

SÍFILIS EM GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - SP: UM ESTUDO QUALITATIVO DE CASOS MÚLTIPLOS

SYPHILIS IN PREGNANT WOMEN ASSISTED IN HEALTH UNITS OF METROPOLITAN REGION OF SAO PAULO, SP - BRAZIL: A QUALITATIVE MULTIPLE CASE STUDY

Ana Maria Siqueira

Universidade Municipal de São Caetano do Sul
(USCS)

Wellington Luiz Siqueira

Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)

Francisco Sandro Menezes Rodrigues

Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU)

Paolo Ruggero Errante

Laboratório de Imunologia, Departamento de Imunologia, Instituto de Ciências Biomédicas IV - Universidade de São Paulo - USP

Renato Ribeiro Nogueira Ferraz

Departamento de Saúde - Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).
Pós-Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

E-mail: renatobio@hotmail.com

RESUMO

A sífilis na gestação constitui-se em um grave problema de Saúde Pública no Brasil, principalmente na região metropolitana de São Paulo - SP. Este estudo se trata de um levantamento de dados secundários no DATASUS, além de uma pesquisa qualitativa por meio de entrevista com seis gestantes acolhidas em uma unidade de saúde do município de São Paulo - SP. Como principal resultado, identificou-se a necessidade de um constante esforço por parte de médicos e enfermeiros na busca por minimizar os casos de sífilis congênita, visto que os mesmos necessitarão de tratamento para o resto da vida do indivíduo afetado. A equipe de saúde utiliza abordagens diferentes para motivar a adesão das gestantes, realizando exames precoces e tratamentos

adequados durante a gestação, entretanto, ainda de forma insuficiente. Busca-se entender por que, mesmo após as orientações fornecidas pela equipe de saúde à usuária, ainda existe a dificuldade na prevenção da doença. Ainda, foi possível observar uma série de dificuldades que a atual estratégia de combate à doença enfrenta, como o acesso ou não ao parceiro, a dificuldade com o idioma falado no país, além da falta de capacitação adequada dos profissionais.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Saúde Pública; Sífilis na Gestação; Sífilis Congênita; Políticas Públicas; Indicadores sociais.

ABSTRACT

Syphilis in pregnancy constitutes a serious public health issue in Brazil, mainly in the metropolitan area of Sao Paulo – SP. This study is a survey of secondary data in DATASUS, as well as a qualitative research through interviews with six pregnant women accepted in a health unit in São Paulo - SP. The main result, it identified the need for a constant effort on the part of doctors and nurses seeking to minimize cases of congenital syphilis, as they require treatment for the rest of life of the affected individual. The health team uses different approaches to motivate adherence of pregnant women, performing early examinations and treatment during pregnancy, however, still insufficient. Seeks to understand why, even after the guidance provided by the health team to the user, there is still the difficulty in preventing the disease. Still, it was possible to observe a number of difficulties that the current strategy to combat disease faces, such as access or not the partner, the difficulty with the language spoken in the country, and the lack of proper training of professionals.

Keywords: Public Health; Syphilis in pregnancy; Congenital syphilis; Public policies; Social indicators.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, transmitida pelo contato sexual ou de forma vertical durante a gestação. É uma condição clínica que, apesar de ser conhecida desde o século XV, ainda se constitui em um grave problema de saúde pública no mundo. É caracterizada por períodos de latência e atividade, possuindo acometimento sistêmico disseminado e podendo evoluir, caso não tratada ou tratada inadequadamente, para formas mais graves. O diagnóstico pode ser feito por meio de testes laboratoriais e o tratamento farmacológico é realizado principalmente com penicilina, preconizando-se também as abordagens com base na orientação tanto do paciente quanto do parceiro (1,2).

No Brasil, tanto nas regiões de baixa renda, onde o acesso à saúde é mais precário, quanto naquelas onde existe uma melhor condição socioeconômica (3), o número de casos de sífilis congênita vem crescendo a cada dia, especialmente devido à falta de informações sobre a importância do pré-natal bem feito, que deve ser iniciado antes da décima quarta semana de gestação, na qual a mulher será informada de todos os exames necessários (4,5). Ainda, observa-se um reduzido conhecimento por parte das gestantes com relação aos malefícios que a sífilis não tratada pode causar ao recém-nascido, notando-se que muitas vezes as parturientes não dão a importância necessária ao pré-natal, julgando serem saudáveis e não necessitarem de acompanhamento médico (1,4,5).

A saúde pública exerce um papel fundamental nesse contexto, dando garantia de consultas mensais e exames periódicos, priorizando a descoberta precoce da sífilis e o tratamento adequado. A consulta de enfermagem em conjunto com o ginecologista é de grande importância para detectar as doenças no início da gravidez e, assim, orientar a gestante com relação à importância do próprio tratamento, e também de seus parceiros (6,7). É nesse momento que se esbarra nas dificuldades do tratamento, como o fato do grande número de gestantes adolescentes, estrangeiras com dificuldade da língua portuguesa, e/ou as faltosas, fazendo com que as orientações se percam ao longo da gestação. Mesmo perante a estas adversidades, o pré-natal na rede pública é de responsabilidade dos profissionais de saúde, e deverá conter um mínimo de seis consultas conforme protocolo da Secretaria da Saúde e o Programa Mãe Paulistana, que inclui visitas domiciliares às gestantes faltosas como uma das estratégias para um bom atendimento e tratamento de agravos adequado (1).

O recém-nascido de mães com sífilis na gestação tem acompanhamento médico com exames de sorologia para sífilis até os dezoito meses, visando o controle da titulação por meio do teste treponêmico e VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). A sífilis congênita pode se apresentar nas fases da primeira infância com sintomas diversos, tais como cegueira, dificuldade no raciocínio, nariz em sela, maxilares subdesenvolvidos, hepatomegalia, esplenomegalia, outras erupções cutâneas, anemia, linfonomegalia, icterícia, pseudoparalisia, dentre outros (1).

A atenção à mulher na gestação é muito importante e deve ser iniciada na primeira consulta pré-natal, com término na consulta de puerpério. Além disso, a atenção ao pré-natal tem o potencial de detectar doenças na gravidez e

proporcionar uma gestação saudável e um recém-nascido sadio (6). Segundo Saraceni e Miranda (2012) (8): "A sífilis na gestante tornou-se de notificação compulsória em 2005 (*Portaria MS/SVS nº. 33*), sendo a ficha de investigação liberada para digitação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em 2007. A sífilis congênita adquiriu este *status* muito tempo antes, em 1986, e sua ficha de investigação sofreu variações ao longo dos anos, a fim de melhorar a detecção e acompanhar o processo de eliminação assinado em acordos internacionais pelo Ministério da Saúde (9)".

De acordo com Saraceni e Leal (2003) (10): "a sífilis congênita é um agravo de saúde passível de eliminação, desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* seja identificada e tratada antes ou durante a gestação". Ainda para as autoras: "A doença é causa importante de morbidade e mortalidade perinatal. O tratamento da mulher grávida com penicilina benzatina, até trinta dias antes do parto, reduz, em muito, as complicações, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, sequelas nos bebês e óbito neonatal".

Da mesma forma, para a mulher, a sífilis não tratada pode se tornar uma doença muito séria que acomete órgãos e sistemas. Ela atinge todas as classes sociais, por se tratar de uma doença transmitida sexualmente, e a troca de parceiros com frequência aumenta as chances de sua transmissão (7). Desencadeia sintomas como verrugas e feridas na região íntima, e seus portadores, na maioria das vezes, sentem vergonha de procurar um profissional de saúde, permanecendo muito tempo sem tratamento, aumentando assim a chance de transmitir a doença sem o conhecimento de sua gravidade (1).

Faz-se necessário, dessa forma, um conjunto de políticas públicas construídas com a intenção de identificar a doença durante os exames de pré-natal para aumentar as chances do tratamento e possibilitar uma gestação saudável. Alguns exames foram elaborados para este fim, como apontam Saraceni e Leal (2003) (10): "Com o objetivo de eliminação da sífilis congênita, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento da sífilis na gravidez, utilizando-se o VDRL, teste quantitativo não treponêmico, na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na admissão para parto ou curetagem". Este teste é feito no sangue, logo nas primeiras semanas de gestação.

Outro teste bastante utilizado é o "teste rápido", que consiste em uma coleta

de amostra de sangue capilar que não é enviada ao laboratório, pois a análise é realizada por profissional qualificado na própria Unidade Básica de Saúde – UBS, onde o resultado fica pronto de 15 a 20 minutos, com uma confiabilidade de até 97%. Esse teste tem como objetivo antecipar o tratamento, visto que o exame laboratorial demora aproximadamente de 20 a 30 dias em análise. Ambos os testes também identificam HIV, possibilitando tratamentos precoces na gestante também para esta doença, onde a mesma é encaminhada ao centro de referência para dar continuidade ao pré-natal (10).

Com os exames prontos, caso o mesmo seja positivo de Sífilis, o especialista precisa saber identificar a titulação do exame, pois a doença pode estar em forma latente ou em forma de cicatriz e, no caso da gestante, mesmo sendo cicatriz, é necessário iniciar os tratamentos para reduzir os riscos de infecção ao recém-nascido. Caso haja resultados positivos nas gestantes, as mesmas devem ser convocadas à unidade para orientação junto ao parceiro e notificada sobre a doença (11).

Quando se trata da Estratégia Saúde da Família, a atenção básica vai muito além nos cuidados com o pré-natal, pois a gestante é visitada com mais frequência, e a mesma tem porta aberta nas Unidades. São utilizados protocolos de tratamento da sífilis nas gestantes e parceiros, evitando assim a sífilis congênita, visto que o uso de três doses de penicilina na mulher e três doses no parceiro tem um custo pequeno para o SUS, levando-se em consideração que uma criança que nasce com sífilis congênita, manifestando sintomas, permanecerá em tratamento para o resto da vida (11). As três doses de penicilina de 2.400.000 UI (Unidades Internacionais), divididas em 1.200.000 UI, são aplicadas em ambas as nádegas por três semanas consecutivas, totalizando 7.200.000 UI. A penicilina é a única droga que atravessa a barreira placentária tratando o feto antes de nascer. Ainda, não se pode esquecer das gestantes que são alérgicas à penicilina, devendo estas serem encaminhadas a hospitais referência para tratamento do agravo (12).

A sífilis congênita acontece quando a mãe infectada transmite a doença para o bebê através da placenta, podendo esta infecção ser transmitida para o feto em qualquer estágio da doença materna. As consequências da doença no bebê podem variar de acordo com a gravidade da doença da mãe. Existem riscos de abortamento espontâneo, parto prematuro, e ao nascer, o bebê pode apresentar os sintomas da doença. Segundo Pinheiro (2011) (13): "No Brasil estima-se que a prevalência de Sífilis em gestantes seja de 3 a 4%. Para isso o

Ministério da Saúde lançou, acompanhado dos demais órgãos mundiais de saúde, o projeto de eliminação da sífilis congênita e definiram como meta uma incidência menor ou igual um caso a cada 1.000 nascidos vivos. O Ministério da Saúde preconiza a realização de três exames VDRL, sendo dois durante o pré-natal e o outro no momento do parto”.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1986, possui os seguintes princípios: Universalidade, Integralidade, Equidade, e a participação social e universal para todos. Dentre os programas criados pelo SUS, está incluído o Programa Saúde da Família, que é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que estes últimos devem residir na comunidade onde será realizado o trabalho. De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Programa Saúde da Família, publicado pelo Ministério da Saúde em 2000 (9), sabe-se que: “Implantar uma USF não significa construir novas unidade, mas readequar o funcionamento da existente. Preferencialmente a USF deve ser instalada em uma unidade básica de saúde já existente, seja ela em um centro de saúde ou um Posto. Porém, poderá haver adaptações em outras unidades desde que seja obedecido os critérios de referência territorial e de facilidade de acesso da população. Estes aspectos são extremamente importantes para o seu adequado funcionamento” (9). Ainda: “A implantação do Programa Saúde da Família (PSF), exige as vezes estratégia de transição de um modelo a outro. Nestes casos, é necessário manter a convivência das duas lógicas de atuação por um determinado período. Normalmente é um período de conflito, onde entram em jogo uma série de interesses. Muitos gestores optam por iniciar a implantação do PSF em áreas periférica, que apresentam maior dificuldade de acesso e maiores riscos de adoecer/morrer. Depois vão ampliando a atuação para área mais centrais, onde os serviços de saúde são mais “estruturados” (9). Em continuidade ao exposto: “Em termos de equipamentos, uma USF deve incorporar a tecnologia necessária para resolução dos problemas nesse nível de atenção, além de garantir o transporte para o deslocamento da equipe quando a área de cobertura for muito extensa. Mas, tecnologia, na atenção básica, significa também a permanente revisão dos saberes e práticas. É necessário um processo de educação e prática de educação permanente que se traduza numa atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, onde indivíduo, a família e a comunidade são as bases de uma nova abordagem” (9).

Perante as informações até então apresentadas, neste trabalho julgou-se

importante, inicialmente, avaliar a prevalência de sífilis em gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com base em dados secundários disponíveis no banco de dados do SUS (DATASUS). Em seguida, entendeu-se como necessário realizar entrevistas com gestantes portadoras de sífilis com o intuito de buscar esclarecimentos relacionados à dificuldade de prevenção e tratamento da doença. Este estudo se justifica com base no fato de que, na vigência dos resultados observados, será possível sugerir a formulação de campanhas de esclarecimento e prevenção mais efetivas, alertando a população sobre os malefícios desta doença e visando reduzir os índices de acometimento.

OBJETIVO

Identificar, com base em dados secundários, a prevalência de sífilis em gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo – SP, além de buscar entender, com base no contato direto com gestantes portadoras de sífilis, as principais dificuldades encontradas para o controle da doença.

MÉTODO

Este trabalho se trata de uma análise descritiva e quantitativa, cujos dados foram obtidos por meio do acesso ao DATASUS, que disponibiliza dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, cuja série histórica se inicia em 1999, sendo utilizadas as informações disponíveis até o ano de 2012, totalizando 6559 casos (Tabela 1). Em seguida, ocorreu uma observação participante, realizada em uma UBS da zona norte da cidade de São Paulo - SP, com abordagem qualitativa, no período de julho de 2014 a julho de 2015 com gestantes com idades entre 16 e 45 anos, e seus parceiros (quando disponíveis), sem nenhum critério específico de exclusão. As gestantes foram abordadas pessoalmente e convidadas a participar do estudo por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista com a gestante foi conduzida em uma sala da própria Unidade, por um profissional de enfermagem, com duração aproximada de 20 minutos. Os dados deste trabalho são oriundos de um projeto de pesquisa redigido em observância às diretrizes previstas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional De Saúde, que determinam os aspectos éticos e legais das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, sendo aprovado segundo parecer consubstanciado número 553.901 de 12/03/2014.

RESULTADOS

Após o levantamento de dados, foram confirmados 6559 casos de sífilis congênita na região delimitada na presente pesquisa. A Tabela 1 demonstra a frequência absoluta anual dos casos de sífilis no período determinado para estudo.

Tabela 1: Incidência de sífilis congênita na região metropolitana de São Paulo – SP. Casos Confirmados (Período: 1999-2012)

Período – Ano	Número de casos
1999	384
2000	555
2001	431
2002	383
2003	503
2004	385
2005	354
2006	323
2007	396
2008	495
2009	401
2010	547
2011	668
2012	734
Total	6559

Do ano de 1999 a 2004, os casos variaram, mantendo certa estabilidade, com tendência de queda. Nos anos de 2005 e 2006 houve redução. E, a partir de 2007, aumento progressivo, atingindo pico alarmante em 2012.

A despeito da análise quantitativa, permaneceu a dúvida sobre o fato de por que as gestantes, mesmo tendo acesso aos devidos diagnósticos durante a gestação, transmitem a sífilis congênita para o filho. Os dados a seguir são qualitativos, gerados a partir das entrevistas abertas com os usuários da unidade pesquisada. Foram entrevistados seis indivíduos que se dispuseram a participar voluntariamente. Os nomes dos participantes foram reduzidos apenas às iniciais visando manter o anonimato dos mesmos

Em entrevista com uma gestante e seu parceiro com sífilis, com finalidade de realizar o tratamento, o Senhor J. S. se nega a realizar o tratamento alegando não ter tempo a perder: *"Enfermeira não conte comigo pra vir aqui tomar remédio eu não sinto nada e sou forte como um touro, trabalho pesado e se essa mulher pegou alguma doença foi por ai, porque eu não tenho tempo pra*

ficar de boa vida e também não gosto de tomar injeção, esta história de ficar vindo aqui pra essa palhaçada ainda por cima três terças feiras, não tenho tempo pra isso, trabalho em um terminal de cargas como ajudante geral, saio de casa as 6h da manhã e retorno só a noite para casa, minha mulher fica em casa o dia inteiro atoa, não trabalha e nem cuidar dos filhos direito ela cuida, fica o dia todo fofocando na rua com as vizinhas” (Senhor J. S., entrevistado em julho 2015).

A esposa se defende alegando que o esposo teve um caso com a prima e ele rebate que isso aconteceu há mais de um ano, tentando convencê-lo que nunca houve traição de sua parte e que os cinco filhos são dele. A principal dificuldade nesse caso, se refere ao horário do tratamento, haja vista que o mesmo ocorre em horário comercial, período em que os pacientes estão trabalhando. A dificuldade em conseguir a dispensa no trabalho, somada ao horário reduzido de funcionamento das unidades, atrapalha o tratamento nesse caso. Após ouvir tudo que o senhor J.S tinha a dizer, o mesmo foi orientado sobre importância do tratamento junto com a esposa, pois a sífilis, por ser uma doença silenciosa, pode passar despercebida por vários anos, independente da imunidade de cada indivíduo, fator este que só influencia no aparecimento precoce ou tardio dos sintomas. O fato de se sentir forte não descaracteriza o poder da doença: *“Moro e trabalho com mais 14 pessoas, divididas, entre esposo, filhos, cunhados, cunhadas e sobrinhos, somos todos de origem Boliviana e trabalhamos em uma oficina de costura por mais de 12 horas por dia, acabo de descobrir que estou esperando criança e sou portadora de sífilis há muitos anos, o doutor que me atendeu na outra gestação havia me comentado sobre uma tal de cicatriz no meu sangue e que eu teria de contar isso sempre que eu fosse ter criança. Esse é meu quarto filho, vim para o Brasil há dois anos com dois dos meus filhos e o terceiro nasceu aqui. Precisava saber se a criança pode nascer de parto normal, porque lá no serviço não posso parar de trabalhar e se eu fizer operação não poderei, o dono da oficina não aceita que a gente pare de costurar por mais de uma semana, mesmo estando doente” (Senhora M. C., entrevistada em fevereiro 2015).*

Em relação ao segundo caso: *“Acabei de chegar da Bolívia e estou no sétimo mês de gestação, ainda não iniciei o pré-natal, mas na gestação de dois anos atrás tive diagnóstico de sífilis na gestação, deixei meu filho com familiares lá, pretendo que este venha nascer aqui no Brasil porque a vida lá em meu país a vida está muito difícil (Senhora B. M., entrevistada em agosto de 2014).*

Outro caso representativo se refere à Senhora A. S., que se relacionava com parceiro preso: *“Tenho 28 anos mãe de um filho de cinco anos, estou gestante de aproximadamente 20 semanas, iniciei meu pré-natal no mês passado e foi solicitado vários exames de sangue. Ontem fui convocada eu e meu marido e a enfermeira disse que meus exames estavam alterados, eu vim hoje, mas meu marido não pode vir porque está preso, eu visito ele a cada quinze dias e ele não aceita usar camisinha nos nossos encontros. Não sei o que fazer para resolver a minha situação”* (Senhora A. S., entrevistada setembro de 2014).

A dificuldade nesse caso é tratar o parceiro, que se encontra preso. Acessar esse paciente nem sempre é possível, devido às más condições dos presídios e detenções provisórias do Brasil. Por ter sido diagnosticada somente com 20 semanas, é completamente possível tratar a gestante para não desenvolver a sífilis congênita, mas devido aos problemas pessoais da entrevistada, ela pode ser reinfected caso tenha relações sexuais com o marido nessas condições. Foi orientada, nesse caso, a utilizar o preservativo, em todas as relações. Esse caso é exemplar para mostrar a dificuldade que os enfermeiros e médicos enfrentam para combater a doença, devido à falta de preparo para orientar adequadamente os envolvidos, pois os enfermeiros geralmente não são treinados para este tipo de situação, onde a reinfecção pode ser possível e o paciente já não está mais acessível à Unidade. Seria necessário, em casos como este, a orientação também dos profissionais de saúde dos presídios e centros de detenção provisória, além de equipe de psicólogos e assistentes sociais para orientar de forma adequada a gestante para evitar contato com o marido se este for intransigente em sua postura.

Outro exemplo importante, relaciona-se com a gravidez na adolescência: *“Meu nome é R. V., tenho 16 anos e moro aqui bem perto, vim aqui na unidade para passar na consulta médica , porque fiz um teste de gravidez e deu positivo, ontem eu vim aqui também e a enfermeira que me atendeu fez um outro teste e deu sífilis, ela me falou que tenho que iniciar um tratamento, mas que primeiro precisava passar no medico para ele receitar a injeção, por isso ela agendou a consulta para hoje, ela pediu pra eu trazer meu namorado junto, eu disse que não tenho namorado, estava só ficando, mas ele foi embora morar em outro bairro sabe, não tenho mais notícias. (Senhora R. V., entrevistada em junho 2014).*

É importante lembrar, mais uma vez, que nem todos os casos as gestantes transmitem a sífilis congênita ao feto, mas neste caso, a falta de acesso ao

parceiro e o fato de ser menor de idade, reforça a irresponsabilidade quanto ao caso. Se o parceiro foi quem transmitiu a sífilis, o mesmo pode voltar a transmitir para outras jovens, e as orientações dos profissionais de saúde da Unidade Básica não conseguem interromper o ciclo da doença. Se ela transmitiu para ele e adquiriu a doença em outras relações, o mesmo pode estar doente sem saber. Além disso, por serem adolescentes, existem algumas dificuldades quanto às orientações. As mesmas nem sempre seguem à risca o que os profissionais de saúde recomendam, e mesmo realizando o tratamento, podem voltar a se reinfectar em outras relações casuais como esta. Existem ainda alguns casos onde, mesmo realizando o tratamento da gestante e do parceiro, o feto pode desenvolver a sífilis congênita.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde, com o foco na atenção à mulher na gestação que deve iniciar na primeira consulta do pré-natal, com término na consulta de puerpério. Este estudo buscou quantificar os casos de sífilis notificados na região metropolitana da cidade de São Paulo – SP, no período de 1999 a 2012, além de buscar entender, com base em algumas entrevistas com gestantes por que, mesmo com orientação, esta doença ainda se encontra bastante prevalente.

Do ano de 1999 a 2004, os casos variaram, mantendo certa estabilidade, com tendência de queda. Nos anos de 2005 e 2006 houve redução. E, a partir de 2007, aumento progressivo, atingindo pico alarmante em 2012. Entende-se que a continuidade dessa tendência sugere a criação de políticas públicas mais eficientes de orientação da população e dos profissionais de saúde para lidar com o problema.

Investir em campanhas educativas, capacitação dos profissionais, incluindo médicos e outros profissionais que compõem as equipes de saúde além dos enfermeiros, mais investimento por parte do Estado na aquisição de penicilina, pois recentemente o Estado reduziu a distribuição deste antibiótico, e orientou em protocolo que somente as gestantes e parceiros, deveriam ter acesso ao medicamento, excluindo assim demais usuários, entre outras políticas públicas (14).

Neste estudo, notou-se que a situação de vulnerabilidade social devido à imigração pode influenciar negativamente nas chances de diagnóstico precoce

da sífilis (15). Também, a barreira linguística se apresenta como empecilho, pois pessoas com pouco conhecimento da língua portuguesa podem apresentar dificuldades de entendimento das orientações. Outro problema notado é a falta de conhecimento de direitos trabalhistas por parte especialmente dos parceiros do sexo masculino, que muitas vezes acreditam não poder se ausentar do trabalho para realizar os exames periódicos. Além disso, barreiras culturais como o machismo por parte de alguns parceiros podem aumentar as dificuldades de controle da doença. É sabido que homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres, pelos mesmos motivos (16).

Neste estudo, durante as entrevistas, notaram-se falhas no processo de entrada do paciente na Unidade até seu encaminhamento aos serviços de enfermagem. Se a abordagem do usuário deixa a desejar, tanto na recepção quanto no acolhimento, ou se os profissionais treinados e capacitados são insuficientes para os atendimentos, são geradas muitas dificuldades para suprir essas necessidades (17), deixando assim uma lacuna na busca ativa que deveria ser realizada nas comunidades, visando a adesão das gestantes no início da gestação, e também de outros pacientes que necessitam de acompanhamento e um atendimento mais humanizado.

Nesta pesquisa foram seguidas as orientações técnicas de abordagem clínica e laboratorial preconizadas pelo Ministério da Saúde (18), conforme Figura 1:

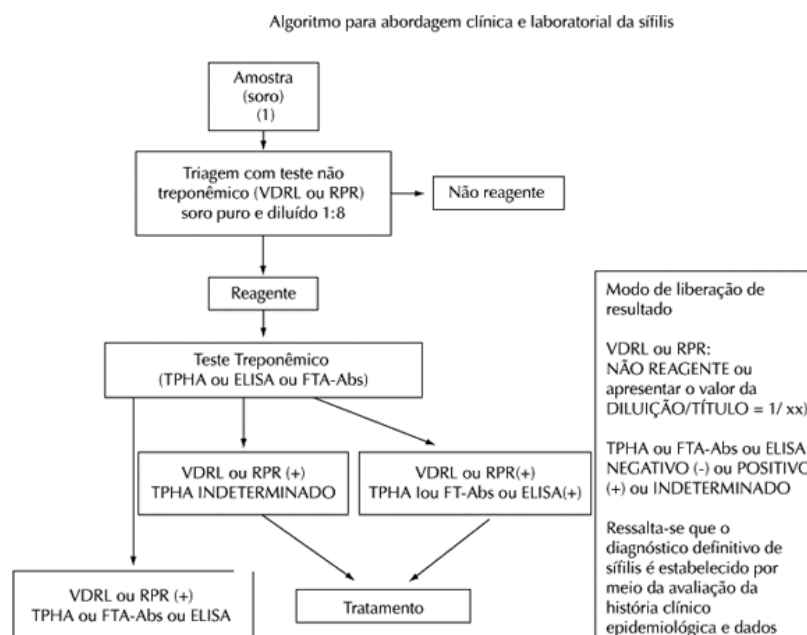


Figura 1: Algoritmo para abordagem clínica e laboratorial da sífilis.
Fonte: Ministério da Saúde (18).

O fluxograma da Figura 1, no entanto, apresenta informações de cunho técnico e é pouco didático, sendo geralmente traduzido em algoritmos mais simples, com a intenção de facilitar o entendimento do profissional de saúde. Após a chegada do exame laboratorial nas Unidades, mais especificamente conhecido como sorologia para sífilis, o mesmo é interpretado por médicos e enfermeiros e, apresentando VDRL e teste treponêmico reagente, a gestante é convocada juntamente com o parceiro para orientações e iniciar o tratamento. É enviada a notificação compulsória com as datas fidedignas das tomadas de medicação, e também é obrigatório o registro das datas do tratamento na carteira de pré-natal da gestante, sendo esta entregue por ela na maternidade no momento do parto. Será solicitada nova sorologia para avaliar a titulação após 21 dias do tratamento, repetindo mensalmente novas solicitações de exames para acompanhamento durante a gestação (18).

Em relação ao tratamento dos pacientes com sífilis esbarra-se nesta dificuldade, visto que na cidade de São Paulo - SP não existe implantado o Programa Saúde da Família em todas as Unidades. Com isso, dificulta-se o acesso até o usuário, caso ele falte às tomadas das medicações. Quando isso acontece, as ações mais realizadas são de ligação telefônica e, em último caso de não comparecimento, a visita ao domicílio. Esses cuidados se aplicam no acompanhamento das gestantes com sífilis (1).

Como principal limitação deste trabalho, assume-se que foram realizadas poucas entrevistas (apenas seis), e em apenas uma Unidade Básica de Saúde. Sendo assim, novos estudos envolvendo um número maior de entrevistados, e provenientes de diversos Serviços, mostram-se necessários. A despeito de tais limitações, os resultados aqui apresentados sugerem a necessidade de promover, estimular, reestruturar e criar campanhas de esclarecimento para prevenção da sífilis congênita, com intuito de reduzir os índices porventura identificados.

CONCLUSÃO

Foi observada elevada prevalência de sífilis em gestantes com base nos dados do Ministério da Saúde. Sugere-se a criação de novas políticas públicas com iniciativa de implantação e reestruturação destas unidades, mais campanhas educativas sobre a importância da realização de exames periódicos e adesão das gestantes para detecção precoce de agravos como a sífilis, visando atingir um maior número de pessoas, e buscando assim garantir a saúde dos recém-

nascidos. É sugerido ainda que sejam disponibilizados investimentos em mais treinamentos e capacitação dos profissionais de saúde proporcionando uma visão ampla no reconhecimento de agravos notificáveis, além do investimento em treinamentos de agentes de saúde nas questões de ética e sigilo profissional, capacitando indivíduos da comunidade, promovendo a educação em saúde por meio de palestras, e desenvolvendo assim ações que visem anular ou antecipar doenças e agravos que possam atender todas as gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. Bras Dermatol. 2006;81(2):111–26.
2. Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Krümel CF, Machado CPH. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. Rev Epidemiol E Controle Infecção. 2013;3(1):28–30.
3. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. Rev Saude Publica. 2013;47(1):147–157.
4. Víctor JF, Barroso LMM, Teixeira APV, Aires AS, Araújo IM. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. Rev Eletr Enferm Online [Internet]. 2010 [citado 21 de junho de 2016];12(1). Available at: <http://w.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a14.pdf>
5. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall’Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(9):2157–66.
6. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Centro. 2007;65020:660.
7. Mandú ENT. Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. Rev

Bras Enferm. 2004;57(6):729–32.

8. Santana JCB, de Sousa MA, Soares HC, Avelino KSA. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Enferm Rev.* 2012;15(1):122–137.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. Caderno 1: A implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Educação Básica [Internet]. 2000 [citado 14 de novembro de 2015]. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf
10. Saraceni V, Leal M do C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(5):1341–9.
11. Dantas J da C. Condutas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na Estratégia Saúde da Família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis. 2008 [citado 21 de junho de 2016]; Available at: <http://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14660>
12. Geller M, Malaman MF, Chavarria ML, Motta AA, Silva DDLRF, others. Alergia à penicilina: conduta alergológica. *Rev Bras Alerg Imunopatol.* 2005;194.
13. Pinheiro VAO. Aspectos científicos, epidemiológicos, preventivos, diagnóstico e de tratamento relativos à sífilis e a sífilis congênita no Brasil: uma revisão bibliográfica [Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
14. Lenharo M. Falta de penicilina benzatina, que trata sífilis, preocupa médicos no Brasil [Internet]. *Bem Estar.* 2015 [citado 21 de junho de 2016]. Available at: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/06/falta-de-penicilina-benzatina-que-trata-sifilis-preocupa-medicos-no-brasil.html>

15. de Barros JM. A sífilis entre os imigrantes nacionais. Arq Fac Hig E Saúde Pública Universidade São Paulo. 1954;8(2):261–267.
16. Silva LR. Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social: história de vida de mães com sífilis. Rio Jan RJ Esc Enferm Anna Nery UFRJ. 2003;
17. Dias TOS, Ferraz RRN, Neri ASC. Aplicação do dispositivo “roda de conversa dirigida” para adequação de pessoal e redução do absenteísmo na recepção de um hospital público paulista. In: Anais do XVII SEMEAD [Internet]. São Paulo; 2014 [citado 13 de junho de 2016]. p. 2177–3866. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/17semead/resultado/trabalhosPDF/203.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. 2006. Acessado em: 21/06/2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf