



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva – MSC

ANA FÁTIMA BRAGA ROCHA

**ASPECTOS QUE DIFICULTAM O TRATAMENTO DO
PARCEIRO SEXUAL DE GESTANTES COM SÍFILIS EM
FORTALEZA, CEARÁ**

Fortaleza – Ceará
2014

ANA FÁTIMA BRAGA ROCHA

**ASPECTOS QUE DIFICULTAM O TRATAMENTO DO
PARCEIRO SEXUAL DE GESTANTES COM SÍFILIS EM
FORTALEZA, CEARÁ**

Projeto de Pesquisa apresentado à coordenação do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo

Fortaleza – Ceará
2014

R672a Rocha, Ana Fátima Braga.
Aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará / Ana Fátima Braga Rocha.- 2014.
80 f.
Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2014.
“Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo”
1. Sífilis. 2. Parceiros Sexuais. 3. Atenção Primária à Saúde.
I. Araújo, Maria Alix Leite. II. Título.

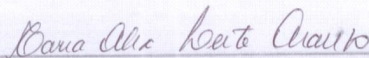
CDU 616.972

ANA FÁTIMA BRAGA ROCHA

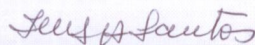
ASPECTOS QUE DIFICULTAM O TRATAMENTO DO PARCEIRO SEXUAL
DE GESTANTES COM SÍFILIS EM FORTALEZA, CEARÁ

Aprovado em 10/12/2014

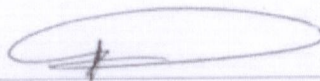
BANCA EXAMINADORA



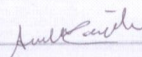
Prof.ª Dr.ª Maria Alix Leite Araújo – UNIFOR



Prof.ª Dr.ª Zélia Maria Souza Araújo Santos — UNIFOR



Dr. Rodolfo Gomez Ponce de Leon – OPAS



Prof.ª Dr.ª Ana Maria Fontenelle Catrib – UNIFOR

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo cuidado constante e amor incondicional que me renovam as forças diariamente;

À minha mãe Neciza e ao meu pai Aírton (*in memoriam*) pela educação que me proporcionaram e incentivo, sendo minha base de apoio e amor.

Ao meu esposo Humberto Aguiar que pacientemente compreendeu minhas renúncias, ouviu-me, confortou-me e esteve sempre disposto a amparar-me e fazer-me feliz.

Aos amigos Juliana Fonseca, Ana Cristina, Paula Manuela, Christina, Joseph, Ana Maria, Carla Renata, professora Virgínia, Alysson, Lázaro, Cleide e Widson pelos momentos de descontração, disponibilidade em ouvir-me e ajudar-me e o carinho com que realizaram essas coisas.

Às amigas Camila Félix e Thais Marques, pela presteza em auxiliar-me sempre que precisei e os riscos ensinamentos que possibilitaram o aprimoramento deste trabalho.

Às bolsistas Naliele, Aline, Ariane e Patrícia pela ajuda incomensurável. Agradeço por me ajudarem rumo a esta conquista.

À minha orientadora Maria Alix Leite Araújo pelos aprendizados infinitos, paciência e companheirismo não apenas para conclusão desse trabalho. Obrigada pela referência como docente e ser humano.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em contribuir com este trabalho.

Às mulheres, parceiros sexuais e profissionais das unidades primárias por terem colaborado, aceitando participar e cedendo parte de seu tempo para expor suas perspectivas, tornando esse trabalho possível.

Agradeço pelo apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES por meio de bolsa de pesquisa.

Agradeço ao Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde que, por meio da parceria entre Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ceará - FUNCAP, Ministério da Saúde – MS, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA, financiou esta pesquisa.

RESUMO

O baixo percentual de parceiros sexuais de gestantes com sífilis tratados representa atualmente o principal entrave para o controle da sífilis congênita. Este estudo objetivou avaliar a realização das recomendações para o manejo do parceiro sexual da gestante com sífilis na atenção primária à saúde de Fortaleza, Ceará, e analisar os aspectos que dificultam o tratamento do parceiro. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa que utilizou o modelo lógico. Foi realizada em seis unidades de atenção primária à saúde de Fortaleza, Ceará, pois selecionou-se a unidade que mais notificou casos de sífilis em gestantes no ano de 2013 de cada Secretaria Regional. A coleta ocorreu entre os meses de fevereiro e outubro de 2014 por meio da observação não participante da unidade e de consultas pré-natal e entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros da ESF, diretores das unidades, mulheres notificadas com sífilis em 2013 e parceiros sexuais. A análise dos dados seguiu a lógica da análise temática e como recurso ilustrativo na apresentação dos resultados, utilizou-se de árvore de associação de ideias. Observou-se que as unidades de atenção primária do município ainda não estão preparadas para receber essa população diferenciada que é o homem, sendo necessárias melhorias relacionadas ao acesso, acolhimento, agilidade no atendimento, sigilo e privacidade, principalmente por tratar-se de uma DST, como é o caso do parceiro sexual. Questões institucionais e de gênero estiveram associadas ao não comparecimento do mesmo ao serviço de saúde, e estratégias que facilitem a compreensão e empoderem a gestante precisam ser trabalhadas durante o aconselhamento para que a mesma consiga argumentar junto a ele a importância de comparecer ao serviço e tratar-se. Verificou-se que não há uma estratégia ideal de convocação e acredita-se que o melhor modelo é aquele que considera as subjetividades trazidas pelos sujeitos. Para os profissionais, a presença do parceiro nas consultas pré-natais parece ser uma estratégia que facilita a convocação, a vinda do mesmo à unidade e a realização do tratamento. Este estudo possibilitou ouvir dos próprios parceiros sexuais suas opiniões sobre as ações que lhe são direcionadas e os achados poderão ser utilizados como referência para melhoria na assistência.

Palavras-chave: Avaliação; Atenção Primária à Saúde; Parceiros Sexuais; Sífilis.

ABSTRACT

The low rate of sex partners of pregnant women with syphilis receiving treatment is the main obstacle to syphilis control today. This study aimed to assess the implementation of the guidelines on the management of sex partners of pregnant women with syphilis in the primary health care of Fortaleza, Ceará, and analyze the aspects that hinder partner's treatment. This is a qualitative evaluation research using a logic model. It was conducted at six primary health care units of Fortaleza, Ceará, and it included the unit that had notified the largest number of cases of syphilis among pregnant women in 2013 of each Regional Secretariat. Data were collected between February and October 2014 through non-participant observation of the unit and prenatal care consultations in addition to semi-structured interviews with doctors and nurses of the FHS, unit directors, women who were notified with syphilis in 2013 and sex partners. Data analysis followed the logic of thematic analysis and a mind maps was used as an illustrative resource for the presentation of results. It was verified that the primary health care units of the city are not yet prepared to receive this unique population of men and need improvements in the access, embracement, agility in the service, secrecy and privacy, especially because it is an STD, like the case of the sex partner. Institutional and gender issues were associated with partner's non-attendance to the health care unit, and strategies to facilitate the understanding and empower the pregnant woman need to be worked during the counseling so they can discuss with the partner about the importance of attending the service and following treatment. It was verified that there is not an ideal strategy for summoning the partner to attend the care service and it is believed that the best model is one that should consider the subjectivities brought by the subjects. For professionals, the presence of the partner in the prenatal care consultations seems to be a strategy that facilitates the summoning of partners and their attendance and completion of treatment. This study made it possible to hear sex partners and their opinions about the actions directed at them, and the findings can be used as a reference for care improvement.

Keywords: Evaluation; Primary Health Care; Sex Partners; Syphilis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Geral	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Aspectos Teóricos da Avaliação	10
3.2 A Prevenção da Sífilis Congênita como atribuição da Atenção Primária à Saúde.....	13
3.3 Discutindo a Saúde do Homem.....	14
3.4 A abordagem ao parceiro sexual de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis.....	17
3.5 O tratamento do parceiro sexual na prevenção da sífilis congênita: uma revisão integrativa.....	18
4 PERCURSO METODOLÓGICO	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Cenário do estudo	27
4.3 Sujeitos do estudo.....	27
4.4 Coleta dos dados	27
4.5 Análise dos dados	29
4.6 Aspectos éticos.....	30
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
5.1 Caracterização dos participantes.....	31
5.2 Implicações institucionais que comprometem o comparecimento e o tratamento do parceiro sexual	33
5.3 Comunicação do diagnóstico ao parceiro sexual: repercussões e métodos de convocação	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE	62

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que ocorram no mundo a cada ano um milhão e meio de casos de sífilis em gestantes (WHO, 2012). A incidência da doença tem aumentado no Brasil com taxa de detecção de 3,3 casos por 1000 nascidos vivos (NV) (BRASIL, 2012a), superiores às metas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 0,5 casos para cada 1000 NV (WHO, 2007). Em Fortaleza, somente no ano de 2012, foram registrados 523 casos de sífilis congênita (SC) (CEARÁ, 2013) e, entre os anos de 2008 e 2012, a taxa de incidência aumentou de 8,8 para 16,6 para cada mil NV (CEARÁ, 2013).

Esses dados mostram que a eliminação da SC está longe de ser alcançada em países pobres e em desenvolvimento, inclusive o Brasil, especialmente porque as gestantes com sífilis, mesmo quando recebem o diagnóstico durante o pré-natal, chegam ao momento do parto inadequadamente tratadas (MAGALHÃES et al., 2013), especialmente porque a grande maioria dos parceiros sexuais não é tratada (ARAÚJO et al., 2012a; DOMINGUES et al., 2013). A condição de parceiros não tratados caracteriza tratamento materno inadequado e, por conseguinte, a criança é considerada caso de SC (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007a), sendo exposta a tratamentos prolongados e a sofrimentos que poderiam ser evitados.

O controle da SC não se obtém somente com o tratamento da gestante com sífilis; por esse motivo, toda aquela diagnosticada deve ter o parceiro sexual convocado e tratado. O tratamento do parceiro é uma estratégia recomendada como parte da política de controle da SC, e a convocação pode ser realizada pelo próprio paciente após aconselhamento (BRASIL, 2006b). Entretanto, a sua operacionalização tem sido um desafio, pois os profissionais de saúde enfrentam dificuldade na abordagem dos problemas vivenciados pelas gestantes no processo de convocação do parceiro sexual e se limitam a informar somente da necessidade de tratamento do mesmo.

A convocação e o tratamento dos parceiros sexuais são decisivos para quebrar o processo de transmissão vertical da sífilis. Apesar da dificuldade no tratamento dos mesmos, estudo mostra que no geral eles podem ser localizados, pois a maioria vivia com a mãe do bebê ou era o pai do recém-nascido, demonstrando que é possível o contato com os mesmos (CAMPOS et al., 2010; CAMPOS et al., 2012).

Evidências apontam que, por motivos variados, as políticas públicas para a eliminação da SC não estão inseridas na rotina dos serviços de saúde e são escassos os dados referentes aos aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis, justificando a necessidade de aprofundar os estudos nessa temática.

Destaca-se a importância de aprofundar o conhecimento sobre essa temática uma vez que tal situação compromete o controle da sífilis na gestante e da SC. O propósito é contribuir com a elaboração de estratégias de captação de parceiros sexuais factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde e contribuir para a melhoria da atenção pré-natal e para redução da morbidade materna e mortalidade infantil, metas do Desenvolvimento do Milênio.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a realização das recomendações para o manejo do parceiro sexual da gestante com sífilis na atenção primária à saúde de Fortaleza, Ceará.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar os aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis nas unidades primárias de saúde;

Identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais das unidades primárias de saúde para convocar e tratar os parceiros sexuais de gestantes com sífilis;

Conhecer a opinião dos parceiros sexuais acerca das estratégias mais adequadas de convocação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos Teóricos da Avaliação

A avaliação contemporânea é consequência de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções (BROUSSELLE et al., 2011).

Avaliar é uma atividade muito antiga; vários autores (GUBA; LINCOLN, 1981; WORTMAN, 1983; BOWAN, 1989) relatam que os chineses já faziam uso desse método para recrutar seus “funcionários públicos” há quatro mil anos.

Historicamente, a avaliação possui quatro gerações no seu processo de construção. A primeira geração, de 1910 a 1930, tem como principal característica a medida. Está relacionada à construção e aplicação de instrumentos de medida para avaliar. A segunda geração, de 1930 a 1960, é marcada pela publicação do estudo de Ralph Tyler em 1942. Tem como principal característica a avaliação através da descrição. É o nascimento da avaliação de programas. A terceira geração, de 1960 a 1990, é marcada por uma fase na qual medir e descrever não era mais suficiente. Tem como característica principal o julgamento, pois ao avaliador é atribuído o papel de juiz. A quarta geração, chamada negociação, considera abordagens e métodos antecedentes e permite, ao mesmo tempo, preencher suas lacunas e alcançar um grau de complexidade superior, tornando-se assim um instrumento de negociação e fortalecimento do poder (empowerment). Nessa geração, o papel de moderador do avaliador sobressai suas funções de técnico, juiz e descritor (SAMICO et al., 2010; BROUSSELLE et al., 2011).

Para fechar o contexto histórico, vale ressaltar que as origens da avaliação surgiram a partir de duas necessidades: a primeira é a prestação de contas e o controle dos programas e a segunda, a investigação social (ALKIN, 2004).

Para compreender a avaliação, existem diversos conceitos (SUCHMAN, 1967; ARNOLD, 1971; PATTON, 1997; WEISS, 1998). Entretanto, entende-se a definição abaixo como a que contempla as múltiplas dimensões da prática avaliativa:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre

qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações” (BROUSSELLE et al. (2011) p.44).

Essa definição foi discutida e ajustada por Hartz e Silva (2005) por acreditarem que limitava o escopo da avaliação à dimensão instrumental da ação. Desse modo, essas autoras substituíram o conceito de intervenção por práticas sociais.

Para Contandriopoulos et al. (1997), uma intervenção é um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para gerar bens ou serviços a fim de modificar uma situação problemática. Para o conceito de práticas sociais, Hartz e Silva (2005) utilizaram o conceito adotado por Bourdieu (1979) no qual práticas sociais são a relação entre uma situação e um *habitus*.

Brousselle et al. (2011) afirmam que a avaliação no campo da saúde requer um quadro conceitual integrador por resultar de um “casamento forçado” entre tradições muito distintas: a da avaliação econômica, a da avaliação baseada na epidemiologia e na prática clínica e, cada vez mais, a da avaliação proveniente das ciências sociais.

Os motivos de avaliar também são diversos, mas pode-se mencionar como sendo os objetivos oficiais da avaliação (SAMICO et al., 2010): ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico), fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo), determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo), utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem-estar coletivo (objetivo transformador), contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

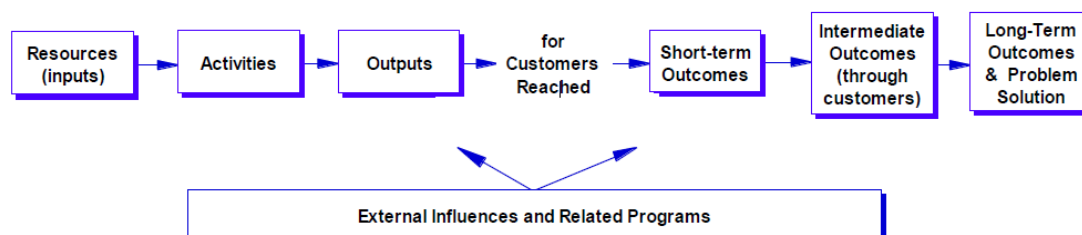
A escolha das abordagens e dos métodos na avaliação de uma intervenção depende da complexidade desta. Geralmente, escolhe-se um desenho de tipo experimental ou quase experimental para avaliar os efeitos de uma intervenção precisa, no qual o modelo lógico é simples e pode ser isolado do seu ambiente (COOK et al., 1982; CONTANDRIOPOULOS et al., 1990).

O modelo lógico, estratégia utilizada neste estudo, é proveniente da teoria do programa e, por esse motivo, sua construção deve ser realizada antes da escolha do questionamento avaliativo. Este modelo descreve as ligações existentes entre recursos do programa, atividades, produtos, clientes e os resultados de curto, médio e longo prazo. Uma vez que este modelo de desempenho esperado é produzido, as áreas críticas do programa podem ser identificadas (MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999).

A construção do modelo perpassa por cinco fases: Coletar informações relevantes a partir de várias fontes (documentos, entrevistas, revisão de literatura); definir claramente o problema e seu contexto; identificar os elementos do modelo lógico; construí-lo e verificar se o modelo produzido representa a lógica do programa (MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999; HARTZ; SILVA, 2005).

A figura 1 ilustra um exemplo de esquema de apresentação de modelo lógico com seus elementos.

Figura 1 – Elements of the Logic Model



Fonte: Mclaughlin; Jordan, 1999.

A importância do modelo lógico está relacionada à dificuldade existente quando se necessita avaliar um programa, visto que há uma falta de clareza nos documentos oficiais acerca da teoria dos programas/políticas de saúde e uma falta de consenso entre os atores envolvidos sobre sua operacionalização (SAMICO et al., 2010).

Por outro lado, devido ao modelo lógico representar a teoria do programa, revelando como este deve acontecer no plano ideal (SAMICO et al, 2010), torna-se interessante levar em conta as percepções dos sujeitos envolvidos no meio estudado e as relações existentes entre eles, pois podem influenciar na lógica do programa e/ou complementar as informações sobre o mesmo. Isso pode ser conseguido através de uma avaliação qualitativa.

Por fim, deve-se salientar que a avaliação, independente da categoria e avaliador, deve auxiliar a tomada de decisões dos responsáveis pelo programa, comprometendo-se com a melhoria das intervenções de saúde, podendo assim resultar na qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde (SAMICO et al., 2010).

3.2 A Prevenção da Sífilis Congênita como atribuição da Atenção Primária à Saúde

A SC é um problema grave de saúde pública e tem sido vista com preocupação pela OMS e pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil. Trata-se da transmissão vertical do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito e pode resultar em diversos efeitos negativos para mãe e, principalmente, para o bebê (BRASIL, 2006a; NASCIMENTO et al., 2012). Estima-se que em 2008, no mundo, a sífilis na gravidez contribuiu para 305.000 natimortos e mortes fetais e neonatais, e mais de 215.000 crianças com risco aumentado de morte, baixo peso ao nascer, prematuridade ou complicações de infecção relacionada à sífilis (WHO, 2012). Ademais, globalmente, o custo com os resultados adversos associados à sífilis é muito alto (WHO, 2012).

As ações de prevenção da SC são realizadas durante o acompanhamento pré-natal, quando a gestante, após ser captada precocemente, deverá ser testada e receber diagnóstico e tratamento em tempo hábil e adequado juntamente ao(s) seu(s) parceiro(s) sexual(is). Entretanto, estudos revelam muitas falhas nessa assistência à gestante, apresentando-a como insuficiente para garantir o controle da SC (DOMINGUES et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2013).

O pré-natal é parte dos programas da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo realizado, principalmente, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). A ESF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial da Atenção Básica, também chamada Atenção Primária. As ações realizadas nas UAPS envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012b). Essas unidades são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2013), o que favorece os profissionais terem maior vínculo com a comunidade e possibilita um maior controle das gestantes.

As atividades das UAPS provêm das prioridades de saúde da população e estas foram enumeradas no Pacto pela Vida (um dos três eixos do Pacto pela Saúde). Dentre estas,

encontra-se a redução da mortalidade materna e infantil, e um dos componentes para a execução dessa prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2006c). Há também os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), aprovados por todos os Estados Membros das Nações Unidas em 2001, que possui três objetivos relacionados com a saúde materno-infantil, englobando assim a problemática da SC. Eles são: ODM 4, reduzir a mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos de dois terços, entre 1990 e 2015; ODM 5, melhorar a saúde materna através da redução de três quartos da proporção de mortes maternas, entre 1990 e 2015; ODM 6, lutar contra o HIV/Aids, Malária e outras doenças importantes (OMS, 2008).

Fortalecendo as ações de melhoria da assistência à gestante e seu filho, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o pós-parto, e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

O MS aponta a prevenção da sífilis congênita como uma ação a ser desenvolvidas na Atenção Primária (BRASIL, 2006d). Entretanto, deve-se considerar que algumas realidades existentes nas UAPS podem comprometer essa ação. Muitas vezes, as unidades possuem equipes incompletas, principalmente sem médico. Ademais, nem sempre as gestantes são tratadas na própria unidade, sendo encaminhadas para receber o tratamento em serviços de saúde mais distantes, dificultando a realização do tratamento.

Vale ressaltar que o acesso a um pré-natal de qualidade é a principal estratégia de prevenção da transmissão vertical da sífilis e é um direito de todas as mulheres e seus bebês; especialmente porque um dos fundamentos da Atenção Básica é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos (BRASIL, 2012b).

3.3 Discutindo a Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), desde sua criação, tem posto a assistência à saúde da população masculina como prioridade. Os princípios e diretrizes da política foram publicados em 2008 (BRASIL, 2008), mas foi lançada oficialmente em 2009 (BRASIL, 2009). A PNAISH prioriza algumas temáticas na saúde do homem: Violência, Alcoolismo e tabagismo, Pessoas privadas, Pessoas com deficiência, Adolescência e velhice e Direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008).

Tem como princípios a humanização e a qualidade, e refere que, para o cumprimento desses princípios, faz-se necessário: acesso da população masculina aos serviços de saúde; articulação das diversas áreas do governo, setor privado e sociedade; informação e orientação à população masculina, familiares e comunidade; captação precoce da população masculina; capacitação dos profissionais; disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços; elaboração e análise dos indicadores para redefinição de estratégias e atividades. Apresenta como diretrizes a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade (BRASIL, 2008).

A política prioriza os homens da faixa etária de 25 a 59 anos por corresponderem a 41% da população masculina (IBGE, 2005). Estes têm adoecido, sobretudo, de tumores, doenças do aparelho circulatório e causas externas. Dentre as principais causas de mortalidade, encontram-se as causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores (oriundos do aparelho digestivo, respiratório e urinário), doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2007b).

A PNAISH ressalta que o agravamento da morbidade no homem ocorre devido os mesmos adentrarem o sistema de saúde pela atenção especializada, ocasionando um retardamento na atenção à saúde do homem e maior custo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Faz-se, então, imperativo o fortalecimento e a qualificação da atenção primária para que haja a promoção à saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2008).

Quando os homens necessitam de assistência à saúde, buscam o serviço apenas quando a dor torna-se insuportável ou impossibilita-os de trabalhar (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Estudo realizado com 449 homens de 20 a 59 anos de Campinas, São Paulo, que avaliava as desigualdades em saúde segundo a escolaridade, não encontrou diferença estatisticamente significativa para busca dos serviços de saúde (BASTOS et al., 2012). Em geral, os homens buscam medidas alternativas, farmácias e serviços emergenciais, provavelmente devido à rapidez com que são atendidos (PINHEIRO et al., 2002; FIGUEIREDO, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Alguns fatores estão relacionados à invisibilidade dos homens na atenção primária. Inicialmente, pode-se destacar o fato de, historicamente, as unidades básicas de saúde estarem voltadas ao cuidado materno-infantil (NEMES FILHO, 2000; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008), favorecendo que o homem tenha a percepção de que não é espaço

adequado a ele. Ademais, há a falta de acolhimento ou acolhimento pouco atrativo aos homens, o que se complementa a pouca qualificação dos profissionais no atendimento dessa população (GOMES et al., 2011). Outro fator é o horário de atendimento das UAPS que coincidem com os horários de trabalho deles e as filas intermináveis para conseguir um atendimento (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; TONELI; SOUZA; MULLER, 2010). Considerar que o cuidado não é uma prática masculina também pode ser um fator para a não busca ao serviço (COURTENAY, 2000; LYRA-DA-FONSECA et al., 2003; TELLERÍA, 2003), e esse motivo já se relaciona às questões culturais e de gênero que estão fortemente envolvidas nessa conduta masculina.

De acordo com Gomes (2010), gênero inclui as maneiras como as pessoas devem agir, pensar e sentir para serem consideradas homens ou mulheres. Estudos (BOZON, 2004; KEIJZER, 2003; SABO, 2002) revelam que grande parte da não adesão às medidas de saúde, por parte do homem, provém dos estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, intensificando práticas baseadas em crenças do que é ser homem. A doença passa a ser considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes a sua própria condição biológica. A crença de que o ser homem é forte e viril gera um sentimento de invulnerabilidade masculina que proporciona uma maior exposição, tornando-os mais vulneráveis aos riscos à saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A PNAISH reconhece todas essas questões quando resume os motivos da baixa adesão do homem na atenção primária em barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais. Ela refere que a compreensão dessas barreiras é fundamental para a elaboração de estratégias a fim de promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária (BRASIL, 2008).

Ademais, a PNAISH enfatiza:

A necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles (BRASIL, 2008 p. 28).

Sugerindo, assim, uma proposta inclusiva de reorganização das ações de saúde, na qual os homens considerem os serviços de saúde como espaço masculino e os serviços de saúde reconheçam o homem como sujeito que necessita de cuidados (BRASIL, 2008).

3.4 A abordagem ao parceiro sexual de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis

Para o tratamento adequado das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), é necessária a quebra da cadeia de transmissão que envolve a convocação dos parceiros sexuais para aconselhamento, diagnóstico e tratamento dos mesmos. De acordo com o MS, com o objetivo de convocação, considera-se parceiro sexual todo indivíduo que se relacionou sexualmente com o(a) paciente nos últimos 30 a 90 dias a depender da DST diagnosticada (BRASIL, 2006b).

A principal via de comunicação é por meio do próprio paciente após aconselhamento e sem envolvimento direto do profissional de saúde. O aconselhamento trata-se de uma conversa entre o paciente e o profissional baseada no sigilo e na confiança e que objetiva proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas e factíveis de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids (BRASIL, 2006b).

O profissional de saúde deve esclarecer ao paciente a importância do tratamento de seu parceiro sexual e ressaltar informações sobre:

[...] a natureza confidencial de suas informações; a possibilidade de parceiros sem sintomas estarem infectados; a possibilidade de reinfeção se um parceiro permanecer infectado; as consequências para o parceiro, se não tratado; as consequências para outros contatos do parceiro, se esse não for tratado; as formas de transmissão e os riscos da infecção; a necessidade de pronto atendimento médico e os locais onde conseguiu-lo; a necessidade de evitar contato sexual até que seja tratado e/ou aconselhado; na impossibilidade de evitar contato sexual, a necessidade de uso consistente do preservativo (BRASIL, 2006b p.25).

Caso o paciente não deseje realizar a comunicação ou o parceiro não compareça após comunicado pelo paciente, o profissional de saúde realizará a convocação. Existem diversas estratégias de convocação, entretanto, independente da abordagem utilizada, esta deve seguir os princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra discriminação (BRASIL, 2006d). Dentre as estratégias existentes, pode-se destacar a comunicação por cartão, por aerograma e por busca ativa. Esta última, apenas quando não houver mais recursos e tendo o endereço disponível. Vale ressaltar que, na escolha do método para a convocação, a unidade de saúde deve levar em consideração suas possibilidades (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006d).

Devido ao risco de transmissão vertical, deve-se priorizar a convocação dos parceiros de gestantes com sífilis e DST não viral. Aos que não comparecerem, deverá ser realizada busca ativa consentida através da equipe de vigilância epidemiológica ou saúde da família da área de abrangência da residência (BRASIL, 2006b).

É necessário que haja uma capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as questões relacionadas às DSTs. Estudo realizado em Fortaleza, Ceará, que analisou os prontuários das gestantes com VDRL reagente encontrou lacunas em relação à convocação e ao tratamento dos parceiros sexuais (ARAÚJO et al., 2008).

Vale salientar que os profissionais não são preparados durante a formação profissional para lidar com essas situações e que eles, devido à falta de tempo, autoproteção e condições desfavoráveis de privacidade, geralmente evitam realizar questionamentos sobre o(s) parceiro(s) sexual(is) (BRASIL, 2006b). A necessidade da confidencialidade durante uma consulta de DST (MASARO et al., 2012) devido aos assuntos abordados torna esse momento ainda mais delicado.

Se, em geral, há uma ausência do homem nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, essa questão agrava-se quando ele é portador de uma DST. Os homens com DST vivenciam dificuldade no acesso à consulta mesmo utilizando diferentes mecanismos para consegui-la (ARAÚJO; LEITÃO, 2005). Nas UAPS, os homens com DST não conseguem marcar a consulta para o mesmo dia o que pode comprometer o tratamento adequado da doença. Em geral, os sintomas agudos das DSTs incomodam bastante e, não conseguindo atendimento ágil, a busca pelas farmácias privadas aumenta (BENJARATTANAPORN et al., 1997; PARKER et al., 1999; ARAÚJO; LEITÃO, 2005).

O MS reconhece que as diretrizes para diagnóstico e tratamento precoces das DST, incluindo a avaliação das parcerias sexuais, são pouco conhecidas ou implementadas pelo sistema de saúde (BRASIL, 2006b). Ainda, há escassez de recursos (MASARO et al., 2012), o que torna mais dificultosa a qualidade do atendimento dos parceiros sexuais.

3.5 O tratamento do parceiro sexual na prevenção da sífilis congênita: uma revisão integrativa

Percebendo o parceiro sexual como um importante elo na cadeia de transmissão da sífilis e compreendendo a indispensabilidade de seu tratamento para a prevenção de

ocorrência da sífilis congênita, apresenta-se uma revisão integrativa da literatura acerca do alcance e/ou deficiência do tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis no país.

A revisão integrativa permite que seja realizada uma análise sistemática de vários estudos, possibilitando uma sinopse do que se tem publicado sobre um determinado assunto, dando suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizaram-se seis etapas: elaboração da questão norteadora do estudo; definição dos critérios para a seleção da amostra; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na pesquisa; análise de dados e resultados; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Estabeleceu-se a pergunta norteadora: Quais as evidências disponíveis na literatura acerca do alcance e/ou deficiência do tratamento do parceiro sexual de gestante com sífilis?

A seleção dos estudos foi realizada em março de 2014, sendo a consulta bibliográfica computadorizada realizada via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acessada pelo *site* <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>. A BVS foi selecionada por ser uma base distribuidora de conhecimento científico e técnico em saúde, registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico, acessível de forma universal na *Internet* de modo compatível com as bases internacionais (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 1998). Almejando-se alcançar um levantamento abrangente da literatura, que é propósito do método, não se limitou o fator tempo para a publicação dos estudos. Na busca, foi utilizado o descritor controlado (DECS – Descritores em Ciências da Saúde): “sífilis congênita”.

Para definir a amostra do estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra; disponíveis eletronicamente; nos idiomas inglês, português e/ou espanhol; realizados no Brasil e que mencionassem algum achado acerca do tratamento do parceiro. Não houve critério de seleção quanto ao ano de publicação dos estudos. Foram excluídos artigos repetidos, editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações, monografias, artigos de revisão e de qualis igual ou inferior a B4 para a enfermagem segundo classificação da CAPES. A escolha por essa área da saúde deu-se em virtude do interesse em publicar em

revista dessa categoria profissional. A pesquisa resultou numa seleção de 12 artigos (Figura 1).

Figura 1 - Amostra obtida nas bases de dados de acordo com o descritor “sífilis congênita”. BVS, mar, 2014.

Busca e seleção dos artigos	Nº. de artigos
Produção encontrada	2.337
Após aplicação dos critérios inclusão/exclusão	59
Artigos selecionados	12

Foi realizada uma leitura geral dos artigos encontrados, conferindo os achados no que tange aos objetivos propostos, sendo os dados dos estudos extraídos a partir da utilização de um instrumento que proporciona a extração padronizada dos dados de identificação, metodológicos, apresentação de resultados e conclusões de artigos científicos, adaptado para a finalidade deste estudo (URSI, 2005).

Os estudos foram avaliados criteriosamente quanto à legitimidade, qualidade metodológica e importância da informação e foram apresentados em quadros com informações relevantes de cada artigo, possibilitando a análise dos mesmos para alcançar o propósito da pesquisa.

O quadro 1 foi elaborado para a identificação dos artigos incluídos no levantamento da pesquisa. Observou-se que dois (16,6%) artigos foram publicados no ano de 2012 e quatro (33,3%), no ano de 2013, o que demonstra um interesse mais recente dos pesquisadores em detalhar em seus resultados a problemática do tratamento do parceiro da gestante com sífilis. Quanto ao local das pesquisas, o município de Fortaleza, Ceará, teve predominância, estando presente em três (25%) estudos; nota-se, portanto, a relevância dada à temática nessa região.

Dentre os estudos que compõem a amostra, não existiram pesquisas qualitativas, impossibilitando uma análise das subjetividades dos sujeitos envolvidos. Estudos com essa abordagem são necessários para que se conheçam as dificuldades encontradas pelos parceiros sexuais das gestantes com sífilis na adesão ao tratamento. Quanto aos periódicos, há um (8,3%) artigo publicado em revista de enfermagem, revelando uma lacuna existente de publicações desse conteúdo nos periódicos desta categoria. Entretanto, quatro (33,3%) artigos têm o enfermeiro como autor principal, evidenciando o interesse de enfermagem em pesquisar essa questão.

Vale ressaltar que apenas um (8,3%) artigo apresenta seu título relacionado ao parceiro e nenhum utilizou o mesmo como sujeito do estudo. Isso pode ser devido ao fato dos homens buscarem os serviços de saúde menos que as mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), tornando mais difícil o acesso do pesquisador a eles. Ademais, aponta o quanto se faz necessário uma maior atenção à saúde do homem nos serviços de saúde e pesquisas.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos incluídos no estudo. BVS, mar, 2014.

Artigo	Título	Categoria profissional autor principal	Periódico/Ano	Características do estudo
A1	Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal.	Médico	Rev. Bras. De Gin. Obst. / 2001	Local: Caxias do Sul – RS. Tipo de estudo: Descritivo prospectivo Amostra: 27 casos de sífilis congênita.
A2	Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido.	Médica	Epidemiol. Serv. Saúde / 2007	Local: Sumaré-SP Tipo de estudo: Descritivo retrospectivo Amostra: 45 casos de sífilis congênita.
A3	Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil.	Enfermeira	Rev. de APS / 2009	Local: Olinda – PE. Tipo de estudo: descritivo, de natureza quantitativa e corte transversal. Amostra: 46 enfermeiros.
A4	Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle.	Enfermeira	Cad. Saúde Pública / 2010	Local: Fortaleza – CE. Tipo de estudo: Transversal e descritivo. Amostra: 58 gestantes.
A5	Molecular detection of <i>Treponema pallidum</i> sp. <i>pallidum</i> in blood samples of VDRL-seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: A retrospective observational study in northern Brazil.	Farmacêutica/Bioquímica	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical / 2011	Local: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará Tipo de estudo: Retrospectivo. Amostra: 36 mulheres com resultado letal de gravidez e VDRL reagente.
A6	Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município de Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2000.	Odontóloga	Epidemiol. Serv. Saúde / 2011	Local: Natal-RN. Tipo de estudo: Descritivo do tipo seccional. Amostra: 311 casos de sífilis congênita.
A7	Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual.	Psicóloga	Rev. Bras. Ginecol. Obstet. / 2012	Local: Fortaleza – CE Tipo de estudo: estudo quantitativo. Amostra: 56 parturientes.
A8	Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família.	Médica	Rev Saúde Pública / 2012	Local: Brasil. Tipo de estudo: Ecológico observacional, com componentes descritivos e analíticos (quantitativo) Amostra: todos os municípios brasileiros.

A9	Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008.	Farmacêutica	Ciência & Saúde Coletiva / 2013	Local: Belo Horizonte – MG. Tipo de estudo: Vigilância Amostra: 296 casos de sífilis congênita.
A10	Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década.	Enfermeira	Rev. Esc. Enferm. USP / 2013	Local: Fortaleza – CE. Tipo de estudo: Transversal e documental com abordagem quantitativa. Amostra: 2.930 casos de sífilis congênita.
A11	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.	Médica	Rev Saúde Pública / 2013	Local: Rio de Janeiro –RJ. Tipo de estudo: Transversal. Amostra: 46 gestantes com sífilis e 16 casos de sífilis congênita.
A12	Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.	Enfermeira	Cad. Saúde Pública / 2013	Local: Distrito Federal. Tipo de estudo: Descritivo Amostra: 70 gestantes com VDRL reagente.

O tratamento inadequado do parceiro sexual da gestante sífilítica ou a não realização do mesmo é, talvez, um dos principais obstáculos para a eliminação da sífilis congênita. O quadro 2 apresenta as informações referentes a essa realidade de acordo com o encontrado em cada artigo.

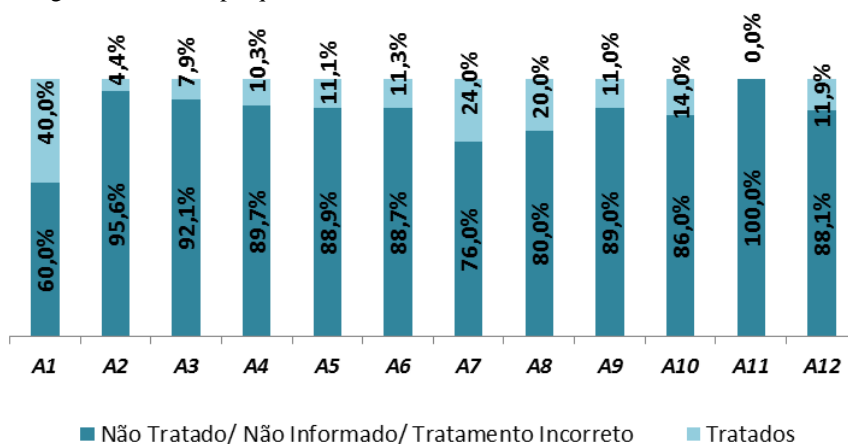
Quadro 2 - Alcance e deficiência do tratamento do parceiro das gestantes com sífilis. BVS, mar, 2014.

Artigo	Tratamento do parceiro da gestante com sífilis
A1	Das 15 (65,2%) gestantes que receberam tratamento inadequado, nove (60%) foi devido ao parceiro.
A2	Não há anotação clara sobre tratamento do parceiro. Há notificação de tratamento do parceiro, supostamente adequado, em apenas duas fichas epidemiológicas (4,4%). Trinta (66,7%) estão como não realizado e 13 ignorados (28,9%).
A3	Observou-se que nos dois Distritos Sanitários (DS) pesquisados os números de parceiros tratados não foram satisfatórios. Em um, 67,1% dos parceiros das gestantes com sífilis não foram tratados, enquanto que no outro este percentual foi de 25,0%, gerando uma disparidade significativa entre eles.
A4	Das gestantes estudadas, 24,1% informou que o parceiro foi tratado, 65,5% não tratados e 10,3% não souberam informar. Das que informaram o tratamento do parceiro, 42,9% foi realizado completo, o que corresponde a 10,3% da amostra total.
A5	Das nove mulheres com segundo teste positivo para sífilis, apenas um parceiro (11,1%) foi tratado.
A6	Nas notificações ocorreu um alto índice de informações ignoradas (10%), dentre elas o tratamento dos parceiros (34,7%). Somente 35 (11,3%) gestantes tiveram seus parceiros tratados – 21 com penicilina G benzatina 7.200.000UI e 14 com penicilina G benzatina 2.400.000UI – ficando então com 168 (54%) parceiros sem tratamento e ainda 108 (34,7%) ignorados.
A7	Dos 25 parceiros informados do diagnóstico de sífilis antes ou durante o pré-natal, 11 (%) não realizaram o tratamento, e oito (%) não foram considerados adequadamente tratados.
A8	Só 20% dos parceiros teriam sido tratados durante o pré-natal.
A9	Somente 11% dos parceiros das mães dos casos de sífilis congênita haviam recebido tratamento para sífilis.
A10	Verificou-se um aumento progressivo do número total de casos notificados de parceiros

	não tratados a cada ano. O que chama a atenção é o número de parceiros não tratados ou com dados ignorados (86%) que superou o número de parceiros tratados (14%) no geral de todos os anos investigados.
A11	Das gestantes identificadas com sífilis na gestação, 16 (35%) apresentaram caso de sífilis congênita como desfecho. Destas, não foi encontrado registro de tratamento do parceiro na gestação ou no parto.
A12	Do total, 28 (41,8%) gestantes/puérperas foram adequadamente tratadas e o principal motivo para a inadequação do tratamento foi a falta (83,6%) e/ou inadequação (88,1%) do tratamento do parceiro.

Em uma visão generalizada, observa-se uma negligência das medidas preventivas da sífilis congênita com enfoque na abordagem e tratamento do parceiro sexual. Para melhor visualizar os resultados quanto à cobertura de tratamento dos mesmos segundo cada publicação, os percentuais foram dispostos na figura 2.

Figura 2 - Percentuais de parceiros sexuais de gestantes sífilíticas não tratadas e/ou sem informação de tratamento e/ou com o mesmo realizado incorretamente e percentuais de realização de tratamentos adequados de acordo com os artigos incluídos na pesquisa. BVS, mar 2014.



Verifica-se o quanto é superior o percentil de falhas no tratamento dos parceiros frente aos tratados adequadamente. Ademais, encontram-se nos artigos que compõem a amostra deste estudo muitos obstáculos relacionados à adequação do tratamento do parceiro (quadro 03), o que contribui para a manutenção da prevalência da sífilis congênita.

Quadro 3 - Obstáculos encontrados nos artigos para a realização do tratamento do parceiro sexual da gestante sífilítica. BVS, mar, 2014.

Desconhecimento:
Sobre DST (A3); Baixa escolaridade (A7).
Questões do homem:
Não se sentirem doentes, não percebendo a necessidade do tratamento (A7); Alegar não ter tempo (A7); Serviços voltados à saúde da mulher e da criança (A2, A12).

Serviço:

Procura de serviços que respondam com maior rapidez a suas demandas de saúde (A2);
Baixa qualidade na assistência pré-natal (A4, A8, A10, A11);
A falta de estrutura nas unidades básicas para satisfazer a regulamentação sobre as condições de aplicação da penicilina (A8);
Insuficiência de recursos para transporte até os laboratórios e unidades de saúde (A9).

Apesar de a principal informação trazida pelos artigos referir-se ao percentual de tratamento dos parceiros, foi possível captar algumas alegações dos autores como justificativa para a baixa cobertura de tratamento, destacando-se o desconhecimento acerca da doença e suas consequências, as questões do homem e aspectos relacionados aos serviços de saúde.

Para que haja resolutividade na prevenção da sífilis congênita, é necessária a efetivação do tratamento do parceiro. Ausência de tempo e de conhecimento sobre a doença são fatores impeditivos para que esse objetivo seja alcançado. Pode-se apontar como estratégia eficaz, sua inclusão durante toda a assistência pré-natal, fazendo com que perceba sua indispensável participação nesse processo.

É imprescindível uma forte atuação dos órgãos públicos e profissionais da saúde através de campanhas com ampla divulgação sobre a sífilis e suas consequências para facilitar a adesão do parceiro ao tratamento. Ademais, esperam-se, desde a publicação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, melhorias na atenção à saúde da população masculina (BRASIL, 2009).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa que utilizou o modelo lógico, recurso metodológico empregado em estudos de avaliação.

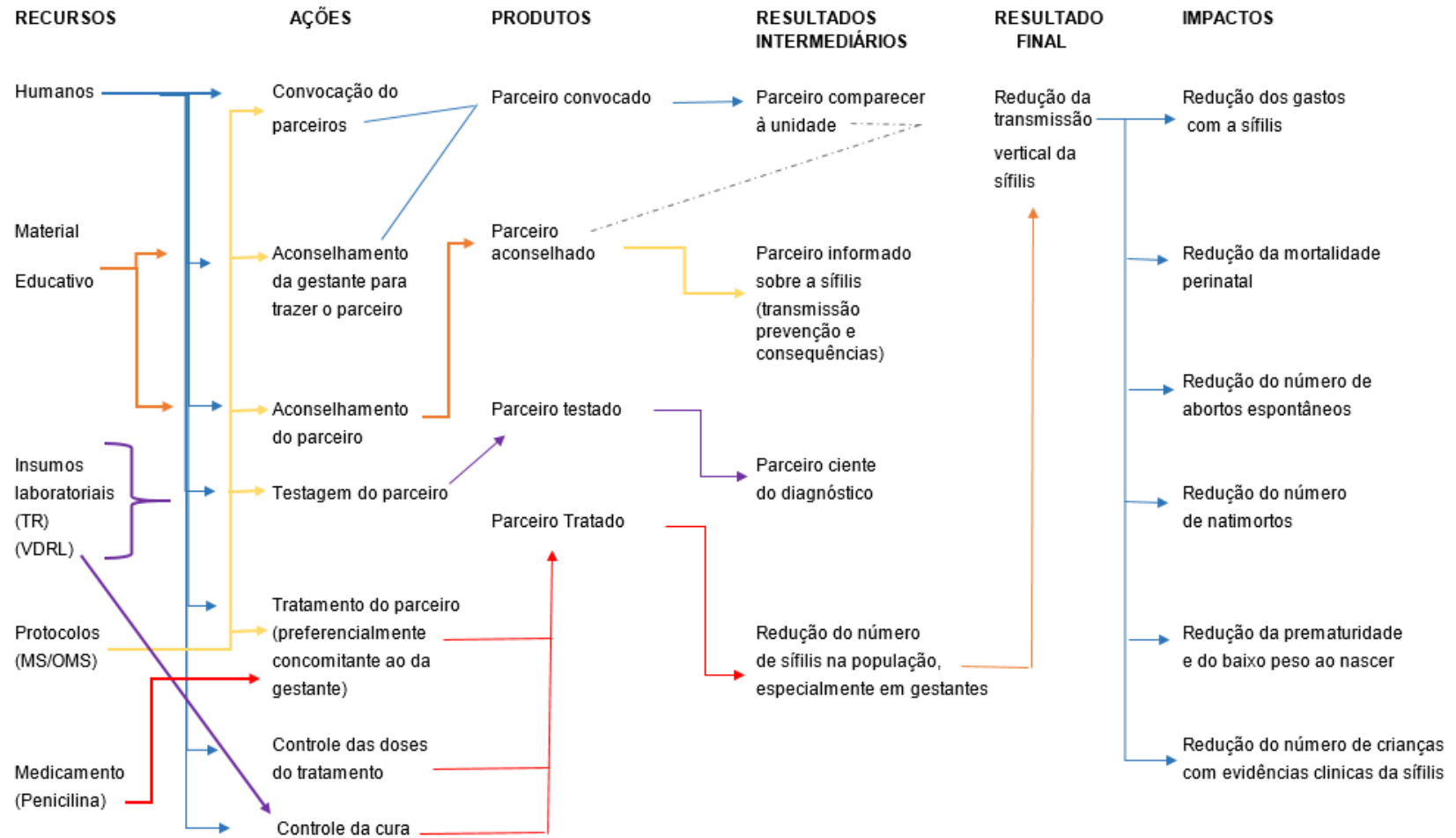
O modelo lógico é um esquema visual que expõe a teoria de uma ação, intervenção ou programa apresentando como deve ser operacionalizado na prática HARTZ; SILVA, 2005; BOSI; MERCADO, 2010; SAMICO et al., 2010; BROUSSELLE et al., 2011; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A triagem, o tratamento e o acompanhamento do parceiro sexual são ações dentro do programa de prevenção da transmissão vertical da sífilis e a partir das recomendações do MS e OMS para concretização dessas atividades (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007; WHO, 2007; WHO, 2011), foi desenhado um modelo lógico a ser seguido como referência para a avaliação (Figura 01).

A pesquisa avaliativa refere-se ao julgamento que se faz sobre as práticas sociais (cotidianas, de trabalho ou intervenções, formalizadas ou não em planos e programas, voltadas para a modificação de determinada situação) a partir de uma pergunta não respondida pela literatura especializada no tema mediante o recurso à metodologia científica (VIEIRA DA-SILVA, 2014).

A abordagem qualitativa, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2009), se aprofunda no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, realidade que não é visível e que precisa ser exposta e interpretada.

Optou-se por esse tipo de investigação devido ao baixo percentual de parceiros sexuais de gestantes com sífilis tratados representar o principal entrave identificado atualmente para o controle da SC (CAMPOS et al., 2010; MAGALHÃES et al., 2013), e os aspectos relacionados a essa problemática ainda não estarem bem elucidados na literatura. Muitos são os estudos que apresentam informações acerca da cobertura de tratamento dos parceiros, entretanto, compreensões acerca dos motivos da não realização do tratamento são escassas.

Figura 01 - Modelo lógico para avaliação das ações recomendadas para triagem, tratamento e acompanhamento do parceiro sexual da gestante com sífilis nas unidades de atenção primária à saúde. Fortaleza-CE, fev-out, 2014.



4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em seis unidades de atenção primária à saúde (UAPS), uma de cada Secretaria Regional (SR) de Fortaleza, Ceará. Todas as UAPS funcionam na lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foram incluídas as unidades que mais notificaram casos de sífilis em gestantes no ano de 2013. Os casos de sífilis congênita não foram considerados como critério, devido a essa notificação ocorrer na maternidade e, muitas vezes, a UAPS não tomar conhecimento do caso. O total de notificações de sífilis em gestantes nas seis UAPS selecionadas representou 27,7% do total de casos ocorridos em 2013 em todas as 92 UAPS de Fortaleza.

4.3 Sujeitos do estudo

Participaram da pesquisa profissionais da ESF, sendo sete médicos e 14 enfermeiros, em que apenas dois eram do sexo masculino e o diretor de cada unidade selecionada, totalizando seis gestores, dos quais quatro eram mulheres.

Foram selecionados os médicos e enfermeiros da ESF por serem os profissionais que realizam consulta pré-natal e atuam em uma área adstrita, o que teoricamente propicia maior acesso aos usuários do serviço.

Também se envolveu 14 mulheres notificadas com sífilis durante o pré-natal no ano de 2013 pelas referidas unidades e 16 parceiros sexuais.

Considerou-se parceiro sexual o esposo, o namorado ou qualquer outro homem com quem a gestante com sífilis desenvolveu relação íntimo-afetiva, independente do tempo da relação e de residirem na mesma casa.

4.4 Coleta dos dados

A coleta ocorreu entre os meses de fevereiro e outubro de 2014 por meio da observação não participante da unidade e de consultas pré-natal, entrevistas semiestruturadas com os profissionais e diretores das unidades (Apêndice 01), com as mulheres notificadas com sífilis gestacional no ano de 2013 (Apêndice 02) e os parceiros sexuais (Apêndice 03).

A coleta de dados utilizou como parâmetro o modelo lógico, visto que esse traz as recomendações do MS e OMS para a convocação e tratamento do parceiro sexual.

Inicialmente, foi visitada cada SR para levantamento das fichas de notificação de gestantes com sífilis no ano de 2013 das unidades elegidas. Foram identificadas 20 notificações de sífilis em gestantes. Posteriormente, quando havia contato telefônico na ficha, foi dado um telefonema a cada mulher, convidando a participar da pesquisa e, no momento do aceite, já se marcava dia e horário escolhido pela participante, tendo como local proposto a unidade de saúde mais próxima de sua residência para realização da entrevista.

Para não adentrar diretamente na temática da sífilis, a pesquisadora iniciava a entrevista pedindo que a mulher falasse um pouco sobre a assistência e os exames realizados no pré-natal, bem como os resultados. Todas as mulheres fizeram referência ao diagnóstico de sífilis durante a entrevista, o que proporcionou que a mesma seguisse tranquilamente. O objetivo de iniciar conversando sobre o pré-natal foi tornar o tema mais acessível, estabelecer o vínculo, tornar a entrevista mais tranquila e deixar a mulher mais confortável para se expressar.

Quando não foi possível o contato através do telefone, buscou-se o agente comunitário de saúde (ACS) da área para convidá-lo através de visita domiciliária. Diante de resposta positiva, era acordado dia e horário para ir à unidade. Também foi repassado às mulheres o contato telefônico da pesquisadora caso desejassem retirar dúvidas sobre a pesquisa.

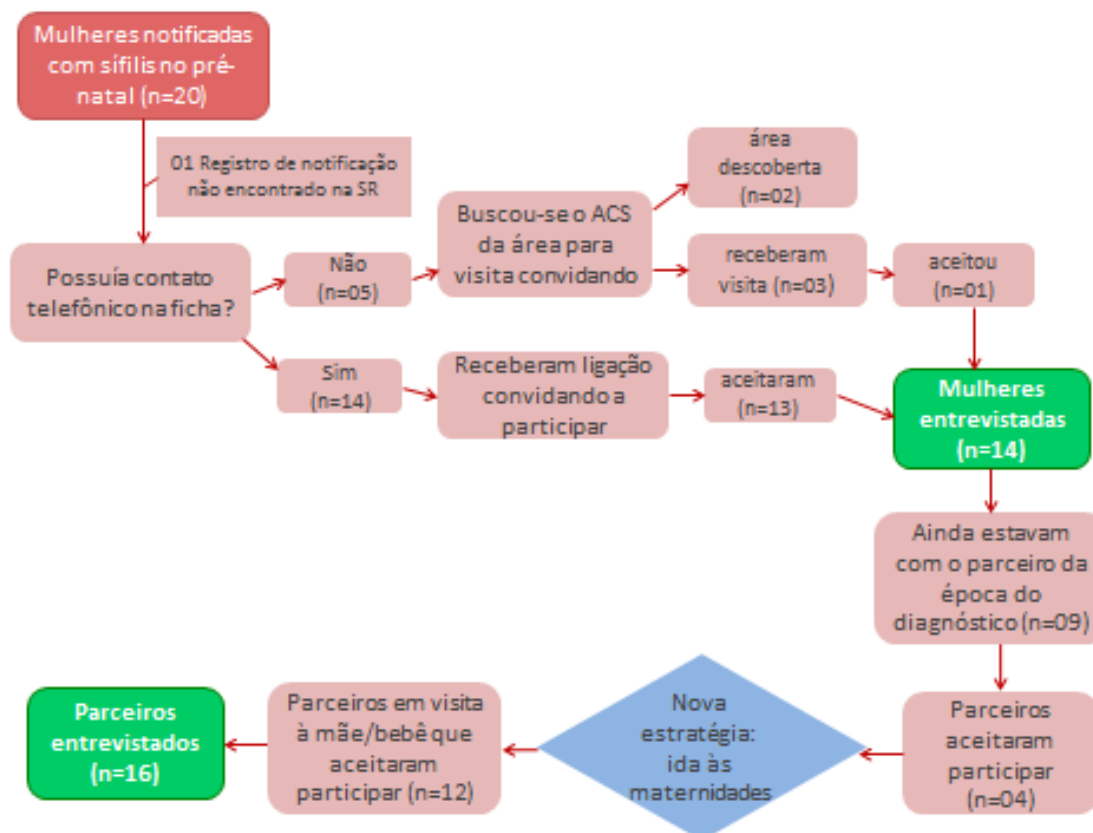
Durante a conversa com as mulheres, buscava-se informações acerca do parceiro sexual para possível contato. Essas preferiram ficar com o contato da pesquisadora para, após conversar com o companheiro, avisar a aceitação ou recusa. Nenhum parceiro aceitou ir à unidade de saúde para a entrevista, por isso foi necessário ir ao domicílio. Os encontros ocorreram em local reservado, já estando combinado com a mulher que se ausentasse no momento.

Foram incluídas as mulheres que tinham parceiro na época do diagnóstico, mesmo que não tivessem atualmente, por considerar relevante as experiências das mesmas quanto à convocação do parceiro, o sentimento ao comunicar o diagnóstico, se ele realizou o tratamento ou não e os motivos na percepção dela.

Devido à dificuldade de acesso aos parceiros com o contato através da mulher e objetivando captar o maior número de parceiros possíveis, foi necessário utilizar outra estratégia. Foram realizadas visitas às maternidades municipais para conversar com os parceiros que tivessem ido visitar a companheira ou o bebê, que tivessem ciência do diagnóstico e que a puérpera tivesse sido diagnosticada no pré-natal.

A figura 02 apresenta um fluxograma descrevendo os passos seguidos para se ter acesso às mulheres e aos parceiros.

Figura 02 - Fluxograma de coleta de dados. Fortaleza, fev-out, 2014.



As entrevistas com os diretores e profissionais da ESF ocorreram nas UAPS em horário agendado com os mesmos ou no fim do atendimento.

Para delimitar o número de entrevistas de parceiros, profissionais e diretores, utilizou-se o critério de saturação, que considera quantidade suficiente quando as informações dadas nas entrevistas tornam-se recorrentes (MINAYO, 2010).

Vale ressaltar que todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas no sentido de se apropriar dos dados. Foi tomado todo cuidado com a postura e delicadeza durante a coleta das informações, mantendo uma convivência respeitosa. A postura e o sigilo das informações são fatores essenciais para que as pessoas possam sentir-se à vontade e seguras durante as entrevistas.

4.5 Análise dos dados

As recomendações existentes nos manuais do MS e OMS nortearam toda a análise, tornando possível a avaliação por meio do modelo lógico.

A análise das entrevistas seguiu a lógica da análise temática (MINAYO, 2010; BARDIN, 2011) que visa descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto de análise. Essa técnica analítica é composta por três fases: Pré-análise (leitura exaustiva do conjunto das comunicações); Exploração do material (operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto e identificação das categorias) e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação (propõe inferências e realiza interpretações fundamentadas na literatura).

Como recurso ilustrativo na apresentação dos resultados, utilizou-se de árvore de associação de ideias que facilitam a visualização da produção de sentido decorrentes das falas. Tem como ponto de origem a pergunta do entrevistador e utiliza de abreviação das falas para apresentar uma ideia central (SPINK, 2013)

4.6 Aspectos éticos

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR (Apêndice 04) com o número de protocolo 468.751 (BRASIL, 2012c). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 05 e Apêndice 06), e a pesquisa não traz prejuízo de nenhuma ordem aos participantes.

Visando manter o anonimato, os participantes foram identificados por números, seguindo a ordem em que foram entrevistados.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Os profissionais da ESF tinham idade entre 25 e 60 anos (média de 38,8 anos), 14 eram casados, 14 referiram-se católicos, quatro evangélicos, dois espíritas e um testemunha de Jeová. Quanto à titulação, nove eram especialistas, um possuía mestrado e um doutorado. O tempo de graduado variou entre seis meses e 31 anos (média de 13,2 anos) e o tempo de serviço na unidade entre três meses e 22 anos (média de 5,2 anos).

Os diretores eram quatro dentistas, um enfermeiro e um com formação em enfermagem e fisioterapia, sendo três especialistas, dois mestres e um graduado. A idade dos mesmos variou de 33 e 60 anos (média de 39,8 anos), cinco eram casados e cinco tinham orientação religiosa católica. O tempo de profissão variou de três a 29 anos (média 12,6 anos) e o tempo de serviço como gestor na unidade de um a três anos (média de 1,6 anos).

O quadro 1 caracteriza as mulheres participantes do estudo. A idade das mesmas variou de 18 a 35 anos, dez tinham escolaridade até o ensino fundamental completo, dez referiram ter religião, dez estavam em união estável, 13 tinham até três filhos e dez estavam desempregadas. Tinham história de uso de droga ilícita quatro mulheres e uma já havia estado encarcerada.

Quadro 01 - Caracterização das mulheres entrevistadas. Fortaleza-CE, fev-out, 2014.

Mulher	Idade	Anos completos de estudo	Religião	Situação conjugal	Número de filhos	Trabalha	Profissão	Usa/usou droga	Esteve encarcerada
01	19	07	Evangélica	Solteira sem parceiro	01	Não	-	Não	Não
02	29	05	Nenhuma	União estável	03	Não	-	Sim	Não
03	33	05	Evangélica	União estável	03	Sim	Cuidadora de idosos	Sim	Não
04	23	10	Católica	União estável	01	Não	-	Não	Não
05	18	05	Nenhuma	União estável	01	Não	-	Não	Não
06	25	03	Católica	União estável	02	Não	-	Sim	Não
07	25	07	Nenhuma	União estável	03	Não	-	Não	Não
08	26	08	Evangélica	União estável	02	Não	-	Sim	Sim
09	21	10	Católica	Solteira com parceiro	01	Sim	Auxiliar de escritório	Não	Não
10	25	08	Evangélica	União estável	01	Não	-	Não	Não
11	35	01	Nenhuma	Solteira sem parceiro	06	Não	-	Não	Não
12	29	09	Evangélica	União estável	03	Sim	Comerciante	Não	Não
13	20	04	Evangélica	União estável	01	Não	-	Sim	Não
14	20	11	Católica	Divorciada sem parceiro	01	Sim	Operadora de caixa	Não	Não

As informações relacionadas aos parceiros sexuais estão apresentadas no quadro 02. A idade dos mesmos variou de 17 a 56 anos, oito tinham escolaridade até o Ensino Fundamental completo, seis referiram não ter religião, 14 estavam em união estável e 11 se relacionavam com a mãe do bebê por um período de até três anos. Treze parceiros estavam trabalhando, dez tinham história de uso de droga ilícita e cinco já haviam estado encarcerados.

Quadro 02 - Caracterização dos parceiros entrevistados. Fortaleza-CE, fev-out, 2014.

Parceiro	Idade	Anos completos de estudo	Religião	Situação conjugal	Tempo de relacionamento (em anos)	Trabalha	Profissão	Usa/usou drogas	Esteve encarcerado
01	33	11	Evangélico	União estável	09	Sim	Vendedor de colchão	Sim	Sim
02	27	08	Católico	União estável	05	Sim	Chapeiro	Sim	Sim
03	49	08	Evangélico	União estável	03	Sim	Comerciante	Não	Não
04	33	11	Católico	União estável	05	Sim	Vendedor de gás	Não	Sim
05	20	06	Nenhuma	União estável	02	Sim	Mercado informal	Sim	Não
06	25	11	Nenhuma	União estável	07	Sim	Entregador	Sim	Não
07	25	11	Evangélico	União estável	03	Sim	Auxiliar de marceneiro	Não	Não
08	17	09	Católico	Namoro	01	Não	-	Sim	Sim
09	25	09	Católico	União estável	01	Não	-	Sim	Não
10	50	08	Católico	União estável	03	Sim	Comerciante	Não	Não
11	40	05	Nenhuma	União estável	03	Sim	Pedreiro	Não	Não
12	32	08	Católico	União estável	01	Sim	Aux. de produção	Sim	Não
13	22	08	Nenhuma	União estável	01	Sim	Churrasqueiro	Sim	Não
14	24	05	Nenhuma	União estável	01	Não	-	Sim	Não
15	56	10	Evangélico	Namoro	02	Sim	Funcionário de lava-jato	Não	Não
16	28	09	Nenhuma	União estável	06	Sim	Mercado informal	Sim	Sim

O modelo lógico norteou todo o processo de coleta de dados, quando se pode identificar a sequência causal e as relações entre seus componentes para convocação e tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis. A partir desse modelo e utilizando as informações das entrevistas como estratégia para melhorar a compreensão da realização dessas ações e da ausência do parceiro na atenção primária à saúde, duas categorias de análise foram geradas: Implicações institucionais que comprometem o comparecimento e o tratamento do parceiro e a comunicação do diagnóstico ao parceiro sexual: repercussões e métodos de convocação.

5.2 Implicações institucionais que comprometem o comparecimento e o tratamento do parceiro sexual

Verificou-se que as unidades primárias do município ainda se encontram sem condições estruturais e de processo de trabalho para atender a contento as recomendações para o manejo adequado do parceiro sexual (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007; WHO, 2007; WHO, 2011).

Percebeu-se escassez de recursos humanos, materiais e de insumos. Algumas equipes de saúde da família se encontravam incompletas, principalmente pela falta do profissional médico, impossibilitando a realização do tratamento do parceiro pela equipe à qual está vinculado. Outra situação é o quantitativo de áreas descobertas de atenção devido ao número insuficiente de equipes, o que compromete o acesso, o acompanhamento e a criação do vínculo com os parceiros.

Essa unidade de saúde só cobre em torno de 40% do território, ou seja, 60% das pessoas são descobertas. (diretor 06, dentista)

A minha principal dificuldade (em tratar o parceiro) é quando a gestante não é da área. Elas iniciam o pré-natal, mas a gente não consegue captar (o parceiro), não dá pra acompanhar. (profissional 08, enfermeira)

Dificulta muito essa coisa da área descoberta. Às vezes estou com uma gestante, ela inicia um tratamento de sífilis e depois eu não encontro mais ela, você perde esse paciente dentro do espaço geográfico. (profissional 03, enfermeira)

A unidade também não tem disponível materiais educativos e protocolos assistenciais. A indisponibilidade desses materiais dificulta a realização de trabalhos educativos com a comunidade, além de não apresentar suporte para esclarecimento de dúvidas dos profissionais quando necessário. No entanto, é preciso destacar que a ausência deste material não impede um aconselhamento de qualidade se o profissional tiver capacitado.

Atualmente, não tá vindo nenhum material (educativo) não, a gente tem aquele álbum seriado né e tá até guardado, não lembro agora onde. (diretor 05, enfermeira)

Material (educativo) de DST de vez em quando eles (secretaria de saúde) até mandam, mas no momento na minha unidade não tem. E manual, não tem, cada profissional é responsável pela sua consulta, cada um deveria levar o seu. (diretor 04, dentista)

Os manuais, eu tinha no meu celular, não baixei nesse novo ainda, mas eu procuro sempre pesquisar na internet também. Já material educativo, faço até uma crítica, porque é muito centrado, a gente quer falar de um assunto desse, tá tudo na regional, tem que fazer um pedido antes, programar, não tem aquela coisa de tá dentro do consultório, de ser acessível ao paciente, de tá mostrando pra ele, que seria o ideal. (profissional 04, enfermeiro)

O VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) ainda é o recurso utilizado para diagnosticar sífilis nas UAPS, pois nenhuma unidade realizava o teste rápido. É incontestável que o manejo do parceiro sexual necessita de agilidade. Por esse motivo, o teste rápido é um insumo indispensável, haja vista que possibilita que oportunidades não sejam perdidas quando o parceiro resolve procurar a unidade, uma vez que em algumas situações o parceiro compareceu à unidade, mas não conseguiu realizar o VDRL.

O teste rápido poderia sanar essas situações uma vez que promove diagnóstico e tratamento precoces (BRASIL, 2012d). As dificuldades encontradas para fazer o VDRL e o atraso na entrega dos resultados levaram algumas pessoas a buscar outras estratégias ou desistirem da testagem.

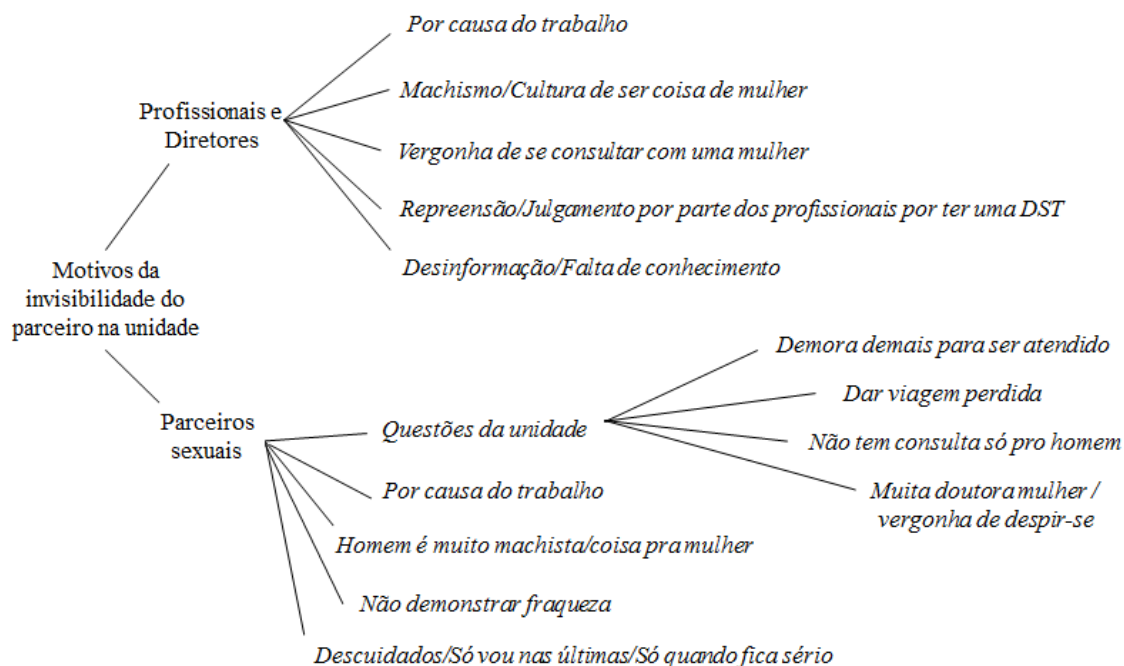
Eu podia fazer os exames no posto, eles até disseram pra mim, eu mesma que preferi pagar. Porque demora demais né? Às vezes quase um mês pra gente receber.
(mulher 06)

Eu fui no posto pra fazer o exame de sangue, aí marcaram o dia, aí eu fui no dia que marcaram e não fizeram, disseram que não tava fazendo naquele dia, que era pra eu ir mais outro dia pra fazer, aí eu não posso ficar faltando trabalho, não fui mais não.
(parceiro 06)

Todas as unidades possuíam a Penicilina G Benzatina, medicamento indicado para o tratamento da gestante com sífilis e seu parceiro sexual, entretanto apenas uma administrava essa medicação. As implicações disso serão discutidas mais adiante.

Após a análise dos aspectos estruturais, apresenta-se a seguir na árvore de associação de ideias um esquema das diferentes visões dos profissionais de saúde, diretores e parceiros, para a ausência desses últimos na unidade (Figura 03).

Figura 03 - Árvore de associação de ideias quanto aos motivos da invisibilidade do parceiro sexual na atenção primária.



Foi possível perceber com os parceiros entrevistados, que os mesmos já não costumavam buscar os serviços de saúde de atenção primária. Somente quatro afirmaram ter frequentado a unidade anteriormente e isso ocorreu em busca de atendimento odontológico, acompanhamento da hipertensão e diabetes, curativo e vacinas. Esse achado corrobora com o de outros estudos que mostram existir resistência por parte dos homens em procurar os serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MACHADO; RIBEIRO, 2012; GOMES et al. 2011). Quando se trata de uma DST, a situação se torna mais delicada considerando as implicações provenientes desse diagnóstico (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007; ARAÚJO et al., 2012b).

Os achados apresentados na árvore de ideias mostram que algumas semelhanças e divergências foram identificadas nas concepções dos profissionais e parceiros, quando questionados acerca da ausência desses últimos na unidade. Não houve reconhecimento por parte da instituição de que questões referentes ao modelo de atenção dispensado aos homens interferem no comparecimento do mesmo à unidade. Esse fato, entretanto, foi o principal motivo relatado pelos homens para não atender a convocação para o tratamento da sífilis. Para

eles, o acesso à consulta é demasiadamente demorado, exige perda de um dia de trabalho, o atendimento não é garantido, e os profissionais trabalham com má vontade.

Nós não vamos porque nós imagina logo que tão só alugando o tempo da gente, que támo é perdendo tempo ali, porque na maioria das vezes nós não é atendido. É poucas fichas, tem que se acordar cedo, aí às vezes a pessoa vai ainda não é atendido (parceiro 16)

A questão não é nem a ida não, porque se precisar mesmo a gente vai, o negócio é o atendimento quando chega lá... É um pessoal assim trabalhando com má vontade mesmo... (parceiro 01)

Alguns parceiros mencionaram que não encontram espaço na unidade, pois esta não oferece um atendimento aos homens em que possa ser inserida a atenção as DST como ocorre com as mulheres. Na visão deles, na ocorrência de uma DST, a mulher tem um espaço para inserção na unidade sem necessidade de exposição a exemplo da consulta ginecológica.

Era muito mais fácil se tivesse, como no caso das mulheres, aquela prevenção, era pra ter pro homem também. Porque pra quê que o homem vai, é difícil ter alguma consulta nos postos pro homem. As mulheres nem têm vergonha de fazer essa consulta porque é só pra elas, aí se tivesse pro homem também era mais fácil de nós ir. (parceiro 13)

Os homens não se reconhecem como público de atendimento das unidades de saúde devido às mesmas serem voltadas ao cuidado materno-infantil (NEMES FILHO, 2000; ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

Outro fato relatado tanto pelos parceiros como pelos profissionais e gestores foi o horário de atendimento das unidades do município. A maioria dos homens entrevistados trabalhava, o que os impedia de comparecer a unidade no horário comercial. Mesmo após a ampliação do horário de funcionamento das UAPS, que passaram a atender de sete horas da manhã às sete da noite, os parceiros ainda afirmam que este horário é incompatível com suas jornadas de trabalho, pois só conseguem chegar à unidade muito próximo do período de encerramento ou a unidade já estando fechada.

Eles não vêm porque trabalham né, aí fica difícil pra eles (diretor 04, dentista)

O homem é quem sai pra trabalhar, aí é complicado... a gente se preocupa em perder um dia de serviço (parceiro 03)

Trabalho de segunda a sexta e lá o atendimento é só de segunda à sexta. Também eu saio do serviço mais de cinco horas e é longe de casa aí ainda não dá tempo não... e o povo lá também fica só esperando mesmo dá sete (horas) pra fechar. (parceiro 16)

Essa questão do horário de funcionamento das unidades já foi identificada em outros estudos como um entrave que dificulta o acesso dos homens aos serviços (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; TONELI; SOUZA; MULLER, 2010). Portanto, medidas necessitam ser tomadas para sanar essa problemática, considerando que a atenção básica tem como fundamento e diretrizes possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012c). Essa situação não ocorre quando se trata de homens, especialmente aqueles com DST.

Estudo realizado nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo evidenciou que houve aumento do público masculino nos serviços de saúde no qual foi ofertado atendimento em horários alternativos (COUTO et al, 2010). Percebe-se então, a necessidade de fortalecimento e efetiva implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem como objetivo a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV, e, sem a participação da atenção primária, tal condição não se concretiza (BRASIL, 2008).

Os profissionais e diretores consideraram que a baixa escolaridade dos parceiros compromete também a vinda dos mesmos à unidade devido à falta de conhecimento e à desinformação, principalmente em relação às DST.

Na maioria das vezes a principal dificuldade é a falta de orientação, de conhecimento deles. Nós trabalhamos com uma comunidade que tem um conhecimento mais baixo né, a maioria dos homens eles não têm nem o nível fundamental, então assim é mais difícil eles entenderem sobre a doença... (diretor 05, enfermeira)

Eu acho que das dificuldades, a principal é a desinformação mesmo, eles não têm informação sobre essas coisas e não entendem. (profissional 16, médica)

É essencial destacar que a unidade que funciona como ESF tem papel fundamental no processo de educação e promoção à saúde da população e deve procurar desenvolver uma relação dialógica e compreensível durante as atividades.

No caso específico da sífilis, são essenciais ações educativas, campanhas de testagem voltadas ao homem, trabalhos com as redes sociais na comunidade e estímulo ao envolvimento do pai no pré-natal, já defendido pela rede cegonha, na tentativa de tornar a unidade atrativa ao parceiro.

Algumas questões de gênero também foram relatadas como impedimento na ida dos parceiros com sífilis ao serviço de saúde. Para esses homens, o fato de serem examinados por profissionais do sexo feminino gera um sentimento de vergonha ao ter que expor a genitália.

Agora eu acho que se tivesse mais enfermeiros homens, ficava mais tranquilo porque tirar a roupa na frente de outro homem é normal, mas um homem tirar a roupa para uma mulher aí é diferente... (parceiro 01)

Acho que é só por causa da vergonha mesmo, porque a maioria dos médicos são mulheres. Uma vez eu fui no posto e não gostei nem de tirar a camisa pra ela examinar (parceiro 07)

Tal fato também é reconhecido e sentido por alguns profissionais que expressam tentar minimizar esse constrangimento. Os profissionais do sexo feminino também não se sentem à vontade para atender os homens e propõem como alternativa a disponibilização de um médico do sexo masculino para tal atendimento. Essa opção não faz sentido, uma vez que é crescente a força de trabalho feminina em unidades do Programa Saúde da Família (TOMASI et al., 2008; ZANETTI et al., 2010). Essas profissionais precisam passar por um processo de capacitação em gênero com vistas a melhor acolher e compreender as demandas masculinas.

Por outro lado, em relação às DST, todos os profissionais da unidade de saúde deveriam ter uma postura acolhedora e facilitar o acesso, não expondo o homem a situações vexatórias. Dessa forma é possível que os mesmos compareçam com mais tranquilidade.

As parceiras relatam que eles se sentem envergonhados (de ser atendidos por mulheres). Tem certa resistência por parte do sexo masculino, ainda mais quando se trata de uma doença sexualmente transmissível. É mais difícil ainda. (profissional 10, enfermeira)

Acredito que a dificuldade também é que eles têm vergonha, entendeu, porque eles vão se consultar com uma mulher, né... Acho que também por causa da falta de um trabalho, um atendimento especializado pro homem, que não existe. Se tivesse um profissional homem médico pra atender esse grupo de homens pelo menos uma vez a cada dia 15 dias, já era uma boa solução. (profissional 15, enfermeira)

Segundo os parceiros, frequentar as UAPS não é comportamento masculino e realizar essa ação demonstraria fraqueza. Alguns profissionais também apontaram a cultura machista como barreira.

O homem é muito machista e não quer entrar no posto, porque essa coisa de ir pra posto é coisa de mulher. (parceiro 06)

É por causa do machismo, o homem que acha que por ele ser homem ele não precisa, ele pensa assim “rapaz, eu não vou porque eu sou homem, você como mulher é que tem que ir”. (parceiro 13)

É porque os homens têm dificuldade de demonstrar aquilo que tá sentindo, eles não querem demonstrar o que tão sentindo, aí eles acham que se forem (para o posto de saúde) vão tá demonstrando fraqueza. (parceiro 15)

Uma das principais dificuldades pra ele vir é o próprio machismo mesmo deles, eles acham que não precisam que é a mulher que tem que estar sempre se submetendo a esses exames, esses tratamentos... (diretor 01, dentista)

Outros estudos realizados com homens corroboram esses achados, destacando que a preocupação com a saúde é tida como atribuição feminina (COSTA, 2003; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), provavelmente devido ao fato de, culturalmente, o papel de cuidar ser sido conferido à mulher (LYRA-DA-FONSECA et al, 2003).

A percepção de que homens são fortes e viris, aguça neles um sentimento de invulnerabilidade que acaba culminando em descuido com a saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MACHADO; RIBEIRO, 2012). Para Bourdieu (2002), a diferenciação entre os sexos que tem a dominação masculina como um privilégio pode também se tornar uma “cilada” para os homens, que passam a necessitar ter comportamentos reconhecidos como masculinos. Isso ocorre inclusive a despeito de sofrer prejuízos com a saúde, pois os mesmos afirmam que só buscam o serviço quando o problema de saúde se agrava.

Sabe como é homem, né? Só vai na última hora, quando tá sentindo mesmo alguma coisa. Eu acho que é coisa de homem mesmo, se eles tão sentindo alguma coisa, toma ali um comprimidinho, passou e pronto. (parceiro 11)

É difícil eu andar em posto, até quando eu tô com alguma doença, só vou quando tô nas últimas mesmo. (parceiro 13)

Os homens são mais descuidados, eu nunca vejo homem ir atrás de consulta, a não ser que esteja sentindo alguma coisa. (parceiro 03)

No caso da sífilis, essa situação se complica, pois os sintomas não causam dor, desaparecem espontaneamente e há um longo período de latência. Dos 16 homens entrevistados, oito já haviam tido úlcera genital e nenhum procurou o posto de saúde na ocasião. A falta de sintomas foi citada pelos profissionais como um importante obstáculo para o tratamento do parceiro:

A maior dificuldade para conseguir tratar o parceiro é que como no homem as DST demoram mais a manifestar sintomas, o homem é muito objetivo, racional, então pra ele é doença aquilo que se manifesta, o que não se manifesta não é doença. (profissional 03, enfermeira)

Quando eles não visualizam a infecção, quando eles não visualizam o problema, eles não acreditam que estão doentes e geralmente se negam a comparecer a unidade. (profissional 18, enfermeira)

Durante o aconselhamento com a gestante e em atividades educativas na comunidade, um tópico importante a ser trabalhado é a conscientização das pessoas quanto à possibilidade de infecção mesmo na ausência de sintomas.

Alguns profissionais referiram que os parceiros não vêm à unidade por muitas vezes adquirirem a DST em relacionamento extraconjugal e terem receio de buscar o serviço por acreditar que serão repreendidos. A seguir observa-se um depoimento de uma médica que, apesar de tentar demonstrar atitudes livres de juízo de valor, atribui ao homem a responsabilidade pela contaminação, trata a DST como algo pejorativo (*esses tipos de coisas*), atitude preconceituosa e que subliminarmente pode interferir na maneira como a atenção é dispensada.

Normalmente eles pegam esses tipos de coisas em casos extraconjugais e na hora que ele vier ele fique em situação delicada, que o médico vá perguntar alguma coisa desse tipo, acha que a gente vai repreender, porque assim a gente como profissional não tá aqui pra repreender ninguém, pra julgar, ele teve as razões dele, então a gente tá aqui pra tratar e diagnosticar (profissional 13, médica)

Vale ressaltar que o parceiro sexual só terá como comparecer ao serviço se houver ocorrido uma convocação. A mulher que é diagnosticada com sífilis durante a gestação deve ser aconselhada quando o(s) parceiro(s) sexual(is) é convocado(s). A abordagem do companheiro da gestante com sífilis é priorizada em relação a outras DST devido o risco de transmissão e as consequências graves para o recém-nascido (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007).

Quase todos os profissionais entrevistados referiram convocar o parceiro sexual através da gestante e dois mencionaram enviar pela mulher a prescrição médica para que os mesmos vão tomar em uma unidade de maior complexidade.

A gente convoca através da gestante mesmo. Durante o pré-natal quando é feito o diagnóstico a gente pede pra ela trazer o parceiro. (profissional 21, médica)

Não temos estratégia (de convocação), a gente fala, conversa mesmo com a paciente, esclarece todos os riscos e a necessidade de tratamento do parceiro e o risco que ela está correndo caso ela ou o parceiro não trate. (profissional 01, médica)

A gente convoca ou então já manda o tratamento. (profissional 13, médica)

Geralmente aqui é adotada a estratégia pelos médicos de já fazer a prescrição para o parceiro. (profissional 04, enfermeiro)

Quando questionados, caso não houvesse o comparecimento do parceiro, alguns profissionais relataram que continuariam insistindo com a gestante em trazê-lo, orientando

sobre o uso do preservativo. Outros disseram que solicitariam visita do ACS, entretanto contar com o auxílio desse profissional pareceu ser complicado por uma questão de dificuldade de manter sigilo.

Ele não vindo, não posso fazer nada além da consulta mesmo da gestante e aconselhar a usar camisinha, se proteger e tudo. (profissional 12, médico)

Quando ela diz que ele não vem, a gente até tenta identificar o ACS, agora fica difícil porque não pode nem chegar pro agente e falar “Olha, o paciente tal tá com sífilis, chame ele”, porque tem a questão do segredo médico né? (profissional 09, médica)

Seria bom se a gente pudesse contar com o ACS, mas pra isso eles tinham que estar bem orientados na questão do sigilo, hoje eu tenho muito medo, porque eu não sei se na semana vai estar todo mundo sabendo, né, mas que se seria bom, seria (profissional 11, enfermeira)

A convocação é essencial para a quebra da cadeia de transmissão da DST. O MS refere que:

O ideal é que os parceiros sejam trazidos para aconselhamento, diagnóstico e tratamento pelos próprios clientes. No caso do não comparecimento dos parceiros convidados, outras atividades poderão ser desenvolvidas, de acordo com as possibilidades de cada serviço. Pode-se realizar a comunicação por correspondência ou busca consentida, por meio de profissionais habilitados, por equipe de vigilância epidemiológica ou de saúde da família da área de abrangência (BRASIL, 2006b, p.25).

Portanto, destaca-se a importância da atuação da equipe de saúde da família e recorda-se que a responsabilidade pelo gerenciamento e capacitação do ACS é do enfermeiro da equipe (BRASIL, 2012b). Não se concebe um profissional não guardar sigilo, principalmente quando este é o elo entre o serviço e a comunidade, destacando que a discricção é imperativa quando se trata de uma DST.

Dos 16 parceiros entrevistados, apenas seis referiram que foram convocados pela unidade e tal convocação ocorreu por intermédio da gestante. Foi possível observar que não existe uma estratégia definida em nível de secretaria de saúde para convocação do parceiro sexual, ficando a critério dos profissionais essa definição.

Como gestora eu vejo que depende muito do profissional né, porque eu tenho o profissional que convoca e já marca o dia da gestante trazer o esposo e quando ele não vem faz busca ativa pelo ACS e tudo, e tem aquele profissional que já passa o tratamento e não tem aquela investigação mais completa. (diretor 05, enfermeira)

Sem um processo de capacitação permanente que envolva os aspectos subjetivos, singulares, contextuais e culturais que afloram com o diagnóstico de uma DST, é pouco

provável que os profissionais se sintam confortáveis para convocar os parceiros considerando que inevitavelmente tais aspectos precisarão ser trabalhados. A não convocação do mesmo implica então em perdas de oportunidades de aconselhá-lo, atividade indispensável para envolvê-lo no autocuidado, esclarecer sobre a DST e proporcionar condições de avaliar seus próprios riscos (BRASIL, 2003). Estudo realizado em Fortaleza, Ceará, mostrou que pessoas que receberam aconselhamento atenderam melhor as recomendações para controle da DST (ARAÚJO; BUCHER; BELLO, 2004).

A recomendação do MS é de que caso a convocação do parceiro seja realizada pelo(a) paciente, ocorra após o aconselhamento (BRASIL, 2006b). Entretanto, o que se pode constatar é que as orientações oferecidas à mulher, no caso da sífilis, parecem não estar sendo esclarecedoras para que as mesmas se sintam seguras o suficiente em convencer o parceiro da importância do tratamento. Os profissionais se limitam exclusivamente a informá-las da necessidade de tratar o parceiro, sem minimamente procurar identificar as questões e consequências da revelação desse diagnóstico (KLISCH et al., 2007; ARAÚJO et al., 2012b).

Minha esposa soube explicar pra mim não, ela só disse que a doutora disse que ela pegou isso aí (parceiro 05)

Ela num soube me explicar muito direito não, só mostrou uns papel que ela trouxe que era pra nós tomar umas injeção (parceiro 06)

A comunicação entre os profissionais da ESF e a gestante requer uso de estratégias que facilitem a compreensão, empregando linguagem acessível, disponibilizando-se para esclarecer dúvidas, ofertando respeito incondicional, buscando desenvolver mecanismos durante o aconselhamento que fortaleçam o vínculo e a empodere. Uma conduta essencial é dar abertura para que a mesma retorne ao serviço caso não consiga convocar seu parceiro e, na ocorrência desse fato, ao invés de reprová-la pelo ato, o profissional acolhê-la nessa dificuldade.

Ademais, o aconselhamento não deve ser pontual, considerando que essa mulher é da área de abrangência da unidade e tem contatos frequentes com o serviço, podendo as orientações ser ofertadas em diferentes momentos da atenção.

Uma das consequências das lacunas no esclarecimento acerca da infecção é o medo por parte das mulheres de revelar o diagnóstico ao parceiro. Algumas, pela dificuldade em estabelecer um diálogo franco com os profissionais da unidade, se utilizam de outros recursos

para esclarecimento, como é o caso da internet, local não tão adequado haja vista a impossibilidade de suporte emocional, um dos componentes do aconselhamento.

Eu achei muito ruim ter que conversar com ele (nervosa) porque eu não sabia nem o que era isso, eu pensava que só existia AIDS, como é que eu ia explicar pra ele? (mulher 13)

Eu fiquei sem reação na hora de falar pra ele, eu fiquei toda me tremendo, aí eu cheguei pra ele e disse que tinha um negócio sério de nós dois pra nós conversar. Aí ele ficou preocupado, perguntou o nome da doença e um monte de coisa que eu não soube explicar, aí ele foi procurar na internet e nós fomos olhar. (mulher 04)

Foram encontrados dois parceiros que acompanhavam as gestantes à consulta pré-natal. Para os profissionais, a presença deles nas consultas pré-natais parece ser uma estratégia que facilita a convocação e a vinda do mesmo à unidade.

Acredito que a melhor estratégia seria o próprio médico ou enfermeiro que realiza o pré-natal chamar o parceiro para participar das consultas. Assim fica mais fácil de criar um vínculo com esse pai e conseguir solicitar os exames necessários e adesão ao tratamento, se for necessário. (profissional 18, enfermeira)

Duarte (2007) destaca a importância da extensão do pré-natal ao parceiro como estratégia de redução da transmissão vertical da sífilis. Aponta o aconselhamento e a oferta dos exames sorológicos ao parceiro na primeira consulta da gestante como importante recurso para minimizar os problemas advindos da convocação, situação demonstrada em um estudo realizado em Lusaka, Zâmbia, com gestantes HIV positivas (SEMRAU et al., 2005).

A instituição do tratamento da gestante e do seu parceiro na atenção primária aparece como um desafio. Somente uma unidade administrava a penicilina, e o motivo era a falta de segurança devido à possibilidade de reação anafilática apesar de todas apresentarem o kit de emergência. Mesmo com os kits disponíveis, ainda persiste a alegativa de que os profissionais necessitariam passar por um processo de capacitação para usá-los. Os prejuízos decorrentes da não administração da penicilina na gestante são muito mais graves que o risco de reação anafilática (GALVAO et al., 2013).

Para tratar, vem aquela velha história da nossa dificuldade... Já colocaram pra nós que os riscos pro choque anafilático são mínimos, são às vezes inferiores a algumas vacinas, mas a gente não se sente seguro. (profissional 19, enfermeira)

Por outro lado, a não administração da penicilina exige que a gestante e/ou seu parceiro se desloque a uma unidade de maior complexidade, necessitando gastar dinheiro com transporte ou, na ausência de recursos financeiros, caminhar longas distâncias.

Uma vez minha mãe conseguiu pegar o carro emprestado pra me levar, mas as outras vezes eu tive que ir de bicicleta mesmo com o buchão no mundo. (mulher 01)

Pra falar a verdade doutora, é bem longe, mas não tem jeito, nós (casal) fomos a pé mesmo. (mulher 07)

Apesar de não tomar nenhuma medida para reverter tal situação, os profissionais reconhecem que o não tratamento da mulher e do parceiro na unidade prejudica o acompanhamento dos mesmos, dificultando o controle das doses administradas.

Se o tratamento fosse aqui, era muito mais fácil porque você teria a certeza que realmente ele (paciente) tá tomando a medicação bem direitinho né e acompanhando. (profissional 17, enfermeira)

A dificuldade de não fazer a aplicação aqui é que muitas vezes a gente perde o controle (das doses). (profissional 11, enfermeira)

Ademais, os pacientes declararam muitos entraves para que a medicação fosse administrada na unidade de maior complexidade. Esses serviços são superlotados e nem sempre reconhecem como válida a receita prescrita na atenção primária e exigem que a gestante e/ou parceiro se submetam a uma nova consulta para receber uma receita com o carimbo do médico plantonista.

Porque tem unidades hospitalares que a pessoa tem que passar tipo dez horas esperando todo mundo daquele acolhimento pra chegar a vez dela só pra tomar aquela medicação. Aí tu imagina um parceiro que tem dificuldade de aderir o tratamento, passar por um negócio desses pra tomar uma injeção, ele não vai mais, entendeu? (profissional 11, enfermeira)

Toda vida que a gente ia tinha que ficar esperando um novo atendimento, esperando nossa vez só para pegar o carimbo do médico do plantão. E para falar com o médico, tome tempo (nervoso). Para gente conseguir, eu tive que brigar mesmo dentro do hospital. Depois que eu vi aquela dificuldade todinha, eu tava disposto era a pagar pra tomar, mas não aplicava mais na farmácia, aí foi o jeito nós voltar pra tomar as outras vezes lá (no hospital). (parceiro 01)

Muitas vezes, os usuários não são atendidos nas unidades de maior complexidade, pois são informados de que o tratamento deve ser realizado na atenção primária conforme portaria da secretaria de saúde do município (BRASIL, 2011b).

O pior é que alguns hospitais já tão é voltando os pacientes porque são sabedores que realmente existe uma recomendação da secretaria de saúde pra unidade fazer essa penicilina. (profissional 17, enfermeira)

Há também o desconforto e a exposição das pessoas a situações de constrangimento por precisar revelar novamente o diagnóstico e expor sua condição a outro profissional com quem

não tem nenhum vínculo, não as reconhece nem conhece suas histórias de vida, além de ser um atendimento pontual.

Pra mim era horrível porque lá atende tudo em quanto e eu ia ter que passar por todo aquele constrangimento, contar o que eu tinha de novo, porque era só uma aplicação, não precisava de tudo aquilo... às vezes a gente (casal) ia umas sete horas da noite e chegava uma hora da manhã. Uma vez eu perguntei no posto porque é que não fazia lá e era porque não tinha um profissional responsável pra aplicar. Isso é um absurdo! (mulher 12)

Constata-se, portanto, que não é suficiente que as mulheres e seus parceiros estejam cientes da importância do tratamento para realizá-lo, a julgar todos os transtornos a que são submetidos com a ausência da terapêutica na atenção primária.

Um grande empecilho citado pelos profissionais para ter acesso ao parceiro é quando o mesmo é usuário de droga ou membro de gangue, situação frequentemente encontrada nesse estudo. Verificou-se que, dos nove parceiros que não se trataram, sete eram usuários de drogas ilícitas.

Essa questão é um desafio para a unidade, pois necessita de ações intersetoriais para enfrentamento da problemática, a exemplo de parcerias com os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas, atuando em rede.

Diante de todas as circunstâncias supracitadas, os usuários elencaram algumas situações que podem contribuir com o atendimento de pessoas com DST nas unidades de atenção primária. Um aspecto citado como indispensável era oferecer um bom atendimento, ser acolhedor, melhorar a forma de abordagem, evitar atitudes preconceituosas e garantir sigilo e privacidade das informações. Todos esses aspectos comprometem sobremaneira o estabelecimento do vínculo e da relação de confiança, indispensáveis para a adesão às orientações.

Só pra começar, o posto tinha que ter um bom atendimento, porque tem uns profissionais que são muito ignorantes. (mulher 01)

Eu acho que eles tinham que ter mais jeito pra falar com as pessoas. No meu pré-natal, a doutora perguntou foi assim: Com quantos homens você sai minha filha? Eu achei isso muito feio. Claro que só com o meu marido. Por que ela não só perguntou se eu era solteira, alguma coisa assim? (mulher 14)

Queixaram-se também que ocorria compartilhamento de salas no mesmo horário de atendimento, interrupções constantes no consultório e da necessidade de revelar o motivo da consulta na fila do acolhimento diante de outras pessoas. Estudos corroboram a falta de

privacidade nos serviços de saúde do país e os constrangimentos causados aos pacientes (ARAÚJO; LEITÃO, 2005; LANDERDAHL et al., 2007;).

Eu acho que eles tinham que ser mais discreto, porque na hora da consulta fica um monte de gente entrando na sala pra falar com a doutora, pedir receita, e a gente fica morrendo de vergonha porque não precisa eles saber da nossa vida. Era pra doutora trancar a porta na hora. (mulher 11)

Fica todo mundo na fila e tem que dizer lá o que quer o que não quer, o que tem, o que não tem. (mulher 08)

Eu acho que tinha que ter uma sala reservada só pra isso, pra gente não ter que dizer na fila na frente de todo mundo. Porque tem muitas pessoas que quando você fala isso na frente fica meio esquisito pro lado da gente, aí a gente sai de lá com cabeça baixa. (parceiro 06)

O aconselhamento foi destacado como uma etapa importante especialmente em relação às orientações e o apoio emocional. O diálogo fica comprometido, pois as informações são escassas e unilaterais sem considerar o contexto de vida das pessoas. As gestantes consideram necessário que a unidade disponha de um profissional psicólogo para auxiliar nesse momento. Na verdade, isso não se faz necessário, uma vez que o apoio emocional que valorize a fala, os anseios e as dificuldades das pessoas com DST pode contribuir sobremaneira para que os aspectos do sofrimento gerado pelo diagnóstico sejam minimizados.

Eu acho que tinha que ter mais diálogo com as pessoas, não só passar o tratamento e pronto, tinha que ter mais explicação. (mulher 07)

Tinha que ter uma psicóloga pra conversar, pra dar mais atenção, conselhos, porque a gente perde a cabeça, eu quase perdi a cabeça quando soube que tava com esse problema, eu ficava chorando pelos cantos, trabalhava chorando... (mulher 04)

5.3 Comunicação do diagnóstico ao parceiro sexual: repercussões e métodos de convocação

A convocação do parceiro repercute em situações delicadas para o casal. Por tratar-se de um diagnóstico de DST, surge dúvida, insegurança, desconfiança em relação à fidelidade e identificação de um culpado. Ademais, alguns parceiros referiram que não compareceram à unidade para se esquivar de conflitos no relacionamento, situação também percebida pelos profissionais.

Nós ficamos meio estranhos depois disso porque ela acha que tô julgando ela, não fiquei (julgando) não, fiquei com raiva né, eu queria saber por que eu tive isso. Aí ela começava chorar e eu parei. Depois ela ficou chateada porque perguntei se ela teve outra pessoa. Ela pensa que é culpa minha, mas eu não posso voltar na minha palavra de que eu não traí ela. (parceiro 07)

Eu pensei assim, eu falei pra ela, eu peguei de tu que eu não tinha! Aí ela pegou e disse de mim não, aí ficou aquela dúvida um com o outro (parceiro 12)

A gente acabou não dando mais certo depois disso e eu sei que peguei dele porque ele era safado mesmo. (mulher 09)

Porque se tiverem certeza (do diagnóstico), aí fica numa situação complicada, né? Porque a mulher vai ficar só botando a culpa na gente. (parceiro 02)

Mesmo que eles acreditem no diagnóstico, pra evitar uma confusão matrimonial, eles também juram de pé junto que não têm nada, que tá tudo bem e por causa disso não comparecem quando a gente manda chamar por ela. (profissional 18, enfermeira)

Estudo realizado em Fortaleza, Ceará, encontrou que o descrédito acompanhou a vida dos casais após diagnóstico de DST, abalando os relacionamentos e causando rompimentos, principalmente, devido à dificuldade em lidar com a possibilidade de traição do parceiro. Os autores discutem a falta de diálogo nas relações, fato que se agrava quando se deparam com uma situação conflitante como esta (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007). Pesquisa com pessoas com DST em Lima, Peru, também apontou a importância de comunicação nos relacionamentos, referindo, inclusive, ser esta uma potencial intervenção para melhorar a notificação e tratamento do parceiro (CLARK et al., 2007).

Todo esse contexto pode interferir na decisão das gestantes de revelar o diagnóstico ao parceiro. Muitas demonstraram medo de serem recriminadas ou responsabilizadas pela infecção, o que também é observado pelos profissionais.

Eu saí daqui da consulta e fiquei pensando meu Deus, como é que eu vou dizer isso pra ele? Ele vai achar que eu passei essa doença pra ele! (mulher 03)

Eu tenho medo dele reagir mal, de ficar com nojo de mim e dizer valha, tu é doente e ainda passou isso pra mim. (mulher 08)

Eu vi um caso que a paciente tava morrendo de medo de dizer pro parceiro, com medo de sofrer represália, até mesmo sofrer agressão física, então a principal complicação é que o pessoal leva muito isso daí pro lado da traição conjugal. Eu tento explicar tudo e deixar o máximo possível as pessoas sem a culpa, pra poder melhorar a situação e eles aderirem o tratamento, mas é muito difícil. (profissional 04, enfermeiro)

Três mulheres entrevistadas não comunicaram o diagnóstico ao parceiro. Contudo, a circunstância estudada é diferenciada quanto à revelação de outras DST, pois se trata da identificação de sífilis em gestantes quando se faz imperativo o tratamento do parceiro para que não haja transmissão vertical. Por esse motivo, mesmo com receio, as mulheres sentem-se obrigadas a comunicar ao companheiro.

Os profissionais da atenção primária podem realizar um excelente trabalho orientando a gestante e seu parceiro sobre a possibilidade de ausências de sintomas na contaminação pelo *Treponema pallidum*, agente causador da sífilis. Oportunamente, esclarecer que há um período de latência, sendo possível tratar-se de uma infecção antiga, transmitida por um parceiro sexual anterior de qualquer um dos dois. Dessa forma, desvincula-se o diagnóstico à ocorrência de traição.

Verificou-se que nas situações em que o profissional conduziu tomando essa postura, o diálogo entre o casal foi mais ameno, não resultando em conflito.

Quando ela me contou foi tranquilo porque é como a doutora explicou, da mesma forma que pode ser dela pode ser meu, ninguém sabe quem pegou de quem, podia até os dois ter e passar um pro outro (parceiro10)

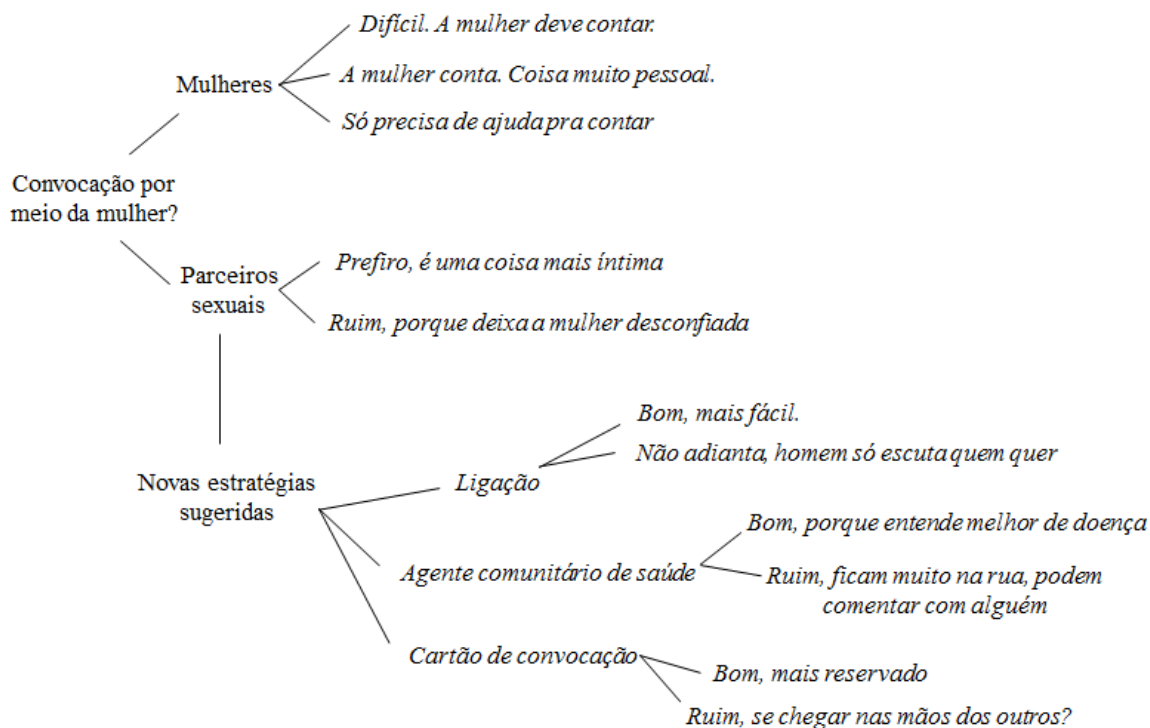
Do jeito que eu posso ter botado eu posso ter pagado, então ninguém teve o que falar disso não (parceiro 15)

Em virtude de a convocação ocorrer principalmente através da gestante, recai sobre ela a responsabilidade de conversar com seu parceiro. Certamente, este é um momento delicado, haja vista os assuntos e questionamentos que podem emergir e a reação do companheiro ser desconhecida.

Pesquisas revelam mulheres com receio de comunicar o diagnóstico ao parceiro devido a possíveis recriminações e/ou violência por parte do mesmo (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007; KLISCH et al., 2007; ARAÚJO et al., 2012b), além de medo da separação ou rejeição (CLARK et al., 2007). Em consequência dessa realidade, faz-se necessário repensar as estratégias de convocação.

Foi solicitado às mulheres e aos parceiros entrevistados que expusessem suas opiniões sobre a convocação realizada pela companheira, experiência vivenciada por todos. Ademais, que referissem como acreditam que deveria acontecer, inclusive sendo estimulados a citar estratégias de convocação que considerassem mais adequadas (Figura 04).

Figura 04 - Árvore de associação de ideias quanto às estratégias de convocação do parceiro sexual da gestante com sífilis.



Todas as mulheres afirmaram que preferem realizar a convocação e comunicar o diagnóstico ao parceiro devido ser um assunto particular do casal. Contudo, destacaram que necessitam de auxílio do profissional de saúde para estarem preparadas para esse momento, reforçando a importância de serem empoderadas.

Eu acredito que quem deve contar é a gente mesmo porque é uma coisa muito pessoal, é uma coisa que é pra ficar só entre a gente, não é pra ninguém saber. (mulher 07)

A mulher que é pra contar, mas eles (profissionais) deviam ajudar a gente dizendo como é que a gente faz pra falar pra eles. (mulher 01)

Os achados assemelham-se aos de um estudo realizado na Bolívia que encontrou algumas gestantes com sífilis preferindo comunicar o diagnóstico de modo privativo aos seus parceiros, referindo ser assunto do casal (KLISCH et al., 2007).

Por outro lado, percebeu-se que as opiniões dos parceiros ficaram divididas em relação à convocação por meio da companheira. Alguns consideraram a melhor estratégia por tratar-

se da intimidade dos cônjuges e outros afirmaram que essa metodologia os expunha a problemas com a parceira, pois a deixa desconfiada.

A mulher da gente mesmo que é pra contar, é uma coisa mais íntima. (parceiro 10)

Chamando pela mulher, tá deixando aquela dúvida nela, aí ela já fica desconfiada (parceiro 13)

Pros homens solteiros, é tudo mais fácil, porque ele não tem que dar satisfação, mas aí quando o cabra tem sua companheira, é mais difícil. Se o exame dele der, ele vai ficar vixe, e agora, como é que eu vou explicar pra minha mulher? Quando tem mulher é tudo mais difícil... por isso que eu acho que pela mulher não é o melhor jeito não. (parceiro 03)

Consequentemente, os parceiros foram sugerindo outras estratégias, quando também se deparou com divergências entre as respostas. O chamado por meio de telefonema e cartão de convocação foram os mais citados.

Qualquer coisa que a gente precisa de lá do posto, tem que ficar nossos dados tudim lá, então eles deviam era ligar pra gente, era muito mais fácil. (parceiro 06)

Se, por exemplo, mandassem um comunicado do posto direto pro homem, que chegasse com o nome dele e tudo, era melhor. (parceiro 03)

As queixas relacionadas à convocação pelo ACS eram associadas à preocupação do diagnóstico ser difundido na comunidade. Esta é uma questão que precisa ser considerada pela unidade, visto que o ACS é um profissional que mora na área onde atua, consequentemente, tendo muita proximidade com a população.

O agente de saúde é um profissional que fica muito na rua né, então ninguém sabe qual é o comportamento dele, porque ele conhece todo mundo, aí ele pode fazer algum tipo de contato com as pessoas, aí eu não acho que seja bom por ele não. (parceiro 03)

Compilando as opiniões acerca das estratégias de convocação, verifica-se que não há um método considerado como adequado por todos os homens. Estudos sobre a notificação de parceiros sexuais (PETERMAN et al., 1997; GOLDEN et al, 2003; HOGBEN, 2007; CLARK et al., 2007) discutiram diversas estratégias de convocação (pelos próprios pacientes, por especialistas de intervenção, cartilhas, internet, influência de métodos de redes e “expedited partner therapy” - quando os parceiros recebem o tratamento antes de se submeterem a avaliações, entre outras) e não apontaram uma em especial como a mais eficaz, revelando que não há uma abordagem ideal.

Ademais, foi destacado que as diversas estratégias podem ser aplicadas a diferentes pessoas que tenham a mesma DST, salientando que o que deve ser considerado são as limitações de cada indivíduo (HOGBEN, 2007).

As recomendações existentes para a convocação de parceiros sexuais foram elaboradas por equipes técnicas sem levar em consideração o que os parceiros e as mulheres pensam e recomendariam sobre isso. Os pacientes precisariam ser ouvidos para que essa decisão fosse tomada. Não se encontrou nos estudos relatos sobre a opinião do paciente e/ou parceiro ter sido explorada ((PETERMAN et al., 1997; GOLDEN et al, 2003; HOGBEN, 2007; CLARK et al., 2007).

Considera-se que a convocação do parceiro sexual da gestante com sífilis precisa partir da mulher por ela ser diagnosticada primeiro, não sendo possível chamar o companheiro sem que ela tome conhecimento.

Os profissionais devem considerar os aspectos subjetivos que a gestante traz e auxiliá-la no processo de comunicação do diagnóstico, inclusive dando abertura para que a mesma exponha se há alguma estratégia que prefira aplicar com seu companheiro. Um dos parceiros entrevistados expôs a importância do profissional ouvir a paciente:

O médico tem que ter certa experiência e ver que depende do casal. Se ele vê que é um homem bruto, ele mesmo deve conversar. Mas se ele vê que a pessoa é tranquila, não é explosiva, aí ele diz pra ela (gestante) “não, converse com ele, você conhecesse seu marido melhor do que eu” E acho que devia perguntar pra mulher: “Você acha que seu marido vai receber bem, acha que ele vai receber como?” Deixasse assim a mulher à vontade, deixasse ela falar e aí decidir. Porque cada mulher é que conhece seu marido. (parceiro 1)

Constata-se, então, que não há um único modelo ideal de convocação de parceiro sexual e, diante os achados deste estudo, acredita-se que o melhor modelo é aquele que considera as singularidades trazidas pelos pacientes.

Verifica-se que a convocação e o tratamento do parceiro sexual é um grande desafio e que, de certa forma, é compreensível a dificuldade do serviço em captar esses homens. Para a concretização dessa pesquisa, alguns obstáculos tiveram que ser transpostos, a começar pela promoção do encontro com as mulheres e seus parceiros para as entrevistas. Percebeu-se que os mesmos ficavam receosos em relação ao conteúdo das entrevistas, sendo preciso vários contatos e explicações para convencê-los. Ademais, residiam em áreas de risco e de difícil acesso.

A questão de gênero (pesquisadora *versus* parceiro), como já declarado na literatura, se constitui em um entrave para o desvelo de questões de foro íntimo. Para tanto, a habilidade de comunicação e adoção de postura imparcial, mas empática, foram imprescindíveis para a obtenção dos relatos dos parceiros, que inicialmente assumiam uma postura defensiva e não receptiva; o que foi presente principalmente entre os usuários de drogas, que por todo um contexto de vida, naturalmente se mostram desconfiados. Contudo, a relutância inicial cedeu à naturalidade criada pela pesquisadora no ato das perguntas e à fluência dos relatos trazidos neste estudo através das narrativas expostas.

Todos os esforços relacionados a este estudo foram compensatórios por ter possibilitado captar, dos próprios parceiros sexuais, suas opiniões sobre essas ações que lhes são direcionadas, e os achados poderem ser utilizados como referência para melhoria na assistência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, vê-se que as diretrizes para diagnóstico e tratamento precoce de DST, incluindo a avaliação de parcerias sexuais, são pouco conhecidas ou implementadas pelos serviços primários de saúde.

A realização deste estudo permitiu evidenciar a existência de implicações institucionais que comprometem o comparecimento e o tratamento do parceiro, bem como a comunicação do diagnóstico a este. As unidades primárias do município analisado, por exemplo, ainda encontram-se sem condições estruturais e de processo de trabalho para atender a contento as recomendações para o manejo adequado do parceiro sexual.

Para receber essa população diferenciada que é o homem, a unidade necessita realizar melhorias quanto ao acesso, acolhimento, agilidade no atendimento, sigilo e privacidade, principalmente quando tratar-se de uma DST.

Questões de gênero também estiveram associadas à ida do mesmo ao serviço de saúde. Portanto, reforça-se como prioritária a criação de espaços ao homem na atenção primária, tornando a unidade atrativa a ele.

Estratégias que facilitem a compreensão e empoderem a gestante precisam ser trabalhadas durante o aconselhamento, pois a simples informação de que o parceiro necessita ser tratado não é suficiente para que a mesma consiga argumentar junto a ele a importância de comparecer ao serviço e tratar-se.

Faz-se imperativo que a recomendação do município de tratar gestante e seu(s) parceiro(s) nas UAPS seja efetivada defronte às implicações da ausência desta atividade apresentadas neste estudo.

Considerando as repercussões da convocação do parceiro pela mulher e o que um diagnóstico de sífilis representa para o casal, é imprescindível que os profissionais tenham sensibilidade para perceber as dificuldades da gestante e discutir essas questões com ela.

Ademais, é preciso destacar que a UAPS possui uma proximidade com a comunidade e que esse vínculo existente, se não for bem trabalhado, pode prejudicar o tratamento do parceiro, especialmente em relação ao ACS.

Outros estudos que abordem os parceiros sexuais de gestantes com sífilis precisam ser realizados no intuito de desenvolver estratégias de auxiliem na redução da transmissão vertical, além de pesquisas que aprofundem a eficácia da presença do companheiro nas consultas de pré-natal como estratégia para a realização de seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALKIN, M. C. **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences.** Part 1 Introduction. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2008. p.783-836.
- ARAÚJO, C. L. D. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 3, 2012a.
- ARAÚJO, M. A. L.; BUCHER, J. N. F. S; BELLO, P. Y. Eficácia do aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis em unidades de referência da cidade de Fortaleza, Ceará. **DST- J Bras Doenças Sex Transm.**, vol. 16, n. 1, 2004.
- ARAÚJO, M. A. L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.
- ARAÚJO, M.A.L.; SILVEIRA, C.B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol.11, n.3, 2007.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev APS**, v. 11, n. 1, 2008.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis no nordeste do Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2012b.
- ARNOLD, M. F. Evaluation: a parallel process to planning. In: ARNOLD, M. F. et al. (Eds.). **Administering Health Systems: issues and perspectives.** Chicago: Aldine, 1971.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, T. F. et al. Men's health: a population-based study on social inequalities. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, 2012.
- BENJARATTANAPORN, P. et al. Men with sexually transmitted diseases in Bangkok: where do they go for treatment and why? **Sex Transm Dis**, supl.1, 1997.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Bireme e el sistema latino americano e Del caribe de información em ciências de La salud: hacia La biblioteca virtual em Salud.** Disponível em: < <http://regional.bvsalud.org/bvs/P/pdoc.htm>>. Acesso em 03 abr 2014.
- BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BOURDIEU, P. **La distinction: Critique social du jugement.** Paris: Minuit, 1979.

BOWMAN, M. L. Testing individual differences in ancient China. **American Psychologist**, v. 44, n.3, 1989.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes**. Petrópolis: Editora Vozes; 2010.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica**. Brasília, DF; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita: Manual de Bolso**. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Cadernos de Atenção Básica nº 18. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis: Manual de Bolso**. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel Brasil 2007. **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília, novembro de 2008. Disponível em: <<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>>. Acesso em 29 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.944, 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; Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Diário Oficial da União, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, D.F. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde-CNS. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Bioética, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/Aids da Rede Cegonha**. Brasília, 2012d.

BRASIL. Sistema de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. Disponível em: << <http://dab.saude.gov.br/atencaoobasica.php>>>. Acesso em 28 de novembro de 2013.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravado sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.9, 2010.

CAMPOS, A. L. D. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n.9, 2012.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico: Sífilis Congênita**. 2013.

CLARCK, J. L. et al. Partner Notification for Sexually Transmitted Diseases in Peru: Knowledge, Attitudes, and Practices in a High-Risk Community. **Sex Transm Dis**, vol. 34, n. 5, 2007.

COOK, T. D. et al. Modèles expérimentaux et quasi expérimentaux en recherche évaluative. In: LECOMTE, R. & RUTMAN, L. (Dir.). Introduction aux Méthodes de Recherche Evaluative. Ottawa: Université de Carleton, 1982.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. **Savoir Préparer une Recherche, la Définir, la Structurer, la Financer**. Montréal: Le Presses de l'Université de Montréal, 1990.

COSTA, R. C. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Rev. bras. estud. popul.**, Rio de Janeiro, vol. 20 n. 1, 2003.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**, v. 50, n.10, 2000.

COUTO, M.T. et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.14, n.33, 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, 2007.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico**: aids, sífilis em gestantes e transmissão vertical da sífilis e do HIV, v. 13, n. 3, 2009.

GALVAO, T. F. et al. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. **PLoS ONE**, vol. 8, n. 2, 2013.

GOLDEN, M. R. et al. Partner Notification for HIV and STD in the United States: Low coverage for gonorrhoea, chlamydial infection, and HIV. **Sex Transm Dis**, vol. 30, n. 6, 2003.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. Editora UNESP, São Paulo, 2010.

GOMES R.; NASCIMENTO, E.F.de; ARAÚJO, F.C.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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, 2007.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, 2011.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective evaluation**: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1981.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em Saúde**: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOGBEN, M. Partner Notification for Sexually Transmitted Diseases. **CID**, vol. 44, suppl. 3, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários. **Estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus**, 2005.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C. F. et al. **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.

KLISCH, S. et al. Patient-led partner notification for syphilis: Strategies used by women accessing antenatal care in urban Bolivia. **Social Science & Medicine**, v. 65, 2007.

- LANDERDAHL, M. C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2007.
- LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. et al. Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M.A. (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003, p.79-91.
- MACHADO, M. F., RIBEIRO, M. A. T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, vol. 16, n. 41, 2012.
- MAGALHÃES, D. M. D. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2013.
- MASARO, C. L. et al. STI service delivery in British Columbia, Canada; providers' views of their services to youth. **BMC Health Services Research**, 2012.
- MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic models: a tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**, v. 22, n. 1, 1999.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, vol.17, n.4, 2008.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 108p.
- NASCIMENTO, M. I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n.2, 2012.
- NEMES FILHO, A.A. Unidade Básica e o Sistema de Saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.) **Saúde do Adulto: programas e ações em unidade básica**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.276-286.
- OMS. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.
- PARKER, K. A. et al. Providing low-cost sexually transmitted disease services in two semi-urban health centers in Central African Republic (CAR): characteristics of patients and patterns of health care-seeking behavior. **Sex Transm Dis**, v. 26, n. 9, 1999.
- PATTON, M. Q. **Utilization-Focused Evaluation** [1978]. Beverly Hills: Sage Publications, 1997.
- PETERMAN, T. A. et al. Partner Notification for Syphilis: a randomized, controlled trial of three approaches. **Sex Transm Dis**, vo. 24, n. 9, 1997.
- PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. In. ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C.B. (Org.) **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p.33-46.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SEMARAU, K. et al. Women in couples antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. **AIDS**, vol. 19, n. 6, 2005.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2010.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SUCHMAN, E. A. **Evaluative Research: principles and practice in public service and social action program**, New York: Russel Sage, 1967.

TELLERÍA, J. M. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y de mandas en salud de hombres en Santa Cruz de La Sierra - Bolivia. In: CÁCERES, C. F. et al. **La salud como derecho ciudadana no: perspectivas y propuestas desde América Lat na**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 165-72.

TOMASI, E. et al . Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008.

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C. de; MULLER, R. de C. F. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

WEISS, C. H. **Evaluation: methods for studying programs and policies**. 2 ed. Upeer Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 1998.

WHO. **The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO. **Methods for surveillance and monitoring of Congenital syphilis elimination within existing systems**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WHO. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health system**. Geneva: World Health Organization, 2012.

WORTMAN, P. M. Evaluation research: a methodological perspective. **Annual Review of Psychology**, v. 34, 1983.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saude**, vol. 9, n.3, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE 01 – Entrevista com diretor e profissionais da UAPS**Nº da entrevista**_____**Data**_____**Unidade de saúde**_____**Dados de identificação**

- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Situação conjugal
- Orientação religiosa
- Profissão
- Tempo de profissão
- Tempo de serviço na unidade

1. A unidade realiza a convocação do parceiro sexual da gestante com sífilis?
2. A unidade tem alguma estratégia para a convocação do parceiro? Relate sobre essa estratégia. Você usa algum documento? A gestante leva algum documento?
3. (E ele comparecendo, como seria?) Se um parceiro de gestante com sífilis chegasse aqui hoje, como ele seria atendido?
4. Relate quais as suas principais dificuldades na sua unidade para atender os parceiros sexuais das gestantes com sífilis.
5. Que estratégias você sugere que sejam desenvolvidas para aumentar a cobertura de parceiros tratados?
6. Como você percebe a atuação do profissional da ESF nesse processo da convocação e tratamento do parceiro?

APÊNDICE 02 – Roteiro de entrevista para as mulheres notificadas com sífilis durante a gestação

Nº questionário _____

Data _____

Unidade de saúde _____

Dados de identificação:

- Idade _____
- Escolaridade (em anos completos de estudos) _____
- Situação conjugal _____
- Vive com o parceiro _____
- Orientação religiosa _____
- Profissão _____
- História de uso de droga _____
- Já foi encarcerada _____
- Número de filhos _____
- Já teve outro filho com mesmo problema _____

1. Conta-me um pouco de como foi o seu pré-natal.
2. Quantas consultas você fez?
3. Você conseguiu fazer todos os exames antes de ter o bebê? Preciso pagar por algum deles?
4. Em algum dos seus exames ocorreu alteração?
5. O que o profissional da saúde lhe explicou?
6. E como foi receber esse diagnóstico?
7. Você realizou o tratamento? Explique-me como era esse tratamento e onde você tratou.

8. Você tinha algum parceiro na época do diagnóstico?
9. O profissional lhe deu alguma orientação em relação a seu parceiro?
10. Você contou sobre o diagnóstico para ele?
11. Como foi para você esse momento?
12. O profissional teve participação nesse processo?
13. O que você pensa sobre ser a mulher a ter essa conversa com o parceiro?
14. Você acha que há algo que o profissional possa fazer que lhe ajude nesse momento de revelar o diagnóstico?
15. Como seu parceiro reagiu?
16. Alguém o chamou para ir à unidade?
17. Ele realizou o tratamento?

Caso o parceiro não tenha tratado (perguntas 18 e 19):

18. Você acredita que há algo que a unidade pudesse fazer para que ele tivesse ido?
19. Em sua opinião, por que ele não tratou?

Caso o parceiro o parceiro tenha tratado (perguntas 20 e 21):

20. Vocês receberam as aplicações no mesmo período?
21. Tiveram relação sexual sem preservativo durante o tratamento?
22. Vocês receberam visita domiciliar durante esse período? Se sim, de quem?
23. O que você acha que uma unidade de saúde precisa ter para atender pessoas com DST?

APÊNDICE 03 – Roteiro de entrevista para os parceiros sexuais

Nº questionário _____

Data _____

Unidade de saúde _____

Dados de identificação:

- Idade _____
- Escolaridade (em anos completos de estudos) _____
- Situação conjugal _____
- Tempo de relacionamento com a parceira _____
- Vive com a parceira _____
- Orientação religiosa _____
- Profissão _____
- História de uso de droga _____
- Já foi encarcerado _____
- Já teve outro filho com mesmo problema _____

OBS: Para parceiros da maternidade, iniciar com a pergunta:

- Você sabe por que seu bebê está internado?

1. Alguém chamou o senhor para ir à unidade? Como o senhor ficou sabendo? Conte-me como foi isso.

2. O senhor sabia que tinha que ser tratado durante o pré-natal da mãe do bebê?

3. Você foi chamado para ir à unidade?
 Sim Não Se sim, Por quem? _____

4. Qual foi a forma (estratégia) de convocação?
 bilhete telefone gestante outro Especifique _____

5. Você compareceu à UAPS?
 Sim Não

6. Você recebeu orientações sobre a doença (prevenção, tratamento, uso do preservativo)?

Sim Não Em parte Se sim, Por quem? _____

7. Você tomou as injeções (tratamento) na UAPS?

Sim Iniciei na UPAS e terminei na maternidade

Não, na maternidade Não realizei o tratamento

As perguntas 8, 9, 11 e 12 são apenas para os que realizaram o tratamento.

8. Quantas doses do tratamento você recebeu?

Uma Duas Três

9. Você recebeu o tratamento ao mesmo tempo em que a gestante?

Sim, tomamos as injeções nos mesmos dias

Comecei o tratamento na mesma semana que ela

Comecei o tratamento antes de ela terminar

Comecei o tratamento depois de ela terminar

10. Você realizou algum exame para sífilis?

Sim, VDRL Sim, TR Sim, TR e VDRL Não realizei.

11. Você recebeu alguma visita domiciliar da equipe de saúde da unidade durante o tratamento?

Sim. De quem? _____ Não

12. Após o tratamento, você realizou o VDRL mensalmente?

Sim. Qual? _____ Não

13. Como foi para o senhor receber o diagnóstico de sífilis?

14. Caso não tenha tratado - Como o senhor acha que a unidade poderia ter feito para que o senhor comparecesse?

Caso tenha tratado – O que lhe fez realizar o tratamento?

15. Na sua visão, quais são os impedimentos do homem ir à unidade?
16. O senhor já procurou atendimento no posto de saúde próximo da sua casa? Quais os problemas que lhe levam a procurar o posto de saúde?
17. Como o senhor se sentiria com uma doença sexualmente transmissível tendo que procurar o posto de saúde?
18. O que você acha que uma unidade deveria ter para atender uma pessoa com DST?

APÊNDICE 04 – Aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação das ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita no município de Fortaleza.

Pesquisador: MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17804713.6.0000.5052

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 468.751

Data da Relatoria: 22/11/2013

Apresentação do Projeto:

A sífilis na gestante pode ser transmitida para o feto levando a quadros de sífilis congênita (SC) e provocando consequências graves como abortamento, prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, morte fetal e neonatal e danos tardios à saúde. No Brasil, a prevenção as SC parece estar longe de ser alcançada apesar de existirem políticas públicas definidas para o seu enfrentamento. Estudo avaliativo que acontecerá nos anos de 2013 e 2014 e utilizará a triangulação de técnicas e métodos das abordagens quantitativa e

qualitativa. Será desenvolvido no município de Fortaleza, Ceará que dispõe de um conjunto de 92 unidades de atenção primária e dezessete hospitais, sendo sete maternidades (quatro municipais, duas estaduais e uma federal). A coleta de dados ocorrerá em unidades primárias de saúde, maternidades, domicílios e será realizada em duas etapas: A quantitativa que ocorrerá por meio da aplicação de questionários, check list e análise documental (prontuários, fichas de notificação, cartões da gestante e os Sistemas de Informação em Saúde, etc.). Os dados serão digitados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0 e serão realizadas análises univariada, bivariada e multivariada. Adotar-se-á o teste do qui-quadrado de Pearson para analisar diferenças entre as variáveis categóricas, estabelecendo nível de significância de

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br

Continuação do Parecer: 468.751

5%. A análise multivariada será realizada no STATA versão 11.0 por meio do modelo de regressão logística, utilizando-se a técnica de Stepwise. Será utilizada a razão de chances (OR) com intervalo de confiança de 95%. A coleta de dados qualitativos será realizada por meio de entrevistas, grupos focais, observações e análise de documentos. As entrevistas serão gravadas com a permissão dos participantes. Os dados coletados serão categorizados e analisados à luz da análise temática e da narrativa. O propósito é entender o ponto de vista dos sujeitos envolvidos com a problemática da SC, suas ações e seus papéis dentro do contexto social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no município de Fortaleza, Ceará.

Objetivo Secundário:

Identificar aspectos sociodemográficos e epidemiológicos associados com o risco e vulnerabilidade relacionadas a sífilis na gestação; Analisar o impacto da sífilis gestacional como causa de prematuridade, mortalidade neonatal e infantil. Avaliar as ações e estratégias efetivamente implantadas e implementadas nas unidades primárias de saúde e maternidades para eliminação da SC; Identificar as barreiras institucionais e atitudinais dos profissionais para a implementação das políticas de eliminação da SC; Compreender os aspectos que dificultam o tratamento dos parceiros sexuais de gestantes portadoras de sífilis; Avaliar factibilidade, aceitabilidade e viabilidade da implantação e implementação dos testes rápidos treponêmicos para diagnóstico de sífilis em unidades primárias de saúde e maternidades;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos tratando-se de uma pesquisa de caráter observacional. Mesmo assim, todos os esforços serão tomados para que os mesmos sejam minimizados. Como se trata de uma pesquisa com gestantes portadoras de sífilis, o envolvimento dos parceiros sexuais das gestantes só acontecerá após ter sido confirmado na unidade que o mesmo tomou ciência do diagnóstico de sífilis da mesma. Caso o parceiro desconheça o diagnóstico, não será incluído em nenhum momento no estudo, quando se tratar de questões relativas a essa questão. Na ocasião das entrevistas, caso as pessoas ainda não tenha recebido o tratamento, será feito o aconselhamento e encaminhamento do portador da sífilis à unidade para tratamento.

Benefícios:

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco da Reitoria
 Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br

Continuação do Parecer: 468.751

São muitos os benefícios que podem ser proporcionados com os resultados desse estudo: Contribuir para a identificação e elaboração de estratégias factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde visando tornar possível o controle da epidemia de sífilis; Factibilidade e aplicabilidade dos resultados no SUS, considerando que é possível proporcionar subsídios aos responsáveis pelas políticas públicas de saúde acerca das questões envolvidas com o problema da sífilis na gestante e da SC; Contribuir com o planejamento de intervenções, para melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher, ao parceiro sexual e ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se de forma coerente entre os objetivos, metodologia bem como a sua relevância para a academia e a sua contribuição social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_355501.pdf

PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_178047.pdf

TCLE com rubrica.doc

carta de anuência carimbada e assinada.pdf

Projeto sífilis plataforma brasil 03_06_13.doc

TCUD.doc

Folha de Rosto.pdf

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise na íntegra do protocolo de pesquisa conclui-se que o mesmo atende às Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos -Res.466/12 CNS/MS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação de relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa;

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 468.751

Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

FORTALEZA, 26 de Novembro de 2013

Assinador por:

Marilia Joffily Pereira da Costa Parahyba
(Coordenador)

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br

APÊNDICE 05 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gestores e Profissionais de Saúde

Prezado(a) Profissional/ Gestor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Aspectos institucionais e subjetivos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará**”. Esta pesquisa terá duração de 24 meses, tem como objetivo avaliar as ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no município de Fortaleza, Ceará. Está baseada nas abordagens quantitativa e qualitativa, utilizando como estratégia de coleta de dados a análise documental e entrevistas estruturadas e semiestruturadas.

A sua participação é de suma importância e acontecerá por meio de um questionário e de uma entrevista aplicada por um entrevistador devidamente treinado, que fará perguntas relativas a informações pessoais e institucionais e sobre o desenvolvimento do seu trabalho. A entrevista será gravada em mp3 para posterior transcrição, que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Devido ao reduzido risco que a pesquisa pode oferecer para os participantes, não serão realizadas medidas de proteção específicas. O benefício da pesquisa consiste no aprofundamento acerca das questões que dificultam a eliminação da SC como problema de saúde pública, ampliando os conhecimentos sobre a atuação dos serviços de saúde.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais e você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos e não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que você trabalha.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (85) 3477.3000.

(Participante)_____ (Pesquisador)_____

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e será assegurado o completo sigilo de sua identidade, inclusive quando houver a divulgação dos resultados em congressos e em periódicos científicos. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos sujeitos pesquisados através de seminários, previstos para acontecer no final do período de vigência do estudo.

Após a leitura e sua aceitação em participar da pesquisa, solicitamos que seja rubricada todas as páginas desse documento bem como que seja assinado ao final do mesmo o seu nome juntamente como o nome do pesquisador responsável.

Eu, _____, declaro que fui completamente orientado acerca das questões que envolvem o estudo sobre os **“Aspectos institucionais e subjetivos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará”**, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Declaro também que pude fazer questionamentos sobre todos os aspectos do estudo, que recebi uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação. Estou ciente de que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar e que minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Diante do exposto, concordo em participar do presente estudo.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Investigador:

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Coordenador da pesquisa: Maria Alix Leite Araújo

UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE.

CEP: 60811-905

E-mail: mleite@unifor.br

Tel: (85) 3477.3385

Comitê de Ética em Pesquisa

UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE.

CEP: 60811-905

E-mail: coetica@unifor.br

Tel: (85) 3477.3122

Participante da pesquisa

Pesquisador

APÊNDICE 06 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários(as)**Prezado(a) Senhor(a),**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Aspectos institucionais e subjetivos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará**”. Esta pesquisa terá duração de 24 meses e tem como objetivo avaliar as ações e estratégias desenvolvidas para a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública no município de Fortaleza, Ceará.

A sua participação é de suma importância e ocorrerá por meio da aplicação de um questionário e de uma entrevista, realizada por um entrevistador devidamente treinado. A entrevista será gravada em mp3 para posterior transcrição, que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais e você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos e não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que você trabalha.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (85) 3477.3000.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e será assegurado o completo sigilo de sua identidade, inclusive quando houver a divulgação dos resultados em congressos e em periódicos científicos. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Os resultados da pesquisa serão devolvidos aos sujeitos pesquisados através de seminários, previstos para acontecer no final do período de vigência do estudo.

Participante da pesquisa

Pesquisador

Após a leitura e sua aceitação em participar da pesquisa, solicitamos que seja rubricada todas as páginas desse documento bem como que seja assinado ao final do mesmo o seu nome juntamente como o nome do pesquisador responsável.

Eu, _____, declaro que fui completamente orientado acerca das questões que envolvem o estudo sobre os **“Aspectos institucionais e subjetivos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará”**, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Declaro também que pude fazer questionamentos sobre todos os aspectos do estudo, que recebi uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação. Estou ciente de que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar e que minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Diante do exposto, concordo em participar do presente estudo.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Investigador:

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Coordenador da pesquisa: Maria Alix Leite Araújo

UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE.

CEP: 60811-905. E-mail: mleite@unifor.br. Tel: (85) 3477.3385

Comitê de Ética em Pesquisa

UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE.

CEP: 60811-905. E-mail: coetica@unifor.br. Tel: (85) 3477.3122

Participante da pesquisa

Pesquisador