



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA:
A ATENÇÃO A PARCEIROS SEXUAIS**

Carla Joelma Villares Guimarães Maciel

Orientadora: Prof^a Dr^a Katia Silveira da Silva

**Rio de Janeiro
Abril de 2017**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA:
A ATENÇÃO A PARCEIROS SEXUAIS**

Carla Joelma Villares Guimarães Maciel

Dissertação a ser apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof^a Dr^a Katia Silveira da Silva

**Rio de Janeiro
Abril de 2017**

CIP - Catalogação na Publicação

Maciel, Carla Joelma Villares Guimarães.

Estratégias de prevenção da sífilis congênita: a atenção a parceiros sexuais / Carla Joelma Villares Guimarães Maciel. - Rio de Janeiro, 2017.
115 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientador: Katia Silveira da Silva.

Bibliografia: f. 82-92

1. Sífilis congênita. 2. Cuidado pré-natal. 3. Saúde do homem. I. Título.

Agradecimentos

À Maria Clara, pela força de suportar a ausência materna.

Ao Claudio Rodrigues, pelo apoio logístico e companheirismo de sempre.

À Tania, minha mãe, pelo melhor-sorriso-estampado-no-rostro que vi ao fim da defesa.

À Kátia, minha orientadora, pelos encontros e desencontros que me fizeram mais forte ao final.

A Marcos e Pauline, professores da banca, pelo olhar crítico, construtivo e carinhoso sobre o estudo.

Ao corpo docente, por valiosas contribuições e inesgotáveis ensinamentos durante o curso.

Às queridas Andreia, Soraya e Maria Teresa, por compartilharem as noites estreladas de Brasília.

Ao coletivo de mulheres mestradas da Turma Rede Cegonha, pela intensa vivência durante as aulas e os seminários (“Amo todas nós juntas”).

Aos amigos que me aconselharam a “arrumar um problema pra depois pensar em como se resolve”.

E finalmente, ao universo, que conspira a favor quando se deseja chegar mais longe!

Resumo

A Organização Mundial de Saúde estima um milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes e preconiza detecção e tratamento oportunos destas e de seus parceiros sexuais, evitando-se casos de sífilis congênita. No entanto, o cenário epidemiológico é de altos índices de morbimortalidade no Rio de Janeiro e no Brasil, com baixos percentuais de tratamento dos parceiros. Esse estudo buscou identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita, explorar as estratégias das unidades de atenção primária à saúde para promover a atenção aos parceiros sexuais das gestantes e relacionar a implementação das estratégias nas unidades com o tratamento para sífilis dos parceiros. O estudo foi realizado na área de planejamento (AP) 3.2 do município do Rio de Janeiro utilizando abordagens quantitativa (transversal e retrospectivo) e qualitativa (entrevista semiestruturada com análise temática). Foi analisado o banco de dados do Sinan para a obtenção de 202 casos de sífilis em gestante notificadas e diagnosticadas em 2015, residentes e usuárias do pré-natal na referida área. Foram selecionadas seis unidades de atenção primária, que tiveram um mínimo de 10 notificações no período, para a investigação das estratégias implementadas. Foram entrevistados seis gestores e oito profissionais que realizam o pré-natal sobre a implementação das atividades no pré-natal para atenção ao parceiro. Nos resultados, foram descritas seis categorias de estratégias (Educativas, Dependentes das gestantes, Uso de tecnologia da informação ou comunicação, Imersão no território, Envolvimento dos demais serviços e Parceria institucional) com uma proporção de 21,7% de parceiros sexuais das gestantes não tratados. Como aspectos facilitadores foram citados a flexibilidade nos horários para atenção aos parceiros e a realização do teste rápido. Como principais aspectos limitantes, identificaram-se a violência nos territórios e as frequentes dificuldades na liberação do emprego para as atividades do pré-natal. A opinião dos entrevistados sobre o envolvimento do parceiro revela maior interesse de participação no pré-natal pelos homens nos relacionamentos estáveis, mas também situações de pouco interesse. Concluiu-se que existem iniciativas da atenção primária da AP 3.2 voltadas para saúde masculina, mas incipientes. A variedade de estratégias locais não pareceu interferir no grau de envolvimento dos parceiros sexuais de gestantes em seu pré-natal, bem como minimizar a perda de tratamento desses homens contra a sífilis. Observado baixa utilização dos recursos do território na aplicação da prevenção da sífilis congênita. Em estudos futuros, sugere-se comparar as estratégias informadas com o registro em prontuários das gestantes notificadas, ampliando a interpretação do processo da atenção primária nesse cenário. Para criar um diferencial no cenário epidemiológico da sífilis a médio e longo prazo, é necessário ampliar o acesso à atenção integral à saúde do homem como um espaço de prevenção da sífilis que antecede o pré-natal masculino. Atrair os parceiros sexuais das gestantes e homens em geral ainda parece ser um desafio para a atenção primária.

Palavras-chave: sífilis congênita, cuidado pré-natal, saúde do homem

Abstract

World Health Organization estimates a million cases of syphilis per year among pregnant women and recommends timely detection and treatment of these and their sexual partners, avoiding cases of congenital syphilis. However, the epidemiological scenery is of high morbidity and mortality rates in Rio de Janeiro and Brazil, with low percentage of partner treatment. This study aimed to identify the strategies of attention to sexual partners in prenatal care as prevention of congenital syphilis, to explore the strategies of primary health care units to promote attention to sexual partners of pregnant women and to relate the implementation of strategies in units with Syphilis treatment of partners. The study was carried out in the area 3.2 of the city of Rio de Janeiro using quantitative approaches (transversal and retrospective) and qualitative (semi-structured interview with thematic analysis). The Sinan database was analyzed to obtain 202 cases of syphilis in pregnant women reported and diagnosed in 2015, residents and users of prenatal care in that area. Six primary care units were selected, with a minimum of 10 notifications in the period, to investigate the strategies implemented. We interviewed six managers and eight professionals who performed prenatal care on the implementation of prenatal care activities for the partner. In the results, six categories of strategies (Educational, Dependent of pregnant women, Information technology use or communication, Immersion in the territory, Involvement of the other services and Institutional Partnership) were described with a proportion of 21.7% of sexual partners of pregnant women treated. As facilitator aspects, flexibility in the schedules for attention to the partners and the accomplishment of the rapid test were cited. As main limiting factors, violence in the territories and frequent difficulties in the liberation of employment for prenatal activities were identified. The opinion of the interviewees about the partner's involvement reveals a greater interest in prenatal participation by men in stable relationships, but also in situations of little interest. It was concluded that there are initiatives of Primary Health Care in area 3.2 that are focused on men's health, but incipient. The variety of local strategies did not appear to interfere with the degree of involvement of pregnant women's sexual partners in their prenatal care, as well as to minimize the loss of treatment of these men against syphilis. Observed low utilization of territory resources in the application of prevention of congenital syphilis. In future studies, it is suggested to compare the strategies reported with the records in the registries of the pregnant women, increasing the interpretation of the primary care process in this scenery. In order to create a differential in the epidemiological scenery of syphilis in the medium and long term, it is necessary to increase access to comprehensive health care for men as a space for the prevention of syphilis that predates male prenatal care. Attracting the sexual partners of pregnant women and men in general still seems to be a challenge for primary care.

Key Words: Congenital syphilis, prenatal care, men's health

Lista de siglas e abreviaturas

OMS: Organização Mundial da Saúde

NV: Nascidos Vivos

SC: Sífilis Congênita

Sinan: Sistema de Informações de Agravos de Notificação

UI: Unidades Internacionais

IM: Intramuscular

NVH: Núcleo de Vigilância Hospitalar

PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

SMS-RJ: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

DF: Distrito Federal

IFF: Instituto Fernandes Figueiras/Fiocruz

SUS: Sistema Único de Saúde

SBU: Sociedade Brasileira de Urologia

PAN: Plano de Ação Nacional

APS: Atenção Primária à Saúde

RAS: Redes de Atenção à Saúde

TRT: Teste Rápido Treponêmico

AP: Área de Planejamento

Tabwin: Tabulador para Windows

Datasus: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DEF: Arquivo de definição

Sinasc: Sistema de Informações de Nascidos Vivos

Tabnet municipal: Tabulador para a Internet, de base municipal

ArcGIS: Software de Sistema de Informações Geográficas

CnaR: Consultório na Rua

SUBPAV: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde

Lista de figuras

Figura 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e seguimento.	19
Figura 2: Taxas de mortalidade masculina por faixa etária e as principais causas.	23
Figura 3: Oportunidades estratégicas para o controle da sífilis em gestantes e suas complicações.	32
Figura 4: Distribuição de Testes Rápidos de Sífilis (rotina, Rede Cegonha e total geral) no Brasil, 2012 a outubro de 2016.	33
Figura 5: Proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal/ano no MRJ, 2000-2014.	34
Figura 6: Mapa das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro.	37
Figura 7: Expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família na AP 3.2, 2010-2016.	38
Figura 8: Diagrama do universo amostral do estudo, AP 3.2, 2015	41
Figura 9: Estimativa de entrevistas por unidade de atenção primária e número realizado, AP 3.2, 2017.	43
Figura 10: Bairros de residência de gestantes notificadas com sífilis, AP 3.2, 2015.	49
Figura 11: Quadro-síntese das estratégias utilizadas para o tratamento dos parceiros sexuais das gestantes por categoria e modelo de atenção primária, AP 3.2, 2017.	56
Figura 12: Comparação entre os modelos de atenção primária quanto às estratégias implementadas e a proporção de parceiros não tratados, AP 3.2, 2015/2017.	57
Figura 13: Matriz de opiniões dos entrevistados sobre o envolvimento dos parceiros sexuais das gestantes com o pré-natal, AP 3.2, 2017.	60
Figura 14: Quadro-síntese das atividades relacionadas a PNAISH realizadas pelas unidades por eixo da política e modelo de atenção primária, AP 3.2, 2017.	64
Figura 15: Matriz das facilidades de implementação das atividades do pré-natal que envolvem os parceiros sexuais das gestantes, AP 3.2, 2017.	70
Figura 16: Matriz das dificuldades de implementação das atividades do pré-natal que envolvem os parceiros sexuais das gestantes, AP 3.2, 2017.	71

Lista de tabelas

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de gestantes notificadas com sífilis, AP 3.2, 2015.	47
Tabela 2: Características da atenção pré-natal às gestantes notificadas com sífilis e seus parceiros, AP 3.2, 2015.	50
Tabela 3: Perfil sociodemográfico de gestores e profissionais das unidades de atenção primária, AP 3.2, 2017.	53

Sumário

1. Introdução	11
2. Justificativa	14
3. Objetivos	17
3.1. Objetivo geral	17
3.2. Objetivos específicos	17
4. Marco teórico-normativo	18
4.1. Sífilis: das normativas ao tratamento dos parceiros sexuais	18
4.2. Concepções sobre a saúde do homem e construção da Política de Atenção Integral	21
4.2.1. Perfil de morbimortalidade masculina na atualidade	22
4.2.2. Construção política	25
4.2.3. Avanços após a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem	29
4.3. Política de atenção primária e a atenção a gestantes	29
4.3.1. Modelos de APS no município do Rio de Janeiro	35
5. Materiais e Métodos	37
5.1. Campo de estudo	37
5.2. Desenho do estudo	40
5.2.1. Abordagem quantitativa	40
5.2.2. Abordagem qualitativa	42
5.3. Coleta de dados	44
5.4. Análise dos dados	44
5.5. Aspectos éticos	46
6. Resultados	47
6.1. Perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis	47
6.2. Atenção pré-natal às gestantes notificadas	49
6.3. Perfil das unidades de atenção primária	51
6.3.1. Estrutura física e funcionamento das unidades	51
6.4. Perfil dos entrevistados	52
6.5. Medidas de prevenção da sífilis congênita	53
6.5.1. Estratégias de atenção aos parceiros sexuais na prevenção da sífilis congênita	54
6.5.2. Relação das estratégias com o tratamento dos parceiros sexuais	55
6.6. Atividades específicas para a população masculina	58
6.6.1. Opinião do envolvimento do parceiro com o pré-natal	58
6.6.2. Conhecimento PNAISH e atividades realizadas	61
6.6.3. Facilidades e dificuldades de implementar atividades que envolvam o parceiro	65
7. Discussão	72
8. Conclusão	80
Referências	82
Apêndices	93
Anexos	111

“Quem me dera ao menos uma vez
Que o mais simples fosse visto como o mais importante
Mas nos deram espelhos
E vimos um mundo doente”
(Renato Russo)

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima um milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes e preconiza detecção e tratamento oportunos destas e de seus parceiros sexuais, considerando que a infecção pode ser transmitida ao feto, com graves repercussões clínicas. Por essa razão, a Organização Panamericana de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância estabeleceram como meta em 2010, em sua Iniciativa de Eliminação, a incidência de sífilis congênita menor que 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos (NV) até 2015, ainda sem êxito¹. A eliminação da sífilis congênita (SC) se constitui, portanto, uma prioridade nas políticas públicas e no modelo de atenção materno-infantil.

O Boletim Epidemiológico Sífilis (2016) aponta um grave cenário em relação aos dados obtidos até junho desse ano. No período de 2005 a junho de 2016 foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) 169.546 casos de sífilis em gestantes, com 42,9% deles de residentes da região Sudeste. A taxa de incidência do agravo em 2015 apresentou média nacional de 11,2 casos/1.000 NV, sendo Sul e Sudeste as regiões que apresentaram as maiores incidências de casos, 15,1 e 12,6, respectivamente. A análise quanto às unidades federativas aponta as maiores incidências em Mato Grosso do Sul (21,9 casos/1.000 NV) e Rio Grande do Sul (20,2 casos/1.000 NV)².

Em relação a SC, o boletim informa o total de 142.961 casos notificados no período de 1998 a junho de 2016, dos quais 45,0% eram residentes da região Sudeste. Em 2015, a taxa de incidência de SC alcançou a média nacional de 6,5 casos/1.000 NV, destacando-se as regiões Nordeste, Sul e Sudeste com incidência de 6,9 casos/1.000 NV. Na avaliação por unidade federativa, as maiores incidências foram do Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul (12,4 e 11,5/1.000 NV, respectivamente)².

Quanto a mortalidade infantil por sífilis congênita no período de 1998 a 2015, foram declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade 1.903 óbitos, em que 43,4%

ocorreu na região Sudeste, sendo o estado fluminense responsável por 29,8% do Brasil. Ressalta-se ainda o incremento do coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita no país, que passou de 2,4 para 7,4/100 mil NV de 2003 para 2015².

Distinto das edições anteriores, o boletim de 2016 apresenta o total de notificações de sífilis adquirida, registradas no Sinan a partir de 2010 até junho de 2016: foram 227.663 casos dos quais 60,1% era do sexo masculino. Em 2015, o Brasil apresentou 65.878 notificações do agravo e no mesmo período, a taxa de detecção foi de 42,7 casos/100 mil habitantes².

O cenário epidemiológico da sífilis relacionado ao ciclo-gravídico puerperal e perinatal surpreende apesar da expansão da atenção básica com elevada cobertura de pré-natal. Na pesquisa Nascer no Brasil 98,7% das puérperas entrevistadas referiram ter realizado pré-natal³. Avanços como a instituição de protocolos clínicos, implantação de teste rápido para sífilis através da Rede Cegonha e regulamentação sobre a administração de penicilina benzatina na atenção básica parecem ainda não produzir o efeito desejado quanto ao controle da sífilis.

Dados do boletim epidemiológico mostram ainda a qualidade da assistência pré-natal quanto à inadequação do tratamento da sífilis gestacional: apenas 4,1% das gestantes em 2015 receberam tratamento adequado e 27,3% não receberam tratamento. A ausência de tratamento adequado do parceiro contribui para a inadequação do tratamento e para a permanência do quadro de elevadas taxas de sífilis gestacional e congênita, pois houve tratamento dos parceiros para apenas 13,9% das gestantes que realizaram o pré-natal. Dentre as crianças que foram notificadas como sífilis congênita, 78,4% das mães realizaram o pré-natal e entre elas, 51,4% tiveram diagnóstico de sífilis durante a atenção pré-natal. Sobre o tratamento dos parceiros das gestantes que realizaram o pré-natal, 62,3% deles não foram tratados e 23,8% dos casos possui informação ignorada².

O tratamento dos parceiros sexuais deve ser realizado de forma concomitante. O Ministério da Saúde preconiza a aplicação da penicilina benzatina, com intervalos semanais de 2.400.000 UI, por dose, via IM segundo o estadiamento clínico da sífilis (primária, secundária e terciária ou latente) na gestante e seus parceiros. Caso a sorologia dos parceiros seja não reagente, ainda assim, recomenda-se uma dose. Para a definição de SC, consideram-se como tratamentos inadequados os que forem realizados com qualquer medicamento que não seja a penicilina ou feito com penicilina de forma incompleta ou inadequada para a fase clínica da doença ou que tenha sido instituído dentro do prazo de até 30 dias antes do parto ou quando o(s) parceiro(s) sexual(is) com sífilis não sejam tratado(s) ou sejam de forma inadequada⁴. O não tratamento do parceiro leva a um ciclo de infecção-tratamento-reinfecção, elevando a incidência de sífilis na gestante e congênita. Dessa forma, toda criança cuja mãe apresente, durante o pré-natal ou no momento do parto, teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado deve ser tratada como caso de SC⁴.

Diante do contexto epidemiológico da sífilis e, em alusão ao Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita (terceiro sábado de outubro), o Ministério da Saúde pactuou em 2016 a “Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil”, definindo seis eixos de atuação e ações estratégicas⁵. Dentre os eixos, destaca-se a “Certificação da Eliminação Vertical da Transmissão de HIV e/ou Sífilis” por se configurar num importante desafio. A agenda é o produto do trabalho coletivo entre diferentes áreas técnicas do Ministério e parcerias, a ser implementada no intervalo de um ano.

Em face desse cenário de elevados indicadores da sífilis e da mobilização para sua redução, define-se como objeto desse estudo as estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção aos parceiros sexuais numa área do município do Rio de Janeiro.

2. Justificativa

O interesse pessoal pela temática da sífilis é oriundo da atuação no Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) de uma maternidade do município do Rio de Janeiro, cuja rotina inclui a vigilância de sífilis em gestantes e congênita de seus usuários. Tal vigilância consiste na identificação, notificação e investigação epidemiológica, além da abordagem a gestantes e seus parceiros sobre história anterior de sífilis e tratamento. A avaliação dos casos ocorre a partir da leitura do cartão de pré-natal das gestantes positivas, onde se obtêm dados sobre a detecção de sífilis, tratamento e captação do parceiro; esta, uma das mais importantes ações de saúde nos casos de gestantes com sífilis.

A observação rotineira de casos no NVH aponta para um déficit de captação oportuna desses parceiros sexuais, perpetuando a sífilis como importante agravo para a saúde da mulher e da criança. A distribuição dos casos acompanha a desigualdade social do país: maior prevalência de sífilis na gestação entre mulheres com menor escolaridade e de cor da pele parda ou preta³.

O quadro epidemiológico da sífilis na gestação tem gerado uma ampla produção acadêmica, porém poucos estudos abordam aspectos relacionados aos parceiros. O recente Estudo Sentinela-Parturiente do Ministério da Saúde com 30 mil mulheres não apresentou informações sobre a captação do homem. A pesquisa nacional Nascir no Brasil também mostrou vários resultados sobre prevalência de sífilis na gestação, exames diagnósticos e tratamento, mas ainda assumiu como limitação a carência de informações sobre a abordagem dos parceiros sexuais.

Além da consonância com a proposta de eliminação mundial da sífilis e de redução da SC no Brasil, o tema proposto visa integrar a assistência pré-natal à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁶. Esta integração deve ser entendida não só

como uma ação de promoção de saúde da mulher e conceito, mas também como uma ação relacionada aos direitos a saúde sexual e reprodutiva masculina.

Dentre os objetivos específicos da política, destaca-se a implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva no âmbito da atenção integral à saúde. Uma das ações é a “Promoção, prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV, conjuntamente com o Programa Nacional de IST/Aids” e o “Incentivo ao uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das IST/Aids”. Dessa forma, o Ministério da Saúde inclui aspectos relacionados a saúde sexual e reprodutiva do homem, mas ainda distante do olhar de prioridade para a sífilis.

No município do Rio de Janeiro, cenário proposto para esse estudo, identificou-se uma estratégia de inclusão dos parceiros das gestantes na assistência pré-natal através da certificação da Unidade Parceira do Pai. Esta certificação seria dada para aquelas unidades que seguem os “10 Passos” postulados numa cartilha de mesmo nome. A cartilha é um produto do Movimento pela Valorização da Paternidade, grupo de caráter intersetorial que vem promovendo iniciativas para ampliar o envolvimento dos homens no cuidado com as crianças e adolescentes, criado em 2002 pela Prefeitura e estimulado pelo Comitê Vida⁷. Os passos constituem um conjunto de recomendações que contribuem para institucionalizar as ações de inclusão dos homens em diferentes serviços.

Dentre as recomendações, apenas uma menciona a oferta de serviço de saúde ao homem entendido como um cuidado. Define-se como oportuna a presença dos homens na unidade de saúde para incentivá-los a cuidar da própria saúde através da atualização de suas vacinas e participação de atividades preventivas como aferição de pressão arterial, medição de peso e altura, cálculo do Índice de Massa Corporal, orientação nutricional e de saúde bucal, aconselhamento e testagem para as IST e HIV/Aids⁷. Tal como a PNAISH, a detecção

e o tratamento de sífilis não aparecem como prioridade, mas embutida na atividade preventiva para as doenças sexualmente transmissíveis.

Diante do exposto, o estudo tem o pressuposto de que o aumento da participação dos parceiros sexuais de gestantes no pré-natal contribuiria para posicionar esses sujeitos diante de sua própria saúde, reduzindo as chances de SC. Considera-se ainda que a análise das estratégias de implementação da participação dos parceiros sexuais de gestantes na assistência pré-natal é relevante para o aprimoramento do tratamento dos parceiros.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral:

- Identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita.

3.2. Objetivos Específicos:

- Explorar as estratégias das unidades de atenção primária à saúde para promover a atenção aos parceiros sexuais das gestantes;
- Relacionar a implementação das estratégias nas unidades com o tratamento para sífilis dos parceiros.

4. Marco teórico-normativo

4.1. Sífilis: das normativas ao tratamento dos parceiros sexuais

Para fins de vigilância epidemiológica, a sífilis congênita tornou-se doença de notificação compulsória por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986⁸ e somente em 2005 a sífilis em gestante entrou para a lista de notificação compulsória, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005⁹. O município do Rio de Janeiro, todavia já adotava um sistema de vigilância nominal não compulsória das gestantes desde 2003, solicitando às unidades de saúde a notificação dos casos com resultados positivos de VDRL¹⁰. A notificação de sífilis de transmissão não vertical, conhecida como sífilis adquirida, passa a ser compulsória a partir da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010¹¹. Dessa forma, os serviços de saúde dispõem de instrumento de notificação para homens e mulheres sexualmente ativos em ficha de Sinan própria.

Além da implicação do sistema de vigilância epidemiológica, instituiu-se a administração da penicilina benzatina na Atenção Básica pela Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006, já revogada e posteriormente substituída pela Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011¹². O tratamento com comprovada eficácia e de baixo custo deve ser prescrito segundo o estadiamento clínico da sífilis (primária, secundária, terciária ou latente), onde cada fase requer uma dose da droga, de 2.400.000 UI ou 7.200.000 UI via IM (figura 1)⁴. Para as gestantes, a SMS-RJ preconiza a aplicação de três doses de 2.400.000 UI, em intervalos semanais, totalizando 7.200.000 UI.

A realização de testes rápidos para diagnóstico de sífilis e HIV de gestantes e suas parcerias sexuais no escopo da atenção pré-natal, prevista na Rede Cegonha desde julho de 2011, foi incluída na atenção básica através da Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012¹³.

Apesar de vários avanços normativos (adoção de fichas de notificação compulsória, testes diagnósticos e instituição da penicilina benzatina), a sífilis congênita persiste como importante problema de saúde pública na atualidade.

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa ^a
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona ^d 2 g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias

Figura 1: Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e seguimento. Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde, 2015.

As pesquisas bibliográficas sobre a relação do tratamento do parceiro com a soropositividade para sífilis em gestantes identificam inadequação do tratamento ou falhas no pré-natal. No município do Rio de Janeiro em 2013 não foram encontrados registros de tratamento do parceiro durante o pré-natal para 15 casos de SC identificados num grupo de 46 gestante¹⁴. Estudo no Distrito Federal (DF), de 2010 a 2013, identificou 58,2% de gestantes/puérperas com tratamento inadequado, cuja causa principal foi a falta de tratamento do parceiro (83,6%) e/ou o tratamento do mesmo de forma inadequada (88,1%)¹⁵. Numa revisão de 133 notificações de SC de 2010 também no DF, identificaram-se 75,2% de parceiros não tratados e 17,3% com informação ignorada¹⁶.

Um estudo na Bolívia em 2004 com 209 mulheres positivas para sífilis e 137 parceiros, apresentou dentre os principais resultados, 35% de mulheres que optaram por não comunicar o diagnóstico positivo aos parceiros, 39,2% de mulheres que relataram sofrer

abusos no último ano e 28,2% que mencionaram medo de violência ou abusos por parte desses parceiros quando fosse feita a comunicação. Esses achados apontam para importante associação da violência doméstica com a manutenção de sífilis em mulheres¹⁷.

Em um estudo com maternidades públicas no Espírito Santo, realizado em 2009, parturientes relataram dificuldade em levar os parceiros ao pré-natal, quando também foi constatada a baixa adesão ao tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis, dentre os que se submeteram a testagem para sífilis. A ausência do tratamento do parceiro perpetua um ciclo de reinfecção das mulheres¹⁸. Contribuem para esta situação vários fatores socioculturais como: preconceito, ausência de educação sexual e dificuldade de percepção da doença (sintomas), uma vez que a sífilis costuma ser diagnosticada pela sorologia positiva realizada como rotina no pré-natal, porém este resultado não é valorizado por mulheres e parceiros¹⁹.

No Rio de Janeiro, estudo também identificou alguns dos motivos pelos quais os homens não buscam os serviços de saúde: questões culturais que reforçam a ideia de invulnerabilidade, medo da descoberta de doença grave e vergonha da exposição de seu corpo ao profissional de saúde, dificultando a adoção de práticas de autocuidado. Além disso, a falta de suporte do mercado de trabalho que pode vir a prejudicar o homem quando numa ausência do serviço para seu autocuidado, fazendo com que sinta ameaçado o seu papel de provedor²⁰.

A baixa cobertura da assistência aos parceiros das mulheres diagnosticadas na rede e o tratamento inadequado são importantes desafios para as áreas de vigilância e de assistência na prevenção da sífilis gestacional e congênita, através da integração com a assistência à saúde da mulher e do homem.

4.2. Concepções sobre a saúde do homem e construção da Política de Atenção Integral

Os primeiros estudos acerca da saúde do homem surgiram no final dos anos 1970 nos Estados Unidos, visando principalmente os problemas de saúde masculinos, que já apontavam desfavoráveis taxas de morbimortalidade se comparadas à população feminina²¹. No entanto, “o pensamento produzido sobre a saúde dos homens nos anos 70 foi apenas exploratório, (...) e organizava-se conceitualmente em torno da premissa de que a masculinidade tradicional produzia déficit de saúde”²². Numa visão mais crítica, pode-se afirmar que os estudos da época foram pouco divulgados em função do paradoxo que apontavam: os homens estavam em desvantagem em relação às mulheres nos indicadores de saúde, mas detinham mais poder na sociedade que elas, em todos os níveis sociais²¹.

Apesar dos estudos sobre os homens nos anos 1980 na América Latina e no Brasil apresentarem alguma consistência por incorporarem a discussão sobre masculinidades, a perspectiva dos estudos seguiu ainda os modelos europeu e americano da década anterior²², que focava na análise dos indicadores.

No Brasil, final da década de 1990, a saúde do homem ganhou maior visibilidade através dos estudos epidemiológicos sobre a morbidade e mortalidade da população masculina, sendo Ruy Laurenti uma das maiores referências nos estudos populacionais, contribuindo em amplitude com o conhecimento do perfil masculino para adoecimento e morte, bem como o das mulheres em idade fértil.

Se por um lado era importante compreender estes fenômenos na população masculina, por outro se fez necessário introduzir a perspectiva relacional de gênero nos estudos para compreender as diferenças que se constituem em singularidades de cada gênero, para além dos sexos, no processo de adoecimento e determinantes de saúde²³. Ressalta-se que atualmente os termos sexo e gênero são empregados de forma distinta: o primeiro, restrito às características biológicas predeterminadas de homens e mulheres e o segundo,

quando referente a características socialmente construídas para significar masculino e feminino²⁴.

4.2.1. Perfil de morbi-mortalidade masculina na atualidade

As transições demográfica e epidemiológica da sociedade desde o século XX trouxeram importantes transformações no processo de saúde-doença das populações e entre os sexos. Os indicadores de saúde apontam historicamente diferenças entre homens e mulheres; eles com a maior taxa de mortalidade em quase todas as causas e idades²⁴. No Brasil antes da década de 1980, a diferença era de até cinco anos entre a taxa de mortalidade geral e a esperança de vida ao nascer. Em 2001, mulheres apresentaram maior sobrevida em relação ao segundo indicador de até oito anos, acentuando-se ainda mais no Sudeste (12 anos)²⁴, provavelmente pela dinâmica dos grandes centros urbanos.

Para a compreensão da situação da saúde do homem brasileiro na atualidade, será utilizado como referencial o diagnóstico elaborado pelo IFF/Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde no ano de 2012, incluindo as 27 unidades federadas brasileiras, com homens de 20 a 59 anos de idade; grupo etário de prioridade para as ações do Ministério da Saúde. O objetivo do estudo foi descrever, na perspectiva de gênero, dados de mortalidade e morbidade em geral, e de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis²⁵.

A taxa de mortalidade geral da população masculina, nesse grupo etário, foi de 3,5 por mil habitantes e, numa comparação entre os sexos, a taxa se apresentou 2,3 vezes maior entre os homens, chegando a quatro vezes mais na faixa etária mais jovem. A taxa avaliada por raça/cor aponta diferenças regionais: Norte, Nordeste e Centro-Oeste com predomínio da parda; no Sudeste e Sul, predominando óbitos em homens de cor preta²⁵.

Dentre as principais causas de óbito em homens de 20 a 59 anos de idade, as causas externas ocupam a primeira posição, numa proporção de 35% dos óbitos masculinos ocorridos no país, atingindo principalmente os homens mais jovens²⁵. Doenças infecciosas e parasitárias apresentaram taxa de mortalidade de 41,4 óbitos/100 mil habitantes na população masculina (figura 2), aumentando para 100 casos/100 mil habitantes em homens de 50 a 59 anos de idade residentes na região Sudeste²⁵.

A taxa de mortalidade por neoplasias foi de 54,3/100 mil habitantes entre os homens de 20 a 59 anos, com aumento significativo a partir dos 40 anos de idade e maior concentração entre os indivíduos com 50 a 59 anos de idade, alcançando 200,7/100 mil habitantes (figura 2). Na população mais jovem, de 20 a 29 anos de idade, a taxa de óbitos foi 24 vezes menor, com maior incidência na região Sul²⁵.

Preocupam ainda mais os óbitos por doenças do aparelho circulatório: a taxa de mortalidade no Brasil foi de 82,0/100 mil habitantes, mas em indivíduos a partir de 40 anos, especialmente na faixa etária de 50 a 59 anos, a taxa foi de aproximadamente 290 óbitos/100 mil habitantes²⁵ (figura 2).

*Taxas de mortalidade masculina por faixa etária e as principais causas. Brasil, 2010**

<i>Faixa etária</i>	Causas externas	Aparelho Circulatório	Neoplasias	Doenças infecto-parasitárias
20-29	202,4	9,1	8,3	13,6
30-39	159,7	28,5	15,9	33,1
40-49	133,6	99,1	59,6	57,4
50-59	123,7	289,8	200,7	87,7
Total	161,6	82,0	54,3	41,4

*Taxas calculadas por 100.000 habitantes.

Figura 2: Taxas de mortalidade masculina por faixa etária e as principais causas. Fonte: adaptado de Perfil da Situação de Saúde do Homem no Brasil. Ministério da Saúde e IFF/Fiocruz, 2012.

Quanto ao perfil da morbidade masculina, o estudo destaca três agravos: Aids, com taxas de incidência maiores entre homens (37,9 casos novos/100 mil habitantes) se comparado às mulheres (21,0 casos novos/100 mil habitantes), especialmente entre os mais jovens; tuberculose, cuja taxa de incidência atingiu 85,9/100 mil homens no ano de 2010, sendo o quase o dobro no estado do Rio de Janeiro e doenças relacionadas ao trabalho, com razão da incidência entre homens e mulheres de 1,6, tendendo a queda com o aumento da idade, sugerindo que os homens apresentam mais risco de acidentes por imprudência do que por exposição²⁵.

Complementa-se o padrão de morbidade masculina até aqui apresentado com a opinião dos próprios homens em inquérito telefônico realizado com 1.894 participantes entre 20 e 59 anos, residentes das 27 unidades federais. Em relação a “ter algum problema de saúde”, 14,1% deles responderam que sim, sendo mais frequentes as doenças do aparelho circulatório, as do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, e as do sangue, dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários²⁶.

Algumas consequências de causas externas, incluindo-se lesões e envenenamentos, aparecem na quarta posição entre os problemas de saúde referidos por eles sendo contraditória a situação; mais de 40% optaram pela automedicação ao invés de buscar assistência, como informado por 35% dos homens que buscaram atendimento em serviço privado²⁶. Esses achados corroboram com a ideia de os homens apresentarem dificuldades de se envolverem com os cuidados a própria saúde, justificado pela provável influência dos modelos de masculinidade²⁷ e a baixa valorização do cuidar de si e do seu corpo²².

As dificuldades também são expressas na utilização dos serviços públicos de saúde. A diferença de concentração de consultas no SUS por habitante é de 71 vezes menos para os homens, que também procuram menos os serviços de saúde com o avançar da idade, ao inverso das mulheres; estas apresentaram incremento de duas a 8,4 consultas nas faixas

etárias de 20 a 29 anos e 50 a 59 anos, respectivamente, consistindo numa diferença de 168 vezes a mais que os homens²⁵. Esse padrão de utilização dos serviços de saúde aumenta a chance de diagnóstico precoce entre mulheres, restando aos homens a manutenção dos fatores de risco, maior frequência de diagnóstico tardio e aumento do número de intervenções, devido a busca de assistência em situações mais extremas.

Havendo maior descaso dos homens com sua própria saúde, o número de internações hospitalares tende a aumentar em relação às mulheres com o avanço da idade. Os motivos mais frequentes são devidos a transtornos mentais e comportamentais, causas externas, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas²⁵. O padrão de comportamento masculino e a relação do homem com sua saúde explica parte do perfil epidemiológico apresentado. Alcançando as maiores taxas de mortalidade e adoecimento e a menor utilização dos serviços de saúde em relação a população feminina, há de se pensar em modificar a oferta de serviços de saúde ao público masculino, reconhecendo não só suas vulnerabilidades e sua relação com o trabalho, mas também fatores inerentes aos serviços de saúde, criando barreiras institucionais. Estas incluem acesso, especificidades das equipes dos profissionais e estrutura de funcionamento²⁰.

4.2.2. Construção política

Acompanhando o cenário internacional, no Brasil, o crescente movimento feminista dos anos 1980 na busca pela redução das desigualdades entre gêneros especialmente na saúde, contribuiu para a formulação de políticas para segmentos populacionais específicos^{23,28}. Pode-se afirmar, ainda, que o movimento de base feminista fomentou a discussão sobre gênero e saúde, influenciando essa perspectiva de gênero na abordagem dos estudos nas ciências da saúde²⁸.

Os acordos internacionais gerados pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995) apontam o reconhecimento inicial da necessidade do desenvolvimento de políticas públicas direcionadas aos homens e suas especificidades, discutindo-se “a saúde e os direitos sexuais reprodutivos, numa perspectiva de defesa e promoção da igualdade de gênero, reconhecendo-se explicitamente as relações de poder entre homens e mulheres”. Essa nova abordagem convoca os homens à participação e responsabilização nas decisões reprodutivas²⁹.

No Brasil, em 2008 foi criada a Área Técnica de Saúde do Homem no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde. O significado político desta área implica na definição de um lugar para os homens como sujeito das políticas públicas, ao lado de outros sujeitos para os quais, historicamente, foram planejadas e desenvolvidas ações de saúde como mulheres, adolescentes e idosos³⁰.

É importante destacar que um dos principais atores envolvidos na criação da área técnica foi a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) que promoveu junto ao Ministério da Saúde a primeira Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem, cujo tema foi a disfunção erétil. Embora a SBU tenha justificado a escolha do tema com estimativas de queixas do público masculino relacionadas a disfunção, entre outros, o tema não abrange a potencialidade da área técnica³⁰. Demais atores envolvidos na construção dessa nova política incluíram associações médicas (cardiologia, urologia, gastroenterologia, psiquiatria, pneumologia, medicina da saúde da família e comunidade), movimentos sociais organizados (para questões de gênero e para outros grupos populacionais), pesquisadores e representantes de conselhos de Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde)^{6,29}, que assumiriam mais adiante o papel de amplificar a PNAISH²⁹.

Após todo o empenho da SBU, em 2009 surge uma política voltada para atender as especificidades masculinas, a PNAISH, que se constitui no primeiro dispositivo que anuncia o homem como um sujeito de direito sexual e reprodutivo. Seu objetivo geral consiste em:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.⁶(p. 53)

Considerando-se a fase mais produtiva dos homens e sua baixa procura pelos serviços de saúde, a PNAISH direciona suas ações principalmente ao público de 20 a 59 anos, através dos seguintes temas: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violência e Acidentes.

Um dos destaques da política é a necessidade de mudança da percepção masculina nos cuidados com a própria saúde e a dos seus familiares³¹.

A PNAISH representa, assim, um marco político brasileiro para a saúde do homem. Seus princípios são:

- Universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais;
- Corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e
- Orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem.

As diretrizes que devem compor a elaboração de quaisquer planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas a população masculina abrangem: integralidade, organização dos serviços públicos de saúde, implementação hierarquizada da política, priorização da atenção básica como porta de entrada preferencial, reorganização das ações de saúde e integração da PNAISH com demais políticas³².

A efetivação da política, pode-se afirmar, ocorreu a partir do Plano de Ação Nacional 2009-2011 (PAN), elaborado pela Área Técnica de Saúde do Homem^{29,33} de forma participativa através de reuniões com diversos atores sociais, a exemplo da própria PNAISH³³. O PAN se constitui no documento de operacionalização para gestores (estaduais, municipais) que nortearia a elaboração de projetos-piloto nos 26 estados e Distrito Federal, visando desenvolver estratégias e ações a serem oferecidas a população masculina^{29,33,34} nos Planos de Saúde de Estados e Municípios. A expectativa com a implementação do PAN era mudar o cenário de pouca procura por parte dos homens pelos serviços de saúde³³.

O interesse de incluir nessa revisão o desdobramento de uma política de atenção direcionada ao homem consiste na relação de três dos nove eixos do PAN com o pressuposto desse estudo, referido anteriormente. Os eixos II (promoção de saúde com o foco na elaboração de estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde), III (informação e comunicação, visando sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis) e V (implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem com o objetivo de fortalecer a atenção básica) atendem ao pressuposto de que o aumento da participação dos parceiros sexuais no pré-natal contribuiria para maior possibilidade de posicionar esses sujeitos diante de sua própria saúde e de uma linha de cuidado de sífilis da gestante.

4.2.3. Avanços após a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

Diante da necessidade de ampliar e fortalecer a PNAISH, em 2016 o Ministério da Saúde lançou dois materiais que marcam um diferencial na atenção aos homens: o “Guia de Saúde do Homem para o Agente Comunitário de Saúde” e o “Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde”, que foram divulgados numa série de oficinas regionais, ancoradas pela Área Técnica de Saúde do Homem.

Os materiais supracitados vão ao encontro dos objetivos desse estudo e a problematização da participação do parceiro no pré-natal e na atenção integral a sua saúde.

Além dos guias, o Ministério da Saúde investiu em materiais informativos e campanhas, além de diagnósticos situacionais em parceria com o IFF/Fiocruz.

4.3. Política de atenção primária e a atenção a gestantes

A Atenção Básica passou por contínuas mudanças desde os anos 1990, inclusive conceitualmente, cuja denominação hoje é reconhecida como Atenção Primária à Saúde (APS), termo correlato que será utilizado nesse estudo. As mudanças incluem aprimoramentos e aproximações com a concepção de Barbara Starfield, cujas produções passaram a influenciar a academia e o Ministério da Saúde a partir de 2002³⁵.

Toda a organização da APS é definida pela Política Nacional de Atenção Básica, que foi aprovada pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Esse dispositivo estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde e resulta da experiência acumulada de vários atores da sociedade, incluindo trabalhadores do SUS, usuários e movimentos sociais³⁶. Com a expansão das últimas décadas em número de equipes de saúde e unidades,

o cenário em 2016 configurava 41.367^a unidades de atenção primária em funcionamento, promovendo uma cobertura de 70% da população³⁷.

A APS é o alicerce da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”³⁸ (p. 19)

A instituição das RAS possibilita a substituição de um sistema hierárquico e fragmentado por redes poliárquicas de atenção à saúde, onde a APS é o centro devendo, portanto, ser a porta de entrada preferencial dos usuários³⁶.

Dentre as RAS, a de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, denominada Rede Cegonha, é a aposta do Ministério da Saúde na mudança da prática assistencial no pré-natal, parto, nascimento, puerpério e o acompanhamento de crianças até os dois anos de idade. Instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a rede “visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”³⁹. Dessa forma, a Rede Cegonha institucionaliza um novo modelo de atenção e se organiza a partir de quatro componentes:

- Pré-Natal;
- Parto e Nascimento;
- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e
- Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação)

^aDados consultados em 08/04/2016 na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>

Atendendo ao pressuposto, o objetivo do acompanhamento pré-natal na APS é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo parto e nascimento saudáveis, sem repercussões na saúde materna⁴⁰ e reduzindo a morbimortalidade fetal e infantil.

É na assistência pré-natal que as ações de prevenção e tratamento das IST, HIV/Aids e Hepatites se tornam oportunas para a redução da transmissão vertical desses agravos. Inquérito recente verificou que mulheres com transmissão vertical de sífilis apresentaram início mais tardio da assistência pré-natal, menor proporção de número adequado de consultas, menor realização de uma ou duas sorologias para sífilis e menor registro de sorologias reagentes no cartão de pré-natal⁴¹.

Dentre os indicadores da OPAS e da OMS para o monitoramento das ações de controle da sífilis na gestação, estão a proporção de gestantes com início precoce da assistência pré-natal e com tratamento precoce da infecção, configurando as unidades de atenção primária em *locus* privilegiado para a prevenção da sífilis congênita. A figura 3 aponta para oportunidades estratégicas de intervenção no ciclo de transmissão da sífilis.



Figura 3: Oportunidades estratégicas para o controle da sífilis em gestantes e suas complicações.

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica, Ministério da Saúde, 2014.

A captação das gestantes e seus parceiros sexuais durante o pré-natal é considerada uma das situações especiais como descrito no Anexo II da Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem⁴². Por ocasião da gestação, a portaria estabelece o uso de teste rápido treponêmico (TRT) para o diagnóstico precoce de sífilis.

O Ministério da Saúde preconiza a testagem de gestantes e seus parceiros sexuais ao iniciar o pré-natal, preferencialmente até a 12ª semana gestacional. O exame será ofertado novamente no início do 3º trimestre caso a testagem anterior seja não reagente. Em havendo resultado reagente, a equipe deverá conduzir o tratamento conforme esquema preconizado pelo Ministério da Saúde, já informado nesse estudo.

O investimento na testagem para sífilis em gestantes e não gestantes apresentou importante incremento desde 2012: foram distribuídos mais de 17 milhões de testes rápidos até outubro de 2016, sendo 37,7% destinados a Rede Cegonha, aumentando a oportunidade diagnóstica do agravo (figura 4).

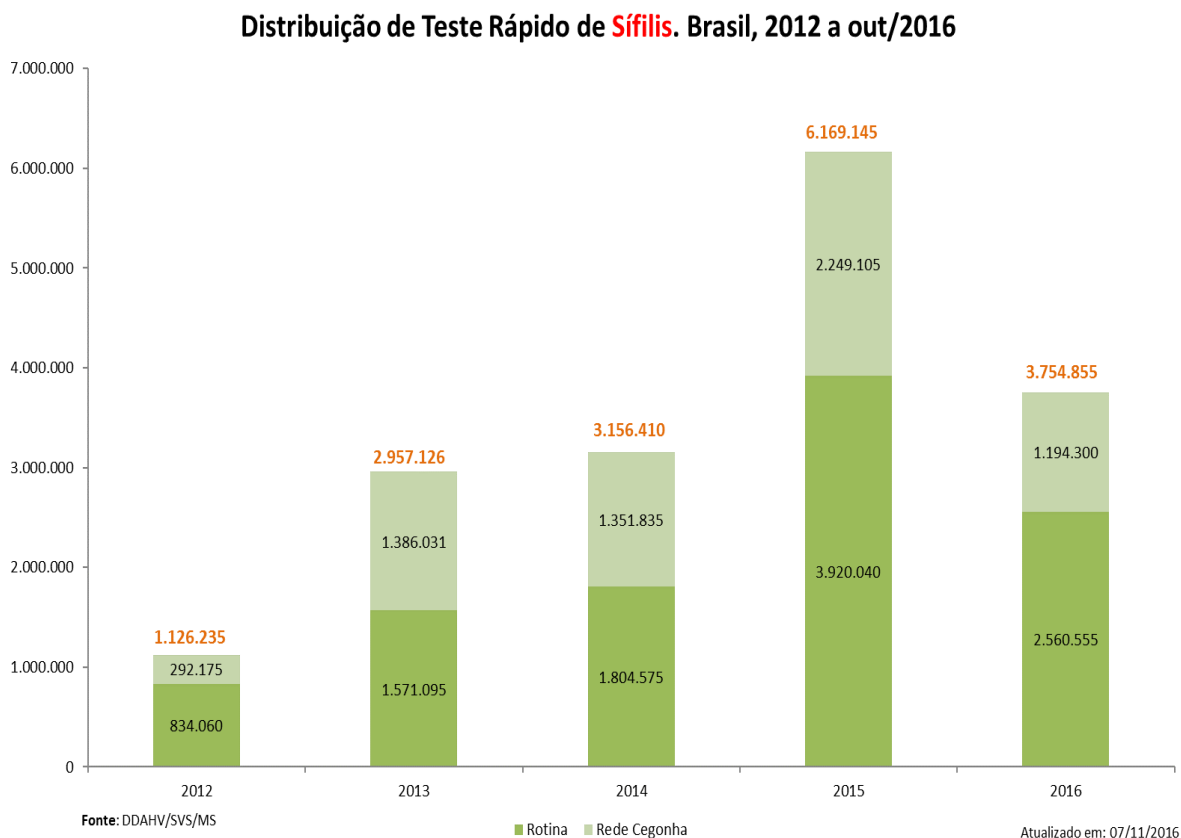


Figura 4: Distribuição de Testes Rápidos de Sífilis (rotina, Rede Cegonha e total geral) no Brasil, 2012 a outubro de 2016. Fonte: Adaptado da Apresentação “O Panorama da Sífilis e das Hepatites B e C na População Masculina no Brasil”. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de IST, Aids e Hepatites Virais/Ministério da Saúde. Informações de 2012 até o mês de outubro de 2016⁴³.

A disponibilidade de insumos, no entanto não parece ser suficiente para garantir a testagem de gestantes e parceiros, como observado nas elevadas taxas de sífilis em gestantes e congênita.

Tão relevante quanto as medidas de controle no pré-natal (diagnóstico e tratamento) é o início oportuno da atenção a gestante. Quanto ao número mínimo de consultas, não há ainda um consenso exceto pela qualidade da atenção. A OMS define como ideal o número mínimo de seis consultas, enquanto que o Ministério da Saúde adota o mínimo de sete.

No município do Rio de Janeiro, a proporção de gestantes com sete ou mais consultas manteve-se acima de 70% a partir de 2012 (figura 5). Apesar da utilização elevada, a série histórica de notificações de sífilis congênita no município aponta o incremento de mais de 11.700 casos⁴⁴ em hospitais e maternidades municipais, estaduais e federais nos últimos dez anos. Especialmente a partir de 2011, ano em que se implantou o Programa Cegonha Carioca no Rio de Janeiro, os hospitais municipais notificaram 1386 novos casos, correspondendo um aumento de 82% em relação a 2010, mantendo-se nos anos seguintes em torno de 1400 a 1700 casos⁴⁴.

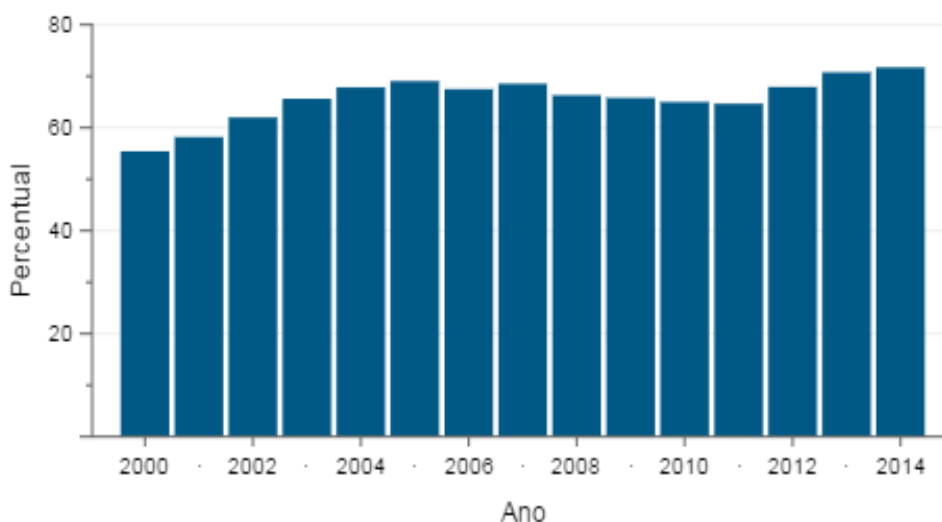


Figura 5: Proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal/ano no MRJ, 2000-2014.

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica/MS. Informações de 2016 até o mês de março. Disponível em:

<http://sage.saude.gov.br/#>

4.3.1. Modelos de APS no município do Rio de Janeiro

Em 2008, o modelo de atenção primária com equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro não cobria mais que 3,5% da população carioca, sendo considerada a mais baixa entre as capitais brasileiras. A nova gestão da Prefeitura, em maio de 2009, assumiu o compromisso de ampliar em até 10 vezes a cobertura da estratégia, lançando o selo Saúde Presente, marca política dessa gestão⁴⁵.

O movimento da nova gestão provocou profundas reformas administrativas e organizacionais da estrutura da SMS-RJ e, conseqüentemente no modelo de atenção primária, tendo como referência conceitual o trabalho de Bárbara Starfield e a experiência da “Reforma dos Cuidados Primários em Saúde” em Lisboa, alguns anos antes⁴⁶. No município do Rio, a APS passou a ser definida como a coordenadora do cuidado, substituindo um modelo obsoleto do que se compreende hoje por atenção primária. Para resultar na ampliação da cobertura desejada, a SMS-RJ investiu em nova política de recursos humanos, processos de gestão e financiamento, obras e reformas, alcançando a marca de 860 equipes de saúde da família em maio de 2015, quando o marco inicial (2008) era de apenas 128 equipes⁴⁵. Em 2016, a cobertura da estratégia saúde da família atingiu a cobertura de 65% da população⁴⁶.

Os avanços na expansão, todavia resultaram em diferentes modelos de atenção primária no município. A nova configuração da rede de APS se classifica de acordo com a presença de equipes da Estratégia Saúde da Família nos territórios de abrangência das unidades, recebendo da SMS-RJ as seguintes denominações⁴⁷:

- Tipo A: unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família, conhecidas como Clínicas da Família;

- Tipo B: unidades mistas, onde somente parte do território é coberto pela Estratégia Saúde da Família, conhecidas em parte como Centros Municipais de Saúde, modelo anterior a implantação das clínicas;
- Tipo C: unidades onde ainda não há equipe de Saúde da Família implantada.

Na AP 3.2, cenário desse estudo, as unidades receberão a seguinte nomenclatura: unidades tipo A serão as unidades de Modelo ESF e as unidades do tipo B serão as unidades de Modelo Misto. Por haver duas modalidades de atenção primária nas unidades de Modelo Misto, nesse estudo as equipes que ainda não atuam no formato saúde da família, serão denominadas Modelo Misto Tradicional e as equipes de saúde da família já implantadas, Modelo Misto EqSF. Em reconhecimento prévio do cenário de estudo, não foram identificadas unidades do tipo C.

Essa diferenciação se faz necessária para compreender os diferentes modelos participantes do estudo dentro da mesma AP; aspecto este que também influencia na composição das equipes e horários de funcionamento.

5. Materiais e métodos

Trata-se de um de estudo realizado em unidades da Área de Planejamento 3.2 do município do Rio de Janeiro aplicando métodos mistos, cujo desenvolvimento consiste na combinação de elementos (coleta de dados, análise, técnicas de interpretação ou inferência) das abordagens quantitativa e qualitativa⁴⁸, baseado no referencial de Creswell & Clark.

5.1. Campo de estudo

Para fins de organização e gestão na saúde, o município do Rio de Janeiro divide-se em dez Áreas de Planejamento (AP) e 33 regiões administrativas, com diferentes características demográficas e geográficas, bem como equipamentos e serviços⁴⁹ (figura 6).

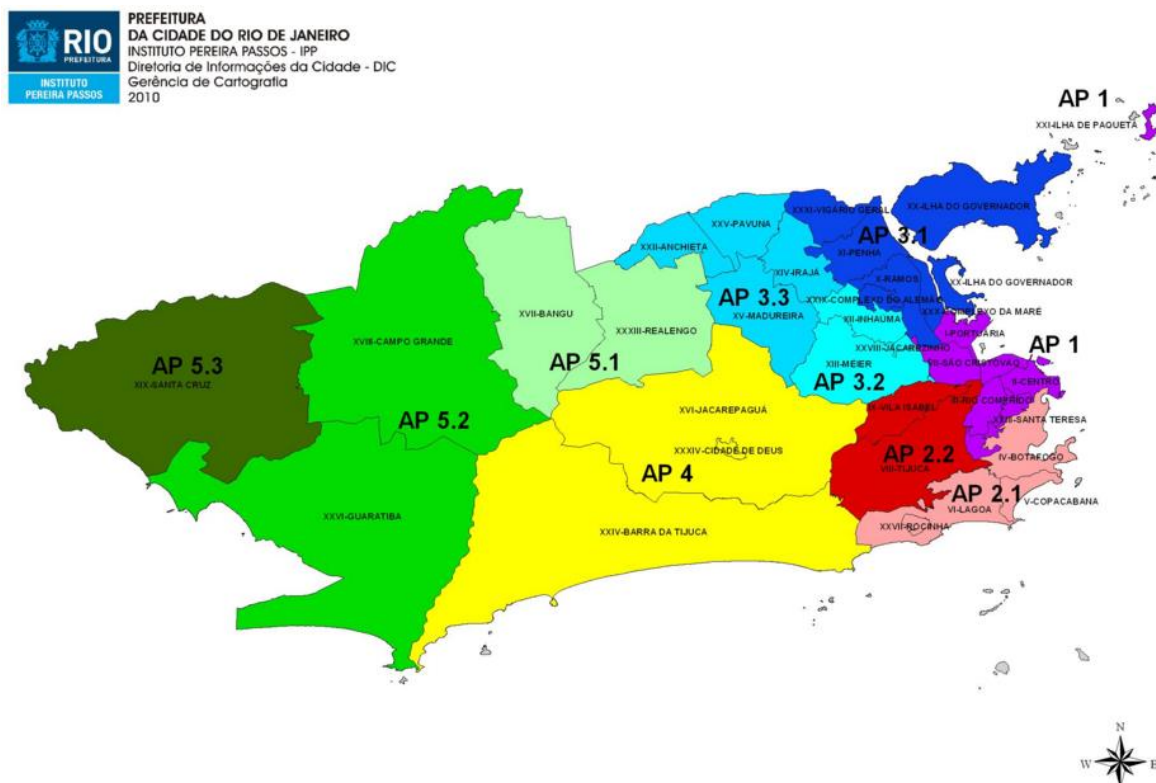


Figura 6: Mapa das Áreas de Planejamento e Regiões Administrativas do município do Rio de Janeiro, 2010. Fonte: Instituto Pereira Passos/Secretaria Municipal de Urbanismo - RJ. Disponível em:

http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/2905_aps_%C3%ADndice.JPG

A área escolhida para esse estudo é uma das regiões da zona norte da cidade com um território de 44 Km² ocupados por 569.970 habitantes, que correspondem a 9,01% do município. Compõem-na, ao todo, 23 bairros e 54 comunidades que foram mapeadas até o ano de 2012⁵⁰. Há ampla oferta de serviços e comércio, especialmente na região do Grande Méier.

Os indicadores de saúde da área em 2014 apresentados pela Coordenação de Análise da Situação de Saúde da SMS-RJ referentes a 7.512 nascidos vivos (8,38% do município), revelaram um percentual de 9,05% de baixo peso e 11,70% de prematuros; dados esses de relevância para avaliar o acesso ao pré-natal e sua qualidade. Em relação a utilização, houve incremento de 55,72% (2000) para 76,16% (2014) de gestantes com sete consultas ou mais, superando a média do município (71,77%) naquele ano^{51,52}. Resultado que deve ser influenciado, em parte, pela ampliação da cobertura da estratégia saúde da família na área (figura 7).

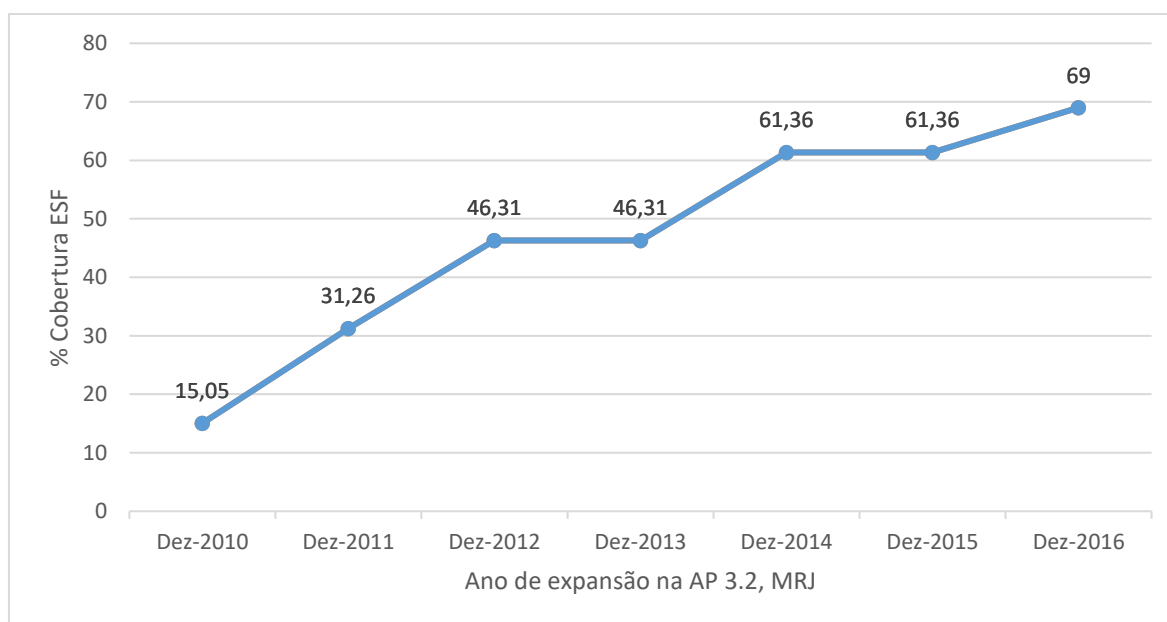


Figura 7: Expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família na AP 3.2, 2010-2016. Fonte: Adaptado de Histórico de Cobertura de ESF. Plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde/SMS/RJ. Atualizado em 08/01/2017.

Entendida como um indicador sensível da qualidade de vida da população, a Razão de Mortalidade Materna da AP 3.2 foi de 53,25/100.000 NV em 2014, mostrando melhor desempenho em relação ao município, que foi de 71,40 no mesmo período^{51,52}.

A escolha da AP 3.2 para esse estudo se deve a sua rede de atenção à saúde no âmbito da gestão municipal. A rede de interesse engloba 19 unidades de atenção primária a saúde e uma maternidade de referência para partos de baixo e alto risco dessas unidades. A maternidade é uma das maiores em número de partos/mês no município e vem se destacando não só pelo perfil da assistência materno-infantil prestada, mas pelas diferentes iniciativas de valorização da paternidade e presença do pai/parceiro, com reconhecimento na SMS-RJ e Ministério da Saúde. Além do cumprimento da Lei Federal nº 11.108/2005⁵³, que determina que o SUS permita a presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato, a maternidade legitima o “Espaço H”, que se caracteriza pela reunião mensal de pais para discutir questões relacionadas ao universo masculino durante a fase da gestação e puerpério. Esse espaço é conduzido por dois enfermeiros do sexo masculino que não preparam uma pauta prévia, mas constroem o diálogo no grupo a partir da própria demanda dos participantes^{54,55}.

Dentre as unidades de atenção primária a saúde da AP 3.2 três são certificadas como Unidades Parceiras do Pai. Como dito anteriormente, o título reconhece os serviços e as equipes que desenvolvem ações para a valorização da paternidade e o acolhimento dos homens, como o pré-natal masculino, por exemplo⁷. Acredita-se, portanto, que a AP 3.2 agrega diferentes elementos que possam contribuir com a atenção diferenciada ao homem durante a gestação, favorecendo a presença do homem na unidade, aumentando a oportunidade do tratamento de sífilis. Reunidas, as unidades de atenção primária e a maternidade integram o segmento da AP 3.2 do Programa Cegonha Carioca, implantado no município em 2011.

5.2. Desenho do estudo

A pesquisa foi caracterizada como pesquisa de métodos mistos, definida como “aquela em que o investigador coleta e analisa os dados, integra os achados e extrai inferências usando abordagens ou métodos qualitativos e quantitativos em um único estudo ou programa de investigação”⁴⁸.

5.2.1. Abordagem quantitativa

O delineamento do estudo é transversal e retrospectivo, tendo como principal fonte de informação desta abordagem o banco de dados de Sífilis em Gestante do Sinan, atualizado pela SMS-RJ em 12/12/2016.

A população do estudo foi composta por casos de sífilis que foram notificados segundo a definição do Ministério da Saúde: “gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagentes, com teste treponêmico positivo ou não realizado”.

Foram considerados como critérios de inclusão: área de residência e de pré-natal AP 3.2, unidade de saúde notificadora da AP 3.2, período de notificação e diagnóstico em 2015. O critério de exclusão foi a gestante ter realizado o pré-natal na maternidade da área de estudo por se caracterizar como assistência pré-natal a gestação de alto risco.

Para obtenção do banco de dados de interesse, optou-se por utilizar o Tabwin, um tabulador eletrônico disponibilizado pelo Datasus, A escolha da ferramenta se justifica pela experiência da pesquisadora em sua prática profissional na utilização do mesmo. Foi acessado o arquivo GestSifNET.def na base de dados municipal SinanNET, utilizando-se os seguintes parâmetros: Ano da Notific = 2015 (referente ao ano de notificação da sífilis), Ano Diagnóstico = 2015 (referente ao ano de diagnóstico da sífilis), AP Residência = 3.2

(referente à área de residência da gestante com sífilis) e AP Estab = 3.2 (referente à área da unidade de saúde que atendeu e notificou a gestante com sífilis). Tais parâmetros foram escolhidos para atender aos critérios de inclusão; o log do tabulador está disponível no apêndice C. O diagrama abaixo mostra a seleção da população do estudo:

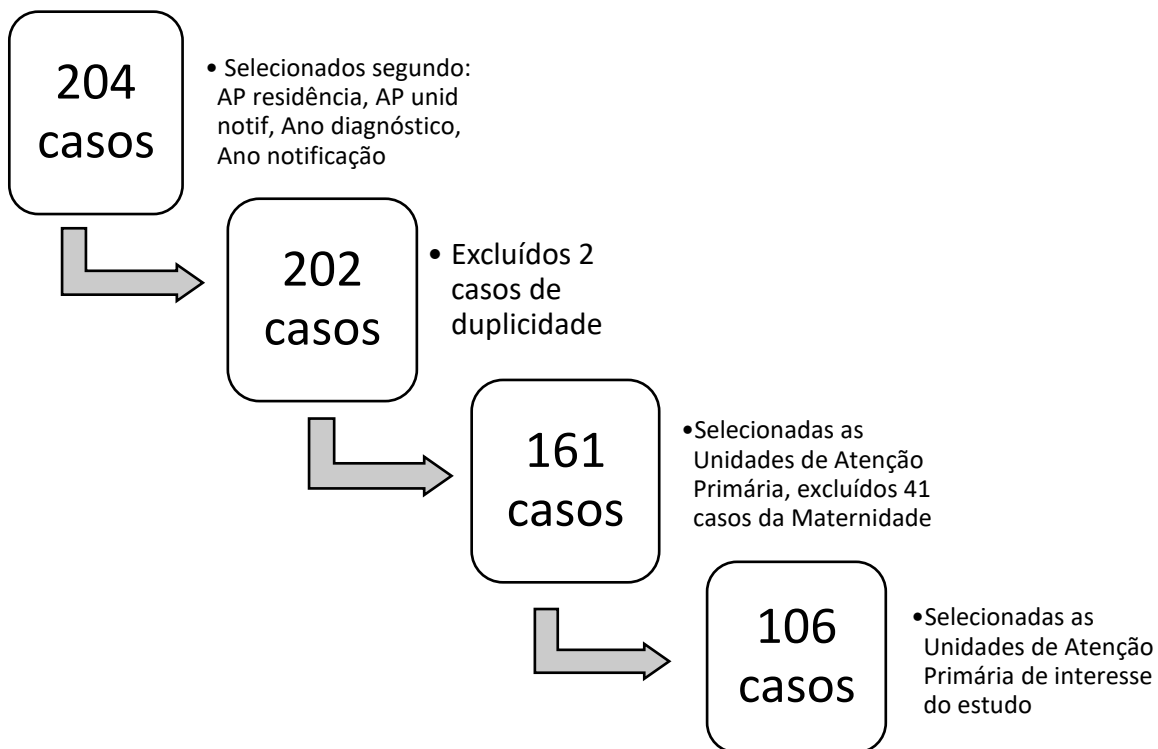


Figura 8: Diagrama do universo amostral do estudo, AP 3.2, 2015.

Das gestantes selecionadas para compor a população do estudo, foi descrito o perfil epidemiológico através de variáveis da ficha de notificação referentes a:

- Características sociodemográficas: idade, raça/cor, escolaridade, bairro de residência e idade gestacional;

- Atenção pré-natal: unidade de realização do pré-natal, teste não treponêmico no pré-natal (VDRL), resultado do VDRL, teste treponêmico no pré-natal e esquema de tratamento prescrito a gestante no momento do diagnóstico;

- Tratamento do parceiro: tratamento prescrito ao parceiro concomitante a gestante, esquema de tratamento prescrito ao parceiro, motivo para o não tratamento do parceiro (em caso de não tratamento).

O critério de seleção das unidades básicas que seriam incluídas para realização de entrevistas de seus profissionais foi ter um número mínimo de 10 notificações de casos no período para que os profissionais entrevistados tivessem um acúmulo maior de experiência em relação à prevenção de sífilis congênita.

5.2.2. Abordagem qualitativa

Foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais das seis unidades participantes do estudo e, devido aos diferentes modelos de atenção primária, optou-se por incluir: os diretores das unidades com Modelo Misto Tradicional, gestores da Estratégia Saúde da Família destas unidades (EqSF), gestores das unidades que oferecem somente a Estratégia Saúde da Família (Modelo ESF) e profissionais de nível superior que realizam o pré-natal nas unidades dos três modelos citados. Tal composição possibilitou a avaliação de diferentes perspectivas da atenção primária: da gestão e da atuação direta na realização do pré-natal.

O cenário de coleta incluiu seis unidades da AP 3.2 e duas delas apresentaram situações específicas: na primeira houve recusa por parte da diretora e da gerente da ESF devido à recente ocupação dos cargos na unidade, sentindo-se inaptas a responder a entrevista da pesquisa; na segunda, não foi possível incluir a gestora da ESF, que estava de licença médica nem a enfermeira que realiza pré-natal no Modelo Misto Tradicional, pois

estava de férias. Abaixo, segue quadro que apresenta a estimativa de entrevistas e o que foi realizado:

Unidades	Estimativa	Realizado
Modelo ESF 1	2 profissionais	2 profissionais
Modelo ESF 2	2 profissionais	2 profissionais
Modelo ESF 3	2 profissionais	2 profissionais
Modelo Misto 1	4 profissionais	4 profissionais
Modelo Misto 2	4 profissionais	2 profissionais
Modelo Misto 3	4 profissionais	2 profissionais

Figura 9: Estimativa de entrevistas por unidade de atenção primária e número realizado, AP 3.2, 2017.

Fonte: elaboração própria.

Foram realizadas entrevistas com os gestores das unidades de atenção primária selecionadas para o estudo e mais um profissional da unidade por eles indicado, totalizando dois sujeitos por unidade. Nas entrevistas foi aplicado questionário semiestruturado, que apontasse facilidades e dificuldades para o envolvimento dos parceiros com o tratamento de sífilis na atenção pré-natal, as principais estratégias implementadas pelas equipes e o conhecimento dos gestores sobre a PNAISH.

Nas questões fechadas, foram incluídas variáveis referentes a:

- Identificação e caracterização da unidade: nome, bairro de localização, tipo de unidade segundo a SMS-RJ, tempo de funcionamento;

- Estrutura e funcionamento da unidade: número de salas/consultórios para realização do pré-natal, número de salas/consultórios para atendimento à população masculina, profissional de acolhimento para a população masculina, turnos de funcionamento da unidade;

- Características sociodemográficas e perfil do entrevistado: idade, sexo, raça/cor, categoria profissional, função na unidade e tempo em que exerce tal função.

Nas questões abertas, foram incluídas perguntas referentes a:

- Opinião dos profissionais sobre o envolvimento do parceiro na atenção pré-natal;
- As estratégias utilizadas pelos profissionais da unidade em caso de dificuldades em tratar os parceiros sexuais;
- Atividades relacionadas a PNAISH que são realizadas na unidade de saúde;
- Facilidades de implementar na unidade de saúde as atividades relacionadas ao pré-natal que envolvem o parceiro; e
- Dificuldades de implementar na unidade de saúde as atividades relacionadas ao pré-natal que envolvem o parceiro.

Além do registro dos dados da entrevista em questionário, utilizou-se gravador para apoio a transcrição e análise das informações, com consentimento dos entrevistados.

5.3. Coleta de dados

Em dezembro/2016 foram coletados os dados do Sinan e em janeiro/2017 foram aplicadas as entrevistas, segundo disponibilidade dos profissionais e gestores das seis unidades selecionadas.

5.4. Análise e apresentação dos dados

A análise do Sinan foi descritiva, caracterizando o perfil da população do estudo, bem como as questões estruturadas das entrevistas, onde caracterizou-se o perfil de gestores e profissionais indicados por eles. Para auxílio à análise do Sinan foi necessário consultar o dicionário de dados disponibilizado pela CAP 3.2.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes da área estudada foi calculada usando-se como fonte de dados os casos notificados de sífilis em gestante, comparando-se aos dados do Sinasc, acessado em 27/01/2017 pelo Tabnet municipal.

Médias e percentuais foram calculados para os dados numéricos, cujos resultados foram apresentados em números absolutos e relativos, ilustrados por meio de tabelas. Para a variável bairro de residência optou-se pelo uso do *software* ArcGIS 10.3 trial version, gerando um mapa de distribuição de casos, classificados por quebras naturais.

Na abordagem qualitativa empregou-se a análise temática buscando identificar as unidades de registro (ou temas) que significaram ideias e proposições dos entrevistados. As unidades destacadas são uma aproximação do que é considerado “núcleos de sentido”, cuja presença ou frequência de aparição podem ter relevância para o objetivo analítico, segundo Bardin⁵⁴. Dessa forma, foi realizada categorização prévia dos temas/enunciados das falas dos entrevistados, organizados em quadros e matrizes. A sistematização dos temas ocorreu da seguinte forma:

- Sobre as estratégias implementadas nas unidades foram organizadas por modelo de atenção primária estudado e categorias, de acordo com os sentidos de cada estratégia referida;

- Sobre as atividades da PNAISH realizadas nas unidades foram organizadas por modelo de atenção primária estudado e eixos da política correspondente.

- Sobre as questões referentes às opiniões dos gestores e profissionais sobre o envolvimento dos parceiros com o pré-natal, às facilidades de implementação das atividades relacionadas ao pré-natal e às dificuldades, as respostas foram organizadas por tema/enunciado como adaptação dos procedimentos sugeridos por Fontanella e colaboradores⁵⁷, devido ao volume do material encontrado. A adaptação para esse estudo consiste na adoção dos passos sugeridos em que se verifica a frequência dos enunciados (ou temas, nesse estudo) segundo entrevistas, possibilitando uma análise temática.

Após a obtenção dos dados referentes ao tratamento dos parceiros e a identificação das estratégias das unidades, buscou-se estabelecer uma relação entre esses elementos

segundo o Modelo ESF e o Modelo Misto da atenção primária. Nesse tipo de análise não foi possível identificar os casos de gestantes com sífilis que pertenciam ao EqSF, sendo realizada a análise agregada.

5.5. Aspectos éticos

O projeto atendeu a Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz e ao da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, incluindo: (a) Carta de anuência para realização do estudo nas unidades de atenção primária da Coordenadoria da Área de Planejamento 3.2, (b) Carta de anuência para acesso aos dados do Sinan apresentado a Divisão de Vigilância em Saúde/CAP 3.2, (c) Carta de anuência das unidades de atenção primária participantes do estudo e (d) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores e profissionais da unidade básica de saúde.

Foi garantida a confidencialidade dos dados coletados no Sinan e entrevistas, conforme a resolução do CNS/CONEP.

6. Resultados

6.1. Perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis

Foram notificadas 202 gestantes com sífilis no período de janeiro a dezembro de 2015, representando uma média mensal de 17 notificações. Considerando-se a população de 7.056 nascidos vivos da AP 3.2 em 2015 (Sinasc), a taxa de detecção de gestantes com sífilis foi de 28,9/1.000 NV. Distribuídas pelas características de idade, raça/cor e escolaridade, o número de casos para cada 1.000 NV foi de 107,7 (10 a 14 anos), 60,4 (pretas) e 45,1 (ensino fundamental incompleto). Por ter havido apenas duas gestantes indígenas da área, a taxa não foi calculada para não haver distorção.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de gestantes notificadas com sífilis, AP 3.2, 2015.

Características sociodemográficas	N (=202)	%
Idade		
10 a 14 anos	7	3,5
15 a 19 anos	51	25,2
20 a 29 anos	105	52,0
30 a 39 anos	30	14,9
40 a 49 anos	9	4,5
Idade gestacional		
1º trimestre	99	49,0
2º trimestre	49	24,3
3º trimestre	41	20,3
Ignorado	13	6,4
Raça/Cor		
Branca	48	23,8
Preta	51	25,2
Parda	87	43,1
Indígena	1	0,5
Ignorado	15	7,4
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	65	31,9
Ensino fundamental completo	51	25,0
Ensino médio completo	24	11,8
Ignorado	62	30,4

Fonte: GestSifNET/SinanNET, atualizado em 12/12/2016.

A idade média das gestantes foi 23,8 anos, com idade mínima de 12 anos e máxima de 43 anos. A maior parte das gestantes com sífilis tinha entre 20 e 29 anos (52,0%), seguido das mais jovens (28,7%), como observado na **tabela 1**.

Quanto a idade gestacional, 49,0% das gestantes foram notificadas ainda no 1º trimestre da gestação. Importante destacar a parcela de gestantes com idade gestacional ignorada (6,4%) (**tabela 1**).

Gestantes pardas (43,1%) foram as mais notificadas, seguidas das pretas (25,2%) e brancas (23,8%). Observa-se ainda 7,4% de gestantes com sífilis de raça/cor ignorada (**tabela 1**).

Quanto a escolaridade, foi predominante o ensino fundamental incompleto (31,9%), seguindo do ensino fundamental completo (25,0%). Impressiona o número de gestantes sem informação desta variável (30,4%), comprometendo a qualidade da análise (**tabela 1**).

A ocupação não pode ser analisada devido a incompletude de preenchimento da variável no Sinan, sendo retirada do estudo.

A distribuição de gestantes notificadas com sífilis por bairro de residência apontou casos entre 21 bairros da AP 3.2. Jacarezinho (20,8%), Inhaúma (10,4%) e Lins de Vasconcelos (9,9%) foram os que mais apresentaram casos (**figura 10**). Ressalta-se que os referidos bairros compreendem a algumas das áreas de maior vulnerabilidade social, correspondendo a complexos de comunidades da AP 3.2.

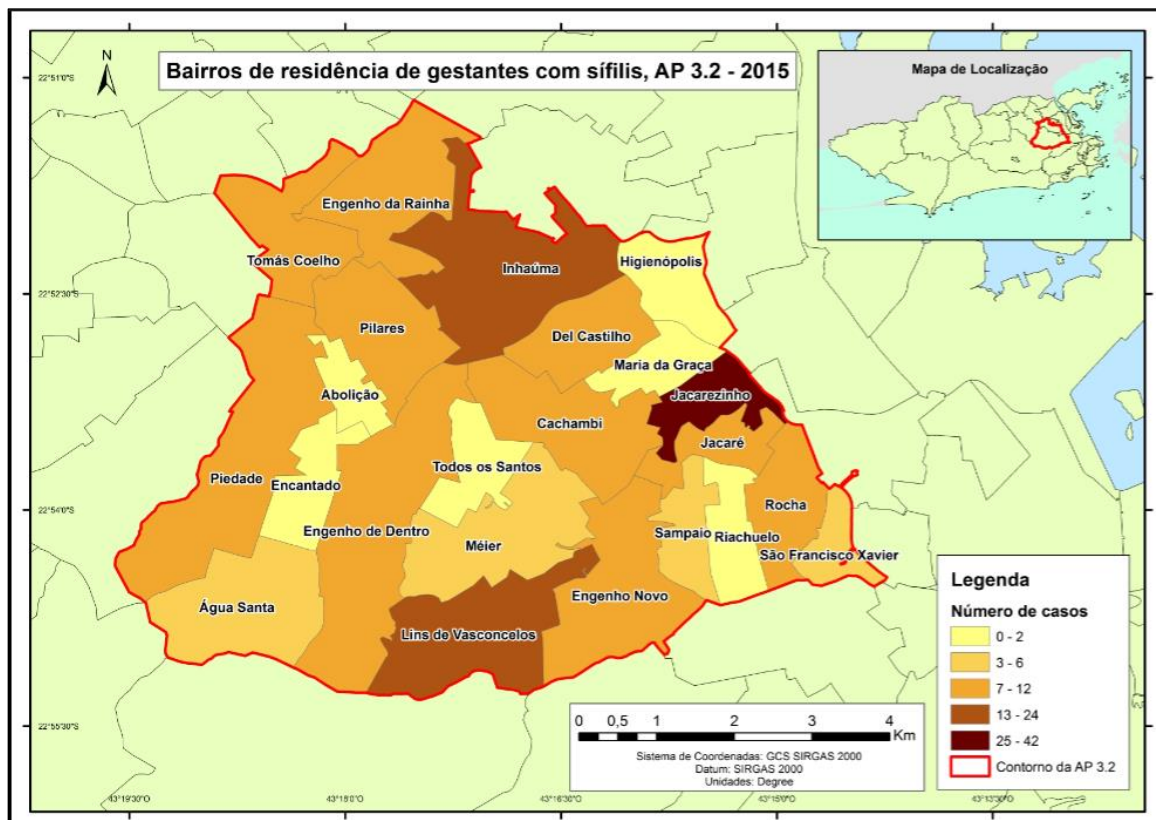


Figura 10: Bairros de residência de gestantes notificadas com sífilis, AP 3.2, 2015. Fonte: GestSifNET/SinanNET, atualizado em 12/12/2016.

6.2 Atenção pré-natal às gestantes notificadas

Dentre as 202 notificações de sífilis em gestante, 161 foram realizadas por 18 unidades de atenção primária da AP 3.2. Excluídas as notificações da maternidade nessa análise, assumiu-se que as unidades notificadoras eram as mesmas em que as gestantes realizaram o pré-natal, devido a incompletude do campo correspondente (95,0%).

O diagnóstico de sífilis das gestantes notificadas foi obtido por teste não treponêmico (73,2%) e teste treponêmico ou teste rápido (TRT) (93,9%). A maioria das gestantes (99,4%) recebeu a prescrição do esquema recomendado pelo Ministério da Saúde para tratamento de sífilis nessa população, que é de três doses da penicilina benzatina (**tabela 2**).

Tabela 2: Características da atenção pré-natal às gestantes notificadas com sífilis e seus parceiros, AP 3.2, 2015.

Características da atenção pré-natal na prevenção da sífilis congênita	N (=161)	%
Teste não-treponêmico da gestante		
Sim	118	73,3
Não	35	21,7
Ignorado	8	5,0
Teste treponêmico da gestante		
Sim	151	93,8
Não	8	5,0
Ignorado	2	1,2
Tratamento prescrito à gestante		
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	160	99,4
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	1	0,6
Realização de tratamento do parceiro		
Sim	121	75,8
Não	40	24,2
Esquema de tratamento do parceiro		
Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI	14	8,7
Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI	29	18,0
Outro esquema	79	49,1
Motivo para não tratamento do parceiro (n=40)		
Parceiro não teve mais contato com a gestante	12	30,0
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu	9	22,5
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas recusou tratamento	6	15,0
Parceiro com sorologia não reagente	2	5,0
Outro motivo	11	27,5

US: Unidade de Saúde. Fonte: GestSifNET/SinanNET, atualizado em 12/12/2016.

Três quartos dos parceiros sexuais foram tratados para sífilis, sendo 49,1% deles com esquema alternativo, possivelmente como reflexo do desabastecimento nacional da penicilina benzatina no país (**tabela 2**). Entre os parceiros não tratados (24,2%), os principais motivos foram: a falta de contato das gestantes com os parceiros (30,0%) e o não-comparecimento dos parceiros à unidade de saúde que os convocou para a oferta de diagnóstico e tratamento (22,5%). Foram observados 5,0% de parceiros não tratados devido a sorologia não reagente, motivo contrário à recomendação do Ministério da Saúde de se

aplicar ao menos uma dose de penicilina benzatina (2.400.000 UI) nos parceiros das gestantes por se configurar em contato sexual (**tabela 2**).

O campo “outro motivo” é para a discriminação de outras razões para não ter sido realizado o tratamento do parceiro, justificados pela unidade como: múltiplos parceiros (03), parceiro encontra-se “preso” (01) e parceiro falecido (01). Houve cinco casos em que o motivo não foi descrito e um em que não o motivo registrado não foi compreensível, apontando possibilidade de falha na digitação.

6.3 Perfil das unidades de atenção primária

Foram analisadas as estratégias de seis unidades de atenção primária da AP 3.2, selecionadas para o estudo segundo critérios estabelecidos. Metade das unidades possuem como modelo de atenção primária apenas a Estratégia Saúde da Família (Modelo ESF) e a outra metade, o modelo misto de atenção primária (Modelo Misto Tradicional e Modelo Misto EqSF).

As unidades do Modelo ESF têm no máximo cinco anos de funcionamento e as de Modelo Misto, mais de 28 anos.

6.3.1 Estrutura física e funcionamento das unidades

As unidades do Modelo ESF possuem cada uma, seis salas para realização do pré-natal, número semelhante ao apresentado pela EqSF das unidades do Modelo Misto. Quanto ao número de salas para atendimento à população masculina, tanto as unidades do Modelo ESF quanto as EqSF das unidades do Modelo Misto informaram não haver distinção do espaço físico por sexo, realizando-se atendimento aos homens nas mesmas salas em que ocorre o pré-natal. Dentre as unidades do Modelo Misto, no formato tradicional foram

relatadas salas de atendimento de outros serviços, além dos espaços para atenção pré-natal, e uma delas informou não haver sala de atendimento aos homens.

À exceção da EqSF de uma unidade do Modelo Misto, as demais independentemente do modelo, não realizam pré-natal noturno, sob a alegação de violência no território de atuação. Aos sábados, o pré-natal ocorre em todas unidades Modelo ESF e na EqSF de duas unidades do Modelo Misto. A terceira EqSF não realiza devido à violência no território, sendo inviável as atividades aos sábados, funcionando apenas em campanhas.

Das seis unidades, apenas uma do Modelo Misto Tradicional informou não haver acolhimento à população masculina enquanto que demais unidades o fazem de segunda a sábado em qualquer turno no seu período de funcionamento. O enfermeiro foi o profissional mais citado na realização do acolhimento à população masculina no formato tradicional, porém nas unidades do Modelo ESF foi comum relatar que qualquer profissional da unidade realizava esse acolhimento.

6.4 Perfil dos entrevistados

Participaram das entrevistas 14 respondentes, incluindo cinco diretores de unidades e uma gerente da ESF numa unidade do Modelo Misto. Nesse estudo foram denominados de gestores para distinguir dos demais profissionais de atuação na assistência.

Gestores eram do sexo feminino, com idades entre 30 e 66 anos, predominantemente pardas. As categorias profissionais eram enfermeiro (03), médico (02) e assistente social (01). O tempo de atuação na função exercida variou de 4 meses a 17 anos (tabela 3).

Demais profissionais eram do sexo feminino em sua maioria (06), tinham entre 27 e 54 anos e declararam-se brancos (06). Novamente, o enfermeiro apareceu como a principal categoria (06) entre os entrevistados, sendo que um deles também atuava na educação permanente da unidade. O tempo de ocupação da função foi de 3 meses a 21 anos (tabela 3).

Tabela 3: Perfil sociodemográfico de gestores e profissionais das unidades de atenção primária, AP 3.2, 2017.

Características sociodemográficas (n=14)	Gestor (n=6)	Profissional (n=8)
Idade		
20 a 29 anos	0	3
30 a 39 anos	3	2
40 a 49 anos	2	1
50 a 59 anos	0	2
60 anos e mais	1	0
Sexo		
Masculino	0	2
Feminino	6	6
Raça/cor		
Branca	1	6
Preta	1	0
Parda	4	2
Categoria		
Médico(a)	2	2
Enfermeiro(a)	3	6
Assistente social	1	0
Função na unidade		
Diretor(a) unidade	3	-
Gerente ESF	3	-
RT médico e médico de equipe	-	2
Enfermeiro de equipe/assistência	-	5
Enfermeiro de equipe/educação permanente	-	1
Tempo que exerce a função (anos)		
Menos de 1	1	1
1 F 10	4	5
10 anos ou mais	1	2

Fonte: Entrevistas realizadas com gestores e profissionais da Atenção Primária da AP 3.2, 2017.

6.5 Medidas de prevenção da sífilis congênita

Para o diagnóstico de sífilis foi unânime a oferta do TRT às gestantes (logo após seu acolhimento) e parceiros (após o resultado positivo da gestante). A eles também oferecido em atividades externas na comunidade ou quando há livre demanda por parte dos homens

usuários do território. Quanto ao tratamento de parceiros, todas as unidades relataram realizá-lo, não sendo necessário encaminhar a outra unidade.

6.5.1 Estratégias de atenção aos parceiros sexuais

Gestores e profissionais relataram estratégias de atenção aos parceiros sexuais para a prevenção da sífilis congênita, em caso de dificuldade de tratamento destes. Diante da pluralidade de sentidos que as estratégias mencionadas apontam, optou-se por categorizar as estratégias em seis blocos, segundo modelo de atenção primária (figura 11).

Observou-se que as **estratégias educativas** (orientações, formação de grupos, palestras) são adotadas pelos três modelos, bem como as **estratégias intermediadas pela gestante** (comunicação oral ou escrita via gestante). Esta, apontada com grande frequência nas entrevistas.

As **estratégias com uso de tecnologia da informação ou comunicação** também foram referidas pelos três modelos, incluindo a busca telefônica dos parceiros e exposição de imagens na internet durante as consultas, como suporte às orientações clínicas sobre sífilis. Esta estratégia foi relatada por uma profissional de EqSF.

Caracterizadas pela **imersão no território**, as estratégias de visita domiciliar e/ou busca ativa no território, como esperado, foram referidas pelos modelos que incluem agentes comunitários de saúde em suas equipes. Além deste, o enfermeiro também aparece como um profissional que realiza essa atividade. A diferenciação entre visita domiciliar e busca ativa se deve ao fato de unidades relatarem a busca pelos parceiros em locais no território além do domicílio, como “dentro do movimento”, por exemplo, relatado por uma gestora.

Foram consideradas **estratégias de envolvimento com demais serviços** as que estabelecem relação entre o profissional que realiza o pré-natal e a farmácia da unidade. Esta, também definida como “suporte farmacêutico”, é reconhecida como uma das atribuições do

profissional de Farmácia com o objetivo de aumentar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso.

A **parceria com recursos do território** (líderes comunitários, escola de samba, igrejas, centros espíritas, associação de moradores) foi relatada em apenas uma unidade com EqSF. Especificamente em relação a prevenção da sífilis, a parceria com a Pastoral da Criança tem o propósito de atrair os homens do território que possuem irmãos menores, facilitando a abordagem dos profissionais de saúde.

Em momento posterior da análise, o projeto municipal RAP da Saúde^b foi apontado como um importante dispositivo de parceria por uma das unidades do estudo, realizando várias atividades locais.

6.5.2 Relação das estratégias com o tratamento dos parceiros sexuais

Na comparação entre os dois modelos de atenção primária (ESF e Misto), as proporções de parceiros não tratados foram de 27,2% e 14,9%, respectivamente. Na avaliação por unidade, observa-se que as do Modelo ESF apresentaram também a maior (42,9%) e a menor proporção (9,1%), bem como o maior volume de notificações de gestantes com sífilis (figura 12).

A análise agregada na figura 12 ampliou as estratégias do Modelo Misto, enriquecendo-o quanto ao que foi apresentado no quadro anterior.

^b RAP da Saúde: Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde, uma iniciativa da SMS-RJ que estimula o desenvolvimento de competências de adolescentes e jovens de comunidades cariocas. Implantado nas 10 APs da cidade, trabalha com a valorização das diversidades e atividades que abordam temas como direitos das crianças e dos adolescentes com ou sem deficiências; protagonismo juvenil; questões de gênero, raça e etnia; prevenção das violências, IST/Aids, dengue, chikungunya, zika, tuberculose e tabagismo; promoção da alimentação saudável, do aleitamento materno e da saúde bucal, dentre outros⁵⁸. Informação acessada em 09/03/2017. Disponível em: <https://elosdasaude.wordpress.com/rap-da-saude/>

Categorização das estratégias utilizadas	Modelo de atenção primária		
	Modelo ESF	EqSF - Modelo Misto	Tradicional - Modelo Misto
Estratégias educativas	Orientação a parceiros quando presentes na unidade/consulta. Grupo de gestantes*. Grupo de homens.	Grupos de gestantes*. Palestras sobre DSTs com oferta de TR.	Orientação de doses subsequentes.
Estratégias intermediadas pela gestante	Comunicação escrita e oral via gestante.	Comunicação via gestante.	Comunicação via gestante. Pedido de exame via gestante. Orientação a gestante quanto a tratamento de múltiplos parceiros.
Estratégias com uso de tecnologia da informação ou comunicação	Busca telefônica.	Mídia visual (fotos da internet) durante a consulta. Busca telefônica.**	Busca telefônica.
Estratégias de imersão no território	Visita domiciliar (ACS). Busca ativa no território (ACS ou enfermeiro).	Visita domiciliar. Busca ativa no território (ACS ou enfermeiro).	-
Estratégias de envolvimento demais serviços	-	-	Orientação da farmacêutica no momento da dispensa do medicamento.
Estratégias de parceria com recursos do território	-	Parceria líderes comunitários, escola de samba, com igrejas, centros espíritas, associação de moradores e Pastoral da Criança.	-

**Grupo de gestantes aberto a participação dos parceiros. **Neste caso, se parceiro morador de outro território, orientado a buscar unidade de saúde mais próxima.* Figura 11: Quadro-síntese das estratégias utilizadas para o tratamento dos parceiros sexuais das gestantes por categoria e modelo de atenção primária, AP 3.2, 2017.

Modelo de atenção primária AP 3.2	Estratégias utilizadas	Proporção de parceiros não tratados por modelo (%)	Unidade	Nº gestantes notificadas	Nº parceiros não tratados	Proporção de parceiros não tratados por unidade (%)
Modelo ESF	Educativas, Dependentes das gestantes, Uso de tecnologia da informação ou comunicação, Imersão no território	27,2 (n=16)	Modelo ESF 1	34	9	26,5
			Modelo ESF 2	11	1	9,1
			Modelo ESF 3	14	6	42,9
Modelo Misto (incluindo EqSF)	Educativas, Dependentes das gestantes, Uso de tecnologia da informação ou comunicação, Imersão no território, Envolvimento dos demais serviços e Parceria institucional	14,9 (n=7)	Modelo Misto 1	10	2	20,0
			Modelo Misto 2	18	3	16,7
			Modelo Misto 3	19	2	10,5
			Total	106	23	21,7

Figura 12: Comparação entre os modelos de atenção primária quanto às estratégias implementadas e a proporção de parceiros não tratados, AP 3.2, 2015/2017.

6.6 Atividades específicas para a população masculina

6.6.1 Opinião dos profissionais sobre o envolvimento do parceiro com o pré-natal

Gestores e profissionais opinaram sobre o envolvimento do parceiro com o pré-natal e apontaram questões diversas que podem justificar seu grau de participação (figura 12).

A maior frequência entre as respostas (05) que apontam para o baixo envolvimento foi a dificuldade em se liberar do trabalho, não havendo apoio do empregador. Em algumas delas houve relato de recusa do empregador da declaração de comparecimento, principalmente se assinado por enfermeiro.

A multiplicidade de parceiros e a falta de vínculo com a gestante e com a criança (01) apareceram como motivos que contribuem com o pouco envolvimento do parceiro com o pré-natal, como descreveu uma gestora:

“A maioria dessas gestantes, uns 50%, elas não têm parceiro fixo, são meninas jovens que se “envolveu” em algum momento com esse parceiro, mas não “desenvolveu” nenhum vínculo com ele, então ele não se sente na obrigação de vir aqui, acompanhar a gestação dessa criança e ele não tem nem mesmo vínculo com essa criança, né, de paternidade, essas coisas assim”. (Entrevista 1, Modelo Misto EqSF)

Uma profissional de unidade de Modelo ESF relatou a baixa participação do parceiro por falta de incentivo dos próprios profissionais, apesar de considerar de grande relevância para a qualidade do pré-natal:

“É pouca (a participação dos homens), mas acho que é culpa nossa, porque a gente não estimula muito a presença do homem no acompanhamento pré-natal, é visto até como quem atrapalha as consultas... É isso aí que eu escuto”.

(Entrevista 11, Modelo ESF)

Também parecem influenciar na baixa participação: a crença entre os homens de que não precisam acompanhar as mulheres (01), principalmente quando o pré-natal é de baixo risco (01), a gravidez na adolescência (01) e o envolvimento dos parceiros com o tráfico (01), motivo este que aparece como um limitador na implementação de atividades do pré-natal que envolvem o parceiro. Afirmativas como “as gestantes não dão muito crédito” (01) e “algumas gestantes acham que o bebê é só delas” (01) podem indicar o entendimento por parte das gestantes de que a presença desse pai e/ou parceiro não é necessário.

Dentre as respostas que apontam algum grau de envolvimento/participação dos parceiros, o mesmo pode ter como motivador a solicitação estritamente médica (01) e o nível de comprometimento na relação, principalmente entre os mais esclarecidos (01) e os casados (01).

Uma gestora de unidade de Modelo ESF e uma profissional de unidade de Modelo Misto Tradicional informaram que parceiros têm participado mais que antes em consultas e na realização da ultrassonografia. A experiência da segunda profissional aponta, inclusive, em apresentar justificativa de ausência quando não podem comparecer às consultas de pré-natal.

Temas/tipos de enunciados - opiniões dos entrevistados	E 01	E 02	E 03	E 04	E 05	E 06	E 07	E 08	E 09	E 10	E 11	E 12	E 13	E 14	Frequência
Muito baixa a participação porque a gestante não tem parceiro fixo/Parceiros não têm vínculo com a criança nem com a gestante	X														1
Há casos de homens que se interessam pelo pré-natal/Alguns participam		X	X					X							3
Não costumam participar porque "o patrão não libera"/Não aceita declaração assinada pelo enfermeiro/Trabalho deles dificulta, atrapalha/Baixa adesão devido ao trabalho			X	X		X			X					X	5
Não são muito presentes, mesmo com solicitação da unidade					X										1
Os mais esclarecidos têm relacionamento mais firme e acreditam que devam participar/Casados participam mais					X	X									2
Alguns homens acham que não precisam acompanhar as mulheres						X									1
Muitas vezes comparecem quando o médico pede						X									1
Acompanhar com a mulher é muito raro/Participação é falha principalmente no pré-natal de baixo risco						X							X		2
Baixa participação porque muitos são do tráfico							X								1
Participação depende do usuário, uns participam mais, outros menos								X							1
Gestantes "não dão muito crédito"/"Gestantes (algumas) acham que o bebê é delas"								X							1
Parceiro vai à 1ª consulta e não dá sequência, mas costuma aparecer no final do pré-natal									X						1
Parceiros têm participado mais que antes (consultas, USG)/Percebe aumento na participação, inclusive com justificativa de ausência quando não podem comparecer										X		X			2
Gestantes adolescentes costumam comparecer sozinhas										X					1
Pouca participação porque os profissionais ainda não estimulam sua presença											X				1

Figura 13: Matriz de opiniões dos entrevistados sobre o envolvimento dos parceiros sexuais das gestantes com o pré-natal, AP 3.2, 2017.

6.6.2 Conhecimento dos profissionais sobre a PNAISH e atividades relacionadas

Dois profissionais do Modelo ESF relataram não conhecer a PNAISH. Dentre os que conhecem (12), três profissionais informaram não ter acesso a manual ou orientação escrita sobre a política, sendo dois do Modelo Misto Tradicional e um do Modelo ESF. Os nove entrevistados que reconheceram acesso ao material sobre a política, informaram acessá-lo nas áreas de trabalho dos computadores de cada consultório de atendimento e/ou no Google Drive®, um espaço virtual (ou “nuvem”) vinculado a uma conta institucional de correio eletrônico. Houve relato ainda de os profissionais receberem a orientação de acessar a Plataforma eletrônica da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), onde todos os protocolos de interesse da atenção primária estão disponíveis.

As atividades relacionadas a PNAISH realizadas nas unidades do estudo são apresentadas no quadro seguinte (figura 13), organizadas segundo eixo da política e modelo de atenção primária que as referiu.

Dentre as atividades de acolhimento do homem e acesso ao serviço de saúde (eixo I), destaca-se a busca do homem na comunidade, marcando uma conduta proativa (EqSF de Modelo Misto). Apesar de não ter aparecido entre as atividades relacionadas a PNAISH, a equipe do “Consultório na Rua da AP 3.2” foi apontada por uma gestora como um importante dispositivo para a implementação da saúde do homem, estritamente do homem em situação de rua:

“A gente aqui na clínica tem o consultório na rua (...) trabalha muito mais a saúde do homem, a gente tem 80% dos nossos moradores em situação de rua que são do sexo masculino, eles conseguem trabalhar muito melhor essa questão na rua”.

(Entrevista 5, Modelo ESF)

No segundo eixo (Saúde Sexual e Reprodutiva) foram agregadas as atividades de: planejamento familiar, onde se oferece a vasectomia; orientações sobre IST e oferta de TR, no momento do acolhimento ao homem (um profissional de unidade de Modelo Misto Tradicional) ou quando os exames da mulher são positivos, definindo-os como contactantes sexuais; e realização de exames (clínico e PSA^o) para rastreamento e acompanhamento de câncer de próstata, visto pelos profissionais como atividade de maior interesse dos homens. Em se tratando de um estudo voltado para a prevenção da sífilis congênita o achado é relevante, pois apesar da magnitude da doença em adultos e recém-nascidos, o público masculino mostra maior preocupação com a prevenção do câncer de próstata.

Nenhuma atividade foi relacionada a questão da paternidade e cuidado, correspondente ao terceiro eixo da PNAISH.

O quarto eixo (Agravos e Condições Crônicas na População Masculina) apareceu como o maior agregador de atividades, apontando inclusive uma abordagem multiprofissional dos homens numa unidade de Modelo ESF. A “Academia Carioca” apareceu na maioria das falas, significando uma estratégia potente de atração e vinculação dos homens, já que facilita a inserção desse público em outras atividades e serviços da unidade, como descrito no depoimento a seguir:

“Pensando na saúde do homem especificamente, a gente tem trabalhado muito em parceria com a Academia Carioca (...) hoje é um dos dispositivos mais facilitadores do alcance da população que a gente não estava alcançando ainda, então por mais que a gente fale de Promoção da Saúde na clínica, eles não compreendem tão bem (...) então a Academia tem sido um dispositivo muito bom”. (Entrevista 5, Modelo ESF).

^o PSA: Antígeno Prostático Específico, substância produzida pela próstata; seus níveis séricos são avaliados no rastreio do câncer de próstata.

Nenhuma atividade relacionada ao eixo V (Prevenção de Violências e Acidentes) foi referida, apesar da violência local ter importante influência no funcionamento das unidades e oferta de serviços.

Eixo da PNAISH	Modelo de atenção primária		
	Modelo ESF	EqSF - Modelo Misto	Tradicional - Modelo Misto
Acolhimento e Acesso	Acolhimento do homem. Incentivo a vinda do homem às consultas. Realização de consultas (saúde do homem).	Acolhimento de livre demanda do homem. Tendas de saúde. Atividades nos bares para buscar esses parceiros/homens ("para focar na saúde do homem").	Inserção do homem em outros programas oferecidos na unidade, incluindo imunização.
Saúde Sexual e Reprodutiva	Promoção da saúde sexual e reprodutiva (maior procura no Carnaval). Planejamento familiar (vasectomia). "Novembro azul" em que profissionais trabalham vários temas, mas homens demandam por exames de PSA e próstata.	Rastreamento e acompanhamento de câncer de próstata. Orientação sobre IST. Grupo de planejamento familiar. Na parte da atenção a urologia, há entraves, fica restrito ao PSA.	Oferta de TRT e orientações sobre IST no acolhimento*. Realização de exames quando os da mulher são positivos. Oferta de vasectomia aos homens no grupo de planejamento familiar.
Paternidade e Cuidado	-	-	Inclusão do homem no pré-natal.
Agravos e Condições Crônicas na População Masculina	Incentivo à participação do homem na Academia Carioca, que o atrai para outras atividades (torneio de futebol, café da manhã - principalmente idosos). "Papo de Homens" - jogos de tabuleiro, almoço preparado com nutricionista, enfermeira aborda a prevenção do câncer de próstata, farmacêutico aborda o uso indevido de medicamentos. Preparador físico identifica a necessidade de encaminhar os homens para outros atendimentos. Avaliação de pé diabético. Monitoramento da planilha de hemoglobina glicada. Consulta com nutricionista (HAS, DM) que orienta sobre alimentação. Grupo de tabagismo.	Inserção de homens na Academia Carioca (oportunidade de orientação). Prevenção do adoecimento por doenças crônicas (HAS, DM), incluindo orientações quanto a alimentação.	Atividades da Academia Carioca. Acompanhamento e prevenção do câncer nas salas de espera. Orientações aos homens/parceiros: tabagismo (grupo de tabagismo), HAS, DM, idosos.
Prevenção de Violências e Acidentes	-	-	-

**Neste caso, quando o entrevistado está no acolhimento, não significando uma conduta institucional. Algumas vezes, os homens apresentam esta demanda. Figura*

14: Quadro-síntese das atividades relacionadas a PNAISH realizadas pelas unidades por eixo da política e modelo de atenção primária, AP 3.2, 2017.

6.6.3 Facilidades e dificuldades de implementar atividades que envolvam o parceiro

Foram apresentadas duas questões aos gestores e profissionais das unidades sobre a implementação das atividades relacionadas ao pré-natal que envolvem o parceiro, considerando-se as facilidades e as dificuldades. Dentre as respostas buscou-se identificar os temas ou enunciados que pudessem auxiliar no estudo do objeto. As respostas foram organizadas em planilhas por frequência e segundo entrevistado.

Facilidades

Dois profissionais não responderam a esta questão, totalizando 12 entrevistados cujas falas geraram 17 temas/enunciados. As respostas foram mais heterogêneas, mostrando-se dispersas no quadro de sistematização (figura 15).

Observou-se importante frequência de respostas quanto aos horários de funcionamento da unidade, especialmente aos sábados, sendo considerado um facilitador da implementação de atividades da PNAISH. Contraditoriamente, na análise seguinte o horário surge como um limitador ao acesso em algumas localidades. Uma unidade de Modelo ESF relatou pactuar com a gestante o melhor horário para que possa facilitar a presença do parceiro:

“A oferta de horário (...) o horário da gestante é sempre acordado com ela de forma que tente viabilizar a vinda dos dois”. (Entrevista 05, Modelo ESF)

Quatro entrevistados informaram que a disponibilidade de TR para sífilis na unidade se configura como um facilitador, aumentando a oportunidade de diagnóstico mais rapidamente, possibilitando início de tratamento mais precocemente se positivo:

“A facilidade do TR hoje que a gente oportuniza, né? Quando não tinha o TR e pedia o sangue, a sorologia (...) muitas vezes ele não vinha colher, a gente tinha dificuldade de fazer com que eles viessem colher num outro momento, então a oportunidade do TR de fazer na hora, é um incentivo, mesmo que ele não venha todas as vezes, naquele momento você faz o exame e já tem o resultado, consegue captar”.

(Entrevista 10, Modelo ESF)

A inauguração de nova unidade de saúde no território aponta para a ampliação de acesso e redimensionamento do serviço de saúde oferecido, pois a “nova clínica” poderá atender aos usuários que não podem acessar a unidade do estudo em função da rivalidade entre facções.

“A gente está numa área que tem essa questão de não poder vir pra esse lado (...). A gente vai mudar isso à medida que essa clientela vai sendo absorvida pela nova clínica da família (...)”

(Entrevista 3, Modelo Misto Tradicional)

O livre acesso de usuários aos serviços da unidade de saúde, incluindo-se a administração, apareceu como um grande facilitador:

“É uma unidade totalmente aberta, as pessoas têm acesso a todas as salas, qualquer problema, vêm direto a direção, não tem impeditivo, acho que isso humaniza mais essa relação (...). Não temos burocracia para entrar, chega-se muito fácil na unidade, nos atendimentos, no acolhimento (...). Isso é um facilitador”

(Entrevista 13, Modelo Misto Tradicional)

Dificuldades

As dificuldades relatadas pelos entrevistados apresentaram-se mais homogênea, totalizando 11 temas/enunciados (figura 16). Dos 14 entrevistados, uma profissional não quis responder a esta questão.

A violência presente no território de atuação das unidades como tema de sete entrevistados, sob diferentes aspectos: envolvimento de homens com o tráfico, diferença entre facções, parceiros em sistema de detenção e o desejo de não serem identificados como parceiros das gestantes.

“Nem sempre querem ser vistos como parceiros daquelas pessoas, daquelas mulheres, todo mundo vai ver, todo mundo conhece, ‘não quero ser reconhecido’.”

(Entrevista 13, Modelo Misto Tradicional)

“(...) muitos parceiros envolvidos com o poder paralelo, com o tráfico, muita gente presa, isso dificulta o tratamento (...) não é só nosso, mas a gente tem isso maior do que as outras unidades, com certeza. Um número de parceiros muito grande, detentos”.

(Entrevista 13, Modelo Misto Tradicional)

Em um dos territórios com essa característica, uma gestora de EqSF relatou realizar o grupo de pré-natal da unidade na comunidade para tentar incluir os homens do tráfico.

As dificuldades em se liberar do trabalho foram elencadas nas respostas de oito entrevistados. Tal como no item referente a opinião sobre o envolvimento do parceiro com o pré-natal, foi relatado mais uma vez recusa por parte do empregador da declaração de comparecimento, inclusive a emitida pelo enfermeiro. Ausentar-se do trabalho para acompanhar a parceira no pré-natal não possui respaldo legal, dificultado a participação

desse homem. Uma gestora de unidade Modelo ESF relatou que os profissionais das equipes são orientados a fornecer a informação de que o trabalhador de carteira assinada tem direito a se ausentar um dia de trabalho durante o pré-natal sem ser descontado:

“Às vezes é um parceiro que trabalha e a gente oferece a declaração de comparecimento, mas não o atestado médico e para alguns isso acaba sendo um impedimento porque algumas empresas não aceitam”.

(Entrevista 10, Modelo ESF)

Outro tema de destaque nas entrevistas é a falta de horário ampliado ou terceiro turno, oferecendo atendimento à população até às 20h de segunda a sexta. Algumas unidades relataram especificamente que houve redução de horário, funcionando atualmente até às 17h e havendo impedimento, em uma delas, de funcionar aos sábados. A alegação é o contexto de violência local, restringindo o acesso ao serviço de saúde.

Afirmativas como “Medo da gestante da reação do parceiro”, “Homens acreditam que pré-natal é só das mulheres”, “Aborto masculino” e “Não enxergam o pré-natal como parte da saúde deles” surgiram nas falas de três entrevistados, sugerindo a relação de poder do gênero masculino sobre o feminino e a “invulnerabilidade” dos homens quanto sua saúde:

“Tem a questão da violência, né? Às vezes essa gestante está com um parceiro que é envolvido com o tráfico (...) ela nem sequer fala com ele por medo da reação, por ele culpar ela, transfere essa culpa para ela, então ela não informa isso”.

(Entrevista 2, Modelo Misto – Tradicional)

“Não só por ser uma área de vulnerabilidades, mas também uma característica mais atual, por ser a gestante sozinha, né? A produção independente, ou novo termo que estão usando agora, ‘o aborto masculino’, que é o que acontece muito. Fala-se tanto de aborto feminino e o aborto masculino é mais antigo do que... sempre houve”.

(Entrevista 4, Modelo Misto – EqSF)

A falta de penicilina benzatina em 2016 como um dos dificultadores apareceu em apenas uma fala, não parecendo ter havido impacto na assistência ao parceiro de gestante com sífilis entre as demais unidades. À época da coleta de dados desse estudo, o abastecimento já havia sido normalizado.

Temas/tipos de enunciados – facilidades	E 01	E 02	E 03	E 04	E 05	E 06	E 07	E 08	E 09	E 10	E 11*	E 12*	E 13	E 14	Frequência
Horário flexível/Horário aos sábados/Coleta de sangue sem horário fixo/Horários de funcionamento da unidade	X			X	X	X		X			NR	NR			5
Horário acordado com a gestante para ter a presença do parceiro					X						NR	NR			1
Horário estendido (até às 20h e sábados)									X		NR	NR			1
Espaço físico bom /Salas de espera		X									NR	NR			1
TR disponível na unidade/Atendimento à livre demanda por TR/Oferta de TR	X	X								X	NR	NR		X	4
Inauguração de nova clínica no território, transição do serviço			X								NR	NR			1
Profissionais não impedem a participação do homem no pré-natal/Profissionais que incentivam a participação do homem						X				X	NR	NR			2
Grupo de gestante na unidade, homens se sentem mais à vontade que em consulta individual							X				NR	NR			1
Grupo de homens conduzido por educadora física								X			NR	NR			1
Gestante como prioridade na agenda dos profissionais								X			NR	NR			1
VD realizada durante o pré-natal mesmo que a gestante compareça às consultas								X			NR	NR			1
Capacitação contínua dos ACS para captar gestantes e parceiros									X		NR	NR			1
Unidade é aberta, acessível a usuários, inclusive à gestão da unidade											NR	NR	X		1
Bom acolhimento/Acolhimento realizado pela equipe técnica		X									NR	NR		X	2
Grupos educativos											NR	NR		X	1
União entre as equipes da estratégia e modelo tradicional com o mesmo propósito											NR	NR		X	1
Presença do agente de saúde (apesar de não haver em seu modelo)		X									NR	NR			1

*NR: Entrevistados 11 e 12 não responderam à questão. Figura 15: Matriz das facilidades de implementação das atividades do pré-natal que envolvem os parceiros

sexuais das gestantes, AP 3.2, 2017.

Temas/tipos de enunciados – dificuldades	E 01	E 02	E 03	E 04	E 05	E 06	E 07	E 08	E 09	E 10	E 11	E 12	E 13	E 14	Frequência
Território violento/Território com duas facções/Adolescentes são envolvidas com "meninos do tráfico"/Facção rival não atravessa para ir a unidade/Muitos são envolvidos com o tráfico/Parceiros detentos/Parceiros não querem ser identificados	X	X	X	X	X		X				NR		X		7
"Patrão não libera"/Falta respaldo legal/"Querem o dia", equipe dá declaração de comparecimento/Localização do trabalho x trânsito x horário da unidade/"Patrão não entende"	X	X		X		X	X		X	X	NR		X		8
Falta de horário ampliado/Horário reduzido de funcionamento/Falta do 3º turno		X		X	X	X				X	NR		X		6
Medo da gestante da reação do parceiro/Recusa do parceiro/Homens acreditam que pré-natal é só das mulheres/Aborto masculino/Não enxergam o pré-natal como parte da saúde deles/Não comparecem a unidade		X	X	X		X					NR				4
Comunicação visual da unidade (ex: placa "acolhimento mãe-bebê")				X							NR				1
Equipe do modelo misto tradicional não discute casos clínicos e de sífilis/Unidade modelo misto		X									NR				1
Falta de grupo de pré-natal na unidade/Sem grupo de gestantes na unidade por falta de enfermeiro										X	NR	X			2
Não há atividades específicas para homens											NR		X		1
Falta de penicilina em 2016											NR		X		1
Multiplicidade de parceiros/Parceiros que não se consegue localizar no território											NR			X	1
Número de atendimentos é alto, falta tempo nas consultas											NR			X	1

*NR: Entrevistado 11 não respondeu à questão. Figura 16: Matriz das dificuldades de implementação das atividades do pré-natal que envolvem os parceiros sexuais das gestantes, AP 3.2, 2017.

7 Discussão

Ao identificar e explorar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na prevenção da sífilis congênita na AP 3.2, pode-se inferir que a variedade de estratégias implementadas pela atenção primária nos diferentes modelos não foi suficiente para garantir ampla cobertura de tratamento de parceiros. Observou-se, no entanto, que a proporção de tratamento de parceiros na área estudada é superior ao observado no município do Rio de Janeiro (53,3%, Tabnet MRJ) no mesmo período. As melhores proporções de parceiros tratados foram observadas entre as unidades de Modelo Misto, no entanto, há de se considerar que a análise agregada dos casos notificados nesse modelo não permite distinguir se esses resultados foram devido a atividades das equipes de saúde da família ou da atenção primária tradicional.

Quanto às categorias das estratégias informadas, observou-se maior diversidade entre as equipes de saúde da família, tanto nas unidades de Modelo ESF como nas de Modelo Misto EqSF. Esses resultados sugerem que a presença da EqSF agregou valor à atuação do Modelo Misto Tradicional, ampliando as ações de prevenção da sífilis já que esse modelo, como esperado, não apresentou estratégias extramuros.

Estratégias educativas, que incluíram toda ação de orientação, formação de grupos e palestras de prevenção, são comumente vistas no cotidiano da atenção primária. Nesse estudo foi recorrente nas unidades de Modelo ESF a formação de grupos de homens, às vezes motivado pela oferta de algo em troca funcionando como um atrativo, como observado em outras experiências^{59,60}. Também foi identificado, nos três modelos de atenção primária, grupo de gestantes permeáveis a entrada dos parceiros sexuais. Essa estratégia se constitui em outra oportunidade de apresentar as informações relativas a prevenção da sífilis congênita, por exemplo, facilitando a “captação” desses homens diante da necessidade de testagem e tratamento.

Na ausência desses parceiros nas unidades, a estratégia mais referida foi a comunicação verbal ou escrita através das gestantes como observado em outros estudos^{18,61}. A adoção dessa estratégia foi justificada principalmente pela própria concepção do modelo que não realiza busca ativa no território (sem equipes de saúde da família) e pela dificuldade de identificação dos parceiros, quando há envolvimento deles com o tráfico, por exemplo, criando barreiras ao comparecimento a unidade. Todavia, a falta de abordagem dos parceiros pelo próprio serviço de saúde deixa sob responsabilidade da gestante a comunicação da doença e seus encaminhamentos, desconsiderando os aspectos sociais e culturais que podem interferir nessa comunicação. E, ainda, o profissional da atenção primária deve estar atento às questões de gênero embutidas na relação que podem gerar desconforto ou medo da reação desse parceiro; fato este apresentado como um dos aspectos dificultadores de implementação das atividades de pré-natal na área estudada. Por não ser incomum encontrar mulheres que sofreram algum tipo de violência após a revelação do diagnóstico^{17,62}, considera-se, pois, que essa estratégia fragiliza as ações para interrupção do ciclo de transmissão da sífilis^{18,61,63}.

Quando os pacientes-índices assumem a tarefa de comunicar a seus parceiros sexuais a necessidade de comparecimento a unidade, o Ministério da Saúde recomenda o uso do cartão de comunicação de parcerias sexuais (anexo B) e em caso do não cumprimento em até 15 dias, os profissionais podem aplicar outras estratégias, como correspondência, contato telefônico ou eletrônico e busca ativa⁴. Nesse estudo não foi encontrado relato de uso do cartão de comunicação preconizado, sendo realizado em receituário.

Dentre as estratégias de uso da tecnologia da informação e comunicação, a busca telefônica foi o elemento comum entre os três modelos de atenção primária, com o destaque para a busca de parceiros que não moram no território da unidade. Uma profissional de unidade de Modelo Misto EqSF relatou que a equipe realiza contato com o parceiro sexual nessas situações e o orienta a buscar a unidade de atenção primária mais próxima de sua

residência para realização do tratamento. Como já relatado, a busca telefônica é um dos meios de comunicação orientados pelo Ministério da Saúde⁴. A “inovação” dentre as estratégias citadas coube ao uso de mídia visual por profissional de unidade de Modelo Misto EqSF, durante as consultas, através da exposição de imagens na internet, similar à exposição do álbum seriado de IST que ainda é utilizado⁶⁴.

Citada como uma das estratégias, a visita domiciliar (ou domiciliária) é uma tecnologia de interação no cuidado às famílias⁶⁵ e de reorientação de práticas nos modelos de atenção primária com equipes de saúde da família. A Política Nacional de Atenção Básica define a visita como uma atribuição comum aos profissionais da atenção primária³⁶, no entanto, os dois profissionais citados para esta atividade foram o agente comunitário de saúde e o enfermeiro, prática que pode ser corroborada pela percepção de que estes profissionais são os responsáveis por identificar o problema de saúde na visita domiciliar, enquanto o médico é o responsável por solucioná-lo, remetendo ao modelo de atenção à saúde centrada no saber biomédico⁶⁶. Outro estudo aponta a eventualidade na visita domiciliar realizada pelo médico, sempre intermediada pelo ACS ou enfermeiro, quando este não é capaz de resolver⁶⁶. A restrição da visita domiciliar às duas categorias profissionais sugere uma fragmentação da equipe diante de uma atividade que possibilita o cuidado à saúde dos indivíduos em seu contexto familiar.

Durante a coleta de dados desse estudo, chamou a atenção o fato de o enfermeiro ser o profissional mais indicado pelos gestores para participar da entrevista, sendo considerado como ideal “para falar da vigilância da sífilis”. A indicação pode ter relação com a rotina de visita domiciliar deste profissional na área estudada, entendida como um facilitador na adesão de parceiros sexuais de gestantes com sífilis⁶⁴.

No combate à sífilis é importante considerar o papel estratégico da equipe de enfermagem, que tem como uma de suas atribuições a administração da penicilina benzatina

prescrita. Por medo de reação anafilática, a enfermagem por muito tempo apresentou resistência à administração do medicamento na atenção primária, sendo desmistificado seu uso após publicação da Portaria nº 3.161 de 27/12/2011, do Ministério da Saúde¹². Em 2015, foram divulgadas algumas “boas práticas”, mostrando excelentes iniciativas no combate à sífilis congênita e diminuição dessa resistência nos estados da Bahia, Goiânia, São Paulo e Paraná⁶⁸.

Assim como a atuação do enfermeiro no combate à sífilis, o farmacêutico vem se destacando na atenção primária; o suporte farmacêutico é reconhecido como uma estratégia para aumento da adesão de pacientes a tratamentos medicamentosos⁶⁹. Em Nota Técnica, a SMS-RJ estabeleceu o acompanhamento farmacêutico dos casos de sífilis nas unidades de saúde, através das seguintes atribuições: garantir acesso ao medicamento, acompanhar adesão ao tratamento, realizar consulta farmacêutica e prestar orientação ao usuário sobre o tratamento, entre outros⁷⁰. As medidas legitimam o papel do farmacêutico no combate à sífilis na atenção primária do município do Rio de Janeiro.

Estabelecer parcerias com recursos do território ou da comunidade é uma das atribuições comuns aos membros das equipes de saúde da família³⁶, onde as ações intersetoriais podem promover melhor resposta aos problemas dos usuários e comunidade. Apesar de ser uma estratégia interessante para o alcance de parceiros sexuais de gestantes, a ação em parceria não se apresentou como uma prática na área estudada, sendo relatada por poucos. Uma unidade de Modelo Misto EqSF citou a parceria com vários recursos do território e uma unidade de Modelo ESF, o projeto RAP da Saúde, que se constitui num trabalho de protagonismo juvenil visando alcançar outros adolescentes e jovens, num trabalho onde se abordam vários temas⁵⁸. Com esse perfil de atuação, o RAP poderia ser mais implicado nas atividades de combate à sífilis e atenção à saúde masculina, por exemplo.

Esse fato caracteriza um baixo aproveitamento de oportunidades por parte das equipes de saúde da família, como observado em estudo com a estratégia saúde da família⁵⁹.

Tendo avaliado as estratégias que contribuem para o tratamento dos parceiros sexuais, foram observados os resultados sobre o envolvimento desses parceiros com o pré-natal. Para este fato, poucos entrevistados sinalizaram interesse dos homens e elencaram vários fatores que podem influenciar na baixa adesão. Os de cunho pessoal (falta de interesse, falta de vínculo com gestante e criança, crença de que não precisam participar, gestante que não deseja ou não valoriza a participação dos parceiros) podem ser trabalhados pelas equipes através da implantação do pré-natal do parceiro, definido pelo Ministério da Saúde como uma ferramenta inovadora para “o envolvimento consciente e ativo de homens” nas ações voltadas ao planejamento reprodutivo⁷¹.

Demais fatores (questões trabalhistas legais, contexto de violência/tráfico) exigem do setor saúde a interação com outras áreas na perspectiva de construção de redes de apoio, para manutenção da oferta da atenção primária e garantia de acesso ao serviço de saúde com qualidade. A SMS-RJ em parceria com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha lançou a estratégia “Acesso Mais Seguro”, para auxiliar as equipes da atenção primária na identificação das situações de risco e na construção de um plano de acesso seguro local, adaptado a realidade do território e baseado num sistema de classificação do risco percebido⁷². Apesar dos planos locais, a violência predomina no contexto de atuação de cinco unidades do estudo, representando risco para profissionais e usuários. A falta de segurança no território produz prejuízos diversos como a interrupção das atividades de rotina, perda de vínculo da população com o serviço⁷² e até o adoecimento desses sujeitos⁷³. Quanto à prevenção da sífilis, a violência limita o acesso, contribuindo para perpetuar o ciclo de transmissão devido ao impacto na adesão ao pré-natal, na captação de homens e no tratamento da doença.

Nesse estudo foi relevante investigar o conhecimento de gestores e profissionais sobre a PNAISH, não só no sentido de identificar o quanto reconheciam de implementação de atividades na unidade relacionadas a política, mas no reconhecimento do homem como sujeito a ser cuidado. A implementação de atividades poderia apontar a atenção ao homem e construir com ele uma preocupação com sua saúde, independente da atenção pré-natal e à mulher. Sem uma capacitação em gênero, o olhar das equipes fica restrito às questões de saúde da mulher, dificultando a identificação de questões relativas à saúde masculina²⁹.

A maioria dos entrevistados informou conhecer a política, estando de um modo geral acessível nas unidades em diferentes dispositivos. Esse estudo, no entanto, não explorou os diferentes níveis de conhecimento como observado na literatura⁵⁹.

A experiência de cuidado à população em situação de rua na AP 3.2 foi destaque nas atividades do primeiro eixo (Acesso e Acolhimento), sendo apontado como um facilitador para o tratamento da sífilis e abordagem da saúde do homem. As equipes de Consultório na Rua (CnaR) são parte da atenção primária voltada a uma população específica, com características muito particulares; por isso o trabalho é realizado de forma itinerante e em diferentes turnos, articulando ações em parceria com outros equipamentos de atenção primária do território e de unidades de saúde de outros níveis de atenção³⁶. Na área estudada o CnaR se apresenta como estratégia de atenção potente e diferenciada, haja visto o número de casos de sífilis em gestante, baixa adesão de parceiros ao tratamento e concentração de pessoas em situação de rua. A sífilis aparece como um dos problemas clínicos mais comuns nessa população, para a qual o Ministério da Saúde recomenda uma abordagem que inclua a oferta de testes rápidos e preservativos⁷⁴.

Quanto à Saúde Sexual e Reprodutiva (eixo II da PNAISH), as atividades captadas nas entrevistas restringiram-se principalmente a prevenção das ISTs, planejamento familiar (com ênfase na vasectomia) e prevenção do câncer de próstata, que apareceu como uma

demanda importante apresentada pela população masculina. Profissionais relataram realizar atividades temáticas tendo como referência o “Novembro Azul” e oferta do exame PSA. Apesar do estudo não ter explorado as atividades preventivas, as falas das entrevistas afirmaram grande busca da população masculina pelo exame. Entretanto, o Ministério da Saúde desaconselha a implantação de programas de rastreamento desse câncer, considerando as evidências científicas disponíveis e as recomendações da OMS. E orienta aos profissionais da atenção primária a esclarecerem a população masculina quanto aos riscos e benefícios da intervenção, cabendo ao usuário a decisão, que deve ser registrada em seu prontuário⁷⁵.

Apesar da maioria dos entrevistados informar que conhece a política de atenção aos homens, o estudo não encontrou nenhum dado que apontasse ações relacionadas ao eixo III da PNAISH (Paternidade e Cuidado). O Ministério da Saúde aponta que a “paternidade é a porta de entrada positiva no sistema de saúde” podendo ser integrada a atenção à saúde do homem, proporcionando a vinculação deste público às unidades de saúde e aumentando as oportunidades da realização de exames e atividades preventivas⁷⁶. Implementar essas ações, no entanto, requer dos profissionais a visão dos homens como sujeitos a ser cuidados, contrapondo-se à construção social da masculinidade como sinônimo de invulnerabilidade. Promover mudanças de práticas e valores culturais dos profissionais só poderá ocorrer com a implantação efetiva de uma linha de cuidados masculinos na atenção primária, desde que incorporados os princípios de equidade de gênero e pluralidade da concepção masculina⁷⁷. Autores apontam esses princípios como bases estruturantes de uma dimensão político-gerencial para atenção integral aos homens⁷⁷.

Sem que haja uma discussão de gênero sob a ótica masculina na formação dos profissionais, podem ocorrer barreiras de acesso à atenção primária e às tecnologias⁷⁸ e dispositivos existentes como a própria PNAISH, por exemplo. Valorizar as questões de gênero pode promover uma atenção primária que evite a reprodução das atribuições

tradicionais de homens e mulheres perante sua saúde⁷⁸ e/ou abra espaço para a reflexão das questões relativas à saúde masculina²⁹.

Medidas de prevenção, orientação e assistência aos agravos e condições crônicas apareceram com grande frequência nas falas dos entrevistados, atendendo ao quarto eixo da PNAISH. Dentre as atividades, o Programa Academia Carioca da Saúde foi o dispositivo mais citado e relacionado à promoção da saúde do homem na área estudada⁴⁶. Consiste num conceito ampliado de promoção da atividade física no território, visando promover a saúde, prevenir doenças e as complicações associadas a elas. Através de atividades lúdicas e esportivas, o programa atua como um facilitador na aproximação dos homens com os serviços de saúde.

A completitude das variáveis do Sinan merece destaque como um dos limites do estudo. Devido ao baixo preenchimento das variáveis “escolaridade” e “ocupação”, não foi possível avaliar estes quesitos que compunham o perfil sociodemográfico da população estudada. Além disso, a variável referente a unidade de realização do pré-natal foi equiparada a unidade notificadora devido à falta de informação desse campo, sob o risco de comprometer a fidelidade da informação. Estudos diversos sobre a qualidade dos dados em sistemas de informação em saúde avaliaram principalmente a confiabilidade e a completitude, mas não foram encontrados trabalhos que apontassem diretamente o impacto da completitude dos campos destacados nesse estudo para comparação.

Diante o exposto, observou-se os avanços na prevenção da sífilis na AP 3.2, mas ainda incipientes no cenário epidemiológico, requerendo prioridade na agenda de políticas públicas do município.

8 Conclusão

Diante do contexto epidemiológico nacional da sífilis congênita, das condições sociodemográficas desfavoráveis das gestantes e da disponibilidade de instrumentos e demais dispositivos para seu controle, urge a necessidade de reavaliação das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, do homem e da criança, e do campo da saúde sexual e reprodutiva, particularmente a prevenção das ISTs. No atual desenho das políticas a prevenção da sífilis congênita é priorizada na gestação, com menor investimento quando os sujeitos, homens e mulheres, são sexualmente ativos. Na gestação, as intervenções passam a envolver processos institucionais e relacionais mais complexos para a aplicação do protocolo de prevenção, sob o risco de ser moroso e inoportuno. Do contrário, a prevenção da sífilis e de outras ISTs no período pré-concepcional contribui para a saúde da população jovem e adulta, propiciando condições mais favoráveis às gestações, caso ocorram.

O estudo evidenciou iniciativas na atenção primária da AP 3.2 voltadas para saúde masculina, ainda que incipientes. Os resultados evocam a urgência da implementação da atenção integral à saúde do homem, possibilitando maior investimento nessa população como parte das ações preventivas da sífilis. Da mesma forma, a implementação do pré-natal masculino que em nenhum momento foi citado, possibilitaria a vinculação dos homens às gestantes e seus conceitos como sujeitos de cuidado.

A variedade de estratégias implementadas pelas unidades de atenção primária na AP 3.2 não pareceu interferir no grau de envolvimento dos parceiros sexuais de gestantes em seu pré-natal, bem como minimizar a perda de tratamento desses homens contra a sífilis. No entanto, deve-se considerar os aspectos sociais e inerentes aos locais de atuação das unidades participantes do estudo, que contribuem para o panorama local da sífilis.

Outra conclusão do estudo é a baixa utilização dos recursos do território que poderiam ser aplicados na prevenção da sífilis congênita, cabendo aos gestores explorar as potencialidades de seus territórios de atuação.

Compreende-se que não é possível uma generalização dos resultados, no entanto, eles chamam a atenção pelas características da região estudada: aumento da cobertura da atenção primária nos últimos anos, presença de três unidades parceiras do pai – em que uma delas fez parte desse estudo – e o movimento de valorização da paternidade, manifestado através de ações da maternidade local. Acredita-se que a reunião desses elementos poderia tornar estratégica a rede de saúde da AP 3.2 à prevenção da sífilis.

Como limite do estudo, pode ser apontada a exclusão da consulta aos prontuários das gestantes notificadas com sífilis em 2015, descrita no projeto inicial. A justificativa para esta exclusão foi a exigência do CEP da SMS-RJ da aplicação de termo de consentimento àquelas gestantes, inviabilizando sua coleta no tempo previsto. Em estudos futuros, a comparação das estratégias informadas pelos entrevistados com o registro em prontuários poderá resultar em novos achados, ampliando a interpretação do processo da atenção primária nesse cenário.

Atrair os parceiros sexuais das gestantes, assim como os homens de uma maneira geral, ainda parece ser um desafio para a atenção primária. Todavia, é notória a preocupação de profissionais das unidades visitadas no enfrentamento da sífilis, criando estratégias que podem ser um diferencial a longo prazo. Aliando-as a atenção integral à saúde do homem e ao pré-natal masculino, poderão aumentar as chances de mudança do cenário epidemiológico.

Referências^d

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Acesso em 2015 out. 03]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p_15727.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Acesso em 2016 nov 01]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf.
3. Domingues, RMSM, Szwarcwald, CL, Junior, PRBS, Leal, MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascir no Brasil. Rev Saude Publica. 2014;48(5):766-74.
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [Acesso em 2016 nov. 01]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-congenita>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Acesso em 2015 out. 03]. Disponível em:

^d As referências seguem as normas propostas do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher – IFF/Fiocruz.

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>.

7. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Cartilha Unidade Parceira do Pai. [Acesso em 2015 ago. 12]. Disponível em: <https://elosdasaude.files.wordpress.com/2011/01/unidade-de-sac3bade-parceira-do-pai.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n° 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui a sífilis congênita como doença de notificação compulsória. [Internet] Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1986 dez. 24 [Acesso em 2016 abr. 03]. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca crt/Portarian542de22dez86.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n° 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. [Internet] Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2005 jul. 1 [Acesso em 2016 abr 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html.
10. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidemiol Serv Saude*. 2007; 16(2):103-11.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n° 2472, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. [Internet] Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2010 set. 01 [Acesso em 2016 abr. 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet] Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 dez. 28 [Acesso em 2016 abr. 06]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. [Internet] Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2012 jan. 13 [Acesso em 2016 abr. 06]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html.
14. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA e Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saude Pública. 2013; 47 (1): 147-57.
15. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A e Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad Saude Publica. 2013; 29(6): 1109-20.
16. Muricy CL e Pinto Jr VL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2015; 48(2):216-19.
17. Díaz-Olavarrieta C, García SG, Feldman BS, Polis AM, Revollo R, Tinajeros F et al. Maternal Syphilis and Intimate Partner Violence in Bolivia: A Gender-Based Analysis of Implications for Partner Notification and Universal Screening. Sex Transm Dis. July Supplement 2007; 34(7): S42-S46.
18. Miranda AE, Rose Filho E, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. Rev Soc Bras Med Trop. 2009; 42: 386-91.

19. Tayra A, Matilda LH, Saraceni V, Paz LC e Ramos Jr NA. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. *DST – J Bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(3-4): 111-19.
20. Gomes R, Nascimento EF e Araújo FC de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(3): 565-74.
21. Courtenay WH e Keeling RP. Men, Gender, and Health: Toward an Interdisciplinary Approach. *J Am Coll Health.* 2000; 48(6):243-46.
22. Schraiber LB, Gomes R e Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(1): 7-17.
23. Medrado B e Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Estud Fem.* 2008; 16(3): 809-40.
24. Laurenti R, Jorge MHPM e Gotlieb, SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(1):35-46.
25. Moura EC (coord.). Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012.
26. Moura EC, Pereira GMC e Gomes R. Saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2015.
27. Gomes R. Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde. Coleção Criança Mulher e Saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
28. Alves RF, Lima AGB, Souza FM, Ernesto MV e Silva RP. A saúde do homem na interface da Psicologia da Saúde. In Alves, RF. (org.). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa [online]*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 147-168.

29. Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira-da-Silva GS et al. Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2607-16.
30. Carrara S, Russo JA, Faro L et al. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19 [3]: 659-78.
31. Separavich MA e Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22(2): 415-28.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. [Internet] Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2009 ago. 28 [Acesso em 2017 jan. 07]. Disponível em: http://www.informatica.com.br/arquivos/portaria_1944_DOU.pdf.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Acesso em 2015 ago. 02]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Plano-Nacional---PNAISH-2009-2011.pdf>.
34. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho AS e Silva SFC. Política de saúde do homem. *Rev Saude Pública*. 2012; 46(Supl):108-16.
35. Sumar N e Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *J Manag Prim Health Care*. 2014; 5(2):202-212.
36. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

37. Brasília. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. [Acesso em 2016 abr. 10]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>
38. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. [Internet] Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. [Acesso em 2016 abr 06]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
40. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
41. Domingues RMSM e Leal MC. Incidência de sífilis congênita: dados do Estudo Nascer no Brasil, Cad Saude Publica. 2016; 32(6):1-12.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. [Internet] Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. [Acesso em 2016 abr 06]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Coordenação-Geral de Logística de Medicamentos e Insumos Estratégicos. Planilha de distribuição de TR de HIV e Sífilis, 2012 a 2016.
44. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde/SMS/RJ. [Acesso em 2016 abr. 03]. Disponível em: <http://subpav.org/index.php>.

45. Soranz D, Pinto LF e Penna GO. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(5): 1327-38.
46. Soranz D e Pisco LAC. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na Cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Cienc Saude Colet.* 2017; 22(3):679-86.
47. Secretaria Municipal de Saúde (Rio de Janeiro). Carteira de Serviços Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde, versão profissional. Edição revista, atualizada e aumentada. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2016.
48. Creswell JW e Clark VL. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª edição. São Paulo: Ed. Penso; 2013.
49. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. [Acesso em 2016 mar. 12]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf.
50. Barreto SS. A Educação Permanente na articulação de uma rede de cuidado integral à saúde: A experiência da Estratégia Saúde da Família na AP 3.2. Coordenadoria de Educação Permanente SPDM. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Saude_da_familia.pdf Acesso em 13 Mar 2016.
51. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Indicadores de saúde da AP 3.2. [Acesso em 2016 mar. 12]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5654284/4149532/Indicadores_Nascimento_MOrtalidade_24_09_15_2000_2014_3.2.pdf.
52. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Indicadores de saúde do município do Rio de Janeiro. [Acesso em 2016 mar. 12]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5654291/4149538/Indicadores_Nascimento_MOrtalidade_24_09_15_2000_2014.pdf.

53. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.108. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. [Internet]. Brasília, DF; 2005. [Acesso em 2016 nov. 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9605.htm.
54. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Comitê Vida e Instituto Promundo. VI Simpósio Paternidades, Singularidades e Políticas Públicas: Paternidade e Cuidado, realizado em 13 e 14 de agosto de 2014 na Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro. 2014 set. 01 [Acesso em 2016 mar. 12]. Disponível em: <http://promundo.org.br/2014/09/01/seminario-apresenta-avancos-nas-politicas-de-promocao-da-participacao-do-homem-no-pre-natal-e-na-paternidade/>.
55. Zavala R. O pai importa. Revista Bem Cuidar. Sem data [Acesso em 2016 mar. 19]; 2: 17-23. Disponível em: http://www.aldeiasinfantis.org.br/getmedia/9f9294fe-21e0-407e-8d59-b0ee518535ba/Revista_BemCuidar-02_Digital_dpl_1.pdf.
56. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
57. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER e Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saude Publica. 2011; 27(2):389-94.
58. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. RAP da Saúde. [Acesso em 2017 mar. 09]. Disponível em: <https://elosdasaude.wordpress.com/rap-da-saude/>.
59. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R e Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família, Cienc Saude Colet. 2014; 19(2):429-38.
60. Moreira MCN, Gomes R e Ribeiro CR. Estratégias de Atenção à Saúde dos Homens na Atenção Primária. Cad Saude Publica. 2016; 32(4):1-10.

61. Cavalcante EGF, Miranda MCC, Carvalho AZFHT, Lima ICV e Galvão MTG. Partner notification for sexually transmitted infections and perception of notified partners. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(3):448-55.
62. Campos ALA, Araujo MAL, Melo SP, Andrade RFV e Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(9):397-402.
63. Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS e Oliveira DR. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento de parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene*. 2015; 16(3):345-54.
64. Vasconcelos MIO, Guimarães RX, Magalhães AHR, Oliveira KMC, Linhares MSC, Albuquerque IMN et al. Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo da sífilis. *CIAIQ2016*. [Acesso em 2016 out. 08]; 2: 1584-92. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/918/902>.
65. Cruz MM e Bourget MMM. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. *Saude Soc*. 2010; 19(3): 605-13.
66. Kebian LVA e Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):161-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. - doi: 10.5216/ree.v16i1.20260.
67. Cunha MS e Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface Comunic Saude Educ*. 2013; 17(44): 61-73.
68. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Caderno Boas Práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

69. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L e Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. Rev Bra Clín Méd. 2013; 11(1):55-61.
70. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Ofício S/SUBPAV/SAP nº 012/2016. Nota Técnica para Acompanhamento Farmacêutico dos casos de Sífilis da SMS/ RJ.
71. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia de pré-natal do parceiro para profissionais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
72. Secretaria Municipal de Saúde e Comitê Internacional da Cruz Vermelha (Rio de Janeiro). Para Construir um Acesso Mais Seguro: guia de profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
73. Machado CB e Daher DV. Violência urbana: repercussões e consequências na assistência à saúde em uma unidade de saúde da família. Cienc Cuid Saude. 2015 Out/Dez [Acesso em 2017 mar. 16]; 14(4):1445-52. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24480>.
74. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
75. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
76. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

77. Gomes R, Albernaz L, Ribeiro CRS, Moreira MCN e Nascimento M. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(5):1545-52.
78. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica.* 2010; 26(5):961-70.

APÊNDICES

Apêndice A: Glossário de Indicadores

- Prevalência de sífilis em gestante = $(\text{Número de casos de sífilis detectados em gestantes, em um determinado ano de notificação e local de residência} / \text{Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano}) \times 1.000$
- Incidência de sífilis congênita = $(\text{Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência} / \text{Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano}) \times 1.000$
- Taxa de mortalidade por sífilis congênita = $(\text{Número de óbitos por sífilis congênita (causa básica) em determinado ano e local de residência} / \text{Número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no mesmo ano}) \times 1.000$
- Razão de mortalidade materna = $(\text{Número total de óbitos femininos por causa materna} / \text{Número total de nascidos vivos de mães residentes}) \times 1.000$

Apêndice B: Programação utilizada no Tabwin para obtenção do banco de Sífilis em Gestantes, atualizado em 12/12/2016

[Opções]

DEF=C:\TabWin\GestSifNET (1).def

PATH=C:\TabWin\SIFGEN*.DBF

Linha=Ano da Notific

Incremento=Freqüência

Suprime_Linhas_Zeradas=true

Suprime_Colunas_Zeradas=true

Não_Classificados=0

[Seleções_Ativas]

Ano da Notific: 2015

Ano Diagnóstico: 2015

AP Residência: 3.2

AP Estab: 3.2

[Arquivos]

SIFGENET.DBF

Registros_Processados= 17900

Tempo_Decorrido= 0:00

Apêndice C: Questionário de entrevista aos gestores e profissionais da unidade básica



Data da entrevista: |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|

Questionário nº |__|_|_|

I. Identificação da unidade de saúde

1. Nome da unidade de saúde: |_____|

2. Tipo de unidade: (A = 1, B = 2, C = 3) |__|_|

3. A unidade possui tem equipes da Estratégia Saúde da Família? (Sim = 1, Não = 2) |__|_|

4. Em que bairro a unidade de saúde está localizada: |_____|

5. Tempo de inauguração da unidade de saúde (em anos): |__|_|

II. Identificação do entrevistado

6. Idade: (em anos) |__|_| 7. Sexo: (Masculino = 1, Feminino = 2) |__|_|

8. Raça/cor: (Branca = 1, Preta = 2, Parda = 3, Amarela = 4, Indígena = 5, Não quis responder = 9) |__|_|

9. Categoria profissional: (Médico(a) = 1, Enfermeiro(a) = 2, Farmacêutico(a) = 3, Dentista = 4, Outra = 5) |__|_|

9.1. Se outra categoria, especificar: |_____|

10. Cargo que o(a) entrevistado(a) ocupa: (Diretora(a) da unidade = 1, Gerente de ESF = 2, Coordenador(a) de programa = 3, Chefia do Programa de Atenção ou Saúde da Mulher = 4, Outro = 5) |__|_|

10.1. Se outro cargo, especificar: |_____|

11. Tempo que ocupa a função: (Menos de 6 meses = 1, De 6 meses a 1 ano = 2, De 1 a 3 anos = 3, De 3 a 5 anos = 4, De 5 a 10 anos = 5, Mais de 10 anos = 6, Não sabe = 9) |__|_|

III. Estrutura física e funcionamento da unidade de saúde

12. Qual o número de salas disponíveis para realização de consultas de pré-natal? (Nenhuma = 0, Uma = 1, Duas = 2, Três = 3, Quatro = 4, Cinco = 5, Mais = 6) |__|_|

13. Qual o número de salas disponíveis para realização de consultas para a população masculina? (Nenhuma = 0, Uma = 1, Duas = 2, Três = 3, Quatro = 4, Cinco = 5, Mais = 6) _____

14. Essa unidade faz atendimento pré-natal noturno? (Sim = 1, Não = 2, Não sabe = 9) _____

15. Essa unidade faz atendimento pré-natal aos sábados? (Sim = 1, Não = 2, Não sabe = 9) _____

16. Essa unidade possui profissional para fazer o acolhimento de homens? (Sim = 1, Não = 2, Não sabe = 9) _____

16.1. Se sim, especificar: (ACS = 1, Médico = 2, Enfermeiro = 3, Outro = 4, Qualquer profissional = 5, Não sabe = 9) _____

16.1.1. Se outro profissional, especificar: _____

16.2. Se sim, em que horários o acolhimento é realizado? (Segunda a sexta manhã e tarde = 1, Segunda a sexta manhã, tarde e noite = 2, Somente aos sábados = 3, Segunda a sexta apenas em um dos turnos = 4, Segunda a sábado em quaisquer turnos = 5, Outro = 6, Não sabe = 9) _____

16.2.1. Se outro horário, especificar: _____

IV. Medidas de prevenção da sífilis congênita

17. Quais são os exames oferecidos na unidade para diagnóstico de sífilis da gestante durante o pré-natal? (Teste Rápido = 1, VDRL = 2, Outro = 3, Não sabe = 9) _____

17.1. Se outro exame, especificar: _____

17.2. Se Teste Rápido, em que momento é oferecido? (Após o acolhimento da gestante = 1, Na 1ª consulta de pré-natal = 2, Após 1ª consulta de pré-natal = 3, Outro = 4, Não sabe = 9) _____

17.2.1. Se outro momento, especificar: _____

17.3. Se VDRL, em que momento é oferecido? (Após o acolhimento da gestante = 1, Na 1ª consulta de pré-natal = 2, Após 1ª consulta de pré-natal = 3, Outro = 4, Não sabe = 9) _____

17.3.1. Se outro momento, especificar: _____

17.4. Se outro exame para diagnóstico, em que momento é oferecido? (Após o acolhimento da gestante = 1, Na 1ª consulta de pré-natal = 2, Após 1ª consulta de pré-natal = 3, Outro = 4, Não sabe = 9) _____

17.4.1. Se outro momento, especificar: _____

18. Quais são os exames oferecidos na unidade para diagnóstico de sífilis dos parceiros sexuais de gestantes? (Nenhum = 0, Teste Rápido = 1, VDRL = 2, Outro = 3, Não sabe = 9) |____|

18.1. Se Teste Rápido, em que momento é oferecido? (Após o resultado positivo da gestante = 1, Em atividade específica para homens = 2, Outro = 3, Não sabe = 9) |____|

18.1.1. Se outro momento, especificar: |_____|

18.2. Se VDRL, em que momento é oferecido? (Após o resultado positivo da gestante = 1, Em atividade específica para homens = 2, Outro = 3, Não sabe = 9) |____|

18.2.1. Se outro momento, especificar: |_____|

18.3. Se outro exame para diagnóstico, em que momento é oferecido? (Após o resultado positivo da gestante = 1, Em atividade específica para homens = 2, Outro = 3, Não sabe = 9) |____|

18.3.1. Se outro momento, especificar: |_____|

19. A unidade realiza tratamento para sífilis em parceiros sexuais de gestantes? (Sim= 1, Não = 2, Não sabe = 9) |____|

19.1. Se sim, em que momento são tratados? (Após o resultado positivo da gestante = 1, Independente do resultado da gestante = 2, Outro = 3, Não sabe = 9) |____|

19.1.1. Se outro momento, especificar: |_____|

19.2. Se não realiza, quais os principais motivos para o não tratamento? (Parceiro recusa = 1, Parceiro é detento = 2, Parceiro é falecido = 3, Parceiro não mora na comunidade = 4, Parceiro não tem mais contato com a gestante = 5, São múltiplos parceiros = 6, Outro = 7) |____|

19.2.1. Se outro motivo, especificar: |_____|

19.3. Se não realiza, a unidade encaminha os parceiros para outras unidades? (Sim= 1, Não = 2, Não sabe = 9) |____|

19.3.1. Se sim, para quais locais os parceiros são encaminhados? (Outra unidade de atenção primária = 1, Unidade de Pronto Atendimento = 2, Maternidade da Área de Planejamento = 3, Não sabe = 9) |____|

19.4. Em caso de dificuldade de tratar os parceiros sexuais, quais as estratégias utilizadas pelos profissionais da unidade?

V. Atividades específicas para a população masculina

20. Qual a opinião do entrevistado sobre o envolvimento do parceiro na atenção pré-natal?

21. O entrevistado conhece a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem?
(Sim = 1, Não = 2) |____|

21.1. Se sim, existe alguma orientação escrita ou manual referente a política acessível aos profissionais de saúde? (Sim = 1, Não = 2) |____|

21.1.1. Se sim, de quem parte a orientação? (Gestor da Unidade de Atenção Primária = 1, Coordenação da Área de Planejamento 3.2 = 2, Gerência de Saúde do Homem da SMS-RJ = 3, Outro = 4) |____|

21.1.1.1. Se outro, especificar: |_____|

21.1.2. Quais atividades relacionadas a política são realizadas na unidade?

21.1.3. Quais são as facilidades de implementar na unidade de saúde as atividades relacionadas ao pré-natal que envolvem o parceiro?

21.1.4. Quais são as dificuldades de implementar na unidade de saúde as atividades relacionadas ao pré-natal que envolvem o parceiro?

Se o entrevistado se restringir apenas aos problemas estruturais:

21.1.5. Excluindo-se os problemas estruturais e de recursos, quais são as dificuldades de implementar na unidade de saúde as atividades relacionadas ao pré-natal que envolvem o parceiro?

Impressões gerais da entrevista:

Apêndice D: Carta de anuência para realização do estudo nas unidades de atenção primária da Coordenadoria da Área de Planejamento 3.2



CARTA DE ANUÊNCIA

Coordenadoria de Área de Planejamento 3.2/SUBPAV/SMS-RJ

A Dr^a Claudia Nastari, Coordenadora da Área de Planejamento 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **“Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”**, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, aluna de pós-graduação do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira/Fiocruz. Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Apêndice E: Carta de anuência para acesso aos dados do Sinan apresentado a Divisão de Vigilância em Saúde/CAP 3.2



CARTA DE ANUÊNCIA

Divisão de Vigilância em Saúde/CAP 3.2

A Dr^a Heliana Figueiredo, Diretora da Divisão de Vigilância em Saúde da CAP 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **“Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”**, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, aluna de pós-graduação do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira/Fiocruz.

A referida diretora permite o acesso ao banco do SINAN de Sífilis em Gestante para identificar as gestantes residentes da AP 3.2 notificadas em 2015 e que tenham realizado o pré-natal em uma unidade de saúde da referida área.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo do Responsável

**Apêndice F: Carta de anuência para realização do estudo na CF Anthidio Dias da
Silveira/CAP 3.2**



CARTA DE ANUÊNCIA

Coordenadoria de Área de Planejamento 3.2/SUBPAV/SMS-RJ

A **CF ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA**, inserida na Área de Planejamento 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado “Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, aluna de pós-graduação do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira/Fiocruz.

Ciente de que a pesquisa objetiva identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita, será realizada uma entrevista com o gestor (a) da unidade básica de saúde e os profissionais que ele (a) indicar. Além de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição proponente/co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento, certa de que o sigilo e a privacidade das informações serão mantidos, utilizando-se apenas os dados de relevância para a pesquisa, de forma consolidada, sem exposição dos profissionais dos serviços.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS n°: 466/2012.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(a) gestor(a) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do (a) Gestor (a) da Unidade Básica de Saúde

Apêndice G: Carta de anuência para realização do estudo na CF Bibi Vogel/CAP 3.2



CARTA DE ANUÊNCIA

Coordenadoria de Área de Planejamento 3.2/SUBPAV/SMS-RJ

A **CF BIBI VOGEL**, inserida na Área de Planejamento 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado “Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, aluna de pós-graduação do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira/Fiocruz.

Ciente de que a pesquisa objetiva identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita, será realizada uma entrevista com o gestor (a) da unidade básica de saúde e os profissionais que ele (a) indicar. Além de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição proponente/co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento, certa de que o sigilo e a privacidade das informações serão mantidos, utilizando-se apenas os dados de relevância para a pesquisa, de forma consolidada, sem exposição dos profissionais dos serviços.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(a) gestor(a) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do (a) Gestor (a) da Unidade Básica de Saúde

**Apêndice H: Carta de anuência para realização do estudo na CF Emydgio Alves
Costa Filho/CAP 3.2**



CARTA DE ANUÊNCIA

Coordenadoria de Área de Planejamento 3.2/SUBPAV/SMS-RJ

A **CF EMYGDIO ALVES COSTA FILHO**, inserida na Área de Planejamento 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado “Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, aluna de pós-graduação do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira/Fiocruz.

Ciente de que a pesquisa objetiva identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita, será realizada uma entrevista com o gestor (a) da unidade básica de saúde e os profissionais que ele (a) indicar. Além de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição proponente/co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento, certa de que o sigilo e a privacidade das informações serão mantidos, utilizando-se apenas os dados de relevância para a pesquisa, de forma consolidada, sem exposição dos profissionais dos serviços.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(a) gestor(a) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do (a) Gestor (a) da Unidade Básica de Saúde

Apêndice I: Carta de anuência para realização do estudo no CMS Ariadne Lopes de Menezes/CAP 3.2



CARTA DE ANUÊNCIA

Coordenadoria de Área de Planejamento 3.2/SUBPAV/SMS-RJ

O CMS ARIADNE LOPES DE MENEZES, inserido na Área de Planejamento 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado “Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, aluna de pós-graduação do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira/Fiocruz.

Ciente de que a pesquisa objetiva identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita, será realizada uma entrevista com o gestor (a) da unidade básica de saúde e os profissionais que ele (a) indicar. Além de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição proponente/co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento, certa de que o sigilo e a privacidade das informações serão mantidos, utilizando-se apenas os dados de relevância para a pesquisa, de forma consolidada, sem exposição dos profissionais dos serviços.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS n°: 466/2012.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(a) gestor(a) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do (a) Gestor (a) da Unidade Básica de Saúde

**Apêndice J: Carta de anuência para realização do estudo no CMS Milton Fontes
Magarão/CAP 3.2**



CARTA DE ANUÊNCIA

Coordenadoria de Área de Planejamento 3.2/SUBPAV/SMS-RJ

O **CMS MILTON FONTES MAGARÃO**, inserido na Área de Planejamento 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado “Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, aluna de pós-graduação do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira/Fiocruz.

Ciente de que a pesquisa objetiva identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita, será realizada uma entrevista com o gestor (a) da unidade básica de saúde e os profissionais que ele (a) indicar. Além de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição proponente/co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento, certa de que o sigilo e a privacidade das informações serão mantidos, utilizando-se apenas os dados de relevância para a pesquisa, de forma consolidada, sem exposição dos profissionais dos serviços.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(a) gestor(a) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do (a) Gestor (a) da Unidade Básica de Saúde

Apêndice K: Carta de anuência para realização do estudo no CMS Renato

Rocco/CAP 3.2



CARTA DE ANUÊNCIA

Coordenadoria de Área de Planejamento 3.2/SUBPAV/SMS-RJ

O **CMS RENATO ROCCO**, inserido na Área de Planejamento 3.2 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado “Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, aluna de pós-graduação do Instituto Nacional da Criança e da Mulher Fernandes Figueira/Fiocruz.

Ciente de que a pesquisa objetiva identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita, será realizada uma entrevista com o gestor (a) da unidade básica de saúde e os profissionais que ele (a) indicar. Além de sua responsabilidade como pesquisadora da referida instituição proponente/co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento, certa de que o sigilo e a privacidade das informações serão mantidos, utilizando-se apenas os dados de relevância para a pesquisa, de forma consolidada, sem exposição dos profissionais dos serviços.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(a) gestor(a) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do (a) Gestor (a) da Unidade Básica de Saúde

Apêndice L: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para gestores e profissionais da unidade básica de saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: “ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA ATRAVÉS DA ATENÇÃO A PARCEIROS SEXUAIS”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL E CONTATO: Carla Joelma Villares Guimarães Maciel – (21) 98668-3948

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL E ENDEREÇO: Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira IFF/Fiocruz – Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – RJ - CEP: 22.250-020

NOME DO SUJEITO DA PESQUISA: _____

Informamos que este projeto foi avaliado e autorizada sua realização pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SMS, que teve como função avaliar se estão sendo cumpridos os preceitos éticos para realização de pesquisa com seres humanos.

O Sr. (a) está sendo (a) convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais” de autoria de Carla Joelma Villares Guimarães Maciel, sob a orientação da pesquisadora Katia Silveira da Silva, relativa a sua dissertação de mestrado profissional junto a Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

O objetivo do estudo é **identificar as estratégias de atenção aos parceiros sexuais na assistência pré-natal como prevenção da sífilis congênita**. Você está convidado (a) a participar de uma entrevista sobre sua prática profissional e o processo de trabalho da sua unidade que será gravada e transcrita para posterior estudo, sendo preservada sua privacidade assim como poderá ser acessada por você a qualquer momento.

Você pode se recusar a participar sem qualquer ônus, bem como desistir de participar a qualquer momento.

Os riscos que esta pesquisa pode acarretar se referem a você se sentir angustiado ou mobilizado pela revisita a sua prática. Isso poderá ser falado e conversado com o pesquisador que buscará acolher e encaminhar da melhor forma para o participante.

A pesquisa apresenta como benefícios a possibilidade de reflexão sobre sua prática, que pode auxiliar na qualificação de sua atuação e dos processos de trabalho. Demais benefícios se referem a contribuir com desenvolvimento de novas estratégias no combate a sífilis de gestantes, parceiros e seus filhos.

Não haverá nenhum custo por sua participação neste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação, que é totalmente voluntária. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

O registro dos depoimentos assim como as transcrições serão sigilosas e mantidas pelo pesquisador por um período de cinco anos. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491). Assim como o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Diante do exposto acima, eu,

RG _____ CPF _____, abaixo

assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Estratégias de prevenção da sífilis congênita através da atenção a parceiros sexuais”**, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo

e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu trabalho neste Serviço.

Participante de pesquisa: _____

Data: ____/____/____

Telefone: _____

Pesquisador

Nome: _____

Assinatura: _____

Contatos do CEP/SMS-RJ:

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja - Centro - RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Horário de atendimento ao público: de 9:00 às 16:00h, de 2^{af} à 6^{af}.

ANEXOS

Anexo A: Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante (Sinan)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		N°
		FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Atenção: não preencher a subseção (área em amarelo)
SÍFILIS EM GESTANTE				
Definição de caso: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/enferma		SÍFILIS EM GESTANTE
	3	Código (CID10)	5 Data de Notificação *	
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) *		CNEIS notificante
Notificação Individual	8	Nome do Paciente *		9 Data de Nascimento *
	10	10 Idade *	11 Sexo	12 Gestante
	14	Caso clínico		
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe *
	17	17 UF	18 Município de Residência	19 Área de Planejamento
Dados de Residência	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)
	22	Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Bloco/campo 1
	25	Geo campo 2		26 Posto de Referência
	28	Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Pastoreio 4 - Ignorado		29 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares de Caso			
Ant. optat. gestante	31	Ocupação		
	32	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	34 Unidade de realização do pré-natal: CNEIS
	35	35 Nº da Gestante no SEPRENATAL		36 Classificação Clínica *
Dados laboratoriais	Resultado dos Exames			
	37	37 Teste não treponêmico no pré-natal (VDRL) *		
Tratamento gestante	40	40 Teste treponêmico no pré-natal (FTA-Abs ou Teste Rápido) *		
	41	41 Esquema do tratamento prescrito à gestante (no momento do diagnóstico) *		
	42	42 Tratamento prescrito ao parceiro concubinato à gestante? *		
Ant. epidemiológicos da parceira sexual	43	43 Esquema do tratamento prescrito ao parceiro *		
	44	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro (só em caso de não tratamento)		
Investigador	Município/Unidade de Saúde *		CID, da Unit. de Saúde	
	Nome *		Função *	Assinatura
(Obrigatório carimbo e assinatura do profissional assistente)				

* Campo obrigatório

Anexo B: Cartão para comunicação de parcerias sexuais*

Parte A (retida na Unidade de Saúde)

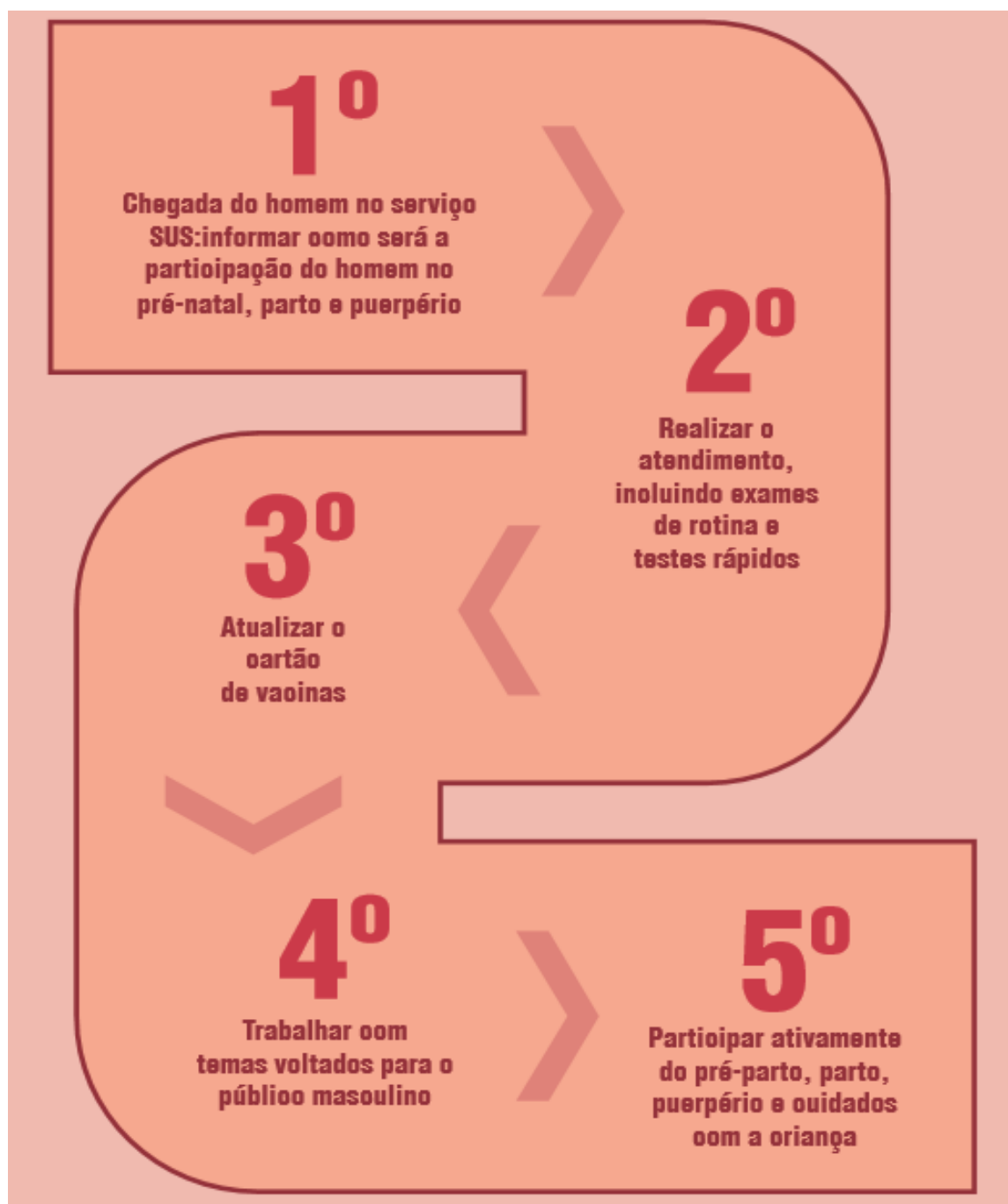
Nº Prontuário		CID	
Nome do caso-índice		Data de nascimento _/_/___	Sexo () masculino () feminino
Nome do(a) Parceiro(a)			
Endereço			UF
CEP _____-___		Telefone para contato () _____-_____	
Responsável pelo preenchimento Nome: _____ Assinatura: _____		Data _/~/_	

Parte B (para o paciente entregar à parceria sexual)

Nº. prontuário		CID	
Nome do caso-índice		Data de nascimento _/~/_	Sexo () masculino () feminino
Nome do (a) Parceiro(a)			
Endereço			UF
CEP _____-___		Telefone para contato () _____-_____	
<p>Solicitamos o seu comparecimento urgente à Unidade de Saúde indicada abaixo para tratar de assunto do seu interesse (traga este cartão com você), de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Entregar na recepção.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do profissional</p>			
Responsável pelo preenchimento Nome: _____ Assinatura: _____		Data _/~/_	

*Fonte: “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis”, Ministério da Saúde, 2015.

Anexo C: Fluxograma ilustrativo da participação do homem no pré-natal, parto e puerpério*



*Fonte: Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, Ministério da Saúde, 2016.

Anexo D: Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal*

Etapa	Ações
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo, ou ainda com a mãe (na ausência do pai) como pode ser a participação do pai no pré-natal, parto e pós-parto. • Ouvir do pai e da mãe, ou de pares do mesmo sexo, suas expectativas em relação à paternidade, pré-natal, parto e pós-parto. • Elaborar uma linha de cuidado para o pré-natal, com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo. Em outras palavras, planejar – com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo – as ações e o fluxo de cuidados que devem ser assegurados para que as necessidades dos pais e da criança sejam atendidas. • Discutir as expectativas em relação ao planejamento reprodutivo, levando em conta a geração ou não de outros filhos e, se for o caso, de métodos contraceptivos. • Realizar atendimento ao homem no pré-natal da companheira ou par do mesmo sexo, considerando a existência de especificidades que serão melhor trabalhadas sem o seu par e favorecendo a importância deste homem neste processo. • Discutir com a mãe, no caso da inviabilidade da presença de seu parceiro ou parceira, estratégias de participação voltadas para o pré-natal, parto e pós-parto.
Realização de exames, testes rápidos e vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a importância da realização de exames, testes rápidos e vacinação para a saúde deles e da criança. • Dentro do planejamento das ações de cuidado, assegurar a realização de exames, testes rápidos e vacinação.
Acompanhamento e avaliação das consultas pré-natais	<ul style="list-style-type: none"> • Durante as consultas do pré-natal, manter o diálogo com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo acerca dos avanços, possíveis intercorrências e possíveis estressores relacionados à gravidez. • Avaliar periodicamente como o envolvimento e a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo no pré-natal pode assegurar a manutenção da saúde da criança e deles.
Envolvimento dos homens no parto e no puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a participação deles, respeitando o direito da escolha do acompanhante pela mulher.

*Matriz elaborada pela equipe do projeto de pesquisa “Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero” (IFF/Fiocruz), 2016.