recente. A faixa etária da mãe continua sendo entre 20 à 29 anos, a cor/raça branca e a escolaridade do 5º ao 8º ano incompleto. Destas mães, 76,5% realizaram o pré-natal e durante este momento receberam o diagnóstico da sífilis materna (57,8%) (BRASIL, 2016e).

Destaca-se a questão da aderência ao tratamento, onde 51,8% realizaram o mesmo de forma inadequada e 29,3% não aderiram. O parceiro sexual destas gestantes, em 51,4% das vezes não foram tratados. Cerca de 88 crianças menores de um ano entre 2000 à 2015 foram a óbito devido a doença (BRASIL, 2016e).

Cabe ressaltar que o município de Porto Alegre possui as taxas de incidência da sífilis congênita mais altas do que o Brasil, sendo 30,2 casos para cada mil nascidos vivos. Comparado com o Brasil, está 4,7 vezes mais elevada (BRASIL, 2016e).

Conforme dados registrados por Batista e Oliveira (2015) no Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS e SÍFILIS da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (2015), notificou-se 17.085 casos de sífilis adquirida no estado. Observou-se que durante o período de 2012 à 2014 obteve-se um aumento nas notificações, passando de 2.551 para 5.788, isso se justifica, sobretudo, a implementação de estratégias de controle e prevenção.

Ainda conforme o autor citado acima, em análise aos dados sóciodemográficos notificados nos últimos cinco anos, observou-se que 55,5% são do sexo masculino, com faixa etária de 20 a 34 anos, pertencentes à raça/cor branca e o grau de escolaridade é de ensino fundamental incompleto.

2.6 Epidemiologia Da Sífilis Em Santa Cruz Do Sul

Conforme divulgado em uma publicação da Gazeta do Sul do Município de Santa Cruz do Sul (2016), o setor epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde, registrou no ano de 2015 exatos 84 casos de sífilis adquirida e no primeiro semestre de 2016 já totalizavam 60 casos.

No caso da sífilis em gestante, de 2005 à 2016 foram registrados 139 casos, onde 18 foram no ano de 2016. O ano de 2015 foi o que mais teve notificação até o momento, totalizando 28 (CARAMEZ, 2016).

O caso de Santa Cruz do Sul se diferencia do Brasil e do Rio Grande do Sul, pois 37% dos casos foram diagnosticados no 2º trimestre de gestação. A faixa etária, o grau de escolaridade e a cor/raça são semelhantes, sendo a faixa etária de 20 à 29 anos, a escolaridade de ensino fundamental incompleto e a cor/raça branca. Em 61,9% dos casos a sífilis está no estágio secundário (BRASIL, 2016e).

Em Santa Cruz do Sul foram notificados 7 casos no ano de 2016, em média 97,5% destes casos foram diagnosticados na primeira semana de vida da criança. Em 64,5% das vezes a mãe tinha de 20 a 29 anos, possuía o grau de escolaridade ignorado (49%) e 73% destas era da cor/raça branca. Em relação à realização do tratamento, 70,5% realizaram, porém de forma inadequada (47,5%) ou então não havia sido realizado (45,7%). Em 67,9% dos parceiros dessas mães não realizaram o tratamento (BRASIL, 2016e).

2.7 Diagnóstico

Para realizar o diagnóstico da sífilis é importante observar a evolução clínica da doença, além de atentar para uma anamnese e exame físico detalhado. Os testes disponíveis para o rastreamento da doença podem ser utilizados tanto para triagem de assintomáticos quando para o diagnóstico de sintomáticos (BRASIL, 2010).

A sífilis possui apresentação polimorfa e para o diagnóstico deve-se considerar os diferentes estágios da doença (BRASIL, 2016b).

De acordo com o Manual Técnico para diagnóstico da sífilis do Ministério da Saúde (2016b), os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: os exames diretos e os testes imunológicos.

2.7.1 Exames Diretos - Campo escuro:

É realizado através da pesquisa do *Treponema pallidum* por microscopia, utilizando as lesões presentes no corpo do paciente. A amostra a ser utilizada é o exsudato seroso destas lesões ativas. O presente material é analisado imediatamente após a coleta, através do microscópio com condensador de campo escuro, que permite a visualização do bacilo (BRASIL, 2016b).

Em termos de eficiência e custo, este teste está bem colocado. Porém não é recomendado para avaliação de amostras de lesões orais, pois a mucosa é colonizada por outras espiroquetas, dificultando a identificação e o diagnóstico (BRASIL, 2016b).

É importante salientar que o resultado negativo para o treponema não exclui a doença, pois o número de *T. pallidum* na amostra pode ser insuficiente, a lesão pode estar próxima a cura natural ou o paciente pode ter recebido o tratamento sistêmico ou tópico (BRASIL, 2016b).

2.7.2 Exames Diretos – Pesquisa com material corado:

Apesar de possuir uma sensibilidade inferior ao exame de campo escuro, a pesquisa direta com material corado também é utilizada. A técnica de coleta para a amostra é semelhante à técnica citada anteriormente, porém a técnica de coloração depende do método utilizado, podendo ser: (BRASIL, 2016d)

- Método Fontana-Tribondeau: após a lamina com o esfregaço estiver seca, colore-se com nitrato de prata, facilitando a visualização do treponema;
- Método de Burri: utilizado coloração com nanquim;
- Método de coloração pelo Giemsa: o treponema fica de cor pálida, isso dificulta a observação;
- Método de Levaduti: utilizado prata em cortes histológicos. (BRASIL, 2016d)

2.7.3 Testes imunológicos

A outra maneira de diagnosticar a sífilis, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (2016d), são os testes imunológicos, dividindo-se em testes não treponêmicos e treponêmicos.

2.7.4 Teste não treponêmico:

Neste teste são detectados anticorpos não treponêmicos. Dividem-se em qualitativos, determinando se a amostra é reagente ou não ao treponema, e quantitativos para determinar a quantidade de anticorpos presente na amostra reagente. Com estas informações é possível estabelecer a fase da doença e serve de valia para o monitoramento do tratamento (BRASIL, 2016d).

O Manual Técnico para diagnóstico da sífilis do Ministério da Saúde (2016b) destaca que os testes não treponêmicos possuem quatro tipos de técnicas de diagnósticos, sendo:

- Técnica de Flocculação: através dos testes de VDRL (*Venereal Disease Laboratory*), RPR (*Rapid Test Reagin*), USR (*Unheated Serum Reagin*) e TRUST (*Toluidine Red Unheated Serum Test*);
- Técnica de Aglutinação: através de testes rápidos (*TR*);
- Técnica de Imunoenzimáticos: através do teste de ELISA (*Enzyme - linked immunosorbent assay*) e
- Técnica de Imunocromatográficos: através de testes rápidos (*TR*).

Em geral, no teste não treponêmico VDRL é utilizado uma suspensão antigênica desenvolvida com solução alcoólica compondo-se de cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e usa-se soro inativo como amostra. O RPR, USR e o TRUST são alterações do VDRL cujo objetivo é aumentar a estabilidade da suspensão antigênica, proporcionar o uso de plasma e favorecer a leitura da amostra a olho nu (BRASIL, 2016b).

Quando uma amostra não é diluída ou contém baixas diluições pode ocorrer o *Fenômeno de Prozona*, ou seja, o resultado é um falso-negativo ou não reagente. Esse fenômeno ocorre quando há uma desproporcionalidade entre quantidade de antígenos e anticorpos presentes na amostra. É mais comum em casos de sífilis secundária, quando há grande produção de anticorpos (BRASIL, 2016d).

2.7.5 Teste treponêmicos:

Basicamente estes testes detectam a presença de anticorpos específicos contra o *T. pallidum*. São testes qualitativos, ou seja, definem apenas a ausência ou presença de anticorpos. São indispensáveis para a confirmação do diagnóstico, porém não servem para o acompanhamento do tratamento (BRASIL, 2010).

Segundo o Manual Técnico para diagnóstico da sífilis do Ministério da Saúde (2016b), as técnicas para o diagnóstico da sífilis através dos testes treponêmicos são:

- Técnica Imunofluorescência indireta: através do teste de FTA-abs (Fluorescent treponemal antibody absorption): É o primeiro teste a se tornar reagente após a infecção. As lâminas possuem fixação do *T. pallidum* extraídos de coelhos e também utiliza-se imunoglobulina anti-humana marcada com isotiocianato de fluoresceína. Se houver reação, os treponemas apareceram no microscópio na cor verde maçã brilhante (BRASIL, 2016b).
- Ensaio imunossorvente ligado à enzima – ELISA: Nesses testes imunoenzimáticos, a quantidade de anticorpos presente na amostra é diretamente proporcional à intensidade da cor

na reação, ou seja, quanto mais forte a cor, mais anticorpos presentes na amostra (BRASIL, 2016b).

- Teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações: Pérolas são revestidas por antígenos do *T. pallidum*, assim elas se ligarão aos anticorpos específicos, quando estes estiverem presentes na amostra (BRASIL, 2016b).

- Testes de hemaglutinação e aglutinação; Ensaio de microhemaglutinação – MHA-TP; Ensaio de aglutinação passiva de partículas para *Treponema pallidum* – TPPA: Baseia-se na ligação dos anticorpos treponêmicos presentes no soro com hemácias ou partículas de gelatina que contém antígenos de *T. pallidum*, isso resultará na aglutinação das hemácias ou das partículas de gelatina (BRASIL, 2016b).

- Testes rápidos treponêmicos: São testes de leitura rápida, onde o tempo de execução é no máximo de 30 minutos. São realizados através de coleta de sangue por punção digital ou venosa. São utilizados antígenos *T. pallidum* e antígenos recombinantes do *T. pallidum*. No dispositivo encontra-se a denominação "T" de teste e "C" de controle. O teste só será reagente se aparecerem duas linhas, uma correspondente ao "T" e outra ao "C". A presença da linha apenas no "C" demonstra que não é reagente (BRASIL, 2016b).

A ordem dos testes para o diagnóstico da sífilis deve ser estabelecida pelo serviço de saúde, porém em casos que o teste rápido é utilizado como forma de triagem, quando este apresentar resultado reagente, deve ser encaminhado para realização de teste não treponêmico. No caso das gestantes, o tratamento deve ser iniciado imediatamente logo após o primeiro resultado reagente, sendo ele treponêmico ou não treponêmico (BRASIL, 2010).

2.7.6 Diagnóstico da Sífilis Congênita

Para o diagnóstico da sífilis congênita deve-se avaliar em conjunto a história clínica da mãe, o exame físico detalhado da criança e os resultados dos testes e radiografias (BRASIL, 2016b).

Os resultados reagentes de crianças menores de dezoito meses devem ser analisados criteriosamente, pois pode haver a transferência de anticorpos IgG da mãe para a criança. Existem testes que detectam o IgM da criança, porém possuem baixa sensibilidade, com isso, o resultado para o diagnóstico da sífilis pode ser um falso negativo (BRASIL, 2016b).

O diagnóstico só será correto quando o título encontrado na amostra aumentar em duas diluições quando for comparado ao título encontrado na amostra materna, ainda assim deve ser coletado novamente e realizado um novo teste, para confirmação do diagnóstico (BRASIL, 2016b).

É importante salientar que o sangue utilizado para a realização dos testes deve ser coletado da criança, não do cordão umbilical, pois este contém sangue da mãe e do feto, conseqüentemente, anticorpos de ambos (BRASIL, 2016b).

Em crianças maiores de dezoito meses o resultado reagente nos testes confirma o diagnóstico. Para a definição do diagnóstico da doença, deve-se realizar os seguintes exames: hemograma, perfil hepático, eletrólitos, avaliação neurológica, punção líquórica (células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos); RX dos ossos longos, avaliação oftalmológica e audiológica (BRASIL, 2016b).

Exames de liquor com resultados de leucócitos maiores que 25 células/mm³ e acima de 28 dias superior a 5 células/mm³, proteínas acima de 150mg/dL e acima de 28 dias superior a 40mg/dL, além do VDRL reagente, confirma o diagnóstico de neurosífilis (BRASIL, 2016b).

2.8 Tratamento

O medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, na grande maioria das vezes é a penicilina (BRASIL, 2016d).

No caso da sífilis primária, o tratamento é feito com dose única de Penicilina G benzatina intramuscular, com alternativa, exceto para gestantes, de Doxiciclina 100mg via oral por 15 dias. No caso das gestantes a alternativa é a Ceftriaxona 1g, intravenosa ou intramuscular, de 8 à 10 dias (BRASIL, 2016d).

Na sífilis latente tardia com mais de um ano de duração ou latente com duração ignorada e também nos casos de sífilis terciária é utilizada a Penicilina G benzatina, com aplicação intramuscular semanal, durante três semanas. Para pacientes com alergia a esta medicação é utilizado como alternativa, também, a Doxiciclina 100mg via oral, duas vezes ao dia, por um mês. Esta alternativa não pode ser aplicada a gestantes, porém a Ceftriaxona 1g intravenosa ou intramuscular uma vez ao dia, num período de 8 a 10 dias pode ser aplicado tanto em gestante quanto à não gestantes (BRASIL, 2016d).

Em casos de Neurosífilis, a opção é a Penicilina cristalina, intravenosa, administrada a cada quatro horas ou por infusão contínua, durante um período de 14 dias. A alternativa para este caso é a Ceftriaxona 2g intravenosa ou intramuscular, com frequência de uma vez ao dia, durante o período de 10 a 14 dias (BRASIL, 2016d).

Após a confirmação da investigação e diagnóstico da sífilis congênita, inicia-se o tratamento para os primeiros sete dias de vida com penicilina G cristalina endovenosa de 12 em 12 horas e do oitavo ao décimo dia de vida com administração de 8 em 8 horas. Pode ser utilizada também a penicilina G procaína intramuscular uma vez ao dia até o décimo dia de

vida. Nos casos em que há alteração no liquor, utiliza-se apenas o esquema da penicilina G cristalina (SONDA et al, 2013).

Ainda segundo o autor citado acima, em crianças com mais de um mês de vida, utiliza-se o esquema da penicilina G cristalina de 4 em 4 horas.

Conforme Sonda et al (2013), em qualquer esquema de tratamento, ocorrendo a não administração de um dia, o esquema deve ser recomeçado.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória utilizando-se o método qualitativo.

Segundo Costa, Locks e Girondi In: Lacerda e Costenaro (2016), o objetivo da pesquisa descritiva é a descrição de características de certa população, fenômeno ou experiência. Este tipo de pesquisa utiliza-se de técnicas padronizadas para a coleta de dados, através de questionários e observação sistemática. Trata-se de observar fatos e não interferir. Através da observação destes fatos, estes são registrados, analisados, interpretados e classificados.

Referente à pesquisa exploratória, tal estudo tem como objetivo desenvolver, explicar e modificar conceitos e ideias para familiarização do problema com o intuito de torná-lo explícito ou para o desenvolvimento de hipóteses. Também é utilizado quando o assunto é pouco explorado. Para formula-lo é necessário levantamento de dados bibliográficos ou entrevista com pessoas que vivenciaram o problema (COSTA, LOCKS e GIRONDI In: LACERDA, COSTENARO, 2016; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Segundo Sousa, Erdmann e Magalhães In: Lacerda e Costenaro (2016), a palavra qualitativa esta implicada na qualidade e no significado dos processos que não são mensuráveis em termos de quantidade. O objetivo da pesquisa é descrever ou compreender tal experiência ou fenômeno, tendo em vista que as respostas não serão precisas ou idênticas. Este tipo de pesquisa gera novos conhecimentos relacionados aos diferentes aspectos da vida humana, permitindo ao pesquisador analisar e revelar novos significados e entendimentos que estão enraizados na vivencia das pessoas.

Ainda segundo o autor citado acima, o pesquisador qualitativo tem maior aproximação com os participantes da pesquisa, pelo fato de estar inserido no local onde ocorre o fenômeno. Deste modo tal metodologia adequa-se a proposta deste estudo.

3.2 Local da Pesquisa

O local da pesquisa foi uma unidade básica de saúde na cidade de Santa Cruz do Sul, situada na região urbana. Como sabemos a atenção básica é a porta de entrada para a atenção a saúde e o principal local utilizado por usuários do SUS para a realização do pré-natal.

A definição deste local como campo de produção dos dados ocorreu a partir do levantamento prévio do número de casos notificados. Ou seja, a unidade onde o estudo foi

desenvolvido tratou-se da unidade onde foram notificados os maiores números de casos nos últimos cinco anos.

3.3 Sujeito de Estudo

Compuseram a amostra deste estudo profissionais de saúde atuantes na unidade básica de saúde referida acima que acompanham as gestantes com sífilis no pré-natal, além das mulheres que realizaram o tratamento da sífilis no pré-natal e foram notificadas para a Vigilância Epidemiológica pela então unidade.

3.4 Instrumento para Coleta de Dados

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado a entrevista semiestruturada contendo questões abertas e fechadas (APÊNDICES 1 e 2) elaboradas pela pesquisadora referentes aos objetivos do presente estudo. A identidade dos participantes foi preservada e foram utilizados a categoria seguida do número sequencial da realização da entrevista para a caracterização na realização do estudo.

Cabe ressaltar que foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado em duas vias conforme preconiza a resolução 466/2012 que regulamenta estudos realizados em seres humanos.

A entrevista nada mais é do que uma estratégia de coleta de dados. Sua utilização permite conhecer o que as pessoas sentem e como imaginam os eventos relacionados a uma determinada situação. Trata-se de um diálogo formal contendo um propósito definido através do objetivo da pesquisa. A entrevista é realizada através de um instrumento previamente elaborado ou não. Antes da entrevista deve-se garantir os aspectos éticos, como a privacidade e conforto do entrevistado, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BONILHA; OLIVEIRA In: LACERDA; COSTENARO, 2016).

Seguindo o pensamento de Bonilha e Oliveira In Lacerda e Costenaro (2016), os tipos de entrevistas se dividem em estruturada, semiestruturada e não estruturada. No caso deste estudo o modelo de entrevista mais adequada trata-se da semiestruturada, conforme os autores acima a entrevista semiestruturada trata-se de perguntas previamente determinadas, porém estas são abertas e fechadas, permitindo a possibilidade do pesquisador aprofundar as respostas obtidas às questões da pesquisa durante a entrevista, contudo, sem perder o foco.

O desenvolvimento da entrevista ocorreu a partir do preparo da mesma com a realização de leituras prévias e estruturação dos objetivos da pesquisa que definiram as questões do instrumento. (APENDICE A e B)

Como auxílio, foi utilizado o gravador de voz, com o consentimento dos entrevistados.

3.5 Procedimentos:

Este estudo seguiu as orientações definidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC, para isso foram realizados os seguintes encaminhamentos:

- Solicitação de autorização para sua realização à Secretaria Municipal de Saúde;
- Submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa;
- Agendamento prévio das entrevistas com os sujeitos do estudo;
- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Realização da entrevista.

3.6 Análise de Dados

A partir de uma série de leituras realizadas durante o percurso de elaboração deste projeto, elencamos como metodologia para análise dos dados a análise do discurso a partir da utilização dos mapas de associação de ideias.

De acordo com Minayo (2014), a Análise de Discurso é um termo novo, que surgiu para substituir a Análise de Conteúdo tradicional. O objetivo desta análise é criar uma reflexão geral sobre as condições de elaboração e percepção do significado de textos produzidos nos mais diferentes campos, tendo em vista a compreensão do modo de funcionamento, as concepções de organização e os delineamentos de produção de seus sentidos.

Segundo Pêcheux (1988) citado por Minayo (2014), os princípios básicos da Análise de Discurso são: (1) O significado de uma palavra, expressão ou proposição não existe em si mesmo, ela emite posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as formas de relação são geradas; (2) toda formação discursiva oculta, pela pretensão de transparência, suas dependências das formações ideológicas.

De acordo com Orlandi (1978) citado por Minayo (2014), o presente tipo de análise é uma asserção crítica com o objetivo de problematizar as formas de reflexões instituídas. Criase um ponto de vista próprio de observar a linguagem como espaço social de debate e

conflito. Com isso, o texto é visto como um elemento significativo, prático e portador do contexto situacional dos falantes.

Minayo (2014) relata que a análise do discurso conduziu um aporte fundamental para a análise do material qualitativo, acima de tudo, em uma situação em que o domínio sempre pertenceu às análises positivistas dos argumentos da fala. Nos dias atuais, os suportes específicos de seu progresso teórico e técnico são, essencialmente, as áreas de informação e comunicação, os quais tem em comum o parecer de que ambos integram um sistema que se articula a lógica da vida social.

Segundo Spink (2010), o mapa nada mais é que uma ferramenta metodológica que permite, entre outros aspectos, a observação dos dados coletados para configuração de análises de práticas discursivas através de tabelas com colunas com títulos definidos tematicamente, em geral, relacionado com o objetivo da pesquisa. Possuem a vantagem de orientar o processo de análise.

A partir das considerações dos autores citados acima os dados foram transcritos, após realizada leitura minuciosa para identificação das categorias que irão configurar o mapa de associação de ideias. Após as mesmas foram organizadas nos referidos mapas para desencadear o processo de análise com a conversa com os autores que abordam a temática estudada.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir serão apresentados os dados originados da entrevista. Inicialmente faremos o relato sobre o perfil dos sujeitos entrevistados, a seguir apresentaremos os dados relacionados às categorias que emergiram do discurso dos profissionais e das gestantes. Cabe ressaltar que em algumas situações estão apresentadas as falas de ambos, esta forma de apresentação foi adotada para que fosse possível estabelecer um diálogo entre os depoimentos dos profissionais e das gestantes.

4.1 Experiências Vivenciadas

Em busca de dados epidemiológicos da sífilis no município de Santa Cruz do Sul, realizou-se no início da pesquisa uma visita na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Diante das solicitações feitas à responsável pela 13ª CRS obteve-se a informação que neste local só havia dados referentes à região, nada específico do município. Em seguida, realizou-se uma visita ao Centro Municipal de Apoio as Sorologias (CEMAS). Lá, o enfermeiro responsável e a psicóloga do local referem ter informações apenas dos últimos seis meses. Como os dados disponíveis não eram suficientes para a realização da pesquisa, a busca por informações direcionou-se à Vigilância Epidemiológica de Santa Cruz do Sul, onde a enfermeira responsável, bem receptiva, solicitou que as questões fossem enviadas via e-mail, para que a mesma fizesse o levantamento dos dados.

Diante desta situação, no primeiro dia do mês de março o e-mail descrevendo os objetivos da pesquisa com as seguintes questões: Nos últimos cinco anos, quantos casos de gestante com sífilis foram notificados? No último ano, quantos casos de gestante com sífilis foram notificados? Qual o UBS/ESF que mais notificou casos de gestantes com sífilis? Foi encaminhado, ressaltando que todos estes dados deveriam ser do município de Santa Cruz do Sul.

No sétimo dia do mês de março obteve-se a resposta via e-mail da Vigilância Epidemiológica, que constavam as seguintes informações:

Quadro 1 - Notificações dos casos de sífilis no município de Santa Cruz do Sul – 2012 à 2016

| Ano | Número de Notificações |
|---|-------------------------------|
| 2012 | 24 |
| 2013 | 19 |
| 2014 | 21 |
| 2015 | 33 |
| 2016 | 28 |
| Total de Notificações nos últimos cinco anos | 125 |

Fonte: Dados da pesquisa

Ainda segundo as informações contidas no e-mail, com exceção do Centro Materno Infantil (CEMAI), responsável pelo atendimento do pré-natal de alto risco, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que mais notificaram nos últimos cinco anos foram: UBS Avenida, ESF Faxinal, ESF Pedreira, ESF Glória, ESF Gaspar Bartholomay, ESF/UBS Arroio Grande, ESF Cristal/Harmonia, ESF Menino Deus, ESF Bom Jesus, ESF Senai, UBS Farroupilha, ESF Rauber, ESF Progresso e ESF Margarida.

Este percurso em busca de informações ocorreu devido ao critério de inclusão do local para coleta de dado ser o de realizar a pesquisa na unidade onde tivesse o maior número de casos notificados. Deste modo era necessário ter informações com os números de notificações de cada ESF/UBS. Para isso, um novo e-mail foi encaminhado com esta solicitação.

Os dados recebidos foram:

Quadro 2 – ESF/UBS com os números totais de notificação durante o período de 2012 à 2016

| ESF/UBS | Número de notificações |
|------------------------|-------------------------------|
| UBS Avenida | 9 |
| ESF Faxinal | 8 |
| ESF Pedreira | 7 |
| ESF Glória Imigrante | 6 |
| ESF Gaspar Bartholomay | 5 |
| ESF Cristal Harmonia | 5 |
| ESF Menino Deus | 5 |
| UBS Arroio Grande | 5 |
| ESF Bom Jesus | 4 |
| ESF Senai | 3 |

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 2 – ESF/UBS com os números totais de notificação durante o período de 2012 à 2016

| ESF/UBS | Número de notificações |
|-----------------|------------------------|
| UBS Farroupilha | 2 |
| ESF Rauber | 2 |
| ESF Progresso | 1 |
| ESF Margarida | 1 |

Fonte: Dados da pesquisa

É importante ressaltar que estes dados foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN, Vigilância Epidemiológica SCS). Após a obtenção destas informações a elaboração do Projeto de Pesquisa foi concluída, e por fim realizado os tramites relacionados à autorização para realização do mesmo.

Após o projeto ser aceito pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC realizou-se o contato com a Unidade Básica de Saúde onde seria realizada a pesquisa e agendada uma reunião com a enfermeira da unidade. Na data agendada havia ocorrido uma troca de enfermeiras, onde a enfermeira da unidade teria voltado de licença a maternidade.

Mesmo com o imprevisto ocorrido, a reunião aconteceu. Em conversa, foram apresentados os dados obtidos através da pesquisa realizada junto à Vigilância Epidemiológica do município e também a Carta de Aceite fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde e a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC. Muito receptiva e colaborativa, a enfermeira mostrou-se a disposição para a realização da pesquisa. Buscou um caderno onde havia anotações sobre os testes rápidos e encontrou cinco mulheres que se encaixavam na pesquisa. Disponibilizou então o nome, contato e endereço de três delas com testes positivos para a sífilis, as outras duas não moravam mais na cidade, segundo a enfermeira, porém contou-me as histórias: uma destas gestantes não havia realizado o tratamento, fazia uso de drogas e era moradora de rua e conseqüentemente obteve um aborto, agora reside em Venâncio Aires. A outra realizou o tratamento, teve a criança e vive em Porto Alegre. Após a disponibilização dos contatos, uma questão foi levantada: como seria realizada a abordagem destas gestantes, sendo que os testes são realizados de forma sigilosa? Em conversa com a orientadora do projeto, foi decidido continuar a pesquisa, visto que já havia sido aprovada pelos órgão responsáveis.

O início da coleta de dados aconteceu no dia 08/06/2017, com a realização da entrevista de duas técnicas de enfermagem, a enfermeira e uma das agentes comunitárias de saúde.

A médica da saúde da família atuante na unidade recusou-se a realizar a entrevista, justificando não atender as gestantes, que todos os casos eram encaminhados diretamente para a médica ginecologista da unidade. A auxiliar de dentista e o dentista também se recusaram a responder a entrevista por afirmarem não ser de sua área. A ginecologista estava em férias, e retornaria apenas no dia 23/06/2017.

No décimo segundo dia do mês de junho realizou-se uma nova visita a Vigilância Epidemiológica do município com a solicitação dos nomes das gestantes que foram notificadas com sífilis pela Unidade Básica de Saúde de realização da pesquisa nos últimos cinco anos. A Carta de Aceite da Secretaria Municipal de Saúde e o aval do Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC foram apresentados e uma das enfermeiras solicitou que fosse encaminhado por e-mail uma cópia do projeto de pesquisa e a solicitação. A mesma fez uma cópia do Aceite disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Enquanto o e-mail com as solicitações realizadas à Vigilância Epidemiológica não era respondido, as visitas domiciliares com duas das gestantes disponibilizadas pela unidade são agendadas para o dia 16 de junho.

Após contato telefônico, no dia 13 de junho na unidade básica de saúde é realizada a entrevista com a segunda agente comunitária de saúde.

Na data agendada para a realização das visitas domiciliares, através do endereço disponibilizado pelo aplicativo Fly Saúde a pesquisadora se deslocou para a realização das entrevistas. Em um dos endereços não foi encontrado ninguém, então através de contato telefônico com a gestante o endereço correto é repassado e assim realizado a entrevista. Após é realizada a visita a segunda gestante, a qual não estava em sua residência, com a justificativa via telefone que estava com a filha no Centro Materno Infantil (CEMAI) para consulta, então a visita é reagendada.

Nesta mesma data, na unidade básica de saúde é realizada a entrevista com a terceira agente comunitária de saúde.

Em 19 de junho a resposta da Vigilância Epidemiológica chega via e-mail, informando que os nomes das pacientes que realizam o teste rápido estariam sob sigilo e ninguém além dos profissionais de saúde que as assistirem tomaria conhecimento da sua realização ou resultados. Sendo assim, o pedido não foi autorizado. Embora o projeto tivesse sido aprovado

pela própria Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Após o recebimento do e-mail foi feito contato com a orientadora do projeto, expondo a situação e a mesma sugere que se dê continuidade às entrevistas com as gestantes que haviam sido fornecidas pela enfermeira da unidade de saúde.

O contato com a terceira gestante é realizado sem sucesso, devido ao número de telefone fornecido pelo sistema estar incorreto. Outras buscas foram realizadas no sistema Fly Saúde, onde havia três cadastros da mesma paciente, todos com o mesmo contato telefônico e endereço, porém sem o número da residência.

Em 4 de julho foi realizada a última visita domiciliar para a gestante que anteriormente não havia sido encontrada em sua residência, desta vez a entrevista foi realizada com sucesso.

Como a médica ginecologista da unidade estava em férias, aguardaram-se alguns dias para que ela retorna-se e assim fosse realizada a entrevista. Na data de retorno a médica chamou a pesquisadora até a sala de consultas, e enquanto os objetivos da pesquisa eram expostos a mesma mexia no celular não dando atenção às explicações. Ela justificou que estava com pressa e solicita o agendamento de uma nova data. Na nova data agendada a pesquisadora aguarda a médica ginecologista atender todos seus pacientes e novamente a mesma refere estar com pressa, então foi optado entregar a folha de entrevistas juntamente com o e-mail da pesquisadora para a médica que prometeu enviar as respostas no dia seguinte.

Semanas se passaram e a resposta da médica não foi recebida, então optou-se por dar seguimento para o próximo passo da pesquisa, a análise dos dados coletados.

4.2 Perfil da Amostra

Os profissionais que compõem o perfil da amostra do presente estudo são demonstrados no quadro abaixo, com o intuito de facilitar a visualização e conhecimento destes.

Quadro 3 – Perfil dos profissionais de saúde entrevistados

| Nome | Idade | Sexo | Profissão | Tempo de atuação Profissional | Tempo de atuação na Unidade |
|----------------|---------|----------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Profissional 1 | 52 anos | Feminino | Técnico em Enfermagem | 6 anos | 2 anos |
| Profissional 2 | 34 anos | Feminino | Técnico em Enfermagem | 9 anos | 45 dias |

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 3 – Perfil dos profissionais de saúde entrevistados

| Nome | Idade | Sexo | Profissão | Tempo de atuação Profissional | Tempo de atuação na Unidade |
|----------------|---------|----------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Profissional 3 | 42 anos | Feminino | Enfermeiro | 17 anos | 3 anos |
| Profissional 4 | 34 anos | Feminino | Agente Comunitário de Saúde | 1 ano e 2 meses | 1 ano e 2 meses |
| Profissional 5 | 27 anos | Feminino | Agente Comunitário de Saúde | 1 ano e 2 meses | 1 ano e 2 meses |
| Profissional 6 | 22 anos | Feminino | Agente Comunitário de Saúde | 1 ano e 2 meses | 1 ano e 2 meses |

Fonte: Dados da pesquisa

Como é possível observar, foram seis profissionais participantes da amostra, sendo o sexo de todos o feminino, com a média de idade entre 22 à 52 anos. A profissão dos entrevistados é composta de enfermeiro, técnicos e enfermagem e agentes comunitários de saúde. A média de tempo de atuação profissional destes participantes oscila entre 1 ano e 2 meses até 17 anos, já o tempo de atuação na unidade varia de também 1 ano e 2 meses até 3 anos.

Esta unidade teve nove casos notificados, porém apenas duas gestantes foram localizadas sendo que não foi possível identificar a identidade das demais. Consequente serão apresentados os dados destas que podem ser observados no quadro a seguir:

Quadro 4 – Perfil das gestantes entrevistadas

| Nome | Idade | Profissão | Idade do bebê/ Idade gestacional | Data que recebeu o diagnóstico |
|------------|---------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Gestante 1 | 20 anos | Dona de casa/ Desempregada | 24 semanas de gestação | 2015 |
| Gestante 2 | 27 anos | Dona de casa/ Desempregada | 10 meses | Com três meses de gestação |

Fonte: Dados da Pesquisa

As gestantes que participaram da pesquisa tem média de idade de 20 à 27 anos, ambas não possuem profissão ou trabalho fixo. Uma das entrevistadas estava com 24 semanas de

gestação, descobriu a doença antes de engravidar, porém só realizou o tratamento durante a gestação atual. O filho da segunda entrevistada já estava com 10 meses, e a mesma descobriu a doença durante a gestação, realizando assim o tratamento.

4.3 Conhecimentos a cerca da Sífilis

Um dos aspectos investigados durante a coleta de dados foi sobre os conhecimentos que este grupo de profissionais, assim como as gestantes descrevem em relação a sífilis. Os dados como poderá ser observado a seguir, denotam sobre tratamento, forma de contágio, estágios da doença e consequências da mesma para a saúde.

Durante as entrevistas obteve-se nas falas de todos os profissionais entrevistados depoimentos sobre o que era a sífilis e de que forma se dá a transmissão. Aspectos que já foram citados por Brasil (2015) na página 12 do presente estudo, a sífilis é uma doença transmitida sexualmente, onde a transmissão acontece pelo contato sexual com pessoa contaminada. A seguir estão citadas algumas falas extraídas das entrevistas:

“A sífilis é uma doença contagiosa e a transmissão dela é via relação sexual e através da gestação, da mãe para o bebê” (PROFISSIONAL C).

Através da observação da fala do Profissional C, citada acima, nota-se que a transmissão vertical foi lembrada por apenas este profissional. A transmissão vertical da sífilis é citada por Sonda et al. (2013) na página 12 do deste estudo, onde afirma que a transmissão vertical pode chegar a 100% nos casos iniciais da doença na gestante.

Em relação aos sintomas da doença, o qual é lembrado pelo Profissional E:

“(...) tem vários estágios, o primeiro estágio normalmente aparece na parte genital masculina ou feminina” (PROFISSIONAL E).

Tal afirmação é confirmada por Brasil (2015a) na página 13 do presente trabalho, onde cita que a doença possui quatro formas de estágios, sendo a sífilis primária, secundária, latente e terciária. Na primeira fase, citada por nosso entrevistado, é o momento logo após a transmissão, onde ocorrerá o aparecimento da ferida no órgão genital ou onde ocorreu a contaminação e entrada da bactéria. Esta ferida é assintomática, e desaparece após certo período.

De acordo com Brasil (2015), todos os profissionais de saúde devem ser capazes de identificar os sinais clínicos da sífilis, assim como interpretar os resultados dos exames realizados, favorecendo a confirmação do diagnóstico e iniciando assim o tratamento precoce.

Além disso devem manter o acompanhamento dessas pessoas, monitorando a resposta do tratamento.

Do mesmo modo que questionamos os profissionais em relação aos conhecimentos sobre a sífilis as gestantes também foram abordadas sobre suas informações a este respeito. Foi possível detectar que apesar dos inúmeros meios de divulgação existentes atualmente, a sífilis ainda pode ser considerada uma doença pouco conhecida. Isto se dá pelo fato das doenças normalmente apresentarem sinais e sintomas visíveis, o que é diferente na sífilis, que pode iniciar com sinais pouco perceptíveis e só após anos se manifestar de forma mais intensa (VICTOR, et al. 2010).

Em entrevista, ao questionar as gestantes sobre a doença, ambas tiveram dúvidas ao responder. Uma delas fala que o que sabe é o que vê e pesquisa na internet e a outra não soube responder o que era a doença.

“O que eu sei eu pesquiso na internet” (GESTANTE A).

“Na verdade eu não sei nada” (GESTANTE B).

Tais depoimentos evidenciam o desconhecimento desta população em relação à doença, e a fragilidade da assistência a esta população. Pois estas duas gestantes são usuárias de serviços de atenção à saúde, em decorrência da gestação e também por terem tido a doença, e mesmo assim afirmam que não tem informações, ou que buscam na *internet*, não aparecendo a figura do profissional que o atendeu como fonte de informações.

O período de latência é descrito por Wentzel (2016) em uma publicação no jornal da BBC Brasil, intitulada Como se proteger da epidemia de sífilis no Brasil?, sendo o período onde a doença torna-se silenciosa, não apresentando sintomas e só através da sorologia é possível detectá-la. Aspecto citado pelas gestantes como é possível constatar a seguir:

“(...) pode aparece depois de anos né?” (GESTANTE A).

“(...) Nunca havia sentido nada de diferente, se fosse só por mim eu nunca ia descobrir” (GESTANTE B).

Ainda segundo Wentzel (2016), em publicação no jornal BBC Brasil, a estimativa é que 900 mil gestantes sejam contaminadas pela sífilis a cada ano, que se não tratadas causaram consequências para seus bebês, assim como podemos perceber na entrevista da Gestante A, que em outra gestação sofreu um aborto devido a doença:

“(...) Eu tive o diagnostico a uns dois anos atrás, mas não fiz o tratamento, até eu não sabia que tava grávida e tive aborto” (GESTANTE A).

Conforme descrito na página 9 do presente trabalho e citado pelo o Manual Técnico para diagnóstico da Sífilis do Ministério da Saúde (2016), a sífilis não tratada é responsável por cerca de 40% dos óbitos fetais e mortes neonatais.

Por consequência da doença ser silenciosa, e muitas vezes negligenciada pelos portadores, estes se relacionam com outras pessoas e a transmitem, fazendo com que este ciclo se alastre contaminando uma porcentagem da população (ALBUQUERQUE, et al, 2015).

Albuquerque et al. (2015), destaca que gestantes com sífilis representam um número quatro vezes maior do que as que possuem o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

É possível identificar nos depoimentos apresentados acima, que tanto os profissionais quanto as gestantes evidenciam algumas fragilidades de conhecimentos a cerca da sífilis, pois uma série de aspectos relacionados à doença, tais como algumas das formas de contágio, tratamento e riscos da doença não foram citadas. Assim, é possível perceber que mesmo a sífilis sendo uma epidemia no Brasil ainda precisa ser mais divulgada, para que as informações sobre ela se polarizem qualificando a assistência.

4.4 Conhecimentos a cerca das Complicações da Sífilis

Conforme Costa et al. (2016), dentre todas as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) existentes, a sífilis se destaca pelas graves consequências que podem afetar o período gestacional e neonatal. O aborto, a prematuridade e o óbito fetal podem acontecer durante estes períodos.

Ao questionar os profissionais referente às possíveis complicações que a sífilis poderia causar no recém-nascido, com exceção de apenas um entrevistado, todos souberam responder. Das consequências citadas pelo autor acima, todas foram lembradas.

“Que eu saiba pode nascer prematuro (...) e também pode ir a óbito” (PROFISSIONAL A).

Segundo Damasceno et al. (2014), quando a transmissão ocorre no último trimestre de gestação, o recém-nascido pode ser assintomático, já quando ocorre durante os outros trimestres, o quadro clínico pode variar entre manifestações recentes e tardias. O que é complementado por Brasil (2006), caracterizando as manifestações recentes com os sinais de hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, pseudoparalisia dos membros,

sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite hemorrágica, icterícia, anemia, fissura peribucal, síndrome nefrótica, edema, convulsão e meningite. Quando as manifestações ocorrem de forma tardia, apresenta cegueira, osso da tíbia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados, molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

Ao decorrer da entrevista, os profissionais ainda destacam a má formação fetal, a deficiência oftalmológica e neurológica, problemas respiratórios e cardíacos como também consequências da sífilis para os recém-nascidos, o que é confirmado pelo autor citado acima.

“Doenças neurológicas, doenças da pele, deficiências oftalmológicas” (PROFISSIONAL B).

“(...) pode ter problemas respiratórios, problemas físicos, problemas cardíacos, e pode leva até a morte do nenê né” (PROFISSIONAL E).

A mesma questão foi feita em entrevista com as gestantes, as quais só souberam citar a má formação fetal como complicação.

“O que eu sei é a má formação” (GESTANTE A).

“Só que ela podia nascer com alguma deficiência, alguma coisa má formada” (GESTANTE B).

Ainda no mesmo questionamento, uma das gestantes relatou que os profissionais que haviam a orientado sobre as possíveis complicações no recém-nascido havia dado estas informações “meio por cima”.

“(...) não me falaram muito né, só falaram meio por cima, sabe?” (GESTANTE A).

De acordo com Victor et al. (2010), há uma carência de orientações não prestadas ou prestadas insuficientemente pelos profissionais para as gestantes, dificultando o processo de entendimento das mesmas sobre seu estado de saúde.

Neste grupo esta carência de informações não está atrelada a falta de informações dos profissionais, pois como pode ser observado em suas falas eles disponibilizam de uma série de conhecimentos que poderiam ser compartilhados com as gestantes. Indicando assim a necessidade de qualificação da assistência prestada, utilizando metodologias que facilitem a compreensão das gestantes.

4.5 Aderência ao Tratamento da Sífilis

Conforme Vasconcelos et al. (2016), na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família é responsável por promover ações educativas e de prevenção de agravos na comunidade. Nisto se encaixa a atenção ao pré-natal, promovendo o diagnóstico e tratamento de gestantes e seus parceiros quando estes apresentam testes reagentes. Apesar de toda esta cobertura, os índices de sífilis congênita continuam aumentando, devido a vários aspectos. Um deles pode ser percebido na fala a seguir, e se refere a não adesão ao tratamento por parte do companheiro.

“Fiz duas vezes até. Fiz mais que uma por que daí eu fiz e o pai dela não quis fazer, daí eu tive relação com ele e me contaminei de novo (...). Ele em nenhum momento fez o tratamento, aí eu não tive mais relações com ele” (GESTANTE B).

Na fala citada acima por uma das gestantes entrevistadas demonstra uma situação comum no Brasil, o que é descrito por Santos e Anjos (2009), onde referem que é baixo o índice de parceiros que vão até a unidade de saúde realizar o tratamento e apoiar a gestante. Isso se dá pelo fato de ainda existirem o pensamento machista e o preconceito de que é a mulher que tem a responsabilidade de criar e educar os filhos, além da não aceitação da própria doença.

Em relação à opinião dos profissionais entrevistados, todos declararam que normalmente as gestantes aderem ao tratamento, que apenas em um caso uma gestantes moradora de rua não aderiu e teve aborto.

“(...) enquanto eu tô trabalhando a única gestante que a gente não conseguiu fazer as três doses foi uma paciente de rua, que daí ela teve o aborto” (PROFISSIONAL C).

A dificuldade encontrada pelos profissionais entrevistados é o tratamento do parceiro, como podemos perceber nas falas a seguir:

“As mães fazem, o difícil é o companheiro” (PROFISSIONAL A).

“(...) a aderência do parceiro às vezes é mais complicada, porque às vezes o parceiro nem se quer mora na cidade, ele é de outro local, e daí isso dificulta um pouco o tratamento do parceiro” (PROFISSIONAL C).

De acordo com Figueiredo et al. (2015), a não adesão ao tratamento do parceiro é considerada um grande desafio para o controle da sífilis. Destaca-se a busca ativa como

ferramenta de aproximação para o tratamento, porém em algumas situações o parceiro não é localizado, por não ser da mesma região onde a gestante é tratada, dificultando a realização do tratamento.

De acordo com Vasconcelos et al. (2016), quando o parceiro decide aderir e acompanhar a gestante durante o tratamento, o sucesso deste aumenta significativamente, devido ao apoio que um dá ao outro. Porém, o sucesso da realização completa do tratamento é maior em casais que possuem união estável, em comparação a situações em que ocorram relacionamentos ocasionais.

Em relação à aderência ao tratamento houve um encontro de afirmações nas falas dos profissionais e das gestantes, ou seja, ambos afirmaram que a adesão por parte do parceiro é um aspecto que interfere no sucesso do tratamento.

Na fala da próxima gestante entrevistada nota-se o sucesso e a adesão no tratamento.

“Sim, fiz o tratamento ali no posto, tinha data, o meu parceiro ia no mesmo dia também”
(GESTANTE A).

Neste caso confirmam-se as afirmações do autor citado acima, pois esta gestante tem um relacionamento estável como o pai de seu filho.

Sobre a temática aderência, os sujeitos também foram questionados sobre os motivos que determinam para que o tratamento seja realizado de acordo com o que é preconizado. Aspecto este que será descrito a seguir.

Assim como citado por diversos autores no presente trabalho e reforçado por Brasil (2012), a sífilis não tratada na gestação pode trazer malefícios para o recém-nascido. Diante desta afirmação, ao questionar tanto as gestantes quanto os profissionais sobre os motivos pelos quais levam a aderência ao tratamento da sífilis durante o pré-natal as gestantes entrevistadas são conscientes dessas possíveis complicações e os profissionais afirmam que a aderência ao tratamento se dá para evitar prejudicar o bebê, assim como vemos nas falas a seguir:

“Pra não da nada no nenê” (GESTANTE A).

“Foi por ela, pela nenê” (GESTANTE B).

“Eu acho que é mais pela preocupação com o bebê, de passa isso pra criança né”
(PROFISSIONAL D).

De acordo com Albuquerque et al. (2015), a sífilis congênita leva ao óbito fetal no mundo cerca de 500 mil casos de recém-nascidos anualmente. A Organização Mundial da Saúde alerta que apesar de ser uma doença de fácil prevenção, há mais casos de recém-nascidos com sífilis do que outra doença neonatal.

Andrade, Costa e Lopes (2013), destacam que a comunicação entre profissional e gestante é primordial para o sucesso no tratamento da sífilis, com isso, assim como citado por Lima et al. (2016), essa comunicação deve fornecer informações esclarecedoras, com o intuito de incentivar a gestante ao cuidado pré-natal, evitando complicações para ela e para o recém-nascido. Lima (2016) destaca ainda a importância das abordagens comunitárias ao público propício a doença, fornecendo mecanismos de barreira e prevenção.

Albuquerque et al. (2016) salienta que melhorar a saúde da gestante e a redução da mortalidade infantil estão entre os dez objetivos das Metas de Desenvolvimento do Milênio, e a diminuição dos casos de sífilis gestacional e congênita devem ser incluídas nas intervenções realizadas pelas assistências da atenção primária em saúde, diminuindo consideravelmente a incidência de novos casos da doença.

Neste sentido para que tais objetivos sejam cumpridos é necessário conhecer e compreender o que leva as mulheres a adesão do tratamento. Os dados apresentados nesta sessão explicitam alguns aspectos que podem auxiliar na problematização da assistência no que se refere a aderência ao tratamento.

4.6 Orientações fornecidas

Por fim os sujeitos foram abordados sobre que orientações são colocadas em pauta durante a assistência prestada na atenção primária. Como descrito no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (2015), os profissionais que assistirem as gestantes em tratamento de sífilis no pré-natal devem reforçar as orientações a cerca da recontaminação pelo *T. pallidum*, para que evitem ou mantenham relações seguras com utilização de preservativos durante todo o período de tratamento.

Ao questionar os profissionais entrevistados em relação a estas orientações prestadas as gestantes que iniciam o tratamento da sífilis durante o pré-natal, todos ressaltaram a importância do uso do preservativo durante o ato sexual, além de incentivar as gestantes a seguirem com a realização do tratamento até o final, como podemos ver nas entrevistas a seguir:

“É, a gente orienta assim ó, tu vai leva camisinha, que se tu tive fazendo injeção aqui no posto e volta a ter relação com o companheiro com que tu contraiu tu vai se reinfectar né... A gente tá sempre alertando, ela tem que usa camisinha, tem que ter cuidado e que ela tem que insistir pro companheiro vim”
(PROFISSIONAL A).

“Orieto a fazer o tratamento correto como a doutora indica, vir aplicar a medicação, usar preservativo” (PROFISSIONAL B).

As gestantes também foram questionadas em relação as orientações que os profissionais deram em relação ao tratamento, o que foram semelhantes às entrevistas dadas pelos profissionais:

“Só pra mim não faze sexo sem camisinha” (GESTANTE A).

“Que se eu tivesse relação com alguém era pra usar camisinha e pra não ter mais relação com o pai da nenê. Que era pra mim tomar as injeções que depois disso eu ia ficar bem”
(GESTANTE B).

De forma geral, assim como citado por Pires et al. (2014), a prevenção da sífilis é simples. A partir do conhecimento de suas formas de transmissão é possível traçar estratégias para evitar a contaminação ou recontaminação.

Ainda segundo o autor citado acima, ainda há uma grande dificuldade dos órgãos assistenciais e epidemiológicos de fornecerem mecanismos de controle para a doença. Conseqüentemente, as informações passadas são precárias ou de difícil compreensão para população de risco, sendo elas gestantes que não tem acesso a unidade de saúde para a realização do pré-natal, baixo nível socioeconômico, infecção simultânea pelo HIV, a não aderência ao parceiro ao tratamento, junto com a não utilização de barreiras de proteção no ato sexual da gestante, fazendo com que esta se recontamine, entre outros.

Leite, et al (2016), destaca a importância da assistência da equipe de enfermagem durante o processo de detecção e orientação a gestante durante o período pré-natal de forma sistêmica e humanizada, caracterizando a infecção de muitas mulheres pela falta de informações, assim como já foi citado por Pires et al (2014), no paragrafo descrito acima. A assistência de enfermagem torna-se determinante para a diminuição considerável dos casos de transmissão vertical da doença, não esquecendo de ressaltar a importância das notificações,

que através delas os órgãos de saúde e a Vigilância Epidemiológica irão traçar novas estratégias para alcançar os públicos vulneráveis a doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) que requer uma assistência de qualidade, pois além de comprometer a saúde da gestante pode causar sequelas irreversíveis no recém-nascido. Apesar de todos os métodos disponíveis na atualidade para detecção e tratamento, os motivos pelos quais levam ao aumento da epidemia desta doença até então se mostram interrogáveis. Há uma lacuna que torna este problema persistente, porém a solução deste contratempo relacionado a assistência ainda parece ser complexa.

Para a realização do presente estudo, ocorreram situações que dificultaram o desenvolvimento de tal. Como se sabe, os testes rápidos de detecção de doenças sexualmente transmissíveis que são realizados nas unidades de saúde, são de caráter sigiloso, porém no início da projeção deste estudo, o mesmo foi encaminhado à Secretaria de Saúde do Município para avaliação e aceitação do órgão. É importante ressaltar que na metodologia deste estudo estava descrito as formas de coleta de dados que iriam ser realizadas. O trabalho foi aceito pelo órgão de saúde, assim como pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Diante destas liberações deu-se início a coleta de dados, primeiramente com os profissionais de saúde, e como não havia informações de todos os casos notificados pela unidade básica de saúde, recorreu-se ao local onde ficam armazenados estes dados: a Vigilância Epidemiológica do município. Com a solicitação dos nomes das pacientes notificados negados pela Vigilância de Saúde, levanta-se uma questão equivocada: Por qual motivo o presente estudo não foi negado pelos dois primeiros locais onde foram avaliados e só foi barrada durante a solicitação dos nomes destas pessoas? Sendo que os procedimentos que seriam realizados durante a coleta de dados estavam descritos de forma minuciosa na metodologia do estudo? Pois bem, a pesquisa foi realizada então com os nomes fornecidos pela unidade de saúde, o que acaba se tornando uma frustração, visto que a expectativa era de entrevistar nove gestantes, e por fim conseguiu-se entrevistar apenas duas.

Durante a realização das entrevistas com os profissionais de saúde, assim como com as gestantes, houve um acolhimento positivo, principalmente pela equipe de enfermagem, que se manteve a disposição durante todo o processo de coleta de dados, fornecendo informações necessárias e sugestões. Pode-se perceber que a sífilis em gestante é um assunto preocupante para a equipe, que está ciente das epidemias e tem o objetivo de amenizar os casos. Os dados das gestantes eram obtidos através do aplicativo utilizado pelas Unidades Básicas de Saúde, o Fly Saúde. Estes dados fornecidos pelo aplicativo são vinculados com as informações

contidas no cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada paciente. Uma falha presente neste processo é que muitas vezes os usuários deste serviço trocam de endereço e não atualizam o cadastro, dificultando no momento de encontrá-los, situação a qual foi vivenciada durante o processo de coleta de dados.

Após o desenvolvimento do estudo e a análise dos dados coletados, foi possível identificar um déficit no conhecimento das gestantes em relação à doença. Todas as formas de conhecimentos eram escassas e obtidas por meio de sites da internet, não aparecendo a figura do profissional durante as entrevistas, como fonte de conhecimento. Isso se justifica pelas possíveis orientações transmitidas serem de difícil entendimento por esse público, reforçando a necessidade da utilização de metodologias adequadas as especificidades da clientela, para que as orientações sejam compreendidas em sua totalidade.

Em relação à aderência ao tratamento, os profissionais e as gestantes concordam que a dificuldade sempre é a aderência do parceiro ao tratamento. Ainda que seja realizada a busca ativa das gestantes que estão em tratamento na unidade, intercorrências estão sujeitas a acontecer, entre elas a recontaminação pelo parceiro não tratado, fazendo com que a mesma tenha que iniciar novamente o tratamento. Os motivos pelos quais levam a gestante a aderência ao tratamento também é do senso comum entre ambos, sendo o principal motivo evitar as consequências ao recém-nascido.

Como já vimos anteriormente, a sífilis está se alastrando por todos os cantos do mundo, e em algum momento iremos nos deparar com alguma pessoa portadora dos diversos estágios da doença. O profissional enfermeiro está diretamente ligado a assistência a saúde, sendo em uma unidade básica de saúde ou em um ambiente hospitalar. Saber lidar com a doença e fornecer informações necessárias e de fácil compreensão para o controle e a adesão ao tratamento é imprescindível.

A qualidade do pré-natal e a assistência prestada a gestante durante este período torna-se primordial na detecção precoce da doença, além de fornecer uma boa qualidade de vida, disponibilizando informações a cerca da prevenção de outras comorbidades. Esta assistência deve ser prestada de forma humanizada, levando em considerações as questões trazidas pela própria gestante, além de formar um vínculo entre equipe de saúde e gestante/parceiro. Após esse vínculo ser consolidado, a adesão ao tratamento de ambos tem grandes chances de ter sucesso.

É de responsabilidade da atenção básica e de seu enfermeiro gestor desenvolver estratégias para a aproximação da população do território pertencente a unidade. Entre essas estratégias devem estar associadas aos problemas de saúde presentes na comunidade, além da

detecção de gestantes no bairro, através das agentes comunitárias de saúde, e assim aproximar essas mulheres da unidade. Cabe ressaltar que muitas vezes as pessoas não sabem que são realizados de forma gratuita os testes rápidos de sorologias nas unidades básicas de saúde, então acabam por não descobrir que são portadores da doença.

A relevância do estudo para a enfermagem pode ser observada em todas as sessões apresentadas no texto, os dois últimos parágrafos destacam de forma mais direta a importância da atuação do enfermeiro nos processos que envolvem desde o rastreamento ao tratamento da sífilis, colocando este profissional num lugar de destaque e extremamente importante para a mudança do contexto atual relacionado ao aumento significativo de casos de sífilis no país.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Conceição de Maria de; et al. A compreensão da qualidade de vida atrelada à sífilis congênita. *Revista APS: Fortaleza*, v.18, n.3, p.293-297, jul/set 2015. Disponível em <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2428/891>> Acesso em agosto 2017
- ANDRADE, C. G. de; COSTA, S. F. G da; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Revista Ciencia & Saúde Coletiva: Paraíba*, v.18, n.9, p. 2523-2530, mai 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a06.pdf>> Acesso em agosto 2017.
- BATISTA, Clarice Solange Teixeira; OLIVEIRA, Tatiana Heidi (Org). Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e Sífilis*. Diário Oficial da União. Porto Alegre: 2015. n.1, 123p
- BONILHA, Ana Lucia de Lourenzi; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Corrêa de. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016. p. 423-432.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita*. Ministério da Saúde: Brasília, 73p, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>. Acesso em julho de 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100p.
- _____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. *Gestantes são foco de ações de Combate à Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/10/gestantes-sao-foco-de-acoes-de-combate-a-sifilis>> Acesso em 5 mar 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59213/manual_sifilis_10_2016_pdf_19611.pdf> Acesso em 2 mar 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites virais. *Sífilis*. Ministério da Saúde: Brasília 2015a. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>> Acesso em 14 mar 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico - Sífilis 2015*. Ministério da Saúde: Brasília 2015b. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p__18327.pdf> Acesso em mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico - Sífilis 2016*. Ministério da Saúde: Brasília 2016c. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905.pdf> Acesso em mar 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília, Ministério da Saúde, 2016d.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 2016e. Disponível em <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>> Acesso em março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Sífilis na gestação*. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis-na-gestacao>> Acesso em julho 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Ministério da Saúde, Brasília: 1ª ed. 2015.

CARAMEZ, João Cléber. Santa Cruz do Sul tem 87 casos de sífilis em meio ano. *Gazeta do Sul*, Santa Cruz do Sul, 22 out. 2016, Caderno Geral. p. 12.

COSTA, R.; LOCKS, M.O.H.; GIRONDI, J.B.R. Pesquisa Exploratória Descritiva. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016. p. 273-289.

COSTA, J.S.; et al. O conhecimento de gestantes com diagnóstico de sífilis sobre a doença. *Revista Interdisciplinar*, Teresina: v.9, n.2, p.79-89, abr/mai/jun 2016. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/881/pdf_314>. Acesso em julho de 2017.

DAMASCENO, A.B.A.; et al. Sífilis na Gravidez. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro: v.13, n.3, p.88-94, 2014. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=500>. Acesso em julho de 2017.

FIGUEIREDO, M.S.N de.; et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Revista Rene*, Ceará: v.16, n.3, p.345-354, mai 2015. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1971/pdf>> Acesso em julho 2017

LEITE, Ive Athiery; et al. Assistência de Enfermagem na Sífilis na Gravidez: Uma revisão integrativa. *Revista de Ciências Biológicas e da Saúde*: Maceió, v.3, n.3, p. 165-176, nov 2016. Disponível em <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/3417>> Acesso em agosto 2017

LIMA, VALDÊNIA CORDEIRO; et al. Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. *Revista de Saúde Pública do Paraná*: Londrina, v.17, n.2, p.118-125, dez 2016. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/view/25185/pdf11>> Acesso em agosto 2017.

LOPES, Ana Karla Bezerra. *A sífilis congênita nos municípios de grande porte do Brasil*. 2016. 51f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciência da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Natal, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 407 p.

NETO, C.F.; CUCÉ, L.C.; REIS, V.M.S. *Manual de Dermatologia*. 3ª Ed. Barueri - SP: Manole, 2013. p. 204-209.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana*. Tradução de Nazle Mendonca Collaco Veras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/diagnostico-laboratorial-de-doencas-sexualmente-transmissiveis-incluindo-o-virus-da->> Acesso em 2 mar 2017.

PEREIRA, R.A.D.; LEVI, J.E.; KUTNER, J.M. Sífilis. In: HAMERSCHLAK, Nelson; SARAIVA, João Carlos Pina. *Hemoterapia e Doenças Infecciosas*. Barueri - SP: Manole, 2014. p. 63-72

PIRES, Ana Célia Scari; et al. Ocorrência de Sífilis Congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade. Revisão de Literatura. *Revista UNINGÁ*: Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p 58-64, Jul-Set, 2014. Disponível em <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140630_161256.pdf> Acesso em agosto 2017

SANTOS, Vanessa Cruz; ANJOS, Karla Ferraz dos. Sífilis: Uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. *Revista Saúde e Pesquisa*, Maringá: v.2, n.2, p.257-263, mai/ago 2009. Disponível em <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1027>> Acesso em julho 2017.

SILVA, Eunice Costa da.; et al. Resultados de sorologia de sífilis em campanha de município do norte do Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. Belém, v. 7, n. 1, p. 39-43, mar 2016. Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v7n1/v7n1a05.pdf>> Acesso em abril 2017.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. Unidade 2 - A Pesquisa Científica. in: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. *Métodos de pesquisa*; Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS– Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em 04 mar 2016.

SONDA, E.C. et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 28-30 , jan 2013.

SOUSA, F.G.M de.; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L.P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2016. p. 99-122.

SPINK, Mary Jane. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. In. _____. *As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. p. 37-59.

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL; AGNES, Clarice; HELFER, Inácio; HAAS, Helga. *Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos*. 10. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2017. 103 p.

VASCONCELOS, M.I.O.; et al. Sífilis na gestação: Estratégias e desafios dos enfermeiros da Atenção Básica para o tratamento simultâneo do casal. *Revista Brasileira de Promoção a Saúde*, Fortaleza: v.29, p.85-92, dez 2016. Disponível em <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>> Acesso em julho 2017.

VICTOR, J.F.; et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Fortaleza: v.12, n.1, p.113-119, mar 2010. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a14.pdf> Acesso em julho 2017.

WENTZEL, Marina. *Como se proteger da epidemia de sífilis no Brasil?* BBC Brasil, Rio de Janeiro, out 2016. Disponível em <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-37748006>> Acesso em julho 2017.

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA – DEO PROBLEMATIZANDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ- NATAL. PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS GESTANTES

O projeto de pesquisa tem como objetivo geral identificar os aspectos envolvidos na adesão do tratamento de gestantes com diagnóstico de sífilis. Como instrumento para coleta de dados será utilizado à entrevista semiestruturada contendo questões abertas e fechadas elaboradas pela pesquisadora referentes aos objetivos do presente estudo.

Este estudo não oferece riscos. Caso você se sinta prejudicado, poderá manifestar seu desconforto e retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Os benefícios esperados com a realização deste estudo são o de identificar os motivos da não adesão ao tratamento, e com isso utilizar os dados como subsídio para a proposição de abordagens que estimulem o portador a aderir a terapêutica proposta.

A presente pesquisa será realizada pela pesquisadora Rafaela Reis Santos, através da coleta de dados por meio de um formulário de questões referentes ao objetivo da pesquisa. Será utilizado, caso os sujeitos autorizem, o gravador como forma de registro dos dados. A pesquisa será orientada pela professora e enfermeira Vera Elenei da Costa Somavilla.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof^ª Vera Elenei da Costa Somavilla e a Acadêmica de Enfermagem Rafaela Reis Santos. (Fone (51) 998589227).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / ____

Nome e Assinatura do Voluntário
obtenção do presente consentimento

Nome e assinatura do responsável pela

**APÊNDICE 2: ENTREVISTA – QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS DA SAÚDE
PROBLEMATIZANDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-
NATAL. PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS GESTANTES.**

Nome fictício do Entrevistado:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Tempo de atuação na unidade:

QUESTÕES:

1. O que é a Sífilis e como é transmitida?
2. Quais as possíveis complicações da sífilis não tratada na gestação para o RN?
3. As gestantes com sífilis que fazem acompanhamento na unidade de saúde aderem ao tratamento durante o pré-natal?
4. Em sua opinião, qual o principal motivo da aderência ou não aderência da gestante com diagnóstico sífilis ao tratamento?
5. Quais as orientações que você transmite a gestante nas situações em que ela irá iniciar o tratamento da sífilis?

**APÊNDICE 3: ENTREVISTA – QUESTIONÁRIO GESTANTES/PUÉRPERAS
PROBLEMATIZANDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-
NATAL. PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS GESTANTES.**

Nome fictício do Entrevistado:

Idade:

Profissão:

Idade Gestacional:

Idade do bebê:

Data em que recebeu o Diagnóstico:

QUESTÕES:

1. Em relação à sífilis, o que você sabe sobre a doença?
2. Durante sua gestação, você aderiu ao tratamento da sífilis, seguindo as orientações dadas pelos profissionais da saúde?
3. Por qual motivo você aderiu ou não aderiu ao tratamento?
4. Você sabe as possíveis complicações da não aderência do tratamento para RN?
5. Quais as orientações que você recebeu dos profissionais da unidade de saúde sobre o seu diagnóstico?

ANEXO A: CARTA DE ACEITE SECRETARIA MUNICIPAL SE SAÚDE



Santa Cruz do Sul, 12 de abril de 2017.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o protocolo de pesquisa intitulado, **“PROBLEMATIZANDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL, PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS GESTANTES”**, desenvolvido pela acadêmica Raefela Reis Santos, sob orientação da professora Enfermeira Dr^a Vera Elenei da Costa Somavilla, do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa nas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.

CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M. 41176

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ernesto Alves, 746 – Centro – Santa Cruz do Sul
E-mail: daps.saude@santacruz.rs.gov.br
Telefone: (51) 2109-9500

ANEXO A: CARTA DE ACEITE SECRETARIA MUNICIPAL SE SAÚDE



Santa Cruz do Sul, 12 de abril de 2017.

Ao comitê de ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados senhores

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado **PROBLEMATIZANDO A ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL, PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS GESTANTES**, desenvolvido pela acadêmica Rafaela Reis Santos, sob orientação da professora Enfermeira Dr^a Vera Elenei da Costa Somavilla, do Curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa na unidade de saúde da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente


CLARISSA GEHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

Clarissa Gehlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M 41176

Rafaela R. Santos

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ernesto Alves, 746 – Centro – Santa Cruz do Sul
E-mail: daps.saude@santacruz.rs.gov.br
Telefone: (51) 2109-9500

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP