

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CRISTIANE ATHANASIO KOLBE

**CONHECIMENTO DA PUÉRPERA QUANTO A NECESSIDADE DO
TRATAMENTO PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

**PORTO ALEGRE
2010**

CRISTIANE ATHANASIO KOLBE

**CONHECIMENTO DA PUÉRPERA QUANTO A NECESSIDADE DO
TRATAMENTO PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Pesquisa realizada para Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a conclusão do curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Anne Marie Weissheimer

PORTO ALEGRE

2010

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço aos meus pais, por terem priorizado sempre meus estudos, por toda força, confiança e dedicação dispensada nesses anos de graduação que sem eles não teria acontecido. Ao Angelo, pelo apoio incondicional, carinho e por ter sido um grande companheiro, pela compreensão e paciência em minhas ausências e por ter compartilhado bons e maus momentos ao meu lado. À Prof. Dr. Anne Marie Weissheimer, minha orientadora, pela sabedoria, competência, apoio, amizade e excelente orientação. À enfermeira Neiva Isabel Raffo Wachholz, por ter plantado a semente deste trabalho, pelo interesse, pelas contribuições e pelo seu carinho. À enfermeira Lisiane Acosta pela compreensão neste momento único da graduação, seu apoio e incentivo. A toda equipe de enfermagem da Unidade de Internação Obstétrica do HCPA pelos momentos de descontração, companhia e pela confiança que foram preciosos para o meu aprendizado e crescimento, e principalmente por terem feito de mim membro da equipe. Às pacientes que compartilharam comigo suas experiências em um momento delicado de suas vidas.

RESUMO

A sífilis é causada pelo *Treponema pallidum*. O tratamento é feito com penicilina, inclusive na gestação, por atravessar a barreira placentária. O diagnóstico é feito através do teste não treponêmico (VDRL), e todas as mulheres devem realizá-lo durante o pré-natal e na maternidade, quando admitidas para parto ou curetagem. O objetivo deste trabalho foi verificar o conhecimento da puérpera em relação às informações fornecidas durante o pré-natal sobre sífilis. Realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo estudo de caso. As entrevistas ocorreram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com seis mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação. Os dados foram coletados através de entrevista e de um questionário que traçou o perfil do pré-natal realizado. Foi procedida a análise temática, conforme proposto por Minayo (2008) resultando nas categorias: *Desconhecimento sobre sífilis e sífilis congênita*; *Desconhecimento sobre as repercussões da sífilis congênita*; *O parceiro como coadjuvante da família*; e *O papel dos serviços de saúde*. Os achados mostram que o conhecimento das puérperas sobre o assunto é restrito, e está relacionado ao tratamento. Não demonstram, porém, conhecimentos sobre a importância do tratamento nem sobre a sua ação, apenas sabem da necessidade de realizá-lo. Pode-se perceber que as pacientes não foram informadas pelo seu pré-natalista sobre a sífilis, o seu contágio, e os meios de prevenção. A falta de informação das puérperas nos faz refletir sobre as abordagens e posturas dos profissionais que atendem essas pacientes nos serviços de saúde. A prevenção da sífilis e o seu tratamento são simples e estão disponíveis em toda a rede básica. A despreocupação das puérpera e de seus parceiros em relação aos seus filhos expostos à sífilis pode ser reflexo da falta de informação.

Descritores: Sífilis congênita, conhecimento da puérpera, pré-natal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: <i>Treponema pallidum</i>: desenho esquemático.....	9
Figura 2: <i>Treponema pallidum</i>.....	9
Figura 3: Alogaritmo para condutas frente a gestante com sífilis e sífilis congênita.....	12
Quadro 1: Distribuição das seis puérperas conforme local de realização de pré-natal, número de consultas, realização de exames, profissional que realizou as consultas, participação de acompanhante nas consultas e necessidade de realização de tratamento durante o pré-natal.....	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 Tipo de estudo.....	16
4.2 Campo.....	16
4.3 População e amostra.....	16
4.4 Coleta de dados.....	17
4.5 Análise dos dados.....	17
4.6 Aspectos éticos.....	18
5 RESULTADOS OBTIDOS E DISCUSSÃO.....	19
5.1 Caracterização da amostra.....	19
5.2 Análise das entrevistas.....	20
5.2.1 Desconhecimento sobre sífilis e sífilis congênita.....	20
5.2.2 Desconhecimento sobre as repercussões da sífilis congênita	22
5.2.3 O parceiro como coadjuvante da família.....	23
5.2.4 O papel dos serviços de saúde.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	30
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PUÉRPERA.....	31
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	32
APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	34
ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DA COMPESQ.....	35
ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HCPA.....	36

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença secular. Foi a partir da segunda metade do século passado que, na maioria dos países ocidentais, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis emergiram como problema de saúde pública de grande magnitude. Em 1905, os pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann descreveram o *Treponema pallidum* como o agente causador da sífilis (BRASIL, 2009).

O *Treponema pallidum* é um microorganismo espiralado, medindo cerca de 7mm de comprimento (DUARTE; SIMÕES, 2000). De acordo com os autores, o treponema possui características que o tornam sensível à sobrevivência fora do corpo humano e à penicilina, tornando-a a droga de escolha para o tratamento da sífilis em todos os seus estágios, inclusive na gestação por atravessar a barreira placentária, e assim evitando a transmissão mãe – bebe.

A doença é transmitida pela via sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos de sífilis. A contaminação do feto pode ocasionar abortamento, óbito fetal e morte neonatal em 40% dos conceptos infectados ou o nascimento de crianças com sífilis. Aproximadamente 50% das crianças infectadas estão assintomáticas ao nascimento. O diagnóstico da sífilis congênita (SC) depende da combinação dos critérios clínico, sorológico, radiográfico e da microscopia direta. Quando a sífilis se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada SC precoce e, após os dois anos, de SC tardia (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Segundo Miura (1997), a SC precoce apresenta alguns sinais clínicos como hepatomegalia, dificuldade respiratória, icterícia, baixo peso, osteocondrite, esplenomegalia, eritema cutâneo com descamação e lesão penfigóide cutâneo-mucosa e alterações hematológicas.

A principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis são os testes sorológicos. São divididos em testes não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). Em recém-nascidos (RN) pode haver a positividade destes testes em razão da transferência passiva de anticorpos IgG maternos que, no entanto, tendem progressivamente a declinar até a sua

negativação, ao fim de alguns meses. Na ocorrência de sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa (BRASIL, 2005a).

A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 1986). A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações: todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério; todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2005a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e seus parceiros possuem o objetivo de eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública. A Organização Pan-Americana de Saúde definiu a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública como correspondendo a uma incidência de 0,5 ou menos casos por 1000 nascimentos (incluindo natimortos) (OMS, 2008).

Ao realizar uma busca em bancos de dados, como o ScieLO e BIREME, cruzando os descritores 'sífilis congênita', 'prevenção' e 'parceiro', não foram encontrados artigos relacionando-os, confirmando a pertinência deste estudo.

Com base em dados verificados durante estágio na Vigilância Epidemiológica de Porto Alegre pude observar que mesmo sendo evitável, ainda ocorrem muitos casos de SC. Quais os motivos que levam a ocorrência deste agravo, se durante o pré-natal é recomendado a realização do exame para detecção da sífilis no 1º trimestre e no 3º trimestre da gestação? Estaria ocorrendo falha na comunicação entre profissionais e gestantes e/ou entre gestante e parceiro? Os exames são feitos? O tratamento é adequado? As informações obtidas durante o pré-natal são eficazmente absorvidas pela gestante?

2 REVISÃO DE LITERATURA/CONTEXTO HISTÓRICO

A sífilis ficou conhecida na Europa no final do século XV, e teve rápida disseminação por todo o continente. O aumento dos índices de sífilis na Europa coincidiu com o descobrimento da América, por isso muitos pensavam que essa doença era procedente do “Novo Mundo”, e teria sido introduzida na Europa pelos marinheiros espanhóis que haviam participado da descoberta da América.

Em meados do século XVIII, Philippe Ricord diferencia a sífilis da gonorréia e estabelece os três estágios da doença e em 1876 a sífilis cardiovascular é documentada. Em 1905, os pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann descreveram o *Treponema pallidum* como o agente causador da sífilis. Erich e Hata descobrem a primeira medicação ativa no tratamento da doença, são os derivados arsenicais trivalentes (606 ou Salvarsan). O Salvarsan, na época, foi a droga mais importante no combate à sífilis. A cura só foi possível com a descoberta da penicilina, em 1928, pelo bacteriólogo britânico Alexander Fleming e, em 1943, John Mahoney demonstrou a eficácia da penicilina no tratamento da sífilis (BRASIL, 2009).

Desde a descoberta da penicilina, a sífilis pode ser, não só evitada como também tratada. Apesar disso, continua a ser um problema mundial calculando-se haver todos os anos aproximadamente 12 milhões de pessoas infectadas de acordo com dados divulgados pela OMS (2008).

O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-20µm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2µm de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos (figura 1 e figura 2). O *T. pallidum* não é cultivável e é patógeno exclusivo do ser humano, apesar de, quando inoculado, causar infecções experimentais em macacos e ratos. É destruído pelo calor e falta de umidade, não resistindo muito tempo fora do seu ambiente (26 horas). Divide-se transversalmente a cada 30 horas (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

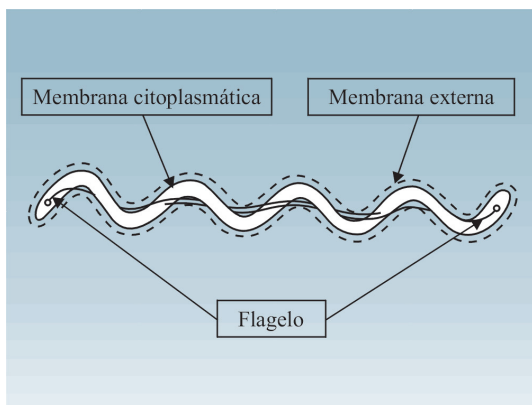


Figura 1: *Treponema pallidum*: desenho esquemático.

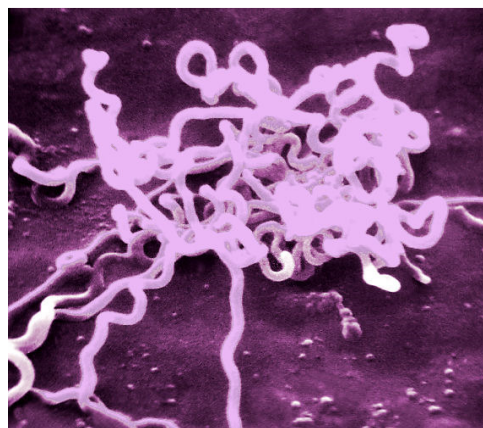


Figura 2: *Treponema pallidum*

A penetração do treponema é realizada por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. Logo após, o treponema atinge o sistema linfático regional e, por disseminação hematogênica, outras partes do corpo. A resposta da defesa local resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação, enquanto a disseminação sistêmica resulta na produção de complexos imunes circulantes que podem depositar-se em qualquer órgão. Entretanto, a imunidade humoral não tem capacidade de proteção. A imunidade celular é mais tardia, permitindo ao *T. pallidum* multiplicar e sobreviver por longos períodos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis apresenta três fases. A fase primária começa normalmente 21 dias (pode ser entre 10 e 90 dias) depois da infecção; a pessoa infectada desenvolve uma úlcera genital indolor que dura 2–6 semanas. A fase secundária é caracterizada por uma erupção cutânea em todo o corpo, muitas vezes com febre e dores musculares. Esta fase também dura 2–6 semanas e é seguida de uma fase latente de muitos anos, durante os quais não existem sinais nem sintomas. Contudo, mesmo durante a fase latente, as espiroquetas podem ocasionalmente circular no sangue embora com o decorrer do tempo isto seja menos frequente; o resultado é que virtualmente todos os órgãos do corpo podem ficar infectados. A fase terciária ocorre vários anos ou décadas depois da infecção e pode tomar a forma de neurosífilis (em que é afetado o cérebro ou a medula espinhal), sífilis cardiovascular (implicando a aorta e o coração), ou sífilis benigna tardia (implicando essencialmente a pele). Sem tratamento antibiótico, estas complicações irão aparecer em cerca de 40% das pessoas com infecção latente (OMS, 2008).

Os organismos responsáveis pela infecção presentes no sangue de uma mulher grávida podem ser transmitidos ao feto, especialmente na fase recente da infecção. De acordo com a OMS (2008), a maioria das mulheres com infecção de sífilis inferior a um ano transmitirá a infecção ao feto.

A inclusão da sífilis na gestação como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado. A vigilância epidemiológica da sífilis na gestação tem como objetivo controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle (SÃO PAULO, 2008).

É considerado caso de sífilis na gestação toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica (VDRL) reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem (SÃO PAULO, 2008).

Em conformidade com a Resolução SS nº 41 de 24/03/2005, deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto). Nos casos de mães com VDRL reagente na gestação ou no parto, deverá ser colhido sangue periférico do recém-nascido para realização de teste não treponêmico e proceder à avaliação geral da criança com a solicitação dos exames de líquido, raio-X de ossos longos e hemograma (SÃO PAULO, 2008).

De acordo com a Norma Técnica para Controle da Sífilis na Gestação (BRASIL, 2005b), a droga de escolha para o tratamento da gestante considerada infectada é a penicilina, que atravessa a barreira transplacentária. O tratamento da sífilis na gestação é o mesmo realizado para a sífilis adquirida em conformidade com a fase da doença:

- sífilis primária (com cancro duro): penicilina benzatina 2.400.000 UI via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);
- sífilis secundária (com lesões cutâneas não ulceradas) ou latente precoce (com menos de um ano de evolução): penicilina benzatina 4.800.000 UI via

intramuscular dose total, aplicar duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por dose: 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);

- sífilis terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada): penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total (três séries, com intervalo de sete dias: 2,4 milhões por dose - 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação).

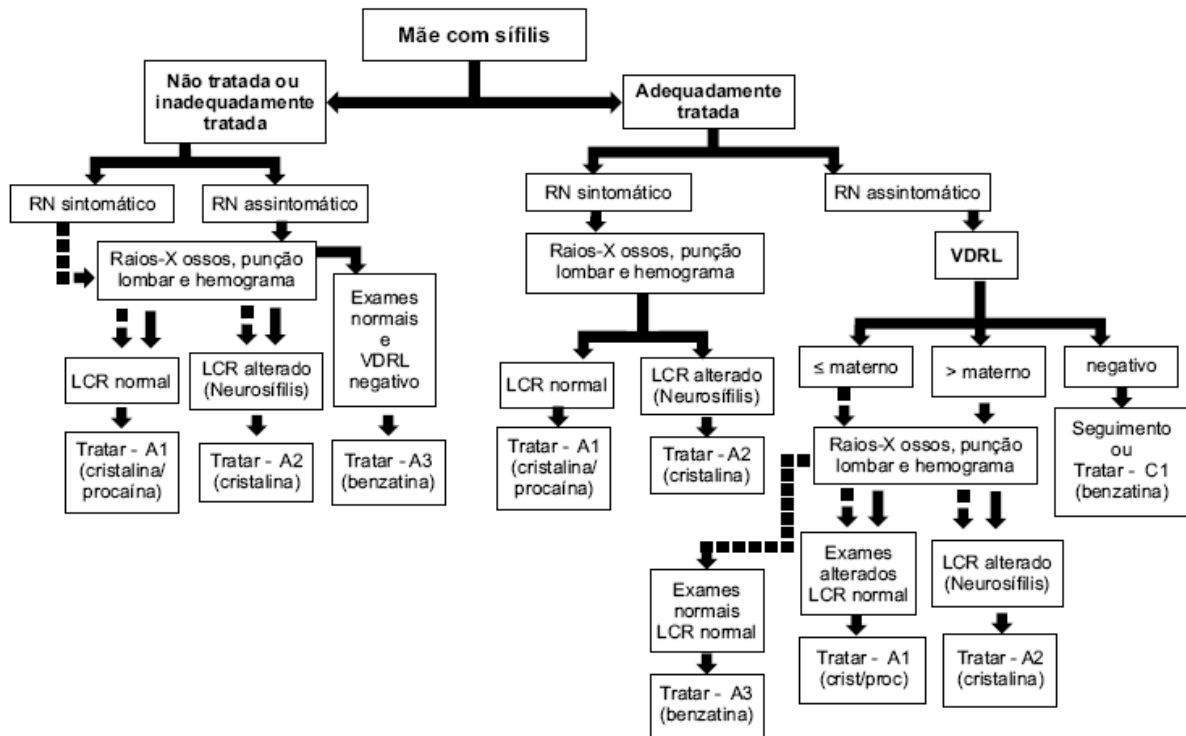
Quando ocorre transmissão do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária, é considerado caso de sífilis congênita. Pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero.

A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária) (BRASIL, 2005a). A criança também pode se contaminar através do contato com lesões no canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis. De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2005a) ocorre aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não-tratadas.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá haver infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais de 50% das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade (BRASIL, 2005a).

Quando a sífilis se manifesta antes dos dois primeiros anos de vida, é chamada sífilis congênita precoce e, após os dois anos, de sífilis congênita tardia. As lesões cutâneo-mucosas da sífilis congênita precoce podem estar presentes desde o nascimento, e as mais comuns são exantema maculoso na face e extremidades, lesões bolhosas, condiloma *latum*, fissuras periorais e anais. A mucosa nasal apresenta rinite mucossangüinolenta. Nos outros órgãos observa-se hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, osteocondrite, periostite ou osteíte, anemia, hidropsia fetal. Na sífilis congênita tardia as lesões são irreversíveis, e as que mais

se destacam são fronte olímpica, palato em ogiva, rágades periorais, tibia em sabre, dentes de Hutchinson e molares em formato de amora. E ainda ceratite, surdez e retardo mental.



Legenda:

A 1 – penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, 10 dias;
 A 2 – penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12h (nos primeiros 7 dias de vida) ou 8/8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias; A 3 – penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1107

B 1 – igual a A1;

B 2 – igual a A2;

C 1 – seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento tratar com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.

C 2 – seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade do seguimento, investigar e tratar como A1 ou A2.

Figura 3: Algoritmo para condutas frente a gestante com sífilis e sífilis congênita

Adaptado de Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis: manual de bolso (BRASIL, 2007)

O tratamento materno é considerado adequado quando todas as doses prescritas são realizadas, está adequado ao estágio da doença, é feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente com a mesma dosagem. É inadequado quando realizado com medicamento que não seja a penicilina; quando não são feitas todas as doses prescritas; quando o tratamento é finalizado nos 30 dias anteriores ao parto; quando há elevação ou ausência de queda dos títulos (VDRL) após tratamento adequado. O tratamento da gestante é considerado inadequado também quando o parceiro não é

tratado, tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 1986). A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações:

- todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério;
- todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

Para fins de vigilância epidemiológica, quatro critérios compõem a definição de caso de sífilis congênita:

- toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.
- todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Em caso de evidência sorológica, apenas deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.
- todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não-treponêmico reagente e evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.
- toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

Na cidade de Porto Alegre, houve nos últimos anos um crescimento dos casos notificados de SC. De acordo com dados divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2010), o número de casos confirmados de sífilis congênita praticamente duplicou entre 2008 e 2009, sendo 81 casos confirmados em 2008 e 209 casos em 2009. Estes números são alarmantes, questiona-se se as notificações realizadas pelos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de atenção tornaram-se mais efetivas, demonstrando uma boa atuação destes profissionais, ou se realmente os casos de SC duplicaram, indicando uma falha importante no diagnóstico e tratamento da sífilis da gestante e seu parceiro.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar o conhecimento da puérpera em relação às informações fornecidas durante o pré-natal em relação ao diagnóstico e tratamento para sífilis.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer como o pré-natal foi realizado: saber o número de consultas e a realização dos exames de VDRL;
- verificar os conhecimentos que a puérpera tem sobre o tratamento da sífilis.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo estudo de caso instrumental. Conforme Gil (2002), este tipo de pesquisa é um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

4.2 Campo

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na unidade de internação obstétrica.

4.3 População e amostra

A pesquisa se desenvolveu através de entrevista com seis mulheres que tiveram seus filhos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de outubro de 2009 a junho de 2010 e que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, sendo que seus casos foram notificados compulsoriamente à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. De acordo com Gil, 2002, até 10 casos é o número ideal para realizar análise das informações coletadas. As participantes foram convidadas após a constatação do resultado do VDRL reagente através da consulta ao prontuário das puérperas e também através de consulta ao banco de dados da Vigilância Epidemiológica, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Havia a intenção inicial de entrevistar os parceiros destas puérperas pela necessidade de tratamento do casal sempre que houver diagnóstico de sífilis na gestação, entretanto, devido a não aceitação de duas puérperas em autorizar a participação do seu parceiro, e a dificuldade em encontrar outras pacientes que se enquadrassem nos critérios previamente definidos, estas entrevistas não foram possíveis.

Assim, os critérios de inclusão foram:

- mãe com VDRL reagente no pré-natal ou parto;
- mãe com tratamento para sífilis inadequado no período pré-natal;
- casos que resultaram em sífilis congênita ou natimorto;

Os critérios de exclusão eram:

- casos que resultaram em aborto;
- casos em que puérpera se recusou a participar do estudo.

4.4 Coleta dos dados

Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevista semi-estruturada com questões norteadoras, pois de acordo com Triviños (1984), oferece todas as perspectivas para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação. Foi aplicado no momento da entrevista um questionário para coleta de dados sócio-demográficos que traçou o perfil do pré-natal realizado (APÊNDICE A).

As entrevistas com a puérpera, conforme roteiro (APÊNDICE B), foram realizadas individualmente na sala 1132 do 11º andar da ala sul do HCPA, bem como por telefone, tiveram duração de aproximadamente 20 minutos, pois de acordo com Triviños (1987) uma entrevista que se prolongue além de 30 minutos torna-se repetitiva e empobrecida. Iniciou-se com uma conversa informal em que a entrevistada conheceu os objetivos da pesquisa, a importância da sua participação, e assinou o termo de consentimento livre esclarecido ao aceitar participar do estudo. As entrevistas foram gravadas, com posterior transcrição, e acompanhadas de anotações gerais.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados conforme a análise de conteúdo proposta por Minayo (2008). Essa análise permite tornar replicáveis e validar inferências sobre um determinado contexto e seus dados, usando-se procedimentos científicos e especializados (MINAYO, 2008). Para esta análise de conteúdo, foi utilizada a técnica de análise temática “que consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa

para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2008, p. 209). Esta técnica se desdobra em três etapas, que são:

- a) a pré-análise baseia-se na escolha do material e dos documentos que serão analisados e na retomada dos objetivos e hipóteses propostas pela pesquisa;
- b) a exploração desse material visando o núcleo de compreensão do texto; e
- c) o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

4.6 Aspectos éticos

Todas as participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos da entrevista e assinaram um termo de consentimento livre esclarecido, mesmo aquelas entrevistadas por telefone (APÊNDICE C). Para as entrevistas presenciais houve uma sala reservada para a entrevista, evitando constrangimento das participantes.

As pesquisadoras assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (APÊNDICE D).

Não houve quaisquer riscos físicos envolvidos nesta pesquisa, uma vez que não foram realizados procedimentos, e ressalta-se que eventuais comoções psíquicas e sociais que pudessem ocorrer, mesmo que remotas, havia a possibilidade de encaminhamento das participantes aos serviços de psicologia ou assistência social. Acredita-se que os principais benefícios se dão através da adequação da abordagem de gestantes, bem como de seus parceiros a fim de evitar a sífilis congênita.

O projeto passou por avaliação da COMPESQ da Escola de Enfermagem (ANEXO 1) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (ANEXO 2) Os autores utilizados na revisão de literatura foram devidamente referenciados e citados conforme normas da ABNT.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e serão guardadas por um período de cinco anos, mantendo sempre o caráter confidencial das informações. Na análise dos dados, as informantes foram identificadas através de suas iniciais.

5 RESULTADOS OBTIDOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra

A amostra estudada para verificar o conhecimento da puérpera em relação às informações fornecidas durante o pré-natal em relação ao diagnóstico e tratamento para sífilis foi de seis púerperas.

A caracterização dessa amostra, conforme local de realização de pré-natal, número de consultas, realização de exames, profissional que realizou as consultas, participação de acompanhante nas consultas e necessidade de realização de tratamento durante o pré-natal encontra-se na Tabela 1.

Entre as seis puérperas, cinco são multíparas, quatro com dois filhos e apenas uma com seis filhos. Dessas, todas possuem filhos de pais diferentes.

Quadro 1 – Distribuição das seis puérperas conforme local de realização de pré-natal, número de consultas, realização de exames, profissional que realizou as consultas, participação de acompanhante nas consultas e necessidade de realização de tratamento durante o pré-natal. Porto Alegre, 2010.

Variável	Números
Local de realização do PN	
Posto de saúde	6
Consultório Particular	0
Número de consultas de pré-natal	
0	0
1 a 5	3
6 ou mais	3
Realização de exames durante o pré-natal	
1º trimestre	6
3º trimestre	5
Profissional que atendeu às consultas de pré-natal	
Médico	5
Enfermeiro	1
Acompanhante nas consultas	
Ninguém	5
Parceiro	1
Outra pessoa	0
Realização de tratamento durante a gestação	
Sim	5
Não	1

Em relação às informações acima, pode-se visualizar que o pré-natal não foi realizado adequadamente em três casos, visto que o Ministério da Saúde propõem o número mínimo de seis consultas para pré-natal. A falta de acompanhante nas consultas, apesar de não ser determinante para explicar os achados, denota a falta de adesão do parceiro ao tratamento.

Outro aspecto importante a ser considerado é que todas as participantes realizaram sorologia para sífilis na gestação, sendo apenas uma diagnosticada após o parto, por ter sorologias não reagentes no PN.

5.2 Análise das entrevistas

Ao proceder as entrevistas e analisá-las, emergiram as seguintes categorias: *Desconhecimento sobre sífilis e sífilis congênita; Desconhecimento sobre as repercussões da sífilis congênita; O parceiro como coadjuvante da família; O papel dos serviços de saúde*, que serão apresentadas a seguir.

5.2.1 Desconhecimento sobre sífilis e sífilis congênita

O objetivo inicial do estudo era saber sobre o conhecimento das puérperas em relação à sífilis e sífilis congênita. Porém o que se verificou é que há grande desconhecimento sobre o assunto. Algumas entrevistadas relataram que apenas ficaram sabendo que há implicações para o conceito após seu nascimento. Referem saber que é uma doença sexualmente transmissível (DST), mas uma das puérperas informou que o conhecimento que tem foi adquirido através de pesquisa na internet.

As falas das participantes revelam que o seu conhecimento sobre a doença é relacionado, principalmente, ao tratamento. Não demonstram, porém, conhecimentos sobre a importância do tratamento nem sobre a sua ação, apenas sabem da necessidade de realizá-lo. Assim, somente duas delas realizaram tratamento adequado na gestação, juntamente com seu parceiro.

Os depoimentos que seguem revelam o que (não) foi explicado às mães sobre sífilis:

“Nada, só mandaram fazer tratamento.” (STS)

“[...] Que é uma doença que não deixa vestígio, que tinha que fazer o tratamento para a doença não subir pra cabeça e me deixar tipo vegetativo. Falaram que no início dá só uns machucados nos genitais, depois passa um tempo sem nada e aparece umas manchas na pele. Isso explicaram no hospital. No posto disseram que era perigoso, e a enfermeira *Fulana* ficou atrás de mim o tempo todo me assustando e querendo que eu tratasse” (SSS)

“Nada. Eu que pesquisei na internet e vi que era uma DST, que mesmo tratando ainda ficaria incubada, tipo uma cicatriz, né?” (VFS)

“A médica não explicou nada.” (VSC)

“A médica não me explicou muita coisa. Me explicou que era uma DST, né, mas não me explicou detalhes assim dela, né.” (TCLB)

Entre as poucas orientações que receberam sobre a doença e seu tratamento, não houve aprofundamento sobre as implicações da sífilis para o feto e RN. Assim, quando questionadas se sabiam o que poderia acontecer com seus filhos, disseram que:

“Não, só sabia que fazia mal e precisava tratar.” (LSC)

“Ela (médica) disse que se não tratasse poderia passar pro nenê.” (VSC)

“Explicaram que a doença não teria perigo se tratasse.” (SSS)

“Não, disseram que ele não ia pegar, se eu tratasse.” (VFS)

Analisando os relatos, pode-se perceber que as pacientes não foram informadas pelo seu pré-natalista sobre a sífilis, o seu contágio, e meios de prevenção. Este achado é semelhante ao encontrado por Victor *et al* (2010) em seu estudo que visa, entre outros, identificar o conhecimento de puérperas com sorologia positiva para Lues acerca da sífilis. O pouco conhecimento sobre a doença também foi relatado por Sousa, Dodt e Pessoa (2009) em seu trabalho de elaboração de um álbum seriado sobre sífilis, realizando o diagnóstico do conhecimento das puérperas sobre o assunto.

Victor *et al* (2010) colocam que nenhuma das suas depoentes sabia que a doença é transmitida de mãe para filho, e que os profissionais de saúde não poderiam, simplesmente, solicitar exames, sem explicar às pacientes seu porquê.

Mesmo não tendo maiores conhecimentos sobre a doença, uma participante demonstrou preocupação por ter mantido relações sem proteção após ela ter realizado tratamento e o parceiro não. Essa entrevistada relatou ter apresentado sinais de sífilis, juntamente com seu parceiro. Acredita-se que por ser uma doença “silenciosa”, com sintomatologia indolor e pouco visível, cujas lesões genitais podem passar despercebidas, a importância em realizar o tratamento é minimizada.

Apenas uma puérpera relatou ter sido bem informada sobre a doença e suas complicações, sem entretanto conseguir reproduzir o que lhe foi orientado:

“Ela explicou direitinho. O que podia causar pro nenê, que tinha que fazer tratamento. Bem eu não sei específico.” (LCS)

Ao término de uma das entrevistas, quando estava saindo, a paciente disse que a médica explicou também que o exame dela sempre vai dar positivo, mas que o valor irá baixar, demonstrando tratamento adequado.

5.2.2 Desconhecimento sobre as repercussões da sífilis congênita

Quando questionadas se sabiam que a infecção materna por sífilis poderia resultar na transmissão transplacentária, causando sífilis congênita, quatro referiram estar cientes, e uma ainda creditou a essa informação a realização do tratamento. As falas das entrevistadas sobre esse assunto são as seguintes:

“Sim, por isso tomei as injeções. Mas como tive relação sem camisinha e ele não se tratou, peguei o vírus de novo e passei pro nenê.” (SSS)

“Não, disseram que se eu fizesse o tratamento o nenê iria ficar imunizado. Mas eu fiz tarde, o nenê pegou e precisou ficar internado tratando também. Acho que se eu tivesse começado mais cedo, feito mais no início, ele não teria problema.” (VFS)

“Ela (a médica) disse que podia amamentar, não foi bem explicado.” (VSC)

“De passar pro nenê? Aham, se não tratar, que poderia (passar).” (TCLB)

Em relação aos riscos para o RN, apenas duas sabiam dizer alguns, conforme relato a seguir:

“Disseram que podia morrer, ter manchas na pele, ter mal-formações no olho e em outras partes do corpo também.”(SSS).

“Que podia dar deformidades, essas coisas, nascer deformado, com problemas.” (TCLB)

A mãe que perdeu uma filha provavelmente por causa da sífilis congênita, quis engravidar em seguida, e mesmo que manifestasse preocupação com a saúde do novo filho, não fez o tratamento adequadamente, e relacionou-se sem preservativo.

“Mas como tive relação sem camisinha e ele não tratou, peguei o vírus de novo e passei pro nenê.” (SSS)

Uma entrevistada relatou preocupação com a saúde do RN, e realizou tratamento completo junto com seu parceiro.

“A gente se preocupou bastante com o nenê e com a gente também.” (TCLB)

Verificou-se que apenas três puérperas afirmaram que a gravidez foi planejada.

5.2.3 O parceiro como coadjuvante da família

Em relação aos parceiros, todas as depoentes relatam terem informado seus parceiros sobre o diagnóstico de sífilis.

“Ele ficou sabendo da doença, mas não pediram que ele fizesse tratamento.” (STS)

“Sim, no mesmo dia que eu descobri que tinha falei pra ele. Ele aceitou bem. Não sabia se já tinha tido sífilis.” (VSC)

“Sim. A gente ficou bem triste os dois, a gente não tava esperando.” (TCLB)

Embora soubessem que tinham a doença e aceitassem o diagnóstico, considerando-se ser uma doença sexualmente transmissível, talvez não tenham compreensão da gravidade da mesma para si, para sua parceira e para a prole. A boa aceitação, inclusive, pode ter-se dado devido à ciência prévia de ter a doença e

não querer discutir com a atual parceira a questão de não ter-se tratado adequadamente e, assim, ter contaminado a ela e ao bebê.

Destaca-se que, conforme as entrevistadas, um parceiro não realizou tratamento porque os exames deram bons e no outro caso o parceiro não tinha tempo de ir fazer as injeções. Um dos parceiros fez apenas uma dose do tratamento.

“Sim, ele fez só uma injeção e não fez mais. [...] Xinguei ele bastante por ter me passado isso e não ter tratado e eu acabei passando pro nenê” (SSS)

“Sim, a princípio ele tá fazendo exames. Não fez o tratamento junto comigo.” (LSC)

“Sim, ele também fez as injeções.” (VFS)

Um dos parceiros, segundo relato da puérpera, a acompanhava às consultas de pré-natal, e quando foi feito o diagnóstico de sífilis, teve interesse em entrar junto nas consultas e se informar melhor. Ele realizou o tratamento juntamente com a parceira, porém, no momento do parto, a titulação VDRL da entrevistada, que havia baixado no segundo exame VDRL estava novamente alta.

5.2.4 O papel dos serviços de saúde

Todas as entrevistadas tiveram assistência pré-natal realizada pela unidade básica de saúde (UBS) mais próxima de casa. O número de consultas de três participantes é considerado adequado, e todas realizaram sorologias para Lues. Apenas uma entrevistada realizou só um exame de VDRL.

Cinco puérperas relataram ter fácil acesso aos serviços na unidade de saúde mais próxima de casa. Uma se queixou da burocracia, de ter que passar pelo enfermeiro para poder começar o pré-natal com o ginecologista.

“Sim, foi fácil fazer o pré-natal, ir no posto.” (LSC)

“Sim, foi bem fácil.” (VFS)

“Foi bem fácil, me receberam bem.” (VSC)

“Sim, e procurei o posto o mais rápido possível com medo que desse alguma coisa errado de novo.” (SSS)

“Sim. É bem perto da minha casa, é na rua de cima, é perto.” (TCLB)

“No posto é difícil. Tem que falar com um monte de enfermeiros para fazer exames e depois marcar com o médico. Comecei a consultar com 3 meses já.” (STS)

Quando questionadas sobre em que momento do pré-natal receberam o diagnóstico de sífilis, quatro informaram que havia sido no início do pré-natal:

“Acho que quando eu tava com cinco, seis meses mais ou menos, quando veio o resultado do primeiro exame.” (TCLB)

“No início do pré-natal.” ((LSC)

“No primeiro exame.” (VSC)

“No primeiro exame.” (SSS)

Porém, mesmo tendo diagnóstico precoce, apenas uma paciente relatou empenho da equipe da UBS para que ela e seu parceiro realizassem o tratamento, conforme a fala anteriormente citada de SSS:

“[...] e a enfermeira *Fulana* ficou atrás de mim o tempo todo me assustando e querendo que eu tratasse” (SSS)

A abordagem dos pré-natalistas em relação à sífilis, de acordo com as colocações das participantes já citadas na primeira categoria da análise das entrevistas, demonstra ser inadequada. As pacientes não são informadas sobre o que é sífilis, as implicações para o conceito, a real importância e finalidade do tratamento. Uma participante relata ainda que seu parceiro não podia participar das consultas do pré-natal, apesar de sempre tê-la acompanhado ao posto:

“Meu esposo ia, mas ele não entrava. Tinha que ser só eu.” (TCLB)

Quando questionada se chegaram a pedir que o parceiro participasse da consulta, mesmo após o diagnóstico de sífilis, em que o tratamento do parceiro é fundamental, a paciente relata negativa da médica:

“É, uma vez ele até pediu, como agente ia ser medicado, né, mas a médica disse que não era necessário. Ela falava comigo e eu passava para ele.” (TCLB)

Uma puérpera teve seus exames não reagentes durante o pré-natal, sendo diagnosticada no momento do parto. Uma participante foi diagnosticada na gestação

anterior, tendo realizado tratamento adequado juntamente com seu parceiro, mesmo assim, relata que o que sabe sobre a doença foi pesquisado na internet.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que as puérperas não possuem muito conhecimento em relação à sífilis. Todas as suas falas remetem ao tratamento, porém, não sabem o porquê de realizá-lo. A metade das puérperas apresentou pré-natal adequado, então se questiona onde estariam as falhas no manejo dos casos de sífilis? Seria nos profissionais que realizam o pré-natal, nas políticas públicas ou nas gestantes e nos seus parceiros?

Para alcançar as metas do governo de reduzir os índices de sífilis congênita, é preciso envolver a população, os profissionais e os gestores, pois somente com conhecimento e ações educativas pode-se alcançar esta meta.

A falta de informação das puérperas sobre sífilis, sífilis congênita e as implicações para os RN, bem como a realização do tratamento, nos faz refletir sobre as abordagens e as posturas dos profissionais que atendem essas pacientes nos serviços de saúde. A prevenção da sífilis e o seu tratamento são simples e estão disponíveis em toda a rede básica.

Verificou-se a necessidade de explicar de forma mais clara e objetiva à grávida as conseqüências da sífilis no período gravídico, a transmissão para o feto, a gravidade da infecção, o modo de transmissão da sífilis e sua prevenção. Acredito que no momento que as mulheres obtiverem as informações a cima, o seu pré-natal será realizado de forma mais adequada, a adesão aos tratamentos necessários será melhor, aumentando as chances de participação do parceiro no pré-natal.

Acredito que a aparente despreocupação das puérpera e de seus parceiros em relação aos seus filhos expostos à sífilis refere-se à falta de informação sobre a doença. Como já foi dito anteriormente, por ser uma doença silenciosa, é difícil compreender a real gravidade da infecção e suas conseqüências para o recém nascido.

A participação do parceiro deveria ser estimulada pela equipe do posto de saúde, visto que este problema atinge a saúde da família, tendo implicações para a mãe, pai e concepto.

Observa-se que o pré-natal destas pacientes foi realizado de forma adequada, conforme normativas do ministério da saúde, então quais seriam as

causas da ocorrência de sífilis congênita e seu conseqüente aumento? A divulgação dos achados deste estudo aos pré-natalistas é válido e tem o objetivo de corrigir as falhas identificadas pelas entrevistas. Sugere-se, também, a realização de um estudo complementar a este, com maior tempo de coleta de dados e incluindo os parceiros, juntamente com os profissionais que realizam a assistência pré-natal, visando analisar suas abordagens em relação ao diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante a fim de evitar a sífilis congênita, e com isso, correlacionar os dados buscando a melhor estratégia a fim de evitar a sífilis congênita.

Novos estudos que enfoquem a sexualidade e gênero são válidos, a fim de aprofundar questões apresentadas neste estudo como o não tratamento dos parceiros e por que as mulheres se submetem a relação sem proteção sabendo que seu parceiro não realizou tratamento necessário.

Por fim, é necessário que haja uma atitude ativa da equipe de saúde, com ênfase no papel do enfermeiro dentro da unidade de saúde, buscando atingir aquelas gestantes com resultados de exames alterados e que precisem de atenção diferenciada durante o pré-natal, melhorando a adesão aos tratamentos prescritos. Não podemos esquecer que ações de educação em saúde fazem parte de nossas competências, e cabe a nós enfermeiros realizar atividades que levem o conhecimento às pacientes de forma que elas entendam e melhore a adesão ao tratamento. Em relação ao papel das equipes de saúde para facilitar o acesso dos usuários, sugere-se que as UBS atendam em horário não comercial, ampliando as possibilidades dos usuários realizarem os tratamentos e receberem os atendimentos necessários.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol.** 2006;81(2):111-26.

BRASIL. Portaria no 542/1986. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

_____. Resolução SS - 41, de 24-3-2005. **Norma Técnica para Controle da Sífilis na Gestaçã**o. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília : Ministério da Saúde. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica**: sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

DUARTE, Geraldo; SIMÕES, José Antonio. Sífilis. *In*: HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIURA, Ernani. Sífilis Congênita. *In*: MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renato Soibelman. **Neonatologia: princípios e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. pag 332.

OMS. **Eliminação mundial da sífilis congênita**: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2008.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico** 2010. Ano XII, n.42.

SÃO PAULO. Secretária de Estado da Saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestaçã. **Rev. Saúde Pública** 2008, vol.42, n.4, pp. 768-772.

SOUSA, Rosiléa Alves de; DODT, Regina Cláudia Melo; PESSOA, Sarah Maria Fraxe. Educação em saúde: uma experiência de produção de álbum seriado sobre sífilis. **Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Fortaleza, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VÍCTOR, Janaína Fonseca; BARROSO, Léa Maria Moura; TEIXEIRA, Ana Patrícia Viana; AIRES, Audyonêda Sampaio; ARAÚJO, Iliana Maria. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2010; vol. 12, n.1, pp:113-9.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

1) Local onde realizou o pré-natal:

Posto de saúde Consultório particular Hospital
Qual? _____

2) Número de consultas de pré-natal: _____

3) Realizou exames durante o pré-natal?

1º trimestre	<input type="checkbox"/>	Sim		2º trimestre	<input type="checkbox"/>	Sim
	<input type="checkbox"/>	Não			<input type="checkbox"/>	Não

4) Quem lhe atendeu nas consultas de pré-natal? Quantas?

Médico - _____ consultas Enfermeiro - _____ consultas

5) Quem lhe acompanhava nas consultas?

Parceiro Outra pessoa, relação: _____ Ninguém

6) Precisou fazer algum tratamento durante a gravidez?

Não Sim, qual? _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PUÉRPERA

- 1) Possui filhos? Quantos?
- 2) Mora com seu parceiro?
- 3) A gestação foi planejada?
- 4) Teve fácil acesso ao serviço de saúde?
- 5) Foi solicitado que fizesse exames durante o pré-natal?
- 6) Em que momento ficou sabendo que estava com sífilis?
- 7) O que lhe explicaram sobre a doença?
- 8) Sabia que poderia resultar em sífilis congênita?
- 9) Foi informada sobre os riscos para o nenê?
- 10) Qual o tratamento que prescreveram?
- 11) Informaram que seu parceiro precisaria fazer o tratamento também?
- 12) Você avisou seu parceiro da doença?
- 13) Ele realizou tratamento?
- 14) Ele ficou sabendo das implicações para o recém nascido caso não fizesse o tratamento?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título: Avaliação do conhecimento da puérpera e do parceiro quanto a necessidade do tratamento de cura da sífilis congênita

Pesquisadoras: Anne Marie Weissheimer, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS e pesquisadora responsável pelo projeto, telefone 9977-5043, e Cristiane Athanasio Kolbe, acadêmica de enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS, telefone 9292-0060.

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no telefone 3359-8304.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Nossa pesquisa tem o objetivo de avaliar o conhecimento da puérpera e de seu parceiro em relação às informações fornecidas durante o pré-natal em relação ao diagnóstico e tratamento para sífilis a fim de evitar RN com sífilis congênita. Sua participação é voluntária. Serão garantidos o anonimato e o caráter confidencial dessas informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos. Não haverá quaisquer riscos físicos envolvidos nesta pesquisa, uma vez que não serão realizados procedimentos, porém ressalta-se que eventuais comoções psíquicas e sociais podem ocorrer, mesmo que remotas, havendo a possibilidade de encaminhamento destes participantes aos serviços de psicologia ou assistência social, se necessário. Os benefícios prováveis se darão através da adequação da abordagem de gestantes e parceiros a fim de evitar a sífilis congênita.

Você está sendo convidada(o) para fazer parte da pesquisa porque teve resultado positivos do exame VDRL, ou sua parceira. Após aceitar o convite em participar da

HCPA / GPPG

RECEBIDO

05 MAR. 2010

Por Patrícia

Proj. nº 09-635

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

30.103.12010
M 09635

mesma, faremos com você uma entrevista individual e em particular de cerca de 30 minutos, que será gravada e, posteriormente transcrita, para ser analisada. Após o término do estudo, as gravações serão arquivadas por cinco anos e após, destruídas. Caso participe, em qualquer momento você poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da mesma, bem como, caso seja de sua vontade, retirar-se da pesquisa e não permitir a utilização de seus dados. A retirada ou não participação no estudo não trará prejuízos ao atendimento recebido na instituição.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinada, concordo em participar desse estudo. Fui devidamente informada e esclarecida pelas pesquisadoras sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento / assistência / tratamento. Concordo, também, que meu parceiro, _____, seja entrevistado sobre as questões pertinentes ao estudo.

Porto Alegre, ____/____/____

Assinatura participante

Assinatura Pesquisador

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo. Fui devidamente informado e esclarecido pelas pesquisadoras sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento / assistência / tratamento.

Porto Alegre, ____/____/____

Assinatura participante

Assinatura Pesquisador

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
30/03/2010
MK 09635

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Conhecimento sobre a importância e do parceiro quanto a necessidade do tratamento para prevenção da sífilis congênita.	Cadastro no GPPG 09-635
--	----------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 05 de março de 2010.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Anne Marie Weissheimer	
Christiane Athanasio Kolbe	

ANEXO 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DA COMPESQ



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

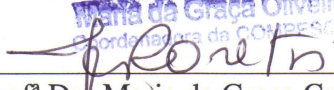
Projeto: Nº TCC 36/09
Versão 12/2009

Pesquisadores: Cristiane Athanásio Kolbe e Anne Marie Weissheimer

Título:.. CONHECIMENTO DA PUÉRPERA E DO PARCEIRO QUANTO A
NECESSIDADE DE TRATAMENTO PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS
CONGÊNITA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 14 de Dezembro de 2009.


Profª Dra. Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO 2 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-635

Versão do Projeto: 05/03/2010

Versão do TCLE: 05/03/2010

Pesquisadores:

ANNE MARIE WEISSHEIMER

CRISTIANE ATHANASIO KOLBE

Título: CONHECIMENTO DA PUÉRPERA E DO PARCEIRO QUANTO A NECESSIDADE DO TRATAMENTO PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 30 de março de 2010.

Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA