

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**Lidiane Martins Gonçalves Fava**

**Dupla triagem para sífilis e HIV em gestantes de um município prioritário para  
eliminação da transmissão vertical no Brasil: incidência, fatores de risco e  
análise espacial**

Juiz de Fora  
2021

**Lidiane Martins Gonçalves Fava**

**Dupla triagem para sífilis e HIV em gestantes de um município prioritário para  
eliminação da transmissão vertical no Brasil: incidência, fatores de risco e análise  
espacial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Roberto Silva

Coorientadora: Dra. Ana Lúcia Lima Guedes

Coorientador: Dr. Geraldo Magela da Cruz Pereira

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fava, Lidiane Martins Gonçalves.

Dupla triagem para sífilis e HIV em gestantes de um município prioritário para eliminação da transmissão vertical no Brasil : incidência, fatores de risco e análise espacial / Lidiane Martins Gonçalves Fava. -- 2021.

83 f. : il.

Orientador: Márcio Roberto Silva

Coorientadores: Ana Lúcia Lima Guedes, Geraldo Magela da Cruz Pereira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2021.

1. Epidemiologia. 2. HIV. 3. Sífilis congênita. 4. Assistência pré-natal. 5. Transmissão mãe pra filho. I. Silva, Márcio Roberto, orient. II. Guedes, Ana Lúcia Lima, coorient. III. Pereira, Geraldo Magela da Cruz, coorient. IV. Título.

Lidiane Martins Gonçalves Fava

**Dupla triagem para sífilis e HIV em gestantes de um município prioritário para eliminação da transmissão vertical no Brasil: incidência, fatores de risco e análise espacial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 14 de dezembro de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Márcio Roberto Silva** - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Dr. Geraldo Magela da Cruz Pereira**

Autônomo

**Prof. Dr. Ronaldo Rodrigues da Costa**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Ricardo José de Paula Souza**

Instituto Evandro Chagas

Juiz de Fora, 24/11/2021.



Documento assinado eletronicamente por **Geraldo Magela da Cruz Pereira, Usuário Externo**, em 17/12/2021, às 11:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo José de Paula Souza e Guimarães, Usuário Externo**, em 17/12/2021, às 14:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Ronaldo Rodrigues da Costa, Servidor(a)**, em 17/12/2021, às 21:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Roberto Silva, Usuário Externo**, em 21/12/2021, às 12:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0589826** e o código CRC **024F3DCD**.

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por me conceder saúde, força e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigada por nunca soltar minha mão e me guiar em todos os momentos.

Ao meu companheiro de vida, Marcelo. Por todo incentivo, amor, paciência e parceria nessa jornada. Sem o seu apoio definitivamente eu não conseguiria. Amo você.

À minha doce Cecília, fonte maior de inspiração e amor em tudo o que eu faço. Agradeço a sua generosidade ao entender minhas ausências e por rezar toda a noite “que a mamãe consiga fazer o mestrado”. Amo você infinito!

Aos meus pais, por me apresentarem seus valores e me conduzirem no caminho do bem. Sem vocês não teria chegado até aqui. Muito obrigada por tudo!

Aos meus irmãos, por todo incentivo e amor de sempre. Amo vocês!

Ao meu orientador, Dr. Márcio Roberto Silva, pela oportunidade de realizar esse trabalho. Nós tivemos que nos reinventar para concluir esse projeto em meio a uma pandemia. Obrigada pela confiança e por me atender com paciência todas as vezes por e-mails, telefonemas e WhatsApp. Agradeço por todos os ensinamentos compartilhados de forma admirável e por me guiar nessa pós-graduação. Muito obrigada por tudo!

À minha coorientadora Dra. Ana Lúcia Lima Guedes, por sua infinita generosidade em partilhar seu banco de dados, seus conhecimentos, suas experiências e seu tempo. Sua contribuição foi essencial para a realização deste trabalho. Gratidão!

À Carmen, minha amiga de longa data que embarcou comigo no sonho da pós-graduação. Dividimos os sonhos, risadas, dificuldades, trabalho e muitos e bons cafezinhos durante esses anos. Ter você por perto foi essencial para que eu conseguisse seguir em frente. Muito obrigada por todo apoio.

Aos professores do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, por todo conhecimento transmitido durante o curso de Mestrado.

Aos amigos do Mestrado. Obrigada pela convivência, pelas conversas e risadas. Vocês são muito especiais e tornaram mais agradáveis o dia-a-dia.

Aos meus amigos do laboratório, por entenderem minhas ausências para cumprir os horários de aulas e trabalhos do curso. Muito obrigada!

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

“A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa,  
Sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem.” (ROSA, 2001, p. 334).



## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2010, critérios para a eliminação da transmissão vertical (TV) do HIV (sigla do termo em inglês *Human Immunodeficiency Virus*) e da sífilis congênita (SC) de forma integrada. Desde então, o Ministério da Saúde (MS) no Brasil preconiza a dupla testagem para sífilis e HIV durante o pré-natal (PN) no primeiro e terceiro trimestres gestacionais. Este estudo visa avaliar a incidência de gestantes atendidas na atenção básica no município de Juiz de Fora, MG que não realizaram a dupla testagem nos períodos preconizados durante o pré-natal e quais os fatores associados ao não cumprimento dessas testagens. Trata-se de uma pesquisa observacional de coorte prospectiva que acompanhou 399 puérperas entrevistadas de julho a dezembro de 2018. As participantes realizaram o PN exclusivamente nas Unidade Básica de Saúde (UBS) em Juiz de Fora e, no momento da entrevista, encontravam-se nos leitos reservados à assistência pós-parto ou aborto nos hospitais da rede Sistema Único de Saúde. Regressões logísticas multinomiais univariadas e multivariadas foram realizadas para avaliar as associações entre as possíveis variáveis explicativas e as incidências das três categorias de desfechos definidos quanto ao cumprimento da dupla testagem: completo, parcial e não cumprimento. A análise espacial relacionou o grau de atendimento da dupla testagem com os tipos de UBS e as regiões de maior vulnerabilidade do município. Como principal resultado este estudo verificou uma incidência de 24,8% (IC95%, 21 - 29), 59,4% (IC95%, 55 - 64) e 15,8% (IC95%, 12 - 19) de gestantes que cumpriram completamente, parcialmente e que não cumpriram a dupla testagem. As gestantes mais jovens, com histórico de prematuridade e com maior número de gestações apresentaram um maior risco de não cumprimento da dupla testagem conforme o preconizado pelo MS. A análise espacial mostrou que os aglomerados para o atendimento total e o não atendimento da dupla testagem se concentraram ao sul do município. Por outro lado, o atendimento parcial aconteceu de maneira homogênea em todo o território demonstrando falhas na qualidade do PN de uma forma geral em todas as UBS. Concluiu-se que a testagem para sífilis e HIV aconteceu em apenas um quarto das gestantes do estudo conforme o protocolo do Ministério da Saúde. A definição dos fatores de risco envolvidos no não cumprimento da dupla testagem e a correlação das regiões de não cumprimento com áreas de maior vulnerabilidade do município pode ser útil para direcionar os programas de

controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV a focar em estratégias que alcancem mulheres do grupo mais exposto visando aprimorar a qualidade da atenção à saúde e a eliminação desses agravos.

**Palavras-chave:** Epidemiologia. HIV. Sífilis Congênita. Assistência pré-natal. Transmissão mãe para filho. Transmissão vertical de doença infecciosa.

## ABSTRACT

The World Health Organization established, in 2010, criteria for the elimination of vertical transmission of *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) and congenital syphilis (CS) in an integrated way. From then on, the Ministry of Health (MS) in Brazil recommends double testing for syphilis and HIV during antenatal care (AC) in the first and third trimesters of pregnancy. This study aims to assess the incidence of pregnant women assisted in primary care in the city of Juiz de Fora, MG who did not undergo double testing in the periods recommended during AC and which factors are associated with non-compliance with these tests. This is a prospective observational cohort study that followed 399 pregnant women interviewed from July to December 2018. As participants, they performed the antenatal care exclusively at the Basic Health Unit in Juiz de Fora and, at the time of the interview, they were in reserved postpartum accommodation care or abortion in Health Unic System hospitals. Univariate and multivariate multinomial logistic regressions were evaluated to assess associations between possible explanatory variables and the incidences of the three defined outcome categories. The spatial analysis related the degree of compliance of the double testing with the types of Basic Health Unit (BHU) and the most vulnerable regions of the city. This study found an incidence of 24.8% (95%CI, 21 - 29), 59.4% (95%CI, 55 - 64) and 15.8% (95%CI, 12 - 19) of pregnant women who complied completely, partially and did not complete a double test. Younger pregnant women, with a history of prematurity and with a higher number of pregnancies have a higher risk of not complying with the double test as recommended by the MS. According to georeferencing, the clusters for full service and non-compliance with double testing were concentrated in the south of the city. On the other hand, partial care took place homogeneously throughout the territory, demonstrating failures in the quality of antenatal care in general in all BHU. We conclude that testing for syphilis and HIV took place in only a quarter of the pregnant women in the study according to the Ministry of Health protocol. Defining the risk factors involved in non-compliance with double testing and the correlation of regions of non-compliance with areas of greater vulnerability in the municipality can be useful to direct programs for the control of vertical transmission of syphilis and HIV and to focus on strategies that reach women from the most exposed group in order to improve the quality of healthcare and the elimination of these problems.

**Keywords:** Antenatal Care. Epidemiology. HIV. Congenital Syphilis. Mother-to-child Transmission. Vertical Infectious Disease Transmission.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ARV	Antirretrovirais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCCI	Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DT	Dupla Triagem
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACTG 076	Protocolo 076 do Pediatrics Aids Clinical Trial Group
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
RC	Rede Cegonha
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TMF	Transmissão mãe-filho
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (Laboratório de pesquisa de doenças venéreas)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1	SÍFILIS.....	15
2.2	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA.....	18
2.3	VULNERABILIDADES SOCIAIS.....	20
2.4	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	21
2.5	ANÁLISE ESPACIAL EM SAÚDE .....	24
2.6	TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS E DO HIV .....	24
<b>2.6.1</b>	<b>Histórico .....</b>	<b>25</b>
<b>2.6.2</b>	<b>Dados epidemiológicos.....</b>	<b>28</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>57</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>66</b>
	<b>ANEXO A – Roteiro estruturado para entrevista com a puérpera .....</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, anualmente, 1,4 milhões de mulheres que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (do inglês *Human Immunodeficiency Virus* – HIV) engravidam e cerca de 1 milhão de mulheres grávidas adquirem sífilis. A testagem durante o pré-natal (PN) e o tratamento precoce tornam evitáveis a transmissibilidade desses agravos ao feto. Além disso, o controle dessas infecções requer estratégias integradas de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica, devido à complexidade do processo infeccioso, à semelhança do público-alvo e ao comportamento da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2015).

O Plano de Ação para a eliminação integrada desses agravos foi lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2010. Em resposta, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) intensificou suas ações no sentido de alcançar a dupla eliminação nas regiões da América Latina e Caribe, pois embora muitos países tivessem ampliado com êxito a resposta ao HIV, como o Brasil, raramente houve melhora simultânea no acesso ao diagnóstico e tratamento da sífilis. Assim, para que um agravo seja considerado eliminado sua incidência deve ser reduzida a zero ou a um nível tão baixo que deixe de ser um problema de saúde pública. Então, a OPAS define a eliminação da transmissão vertical (TV) do HIV quando são alcançadas taxas de transmissão materno-infantil inferiores a 2% e redução da incidência a índices menores ou iguais a 0,3 casos por 1.000 nascidos vivos (NV). Preconiza também a redução da incidência de sífilis congênita (SC) a um índice menor que 0,5 casos por 1.000 NV (BRASIL, 2019b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010; TAUIL, 1998).

No Brasil, as últimas décadas foram marcadas por avanços em políticas e programas voltados à melhoria da saúde materno infantil. Houve um processo de descentralização, ampliação da consciência sobre direitos à saúde e uma maior participação social. Apesar desses avanços, a redução da TV do HIV e da sífilis ainda configura um grande desafio (BRASIL, 2019b).

Com o objetivo de se alcançar as metas do Plano de Ação, o Ministério da Saúde (MS) prioriza a ampliação do acesso às ações de prevenção, diagnóstico, garantia de tratamento e atenção à saúde. Um dos critérios estabelecidos pelo MS para se alcançar a eliminação desses agravos é a dupla triagem (DT) para sífilis e HIV

durante o PN nos períodos do primeiro e terceiro trimestres e no momento do parto ou aborto. Para se atingir esse objetivo é necessária uma assistência PN de qualidade que leve em consideração uma série de vulnerabilidades sociais a que as gestantes estão expostas, como fatores econômicos, sociais, culturais e políticos que interferem diretamente no acesso a essas medidas de prevenção (BRASIL, 2013, 2019b).

A integração para a testagem do HIV e da sífilis no PN estão bem estabelecidos em protocolos e manuais. A disponibilidade de serviços integrados de testagem no PN economiza custos gerais e melhora os resultados em saúde para as mulheres e seus filhos (RODRIGUEZ *et al.*, 2021). A partir daí surgiram alguns questionamentos: como a dupla triagem acontece, na prática, em gestantes atendidas pela atenção básica? Quais são os fatores de risco que atuam como barreira para essa testagem? Porque, apesar de uma alta cobertura PN, ainda temos números crescentes de casos de sífilis congênita? Essas e outras perguntas motivaram esse estudo a partir da observação da prática laboratorial e de dados disponíveis na literatura científica.

Assim sendo, o objetivo deste estudo é averiguar a incidência de gestantes que não cumpriram a dupla triagem para HIV e sífilis no município de Juiz de Fora conforme está preconizado no MS durante o PN e os fatores associados ao seu não cumprimento. Através desses resultados pretende-se fornecer dados que auxiliem profissionais de saúde e gestores a promover ações de prevenção no sentido de se alcançar a dupla eliminação.

A metodologia, os resultados e a discussão desse estudo serão apresentados na forma de um artigo científico.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico deste estudo aborda os seguintes temas: uma breve contextualização dos agravos envolvidos na pesquisa (a sífilis e o HIV) e sua relação com a gestação, como as vulnerabilidades sociais a que as gestantes possam estar expostas afetam o acesso à dupla triagem, a importância de uma assistência PN de qualidade na atenção primária à saúde e um breve histórico das políticas de enfrentamento da TV da sífilis e do HIV e os dados epidemiológicos de ambos os agravos na gestação.

### 2.1 SÍFILIS

A história da origem da sífilis é marcada por controvérsias. Uma teoria baseia-se no fato de que a sífilis era endêmica nas Américas e foi introduzida na Europa após a descoberta do Mundo Novo, por Colombo. Outra vertente é a de que as treponematoses já existiam na Europa e, através de mutações, adquiriram um aumento de virulência e a capacidade de ser transmitido por via sexual, causando epidemias. O fato é que ela teve seus primeiros relatos como epidemia na Europa, no século XV, e seu estudo ocupa todas as especialidades médicas por acometer vários órgãos e sistemas (GERALDES NETO *et al.*, 2009).

A doença recebeu várias denominações, como mal de Nápoles, mal francês, mal gálico, mal venéreo, bubas, entre outras. O termo *lues venérea* ou *lues* (que significa peste, epidemia) surgiu no século XVI. O termo sífilis foi introduzido em 1530, em um poema escrito por Girolamo Fracastoro de Verona, intitulado *Syphilis sive morbus gallicus*, contudo, sífilis, como definição de um quadro patológico, começou a ser usado somente no final do século XVIII (GERALDES NETO *et al.*, 2009).

Na terceira década do século XVI, a doença era reconhecida como sendo de transmissão sexual. No entanto, o agente etiológico só foi identificado no início do século XX. Foi denominada inicialmente como *Spirochaeta pallida*, hoje já se sabe que o agente etiológico da sífilis é o *Treponema pallidum* Schaudinn & Hoffmann, 1905, assim denominada devido à dificuldade de se corar com as técnicas existentes na época. Em 1907, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis (ROTTA, 2005; SOUZA, E. M., 2005).

A doença é classificada em SC e sífilis adquirida, de acordo com suas vias de transmissão. Hoje, sabe-se que o risco de transmissão está diretamente relacionado à presença de lesões sifilíticas mucocutâneas. A infecção da criança pelo *T. pallidum*, a partir da mãe, acarreta o desenvolvimento da SC. A TV acontece de forma intra uterina, embora também possa acontecer no momento do nascimento com a passagem do feto pelo canal do parto, se houver presença da lesão ativa (BRASIL, 2019b).

O curso da sífilis não tratada consiste em fases sintomáticas entremeadas por períodos assintomáticos (latência). A sífilis é uma infecção de múltiplos estágios o que permite sua classificação em primária, secundária e terciária (BRASIL, 2019b).

Na sífilis primária aparecem lesões ricas em treponemas. Compreende o período de 10 a 90 dias (média de 21) após o contato. Nessa fase, surge, no local do contato (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele), um nódulo indolor, único, que ulcera rapidamente formando o cancro duro. A fase secundária da doença compreende o período entre 6 semanas a 6 meses após o contato. As manifestações clínicas são sistêmicas e semelhantes a outras doenças, o que confunde e dificulta seu diagnóstico. A fase latente divide-se em recente (primeiro ano da infecção) e tardia (após um ano de infecção). A maioria dos diagnósticos acontece nesse período quando não há sintomas clínicos da doença. Contudo, verifica-se reatividade dos testes sorológicos que são capazes de detectar anticorpos. A fase terciária pode surgir entre 1 e 40 anos após a infecção. Observa-se, nessa fase, o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sifilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido (BRASIL, 2019b, d).

Na gestação, a sífilis pode ser causa de abortamento, natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro. A taxa de TV pode variar de acordo com o estágio da doença. Quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de acometimento fetal. Na sífilis primária e secundária, há probabilidades de 50% a 100% de comprometimento fetal, 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia. Ocorrendo a transmissão da SC, cerca de 40% dos casos podem evoluir para desfechos mais graves como aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal (BRASIL, 2013; SÃO PAULO, 2008).

Deve-se priorizar o diagnóstico e o tratamento imediato dos casos positivos, tanto das gestantes quanto de seus parceiros e os tratamentos interrompidos devem

ser reiniciados. Na maioria das vezes, o diagnóstico em gestantes ocorre por meio de testes realizados durante o PN e o parto, e nem sempre a cronologia do tempo de infecção é bem determinada. Dessa forma, diante de uma gestante com diagnóstico confirmado, em que não é possível inferir a duração da infecção, classifica-se e trata-se o caso como sífilis latente tardia (BRASIL, 2011, 2019b).

Os testes laboratoriais isolados não são suficientes para o diagnóstico da sífilis. Devem ser correlacionados aos sinais e sintomas clínicos, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Todas essas informações reunidas embasam um diagnóstico correto e propiciam um tratamento adequado (BRASIL, 2016).

Os testes diagnósticos para sífilis são divididos em exames diretos e testes imunológicos. Os testes diretos são realizados na fase sintomática onde se visualizam as espiroquetas. Já os testes imunológicos detectam os anticorpos (BRASIL, 2016).

Os testes imunológicos podem ser do tipo treponêmico e não treponêmico. O *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) é um teste não treponêmico largamente utilizado na rotina laboratorial, de baixo custo e útil no seguimento pós-terapêutico. A importância do VDRL quantitativo está no fato de possibilitar estimar a fase da doença e permitir o acompanhamento da resposta ao tratamento. É considerado sucesso de tratamento quando há diminuição dos títulos – em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento. Dentre os testes treponêmicos, estão os testes rápidos que são utilizados para triagem. São de fácil execução, não exigem infraestrutura laboratorial e ficam prontos em até 30 minutos (BRASIL, 2016, 2019b, 2020c).

A testagem para sífilis na gestação está preconizada na primeira consulta do PN, ideal que seja no primeiro trimestre e no terceiro trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual. Na presença de teste rápido positivo, o tratamento adequado deverá ser iniciado imediatamente, sem aguardar o resultado do segundo teste, que deverá ser solicitado no mesmo atendimento (BRASIL, 2019b).

Não existe vacina contra sífilis e a infecção prévia não confere imunidade protetora. Portanto, a pessoa pode se reinfetar a cada vez que for exposta, o que justifica o rastreamento mais frequente durante a gestação e o tratamento da parceria sexual. A droga de escolha para o tratamento da sífilis é a benzilpenicilina benzatina.

Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo (BRASIL, 2019b).

O Brasil enfrentou em 2014, o desabastecimento dessa medicação devido a problemas de ordem regulatório-sanitária. Essa crise impediu a plena atividade produtora de penicilina no mercado brasileiro. Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2013 e 2017, demonstra o incremento no número de casos de SC no período, relacionando esse fato ao desabastecimento da medicação (ARAÚJO, 2019). É preconizado que o parceiro da gestante, com teste positivo para sífilis, seja igualmente tratado com a primeira dose de penicilina benzatina, independentemente da realização de exames confirmatórios (BRASIL, 2019b).

## 2.2 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

O HIV é o vírus que pode levar à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS, sigla do termo em inglês *Acquired Immune Deficiency Syndrome*). Ele se espalha através de fluídos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como células CD4, ou células T. Sem o tratamento antirretroviral (TARV), o HIV acomete e destrói essas células específicas do sistema imunológico e torna o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças. Quando isso acontece, a infecção por HIV leva à AIDS (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS; BRASIL, 2020b, c).

A AIDS foi reconhecida em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), em pacientes que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença (BRASIL, 2002).

A infecção pelo HIV envolve diversas fases que dependem da carga viral e da resposta imunológica do indivíduo. A primeira fase da infecção é conhecida como infecção aguda. Nesse período, surgem sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase assintomática pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi). A presença desses eventos define a AIDS (BRASIL, 2020c).

As principais formas de transmissão do HIV são a sexual, a sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis) e a vertical (BRASIL, 2018).

No Brasil, a partir de meados da década de 1990, instituiu-se o acesso gratuito ao diagnóstico e ao tratamento para o HIV por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), com relevante impacto nas políticas públicas de saúde. A partir disso, o país acompanha a tendência mundial de testá-la e tratá-la o mais precocemente possível (GUIMARÃES *et al.*, 2017). A transmissão do vírus, antes concentrada em determinados grupos, se disseminou. Os casos que antes predominavam entre indivíduos do sexo masculino, em sua maioria hemofílicos ou homossexuais, residentes nas grandes metrópoles como São Paulo e Rio de Janeiro, passaram a ocorrer entre heterossexuais. O resultado foi o aumento do número de casos entre mulheres, ou seja, a feminilização da infecção, a partir de 1996. Como consequência, observa-se o aumento da incidência entre as mulheres em idade fértil, levando ao crescimento da TV da doença, inclusive entre as adolescentes (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Desde dezembro de 2013, o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) recomenda o início imediato do TARV para todas as pessoas vivendo com HIV, independente do seu estágio clínico e/ou imunológico. No caso de gestantes com resultado reagente ou indeterminado recomenda-se a realização imediata da quantificação da carga viral do HIV, com o objetivo de complementar o diagnóstico da infecção pelo vírus (BRASIL, 2018).

Há evidências de que a maioria dos casos de TV do HIV (cerca de 65%) ocorrem tardiamente na gestação e, principalmente, durante o trabalho de parto e no parto. Os 35% restantes ocorrem mediante transmissão intra uterina, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão (de 7% a 22%), que se renova a cada exposição da criança ao seio materno por ocasião da “mamada” (BRASIL, 2018).

Em 1994, realizou-se o primeiro estudo clínico que utilizou o TARV (zidovudina) na gestação, parto e puerpério, o Protocolo 076 do *Pediatrics Aids Clinical Trial Group* (PACTG 076). Os resultados desse protocolo foram um marco no conhecimento sobre a TV do HIV, observou-se a redução de 70% do risco do recém-nascido ser infectado. Com o rastreamento para o diagnóstico precoce e o uso de

TARV no pré-parto, parto e início da TARV nos recém-natos, a TV do HIV teve um melhor prognóstico e melhor perspectiva de vida para as crianças (BRASIL, 2018).

### 2.3 VULNERABILIDADES SOCIAIS

A disseminação de uma epidemia e a maneira como ela afeta determinada população em detrimento de outra nos mostra que existem diferenças e especificidades nesse processo. Identificar e reconhecer essas diferenças é o que norteia o planejamento de políticas e programas voltados para o atendimento de grupos vulneráveis a determinada situação. Assim, o conceito de vulnerabilidade a um risco não deve se limitar à ideia de fragilidade e sim a capacidade de enfrentamento dos problemas e agravos em saúde (BERTOLOZZI *et al.*, 2009; GARCIA; SOUZA, 2010).

Então, quando consideramos vulnerabilidade como sendo a possibilidade de exposição das pessoas a um determinado risco devido a um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais nós substituímos a noção de grupo de risco, que gera ideias rotuladoras responsáveis por preconceito e estigmatização (LANGENDORF *et al.*, 2012; OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A sífilis é considerada uma doença negligenciada e está associada a pessoas em situação de vulnerabilidade social. Em um estudo nacional de base hospitalar realizado no Brasil, com 23.894 puérperas, os casos de SC estiveram associados à menor escolaridade materna, cor da pele preta e maior proporção de fatores de risco para prematuridade, o início tardio do PN, menor número de consultas e menor realização de testes sorológicos (DOMINGUES *et al.*, 2014).

O surgimento da epidemia da AIDS na década de 1980 desencadeou discussões com relação ao conceito de risco e vulnerabilidade. Essas discussões foram concomitantes ao processo de redemocratização. No mesmo período houve o fortalecimento de movimentos sociais que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira, tendo como principal pilar a criação do SUS. Surgia nessa época um conjunto de proposições que instrui a intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença. Sob o neoliberalismo, esse modelo de saúde é, constantemente, ameaçado de desestruturação (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

A partir daí, a Constituição Brasileira e a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990) valorizam a saúde como direito de todos e reforçam a necessidade de

ações que contemplem a integralidade da assistência e atividades preventivas. Portanto, organizar os serviços de modo que haja integralidade nas práticas de prevenção da transmissão mãe-filho (TMF) do HIV e sífilis contribui não somente com a efetividade dessas prevenções, mas também com o fortalecimento do SUS (BRASIL, 1990).

Contudo, o acesso a essa integralidade do cuidado nem sempre é alcançada em todos os serviços. Um estudo de base nacional realizado entre 2013-2014 demonstrou que o PN, testes de HIV e diagnóstico de sífilis são influenciados por fatores socioeconômicos e são desigualmente distribuídos nas populações. Logo, programas de prevenção de TV recomendam aos países descentralizar os serviços para os níveis sociais mais baixos e incluir condições equânimes de acesso, a fim de direcionar as mulheres vulneráveis a estratégias para ampliar as intervenções (FREITAS *et al.*, 2019).

No Brasil, o uso dos serviços de saúde pelas gestantes está frequentemente associado às variáveis socioeconômicas. Logo, o acolhimento da gestante na atenção básica implica na avaliação de vulnerabilidades de acordo com seu contexto social. É importante incluir a população de maior vulnerabilidade social em ações de prevenção, promoção, monitoramento e acompanhamento em saúde sexual e reprodutiva (FREITAS *et al.*, 2019).

A integralidade do cuidado é dependente da relação entre profissionais e gestantes com escuta qualificada, favorecimento do vínculo, confiança, desenvolvimento de ações educativas e esclarecimento de dúvidas. Esse cuidado se faz necessário para adesão ao PN e tratamento, quando necessário (ANVERSA *et al.*, 2012; BRASIL, 2013).

Assim, a testagem, o acolhimento e o aconselhamento são momentos oportunos para se articular processos de prevenção da TV desses e de outros agravos. Ao se avaliar a percepção de riscos e vulnerabilidades, pode-se identificar as medidas preventivas viáveis e aumentar a adesão às intervenções de prevenção.

## 2.4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Como vimos até agora, a eliminação da TV do HIV e da sífilis depende diretamente da cobertura e da qualidade dos serviços de assistência PN com acesso à testagem e tratamento. Para isso, a assistência PN deverá ter início antes mesmo

da concepção, com orientações de planejamento de ações e com os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez diminuindo a morbidade e mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2013; TOMASI *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que a SC pode ser considerada um claro marcador da qualidade da assistência à saúde no PN. É conhecida como evento sentinela, pois se a doença é diagnosticada e o tratamento da gestante e do parceiro é realizado de forma adequada durante o PN, consegue-se reduzir a incidência desse agravo. O teste para detectar a sífilis é simples e o tratamento é adequado e eficaz. Este tratamento pode e deve ser realizado por todas as unidades de saúde da atenção básica (BRASIL, 2013; DOMINGUES *et al.*, 2013).

O MS instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o intuito de assegurar o acesso e melhorar a cobertura e a qualidade do acompanhamento do PN (BRASIL, 2000). Em 2011, ações propostas na Rede Cegonha (RC) reforçam esse objetivo. Dentre outras estratégias da RC, estava a disponibilização dos testes rápidos para a DT em gestantes (BRASIL, 2011).

Outra conquista foi a incorporação do PN do parceiro para incluir o pai na promoção e na ampliação do acesso ao serviço. Conhecer a saúde do parceiro é primordial desde a primeira consulta, facilita intervenções profiláticas e reduz o potencial de exposição ao vírus do HIV e a possível infecção ou reinfecção ao *Treponema* (BRASIL, 2017; DUARTE, 2007).

Apesar da existência de políticas e programas voltados ao PN na atenção primária, nem sempre os protocolos são cumpridos na prática. Em um estudo realizado, em 2014, com 742 puérperas de uma microrregião do Espírito Santo, a assistência PN mostrou-se inadequada de acordo com o preconizado pelo PHPN e pela Rede Cegonha, principalmente no que diz respeito a execução dos testes rápidos voltados a detecção da sífilis e HIV (MARTINELLI *et al.*, 2014).

A pesquisa “Nascer no Brasil” mostrou que a cobertura da assistência PN no país é praticamente universal. Contudo, a qualidade dessa assistência ainda está aquém das necessidades. Segundo o mesmo estudo, as consultas de PN foram realizadas, em sua maioria, em unidades de atenção básica (DOMINGUES *et al.*, 2014).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada principal para a gestante no SUS. Para isso, deve organizar suas ações orientadas à integralidade do cuidado. Contudo, a integralidade dessas ações ainda é um desafio, sobretudo no



que diz respeito ao processo do acolhimento, cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Em Juiz de Fora, o Plano Diretor da Atenção Primária da Saúde (PDAPS) analisa algumas deficiências da atenção primária no município. Ele define o modelo praticado como um modelo que privilegia condições agudas em detrimento das crônicas, fragmentado e onde há inexistência da gestão do cuidado, o que gera forte desequilíbrio na integralidade das ações. O PDAPS propõe a estruturação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) para se alcançar resultados melhores no atendimento à população (JUIZ DE FORA, 2014).

A integração de ações voltadas à eliminação da TMF da sífilis e HIV é ainda mais oportuna, pois visam a mesma população (mulheres grávidas) que apresentam situações de risco e vulnerabilidades comuns às duas infecções, a natureza da transmissão destas infecções é semelhante na gestante, necessita de início precoce e número mínimo de consultas de PN; os atendimentos são realizados pelos mesmos profissionais de saúde, que necessitam de educação continuada sobre as profilaxias; a triagem sorológica para o diagnóstico de HIV e sífilis são preconizados em períodos semelhantes, e os testes podem ser realizados no local do PN, com recursos limitados; há necessidade de aconselhamento e educação em saúde para as profilaxias; o tratamento de ambas é custo-efetivo e para as duas infecções há necessidade de ações de vigilância epidemiológica (BALIRA *et al.*, 2015; BRASIL, 2007).

Logo, a prevenção da TMF vai além do âmbito da testagem e configura-se como ação em saúde. O aconselhamento se inseriu nas ações propostas pelo programa nacional da AIDS e ganha cada vez mais destaque no processo de adesão da gestante ao tratamento. Pautado na lógica do pré e do pós-teste do HIV concentra-se na abordagem voltada para o suporte emocional e a aceitação da doença. Contribui, potencialmente, para a redução da transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), uma vez que promove a reflexão do indivíduo, tornando-o, sobretudo, sujeito no processo de prevenção e cuidado de si (PREVIATI; VIEIRA; BARBIERI, 2019).

Para se alcançar o sucesso dessas ações a tríade prevenção-vigilância-assistência deve ser entronizada na assistência ao PN. A integração e organização das ações promocionais preventivas, o modelo de gestão e a formação dos profissionais, a captação precoce da gestante e a coordenação e integralidade do

cuidado no momento do parto têm potencial impacto sobre as taxas de morbimortalidade infantil no país e no fortalecimento da atenção PN (BRASIL, 2020c; LEAL *et al.*, 2020; MATTOS, 2004).

## 2.5 ANÁLISE ESPACIAL EM SAÚDE

O debate em torno do conceito ampliado de saúde considera que as condições de vida da população estão intimamente relacionadas com a sua condição de saúde. Nessa perspectiva surge a necessidade de novas tecnologias capazes de gerenciar e avaliar serviços de saúde de forma a considerar os determinantes sociais envolvidos no processo de saúde-doença (AGUIAR RIBEIRO *et al.*, 2018).

Assim, a utilização de mapas para se conhecer melhor o desfecho de uma doença e sua forma de controle passa a ser uma ferramenta valiosa para a pesquisa na área da saúde. Impulsionada pela evolução da informática na década de 80, amplia-se a discussão acerca de técnicas de manipulação de dados de localizações geográficas denominadas de geoprocessamento (SOBRAL; SOUZA-SANTOS, [c20--]).

O geoprocessamento é multidisciplinar e pode ser definido como conjunto de tecnologias de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados espaciais que, quando aplicado à Saúde Coletiva, permite o mapeamento de doenças, a avaliação de riscos, o planejamento de ações e políticas de saúde e a avaliação de redes de atenção (BRASIL, 2006a).

Podemos elencar vários estudos que utilizam o geoprocessamento de dados em saúde, principalmente aos relacionados à doenças consideradas negligenciadas já que essas prevalecem em condições de pobreza e reforçam as desigualdades entre as regiões de um país, estado ou município, tais como leishmaniose, malária, leptospirose, sífilis, entre outras (MIRANDA, C. S. C. *et al.*, 2021; RAIMUNDO *et al.*, 2021; SOUZA, K. O. C. *et al.*, 2021; UENO *et al.*, 2021).

## 2.6 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS E DO HIV

Esta subseção está subdividida em histórico e dados epidemiológicos.

### 2.6.1 Histórico

As ISTs configuram um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. De acordo com a estimativa da OMS em 2016, houve, aproximadamente, 376 milhões de casos incidentes de IST curáveis, dos quais 6,3 milhões (5,5-7,1 milhões) foram casos de sífilis. Com relação à infecção pelo HIV, até o final de 2020, contabilizava-se 37,6 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo. Além dos danos à saúde, pessoas portadoras de IST ainda sofrem com estigma, estereotipagem e são mais vulneráveis à violência de gênero (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS BRASIL, c2020a; WOLRD HEALTH ORGANIZATION, 2018, 2019).

Além de afetarem a qualidade de vida das pessoas, as ISTs têm um impacto direto sobre a saúde materna, reprodutiva e infantil. São consideradas causas de infertilidade, agravos na gravidez e no parto. As consequências são variadas podendo levar a complicações na saúde da criança, aborto e a morte fetal. Assim, a eliminação da TV do HIV e da sífilis ainda é um desafio de saúde pública para diversos países, inclusive para o Brasil (BRASIL, 2013, 2019b).

Em 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou o Pacto pela Saúde que prevê em um de seus três eixos, o Pacto pela Vida, a redução da mortalidade materna e infantil. Um dos componentes para se alcançar essa meta é a dupla eliminação da sífilis e do HIV através de ações integradas de prevenção desses agravos durante o PN. Surge então o Plano para Redução da TV do HIV e da Sífilis no Brasil, em 2006 (BRASIL, 2007).

A notificação e a vigilância desses agravos são imprescindíveis para o monitoramento e a eliminação da TV. A SC é de notificação obrigatória desde 1986 (Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986). A sífilis em gestantes desde 2005 (Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005) e a sífilis adquirida passou a ser de notificação compulsória a partir de 2010 (Portaria nº 2472, de 31 de agosto de 2010). Em Nota Informativa, aprovada em 19 de setembro de 2017, os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e SC foram alterados visando uma redução do número de subnotificação. Observou-se nos últimos anos um incremento no número dessas notificações, fato que pode ser atribuído em parte ao incentivo à realização do PN precoce, a ampliação do diagnóstico (por meio dos testes

rápidos) e à vinculação da disponibilidade do medicamento mediante notificação (BRASIL, 2014, 2017, 2019b).

A infecção pelo HIV em gestantes, parturientes ou puérperas e crianças expostas ao risco de TV do HIV passou a ser de notificação compulsória por meio da Portaria n.º 993, de 4 de setembro de 2000. Ações conjuntas entre assistência e vigilância epidemiológica são fundamentais para a identificação de falhas e planejamento de ações programáticas de prevenção (BRASIL, 2014, 2019b).

A importância de se diagnosticar, notificar e tratar a gestante reside no fato de se saber que o risco de TV do HIV pode ser reduzido a menos de 2% quando a gestação ocorre de forma planejada, sendo que em gestantes em TARV, com supressão viral espera-se uma redução para menos de 1%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento está bem estabelecido que esse risco varia de 15% a 45% (BRASIL, 2019b; MIRANDA, A. E. *et al.*, 2016; SIEGFRIED *et al.*, 2011).

Quando se trata da sífilis, a TV pode alcançar taxas de transmissibilidade entre 70% e 100% em gestantes não tratadas, ou tratadas inadequadamente, que estejam na fase primária ou secundária da doença. Em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas, adequadamente, durante a gestação, a criança nasce com infecção congênita (BRASIL, 2006b, 2019b).

O esforço para a eliminação desses agravos nas Américas remonta a 1995, quando a OPAS se propôs a eliminar a TMF da sífilis nas Américas, sendo o Brasil um signatário. Mas foi em 2010 que a OMS e os Estados-Membros da OPAS aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da TMF do HIV e da SC de forma integrada. A partir daí estabeleceu-se como meta a redução da incidência da SC para 0,5 casos ou menos a cada 1.000 NV e da incidência de TMF do HIV para 0,3 casos ou menos a cada 1.000 NV e uma taxa de TV do HIV de 2% ou menos. Essas diretrizes para ações deveriam ser implementadas com foco nas mulheres antes, durante e depois da gravidez, com meta de alcance dos objetivos previstos até 2015, o que não aconteceu (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Então, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da TMF de HIV e Sífilis. Este comitê lançou as orientações para a certificação dos países que alcançassem as metas de impacto. Além da redução de incidência de SC e TMF do HIV os países devem alcançar alguns indicadores de processo, como uma cobertura de PN, de mínimo de 4 consultas, igual ou maior a 95% e uma cobertura de testagem

e tratamento adequados para HIV e sífilis iguais ou maiores a 95% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em 2015, Cuba foi o primeiro país do mundo a alcançar a validação pela OMS por eliminar a TMF de HIV e sífilis. Posteriormente, também foram certificadas Anguilla, Antígua e Barbuda, Bermudas, Ilhas Cayman, Montserrat e São Cristóvão e Nevis em 2016 e 2017. Além das Américas, a Tailândia e a Bielorrússia, em 2016, e a Malásia, em 2018, também foram validadas por terem alcançado a dupla eliminação. Em 2016, a Armênia recebeu a validação pela eliminação da TMF por HIV e a República da Moldávia pela eliminação da SC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2015). Em maio de 2021 Dominica, o oitavo país da região do Caribe, recebeu a validação pela eliminação da TMF de sífilis e HIV. Existem mais países trabalhando para conseguir a eliminação da TV de epidemias duplas ou mesmo triplas, combinadas com a infecção pelo vírus da hepatite B (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2021).

No Brasil, o MS instituiu um selo de Certificação da Eliminação da TV de HIV e/ou sífilis por município. São elegíveis, à certificação, municípios com mais de 100 mil habitantes e que atendam a critérios estabelecidos pela OPAS e pela OMS descritos anteriormente. No Paraná, duas cidades alcançaram a certificação para eliminação da TMF do HIV/AIDS: Curitiba, em 2017, e Umuarama, em 2019. Em agosto de 2020 a cidade de São Paulo foi certificada por eliminar a TV do HIV (BRASIL, 2019a; SÃO PAULO, 2020).

Em 2016, os protocolos foram revisados e ampliados através da aprovação do Plano de Ação para a Prevenção e Controle de HIV e IST (2016-2021) para acelerar o progresso e acabar com as epidemias de AIDS e IST como problemas de saúde até 2030 na Região das Américas. A partir do sucesso desta iniciativa, a OPAS criou o marco para a Eliminação da TMI do HIV, Sífilis, Hepatite e doença de Chagas, alavancando a saúde materna e infantil para incluir a eliminação da TV da doença de Chagas e da hepatite B dentro desta plataforma já estabelecida (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Para avaliar o progresso dessas intervenções na região das Américas foi lançado um relatório baseado nos dados do período de 2010 a 2017. Dentre os

principais achados desse documento, consta que 89% das gestantes tiveram acesso ao PN, 73% das gestantes realizaram pelo menos um teste para HIV (uma redução comparada ao ano de 2014 onde 75% das gestantes realizaram ao menos um teste para detecção do HIV) e apenas 69% das gestantes realizaram a testagem para sífilis no ano de 2017. Com relação ao tratamento, foi observado um aumento de acesso ao TARV de 50%, em 2010, para 73%, em 2017, e um aumento de tratamento adequado para sífilis de 83%, em 2010, para 87%, em 2017 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Em abril de 2021 os Órgãos Diretores da OPAS reuniram-se para avaliar os resultados do Plano de Ação lançado em 2016. Constatou-se que a transmissão materno-infantil do HIV e da SC não tiveram a redução esperada. Apesar de a OMS ter declarado a eliminação da TMF do HIV e da sífilis em diversos países, um grande número de nações ainda tem um longo caminho a percorrer para reduzir a taxa de transmissão vertical de HIV e sífilis a níveis de eliminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

### **2.6.2 Dados epidemiológicos**

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) 134.328 gestantes infectadas com HIV. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes, passando de 2,3 casos/1000 NV em 2009, para 2,8/1000 NV em 2019. A taxa de detecção de HIV em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador para o monitoramento da TV do HIV no país. Em 2019, essa taxa foi de 1,9/100.000 habitantes. Houve uma queda em dez anos quando comparada a 2009 onde essa taxa era de 3,6/100.000 habitantes (BRASIL, 2020b).

Com relação à sífilis, foram notificados 61.441 casos de sífilis em gestantes com uma taxa de detecção de 21,6/1.000 NV no ano de 2020. Dessas gestantes 80,9% realizaram o PN, contudo apenas 55% receberam o diagnóstico durante o período gestacional. No mesmo ano foram notificados 21.412 casos de SC – taxa de incidência de 7,7/1.000 NV e 241 óbitos por SC (BRASIL, 2019d, c, 2020a). Houve uma redução no número de notificações tanto dos casos de sífilis em gestantes quanto dos casos de SC quando comparadas as notificações nos anos de 2019 e 2020. Contudo, o declínio no número de casos pode decorrer de uma demora na notificação

e alimentação das bases de dados do SINAN, devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de Covid-19 (BRASIL, 2019d,2020a).

No município de Juiz de Fora, em 2020, foram registrados 286 casos de sífilis em gestantes e 85 de SC. Dessas gestantes 85,9% realizaram PN e 70% tiveram seu diagnóstico no período gestacional. Observa-se um aumento progressivo na taxa de incidência de SC no município que passou de 10,5 casos/1.000 NV em 2017 para 13,2 casos/1.000 NV em 2020. A taxa de incidência de SC em Juiz de Fora foi superior à taxa de incidência observada no Brasil (7,7 casos/1.000 NV) e em Minas Gerais (6,7 casos/1.000 NV) no mesmo ano. Com relação ao HIV, em 2019, houve uma taxa de detecção de gestantes com HIV de 3,1 /1.000 NV e em menores de 5 anos com HIV de 3,3/100.000 habitantes. Juiz de Fora apresentou dados superiores aos do Brasil e do estado de Minas Gerais tanto para detecção do HIV como da sífilis em gestantes, no mesmo período (BRASIL, 2020b, a; JUIZ DE FORA, 2018).

O SUS oferece gratuitamente testes para diagnóstico do HIV e, também, para diagnóstico da sífilis. Os testes rápidos são práticos e de fácil execução e fornecem o resultado em, no máximo, 30 minutos (BRASIL, 2011).

Considerando que a integração das testagens favorece o início imediato do tratamento e resultam em uma redução das taxas de TV o objetivo dessa pesquisa foi conhecer a incidência de gestantes que não cumpriram o preconizado pelo MS de realizar a DT nos períodos do primeiro e terceiro trimestres e quais os fatores associados ao não cumprimento dessas testagens. Os resultados poderão ajudar profissionais de saúde e gestores a estabelecerem medidas preventivas no município visando alcançar a dupla eliminação.

### 3 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo serão respondidos em forma de artigo, sendo apresentados a seguir.

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a incidência do não cumprimento da dupla triagem estabelecida pelo Ministério da Saúde para HIV e sífilis em gestantes residentes em Juiz de Fora, Minas Gerais.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) caracterizar o perfil sociodemográfico e comportamental da população de gestantes em estudo;
- b) avaliar as características reprodutivas e relacionadas ao pré-natal da população em estudo;
- c) analisar os fatores de risco para o não cumprimento da dupla triagem;
- d) identificar nas abordagens espaciais e a correlação entre o grau de atendimento e as regiões do município.



#### 4 METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO

A metodologia, os resultados e a discussão deste trabalho estão apresentados no artigo “Dupla triagem para sífilis e HIV em gestantes de um município prioritário para eliminação da transmissão vertical no Brasil: incidência, fatores de risco e análise espacial” descrito a seguir e submetido para publicação na revista *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. Os documentos comprobatórios, bem como o instrumento utilizado nesta pesquisa, encontram-se discriminados:

- a) APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- b) ANEXO B – Roteiro estruturado para entrevista com a puérpera;
- c) ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

## **Dupla triagem para sífilis e HIV em gestantes de um município prioritário para eliminação da transmissão vertical no Brasil: incidência, fatores de risco e análise espacial**

### **RESUMO**

Objetivos: avaliar a incidência, os fatores de risco e a distribuição espacial de gestantes que não realizaram dupla triagem para sífilis e HIV nos períodos preconizados pelo Ministério da Saúde durante o pré-natal no município de Juiz de Fora, MG. Métodos: foram incluídas 399 puérperas entrevistadas de julho a dezembro de 2018. Regressões logísticas multinomiais univariadas e multivariadas foram realizadas para avaliar as associações entre as possíveis variáveis explicativas e as incidências das três categorias de desfechos definidos. Na análise espacial foram analisados mapas coropléticos relacionando o grau de cumprimento da dupla triagem, o número das mulheres do estudo e os modelos de assistência das UBS com as regiões do município. Resultados: verificou-se uma incidência de 24,8% (IC95%, 21 - 29), 59,4% (IC95%, 55 - 64) e 15,8% (IC95%, 12 - 19) de gestantes que cumpriram completamente, parcialmente e não cumpriram a dupla triagem, respectivamente. Mulheres mais jovens, com histórico de prematuridade e multigestas apresentaram maior risco de não cumprimento do preconizado pelo MS. No mapa do modelo de assistência das UBS e grau de cumprimento da dupla triagem o aglomerado de cumprimento parcial acontece de maneira homogênea entre todas as UBS. Conclusão: o cumprimento da dupla triagem para sífilis e HIV ainda não acontece de forma satisfatória no município.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita; HIV; Transmissão Vertical; Teste Pré-natal; Transmissão de Mãe para Filho; Análise espacial.

### **ABSTRACT**

Objective: to assess the incidence, risk factors and spatial distribution of pregnant women who did not undergo double screening for syphilis and HIV in the periods recommended by the Ministry of Health during prenatal care in the city of Juiz de Fora, MG. Methods: 399 postpartum women were interviewed from July to December 2018 were included. Univariate and multivariate multinomial logistic regressions were performed to assess the associations between possible explanatory variables and the incidences of the three categories of defined outcomes. In the spatial analysis, several maps were analyzed relating the degree of compliance with the double screening, the number of women in the study and the care models of the UBS with the regions of the municipality. Results: there was an incidence of 24.8% (95%CI, 21 - 29), 59.4% (95%CI, 55 - 64) and 15.8% (95%CI, 12 - 19) of pregnant women who fully complied, partially and did not comply with the double testing. Younger women, with a history of prematurity and multiple gestations had a higher risk of not complying with double testing as recommended by the MS. In the map of the assistance model of the UBS and the degree of compliance with the double testing, the partial compliance cluster occurs homogeneously among all the UBS. Conclusion: the fulfillment of double testing for syphilis and HIV still does not happen satisfactorily in the city.

**Keywords:** Congenital Syphilis; HIV; Vertical Transmission; Antenatal Testing; Mother-to-Child Transmission; Spatial analysis.

## INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, anualmente, 1,4 milhões de mulheres que vivem com HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) engravidam e que 1 milhão das gestantes adquirem sífilis. O risco de uma mulher transmitir o HIV para seu filho durante a gestação, parto ou amamentação varia de 15% a 45%, quando não tratada. Este risco pode ser reduzido para menos de 2% quando a terapia antirretroviral é adequadamente administrada.<sup>[1,2]</sup>

No caso da sífilis, a transmissão vertical pode alcançar taxas de transmissibilidade de 70-100% entre gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a qual é reduzida para 1-2% com a administração de penicilina benzatina.<sup>[3]</sup>

A ocorrência das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) na gestação revela a presença de lacunas, especialmente na assistência pré-natal (PN). Além de afetar a saúde materna, as ISTs podem causar complicações ao feto como aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou a morte do recém-nascido. Assim, a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis ainda é um desafio de saúde pública para diversos países, inclusive para o Brasil.<sup>[4,5]</sup>

Em 2010, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) lançou o *Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de Sífilis e HIV*. O *Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Vertical da sífilis e do HIV* foi criado em 2014 e estabeleceu como metas reduzir a menos de 2% o número de casos de HIV em crianças e a incidência de transmissão mãe-filho (TMF) de HIV a índices menores ou iguais a 0,3 casos por 1.000 nascidos vivos (NV). O mesmo comitê preconiza a redução da incidência de sífilis congênita (SC) a um índice menor que 0,5 casos por 1.000 NV. Assim, os países devem alcançar uma cobertura de PN com mínimo de 4 consultas igual ou maior a 95% e uma cobertura de testagem e tratamento adequados para HIV e sífilis iguais ou superiores a 95%.<sup>[5,6]</sup>

Priorizar um plano de ação integrado foi necessário pois, embora muitos países, como o Brasil, tivessem ampliado com êxito a resposta ao HIV, raramente houve melhora simultânea no acesso ao diagnóstico e tratamento da sífilis. Em 2015, Cuba se tornou o primeiro país a eliminar a TMF do HIV.<sup>[7]</sup> Essa experiência demonstra que alcançar os objetivos é possível com uma integração efetiva dos protocolos disponibilizados.

No período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) 134.328 gestantes infectadas com HIV no Brasil. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes, passando de 2,3 para 2,8 casos/1000 NV, de 2009 para 2019, respectivamente. Com relação à sífilis, foram notificados 384.411 casos em gestantes no período de 2005 a 2020, com uma taxa de detecção de 21,6/1.000 NV em 2020, das quais 89,6% receberam tratamento com penicilina. Entretanto, no mesmo ano, ainda foram notificados 21.412 casos de SC, com uma taxa de incidência de 7,7/1.000 NV.<sup>[8,9]</sup>

No Brasil, a triagem para HIV e sífilis, é preconizada na primeira consulta do PN (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, independente de exames anteriores.<sup>[5,10]</sup> A triagem para ambos os agravos no primeiro e terceiro trimestres da gestação é chamada de dupla triagem (DT).

Apesar das recomendações e ações de prevenção disponíveis os números no país ainda estão distantes do preconizado pelo plano de eliminação da TMF do HIV e da sífilis.<sup>[5,11]</sup> Considerando que a integração das testagens favorece o início imediato do tratamento e melhora a resolubilidade do PN é importante conhecer, em nível, local como acontece o acesso à DT e quais são os determinantes sociais que desfavorecem esse cumprimento.

Juiz de Fora, local do estudo, por ter mais de 100 mil habitantes e enfrentar desafios para ambos os problemas de saúde, foi selecionada pelo Ministério da Saúde do Brasil como elegível para futura certificação de eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Assim, o objetivo deste trabalho foi estimar a incidência do não cumprimento da DT, avaliar os fatores associados e clusters espaciais de grau de cumprimento, por meio de um estudo de coorte prospectivo em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Os resultados poderão nortear profissionais de saúde e gestores a alcançarem uma melhoria na qualidade do PN, com relação à DT no município, visando alcançar a dupla eliminação de sífilis e HIV.

## **MÉTODOS**

### **Local do estudo**

O estudo foi realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Esse município possui uma população estimada em 2010 de 573.285 habitantes, sendo 98,9% de domicílios em área urbana. [12]

A atenção primária à saúde em Juiz de Fora conta com um modelo misto de assistência composto pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e as equipes tradicionais. No modelo tradicional há um enfoque no indivíduo, nas condições agudas e na fragmentação do cuidado. Por outro lado, a ESF visa uma reorganização da atenção primária à saúde. Trata-se de um modelo de trabalho que substitui as práticas tradicionais de assistência em detrimento de um cuidado multiprofissional e com foco na ação integral e na prevenção de doenças dos membros de uma família inseridos em uma comunidade. [12,13]

As gestantes que participaram do estudo são provenientes de serviços de atenção primária em saúde do município. A rede de serviços de atenção básica em Juiz de Fora é constituída por 63 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em 7 regiões administrativas e em 12 regiões sanitárias. [12]

Destas, 39 UBS pertencem ao modelo ESF e 22 atuam no modelo tradicional. Temos ainda duas UBS no modelo misto: uma onde convivem o modelo tradicional e a ESF e outra com o modelo tradicional e o Programa de Agentes Comunitários em Saúde. [12]

### **Projeto base do estudo**

Esta pesquisa utilizou os dados do projeto “*Avaliação das Ações de Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho da Sífilis na Assistência Pré-natal, na Atenção Primária à Saúde, no Município de Juiz de Fora*”, estudo que avaliou as ações de controle da SC. Dentre outros instrumentos avaliativos, esta pesquisa realizou entrevistas estruturadas com 399 puérperas que realizaram o PN nas UBS do município e que compareceram aos hospitais da rede SUS, por ocasião do parto ou aborto, no período de julho a dezembro de 2018.

## **Desenho do estudo**

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de coorte prospectiva para avaliar a incidência do não cumprimento, do cumprimento completo ou do cumprimento parcial da DT para HIV e sífilis entre as gestantes participantes.

### *Amostra*

A amostra foi composta por 399 puérperas. Com esta amostra, poder-se-ia obter potências de 99,91% e 99,87%, por aproximações normais e com correção de continuidade, considerando um intervalo de confiança de 95%, uma razão expostos/não expostos de aproximadamente 1, risco de não conformidade com o DS entre os expostos de 30%, risco de descumprimento do DS entre os não expostos de 10% e risco relativo de 3.

### *Critérios de inclusão*

Mulheres, que realizaram o PN exclusivamente nas UBS em Juiz de Fora e, no momento da entrevista, encontravam-se nos leitos reservados à assistência pós-parto ou aborto nos hospitais da rede SUS, a saber, Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCMJF), Hospital Regional João Penido (HRJP) e Hospital São Vicente de Paulo (HSVP).

### *Critérios de exclusão*

Mulheres que compareceram aos hospitais da rede SUS, por ocasião do parto ou aborto, mas que no período da entrevista estavam em risco de vida, identificadas com distúrbios mentais, incapazes de estabelecer contato verbal ou que não estavam portando suas cadernetas de gestante. Foram também excluídas mulheres, que antes de iniciarem o PN, já estavam em acompanhamento no Serviço Assistência Especializada (SAE), por serem soropositivas para o HIV e mulheres que fizeram PN misto (uma parte na UBS e outra em outros serviços).

## **Coleta de dados**

Realizou-se entrevista face a face com a puérpera. Para essa entrevista utilizamos um roteiro estruturado. Também foi feita a verificação da caderneta da gestante e pesquisa de dados em prontuário na maternidade.

Foram coletados nessa entrevista os dados sócio demográficos (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, ocupação, cor da pele, renda *per capita* e índice de vulnerabilidade à saúde - IVS por endereço da gestante), alguns parâmetros comportamentais da gestante e do parceiro (consumo de álcool e drogas ilícitas, uso de preservativos durante a gestação, sexarca, número de parceiros sexuais, uso de drogas ilícitas pelo parceiro, histórico de ISTs da gestante, histórico de sífilis da gestante e do parceiro e conhecimento das gestantes sobre sífilis e HIV) e características reprodutivas (idade da primeira gestação, número de gestações, histórico de aborto, de prematuridade e de natimortalidade, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal). Também foram coletados dados referentes ao PN (trimestre de início, número de consultas realizadas, características das UBSs relativas ao atendimento da ESF e região administrativa da residência das gestantes). As coordenadas geográficas dos endereços de residência de cada gestante foram obtidas por um receptor Garmin GPSMap 64s.

Para a categorização de algumas variáveis explicativas foram utilizados critérios a saber:

- a) Faixa etária: a idade das gestantes variou de 15 a 46 anos com uma mediana de 24 anos. Subdividiu-se em um grupo etário de 15 a 24 anos e outro grupo com gestantes acima de 24 anos;
- b) Renda familiar per capita: corresponde à divisão da renda total familiar pelo número de membros da família, expressa em frações do salário-mínimo. A média da renda per capita das gestantes foi de uma fração de 0,5 do salário-mínimo. Então categorizou-se as gestantes entre as que tinham renda per capita acima de 0,5 do salário-mínimo e as que estavam abaixo desse valor. Levamos em consideração para o cálculo da renda familiar per capita, a renda proveniente do trabalho e a renda proveniente de programas governamentais de transferência de renda como o Programa de Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada;
- c) Índice de vulnerabilidade à saúde (IVS): indicador composto por variáveis socioeconômicas (razão de moradores por domicílio, percentual de pessoas analfabetas, percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até meio salário mínimo (SM), rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis, percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena) e de saneamento (percentual de

domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente, percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente, percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente) por setor censitário. Este indicador foi calculado para esta pesquisa, a partir de dados secundários. O IVS variou de 0,072 a 0,674. Fez-se a categorização do IVS em baixo, com mais de meio desvio padrão abaixo da média ( $< 0,186576$ ); em médio, quando estava entre meio desvio padrão acima e abaixo da média ( $0,186576 > \text{IVS} > 0,2870032$ ) e alto, com mais de meio desvio padrão acima da média ( $> 0,2870032$ ).<sup>[14,15]</sup>

- d) Conhecimento adequado para sífilis e HIV: nas questões direcionadas ao manejo da sífilis na gestação (questão 55) e ao manejo do HIV na gestação (questão 118) do questionário aplicado às puérperas foi considerado como tendo um conhecimento adequado sobre as formas de transmissão e vulnerabilidade aos agravos as puérperas que acertaram o gabarito das referidas questões;
- e) Desfechos da gestação. Considerou-se: prematuridade: o nascimento de bebês anterior a 37 semanas de gestação; baixo peso: bebês com peso de nascimento inferior a 2500 gramas; natimortos: a morte do feto ocorreu antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas e/ou idade gestacional de 22 semanas de gestação ou mais; aborto: expulsão de feto morto com peso ao nascer inferior a 500 gramas e/ou idade gestacional inferior a 22 semanas, mortalidade perinatal: morte que ocorre nos primeiros 28 dias desde o nascimento de um bebê vivo de no mínimo 20 semanas de gestação (se conhecida) ou 400 g de peso ao nascer;
- f) Número de gestações: a distribuição entre as gestantes foi definida em gestantes com um número menor ou igual a três gestações e maior que quatro gestações. Para esse critério utilizou-se a média do número de gestações entre as participantes.
- g) Número de consultas realizadas no PN. A variável número de consultas no PN foi construída a partir de duas fontes de dados: o registro da caderneta da gestante e a resposta dada pela mulher na entrevista.



Quando não havia o registro considerou-se apenas a fala da mulher. O MS preconiza que o número adequado de consultas PN deve ser igual ou superior a seis, logo subdividiu-se o grupo de gestantes entre as que realizaram 1 a 5 consultas de PN e as que realizaram 6 ou mais consultas de PN.

- h) A idade gestacional (IG) de início do pré-natal. A definição da IG do início do pré-natal foi realizada de forma padronizada utilizando a Data da Última Menstruação (DUM) quando registrada na caderneta da gestante, ou a IG estimada na ultrassonografia (USG) realizada preferencialmente até a 14ª semana gestacional e a data da primeira consulta.
- i) A IG de realização dos testes para sífilis e HIV durante a gestação: utilizou-se a IG calculada da primeira consulta e a data de realização dos exames. Considerou-se para a definição da IG por trimestre, o primeiro trimestre até 13,5 semanas; o segundo trimestre até 27,5 semanas e o terceiro trimestre até 40,5 semanas. Para a construção desta variável foram utilizadas três fontes distintas de dados: entrevistas com puérperas, análise de registros dos testes nas cadernetas das gestantes e resultados de testes sorológicos de posse da mulher no momento do parto. Em 32 e 45 cadernetas das gestantes em que não havia registro do primeiro e segundo exames, respectivamente, as datas e os resultados puderam ser resgatados dos exames laboratoriais impressos trazidos pela mulher no momento do parto.

A variável dependente, ou o desfecho principal deste estudo, foi definida como o grau de atendimento da DT para HIV e sífilis. Essa variável foi categorizada em três grupos:

- a. Cumpriram: realizaram a DT para sífilis e HIV no primeiro e terceiro trimestres;
- b. Cumpriram parcialmente: realizaram ao menos uma testagem para sífilis e/ou HIV no primeiro e/ou terceiro trimestres;
- c. Não cumpriram: aquelas que não realizaram nenhuma testagem em nenhum dos períodos preconizados. Entre essas encontram-se as puérperas que realizaram as testagens em outros trimestres e aquelas que só realizaram a testagem no momento do parto.

## **Análises estatísticas e espaciais**

Estatísticas descritivas foram usadas para resumir características gerais das participantes do estudo. As frequências dessas características foram apresentadas por cada um dos três subgrupos definidos a partir do nível de cumprimento da DT para HIV e sífilis.

As incidências dos três níveis de atendimento da DT, obtidas a partir do acompanhamento prospectivo do histórico das gestantes foram estimadas com respectivos intervalos de confiança 95%.

Regressões logísticas multinomiais univariadas e multivariadas foram realizadas para avaliar as associações entre as possíveis variáveis explicativas e as incidências das três categorias de desfechos de DT definidos. Nas análises univariadas, o teste  $\chi^2$  foi utilizado para avaliar quais variáveis explicativas se associaram ao desfecho DT, com nível de significância de 5%. Todas as variáveis com valores de  $p \leq 0,20$  nas análises univariadas foram incluídas no modelo multivariado e, assim, ajustadas para obter o modelo final, por meio do método *backward stepwise*.

O ajuste do modelo foi avaliado pela função Deviance e pela estatística  $\chi^2$  generalizada de Pearson. Pseudo coeficientes de determinação ( $R^2$ ) foram também determinados. As razões de chances, odds ratios (OR), utilizadas neste estudo como uma estimativa do risco relativo (RR), foram apresentadas com intervalos de confiança (IC) de 95%. Os softwares estatísticos utilizados foram SPSS, versão 21, IBM Corporation, New York, USA e o Epi Info, versão 7.2.4.0.

Foram realizadas as distribuições espaciais: das áreas urbanas e rurais; do número de gestantes atendidas nas UBS; dos modelos de assistência das UBS que atenderam as gestantes; das mulheres do estudo, de acordo com o grau de cumprimento da dupla testagem em Juiz de Fora/MG no software ArcGIS (<https://www.arcgis.com/>). A estimativa de densidade por Kernel (EDK) com função quártica, cálculo da densidade e raio adaptativo, utilizando o software TerraView (<http://www.dpi.inpe.br/terralib5/wiki/doku.php>), foi aplicada aos dados de cumprimento da dupla testagem para HIV e sífilis gestacional.

### *Questões éticas*

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o CAAE

80417117.2.0000.5147 e número do parecer 3.749.587. Todos os cuidados éticos foram adotados, visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações. Antes da realização de cada entrevista, foi obtido o consentimento da puérpera após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Este estudo verificou uma incidência de 24,8% (IC95%, 21 - 29) de gestantes que cumpriram completamente o preconizado, 59,4% (IC95%, 55 - 64) de gestantes que cumpriram parcialmente e 15,8% (IC95%, 12 - 19) de gestantes que não cumpriram a dupla testagem.

Os demais resultados estão expressos na tabela 1 que apresenta o valor do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para o grau de atendimento da dupla testagem por variável explicativa e o OR das variáveis que foram significativas na análise univariada.

**Tabela 1.** Análise multinomial univariada para o grau de adesão a dupla triagem para sífilis e HIV em gestantes, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

	Total (%)	Não cumpriu (referência)		Parcial		Cumpriu		Valor p
		n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	
continua								
<b>Dados sociodemográficos</b>								
<b>Faixa etária (anos)</b>								0,064
> 24	185(46,4)	27(14,6)	-	102(55,1)	-	56(30,3)	-	
15 - 24	214(53,6)	36(16,8)	-	145(63,1)	-	43(20,1)	-	
<b>Situação conjugal</b>								0,491
Vive com companheiro	296(74,2)	43(14,5)	-	175(59,1)	-	78(26,4)	-	
Tem companheiro, mas não vive com ele	56(14,0)	14(23,2)	-	32(57,1)	-	11(19,6)	-	
Não tem companheiro	47(11,8)	7(14,9)	-	30(63,8)	-	10(21,3)	-	
<b>Escolaridade</b>								0,260
> Médio completo	143(35,8)	18(12,6)	-	79(55,2)	-	46(32,2)	-	
Fundamental II completo	176(44,1)	25(14,2)	-	114(64,2)	-	38(21,6)	-	
< Fundamental I completo	80(20,1)	20(25,0)	-	45 956,3)	-	15(18,8)	-	

continuação	Total (%)	Não cumpriu (referência)		Parcial		Cumpriu		Valor p
		n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	
<b>Dados sociodemográficos</b>								
<b>Ocupação</b>								0,279
Exerce atividade remunerada	170(42,6)	25(14,7)	-	96(56,5)	-	49(28,8)	-	
Não exerce atividade remunerada	229(57,4)	38(16,6)	-	141(61,6)	-	50(21,8)	-	
<b>Renda per capita (SM<sup>a</sup>)</b>								0,099
> 0,5	166(43,2)	20(12,0)	-	92(55,1)	-	54(32,5)	-	
≤ 0,5	218(56,8)	38(17,4)	-	148(63,3)	-	42(19,3)	-	
<b>Cor da pele</b>								0,528
Branca/amarela	121(30,3)	20(16,5)	-	67(55,4)	-	34(28,1)	-	
Parda/negra	278(69,7)	43(15,5)	-	170(61,2)	-	65(23,4)	-	
<b>Índice de vulnerabilidade em saúde</b>								0,973
≤ 0,186576	29(7,3)	6(20,7)	-	14(48,3)	-	9(31,0)	-	
0,186576 < IVS <sup>b</sup> < 0,2870032	171(42,9)	28(16,4)	-	100(58,5)	-	43(25,1)	-	
≥ 0,2870032	167(41,9)	26(15,6)	-	100(59,9)	-	41(26,4)	-	
<b>Dados comportamentais</b>								
<b>Consumo de álcool</b>								0,448
Não	309(77,4)	45(14,6)	-	185(59,9)	-	79(25,6)	-	
Sim	90(22,6)	18(20,6)	-	52(57,8)	-	20(22,2)	-	
<b>Uso drogas ilícitas na gestação</b>								0,090
Não	370(92,7)	54(14,6)	-	222(60,0)	-	94(25,4)	-	
Maconha e outros	19(4,8)	4(21,1)	-	12(63,2)	-	3(15,0)	-	
Crack e cocaína	10(2,5)	5(50,0)	-	3(30,0)	-	2(20,0)	-	
<b>Uso preservativos na gravidez</b>								0,627
Em todas as vezes	15(3,8)	2(14,3)	-	9(60,0)	-	4(26,7)	-	
Na maioria das vezes	19(4,8)	2(10,5)	-	14(68,4)	-	4(21,1)	-	
Menos da metade das vezes	43(10,8)	3(7,0)	-	26(60,5)	-	14(32,6)	-	
Em nenhuma vez	301(75,3)	50(16,6)	-	175(58,1)	-	76(25,2)	-	

continuação	Total (%)	Não cumpriu (referência)		Parcial		Cumpriu		Valor p
		n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	
<b>Dados comportamentais</b>								
Não tiveram relações sexuais na gravidez	21(5,3)	6(28,6)	-	14(66,7)	-	1(5,2)	-	
<b>Sexarca (anos)</b>								0,657
≥ 16	217(54,4)	33(54,1)	-	126(58,1)	-	58(26,7)	-	
< 16	180(45,1)	28(45,9)	-	111(61,7)	-	41(22,8)	-	
<b>Número de parceiros sexuais na gestação</b>								0,996
1	387(97,0)	61(15,8)	-	230(59,4)	-	96(24,8)	-	
>1	12(3,0)	2(16,7)	-	7(58,3)	-	3(25,0)	-	
<b>Uso de drogas ilícitas(parceiro)</b>								0,571
Não	310(77,7)	46(14,8)	-	183(59,0)	-	81(26,1)	-	
Maconha e outros	48(12,0)	11(22,9)	-	28(58,3)	-	9(18,8)	-	
Crack e cocaína	30(7,5)	5(16,7)	-	19(63,3)	-	6(20,0)	-	
<b>Histórico sífilis do parceiro</b>								0,204
Não	376(94,0)	60(16,0)	-	220(58,5)	-	96(25,5)	-	
Sim	20(5,0)	3(15,0)	-	15(75,0)	-	2(10,0)	-	
<b>Histórico de ISTs<sup>c</sup> da gestante</b>								0,706
Não	335(84,0)	54(16,1)	-	196(58,5)	-	85(25,4)	-	
Sim	64(16,0)	9(14,1)	-	41(64,1)	-	14(21,9)	-	
<b>Histórico de sífilis gestante</b>								0,257
Não	388(97,2)	62(16,0)	-	228(58,8)	-	98(25,3)	-	
Sim	11(2,8)	1(9,1)	-	9(81,8)	-	1(9,1)	-	
<b>Conhecimento adequado sobre sífilis</b>								0,521
Sim	10(2,5)	3(30,0)	-	5(50,0)	-	2(20,0)	-	
Não	389(97,5)	60(15,4)	-	232(59,6)	-	99(24,8)	-	
<b>Conhecimento adequado sobre HIV</b>								0,659
Sim	27(6,8)	6(22,2)	-	15(55,6)	-	6(22,2)	-	
Não	372(93,2)	57(15,3)	-	222(59,7)	-	93(25,0)	-	

continuação	Total (%)	Não cumpriu (referência)		Parcial		Cumpriu		Valor p
		n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	
<b>Características reprodutivas das puérperas</b>								
<b>Idade primeira gestação(anos)</b>								0,481
> 24	64(16,0)	10(15,6)	-	38(59,4)	-	16(25,0)	-	
16 a 24	274(68,7)	44(16,1)	-	157(57,3)	-	73(26,6)	-	
< 16	61(15,3)	9(14,8)	-	42(68,9)	-	10(16,4)	-	
<b>Número de gestações</b>								0,096
≤ 3	328(82,2)	47(14,3)	-	194(59,1)	-	87(26,5)	-	
> 3	71(17,8)	16(22,5)	-	43(60,6)	-	12(16,9)	-	
<b>História de aborto</b>								0,522
Não	333(83,5)	54(16,2)	-	200(60,1)	-	79(23,7)	-	
Sim	66(16,5)	9(14,6)	-	37(56,1)	-	20(30,3)	-	
<b>História de natimortalidade</b>								0,491
Não	395(99,0)	63(15,9)	-	234(59,2)	-	98(24,8)	-	
Sim	4(1,0)	0(0,0)	-	3(75,0)	-	1(25,0)	-	
<b>Histórico de prematuridade</b>								0,012
Não	356(89,2)	48(14,5)	-	215(60,4)	2,64 (1,24-5,62)	93(26,1)	4,19 (1,50-11,77)	
Sim	41(10,3)	14(31,7)	-	22(53,7)	-	6(14,6)	-	
<b>Histórico de baixo peso</b>								0,012
Não	360(90,2)	50(14,9)	-	217(60,3)	2,82 (1,31-6,05)	93(25,8)	4,03 (1,44-11,25)	
Sim	39(9,8)	14(33,3)	-	20(51,3)	-	6(15,4)	-	
<b>História de mortalidade perinatal</b>								0,072
Não	394(98,7)	63(16,0)	-	232(58,9)	-	99(25,1)	-	
Sim	5(1,3)	0(0,0)	-	5(100,0)	-	0(0,0)	-	
<b>Características do PN</b>								
<b>Consultas PN<sup>d</sup></b>								< 0,001
> 6	301(75,4)	30(10,0)	-	175(58,1)	3,10 (1,75-5,50)	96(31,9)	35,20 (10,07-122,98)	
1 - 5	98(24,6)	33(33,7)	-	62(63,3)	-	3(3,1)	-	
<b>Trimestre de início do PN</b>								< 0,001
1	244(59,6)	21(8,6)	-	125(51,2)	-	98(40,2)	-	
2	145(35,3)	37(26,2)	-	97(68,8)	-	0(0,0)	-	
3	20 (5,0)	5(25,0)	-	15(75,0)	-	0(0,0)	-	

continuação	Total (%)	Não cumpriu (referência)		Parcial		Cumpriu		Valor p
		n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	n (%)	OR (95%IC)	
<b>Características do PN</b>								
<b>PN em UBS<sup>e</sup> com ESF<sup>f</sup></b>								0,512
Sim	282(70,7)	42(14,9)	-	166(58,9)	-	74(26,2)	-	
Não	117(29,3)	21(17,9)	-	71(60,7)	-	25(21,4)	-	
<b>Região administrativa das residências</b>								0,251
Sul	59(14,8)	4(6,8)	-	37(62,7)	-	18(30,5)	-	
Sudeste	62(15,5)	8(12,9)	-	34(54,8)	-	20(32,3)	-	
Leste	46(11,5)	7(15,2)	-	28(60,9)	-	11(23,9)	-	
Norte	137(34,3)	24(17,5)	-	87(63,5)	-	26(19,0) <sub>g</sub>	-	
Oeste/Distrito	35(8,8)	10(28,5)	-	17(48,6)	-	8(22,9) <sub>h</sub>	-	
Central	25(6,3)	4 (16,0)	-	15(60,0)	-	6(24,0)	-	
Nordeste	34(8,5)	5(14,7)	-	19(55,9)	-	10(29,4)	-	

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Notas: \* Considera-se o valor do salário-mínimo de 2018: R\$954,00

Legenda: <sup>a</sup> SM- salário-mínimo; <sup>b</sup> IVS- Índice de Vulnerabilidade em Saúde; <sup>c</sup> ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis;

<sup>d</sup> PN – Pré-natal; <sup>e</sup> UBS – Unidade Básica de Saúde; <sup>f</sup> ESF- Estratégia Saúde da Família; <sup>g</sup> p = 0,022; <sup>h</sup> p = 0,018

As variáveis 'histórico de prematuridade' (p = 0,012), 'histórico de baixo peso' (p = 0,012), 'número de consultas' (p < 0,001) e 'trimestre de início do PN' (p < 0,001) foram associadas ao cumprimento da DT. Não foi possível calcular a OR da variável 'trimestre de início do PN' devido ao resultado nulo de participantes em dois dos subgrupos. Foi observado um maior cumprimento entre aquelas que não apresentaram desfechos anteriores de parto prematuro, de baixo peso ao nascer, que realizaram um maior número de consultas e que iniciaram o PN de forma mais precoce.

Após o controle dos fatores de confusão pela análise multivariada multinomial, faixa etária, histórico de prematuridade e número de gestações permaneceram independentemente associadas ao grau de cumprimento da DT no modelo final (tabela 2). O grupo que não cumpriu a DT foi considerado como referência.

**Tabela 2.** Análise multinomial multivariada para o grau de adesão a dupla triagem para sífilis e HIV em gestantes, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018.

Variável	Total	Cumpriu parcialmente	Cumpriu
	Valor p	OR (IC95%)/p	OR (IC 95%)/p
<b>Faixa etária (anos)</b>	0,014		
> 24		1,27 (0,59-2,14)/0,717	2,30 (1,11-4,77) / 0,025
15-24		-	-
<b>Histórico de prematuridade</b>	0,041		
Não		2,49 (1,10-5,59) / 0,027	3,60 (1,22-10,61) / 0,020
Sim		-	-
<b>Número de gestações</b>	0,038		
≤ 3		1,71 (0,80-3,64)/0,160	3,22 (1,28-8,09) / 0,014
> 3		-	-

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Nota: Resumo do modelo: Pseudo R<sup>2</sup> Nagelkerke = 0,06; Pearson: p = 0,414; Deviance: p = 0,202; Modelo final: p = 0,002.

As puérperas tinham a idade variando entre 15 e 47 anos, com média de 25 e desvio padrão de 5,86. A maioria das puérperas concentra-se na faixa de 15 a 24 anos, contudo as que apresentaram um maior cumprimento da dupla triagem foram as com idade superior a 24 anos (OR 2,30; IC95% 1,11-4,77).

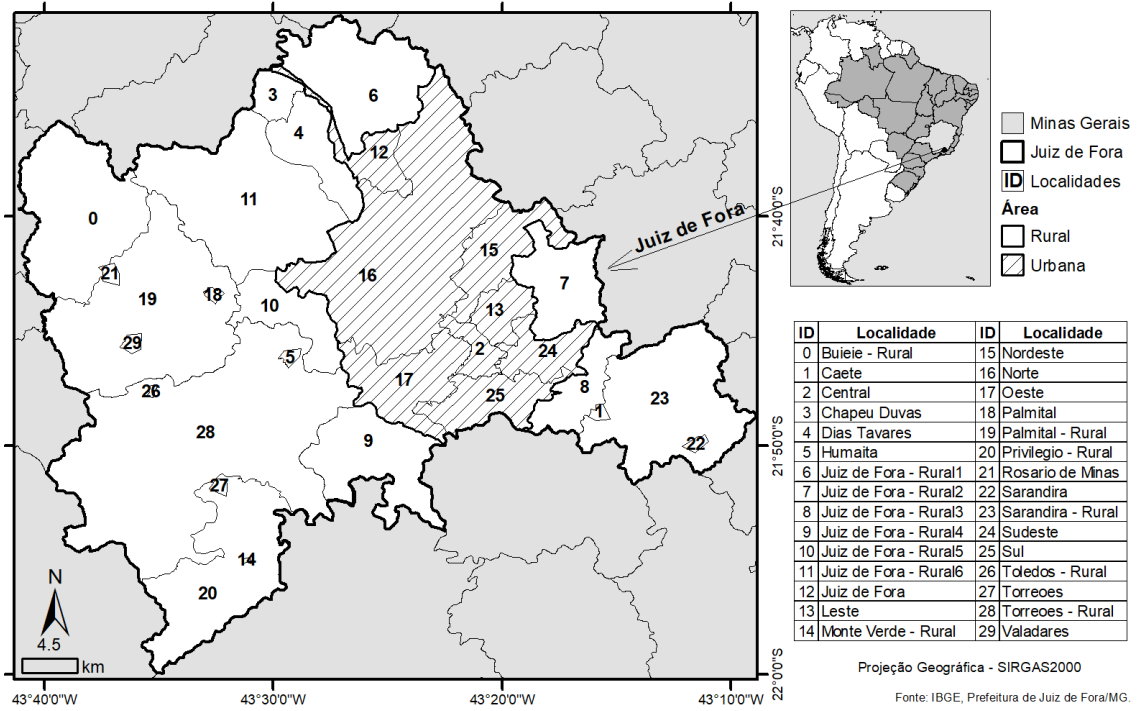
A proporção de histórico de não ocorrência de parto prematuro foi significativamente maior tanto no grupo que cumpriu parcialmente (OR 2,49; IC95% 1,10-5,59) como no que cumpriu a DT conforme o preconizado pelo MS (OR 3,60; IC95% 1,22-10,61), ambos tendo como referência o grupo que não cumpriu.

No modelo final, também foi estatisticamente significativa a variável número de gestações. Houve uma maior proporção de puérperas com menor número de gestações no grupo que cumpriu a DT (OR 3,22; IC95% 1,28-8,09), tendo como referência o grupo que não cumpriu.

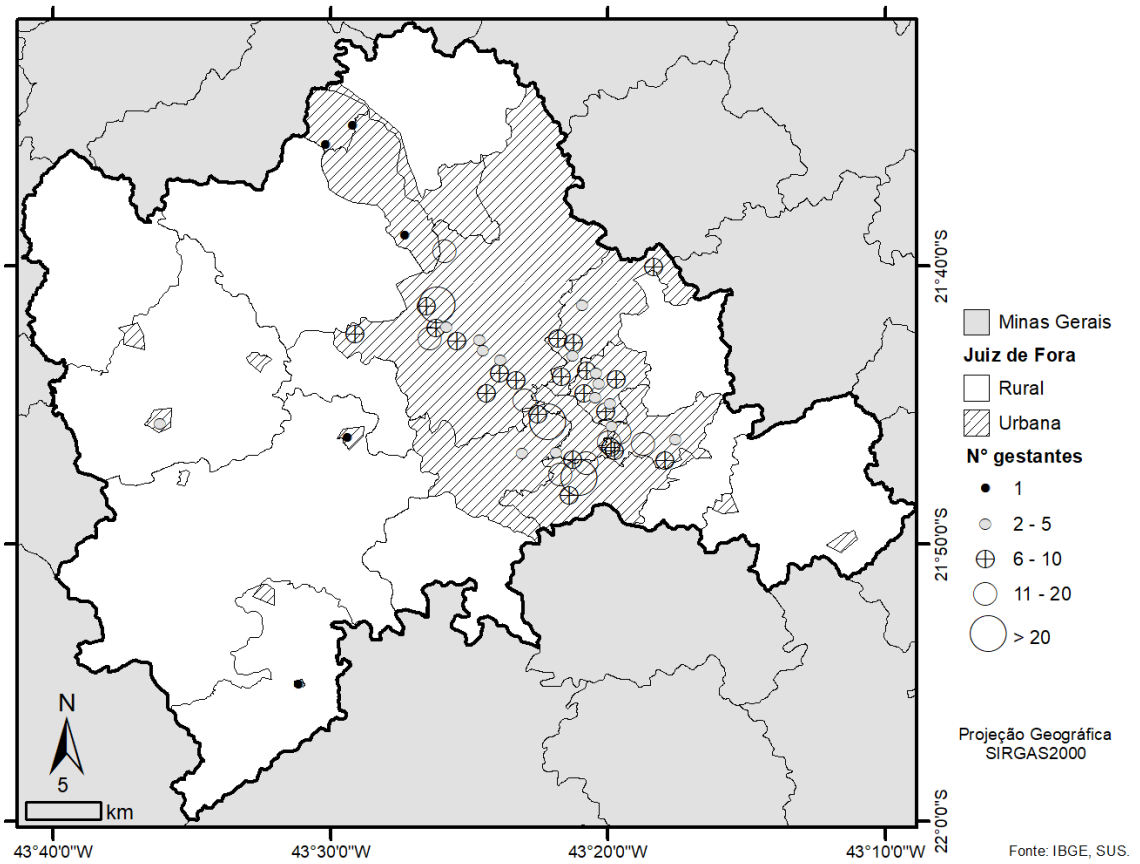
As Figuras 1, 2 e 3 mostram, respectivamente, a localização espacial das áreas urbanas e rurais, número de gestantes atendidas nas UBS e tipos de UBS que atenderam gestantes no município de Juiz de Fora/MG.

No que se refere à distribuição espacial observa-se que as gestantes são provenientes, em sua maioria, das UBS da zona urbana (95%) e que contavam com a Estratégia Saúde da Família (70%).

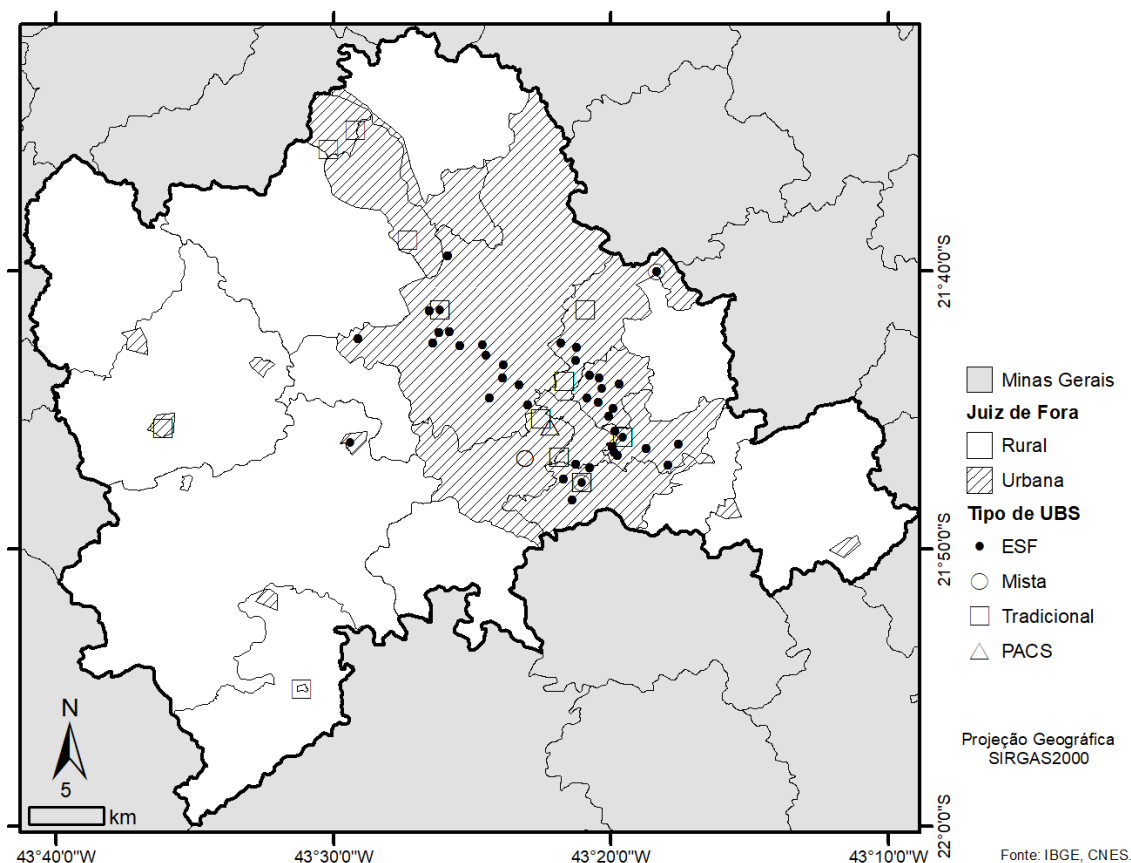




**Figura 1.** Localização espacial de áreas urbanas e rurais em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018.

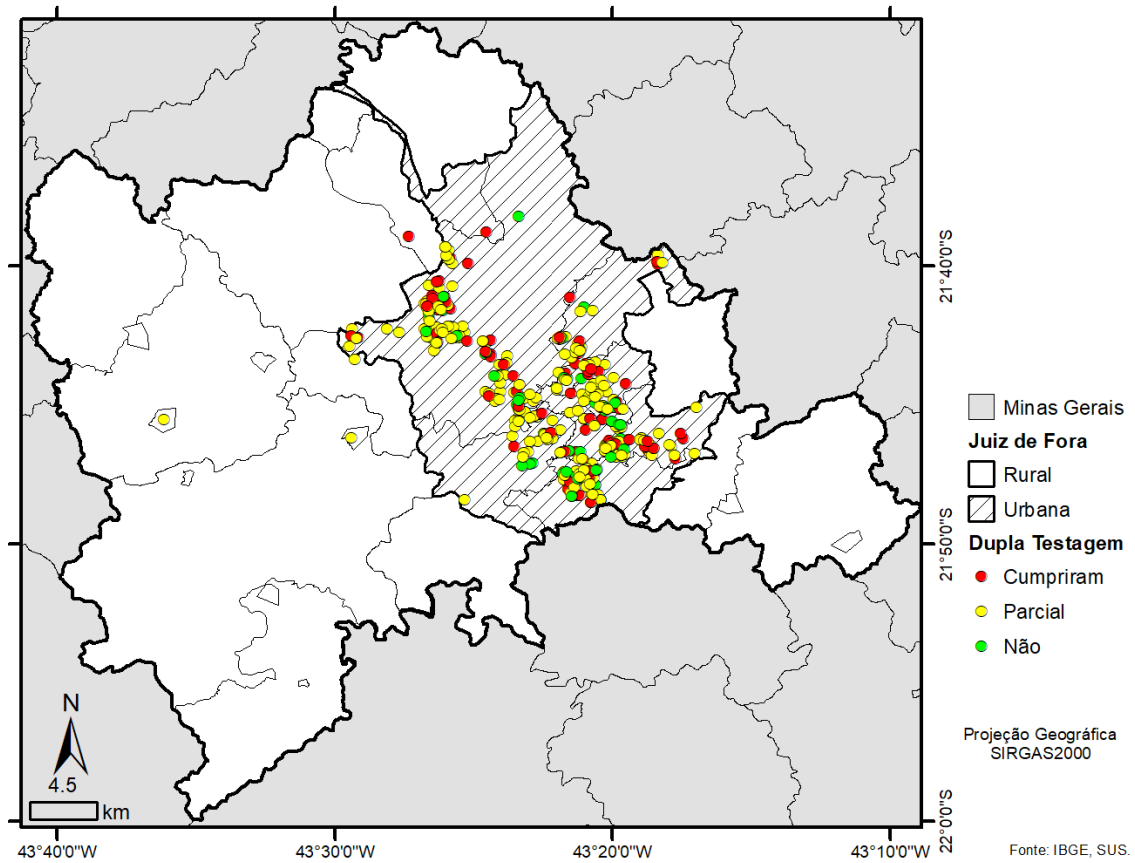


**Figura 2.** Número de gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018

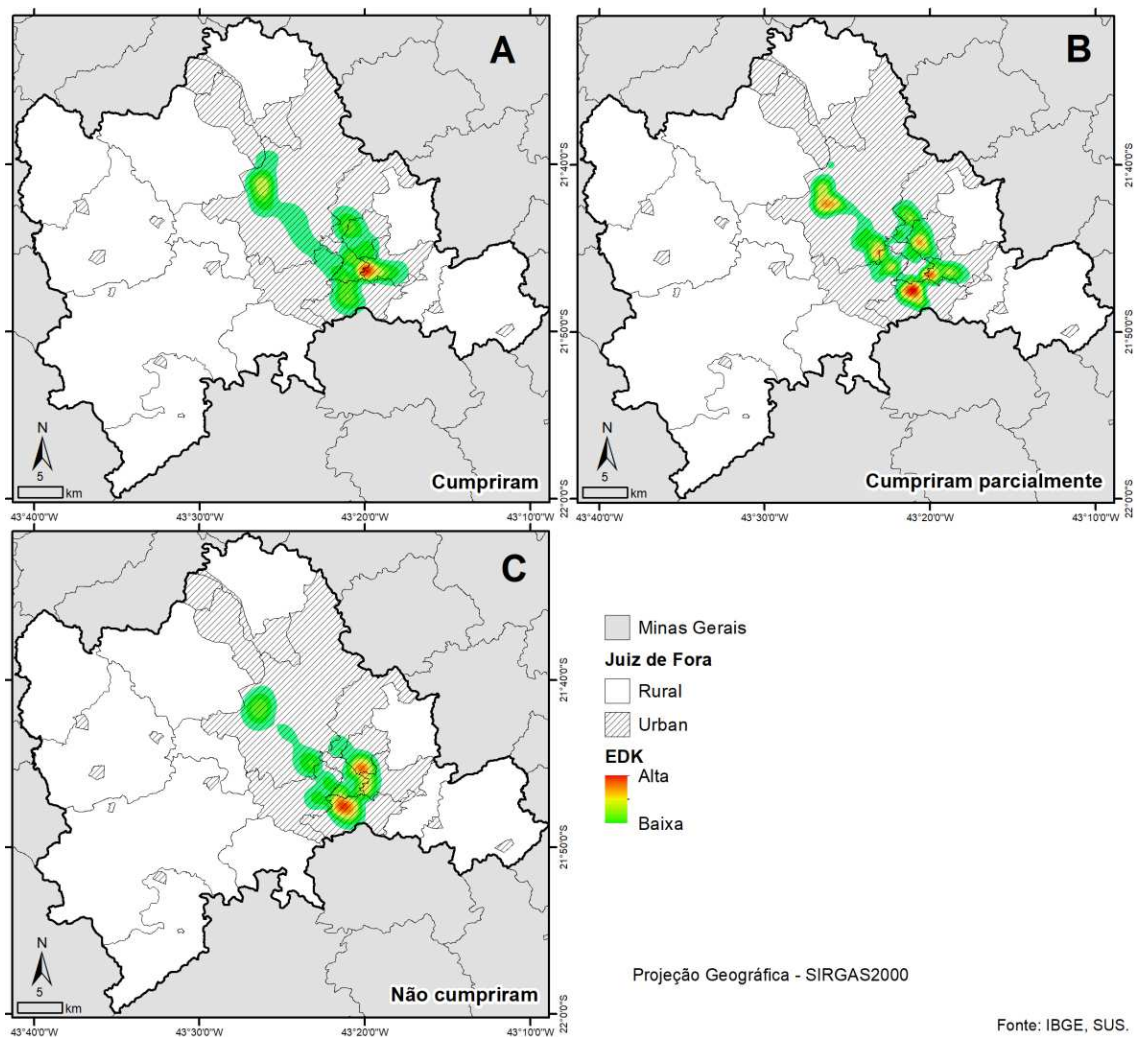


**Figura 3.** Modelos de assistência das UBS que atendem as gestantes do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018.

A distribuição espacial do grau de cumprimento das testagens aparece na Figura 4. A Figura 5 mostra os aglomerados dos níveis de cumprimento da DT. O aglomerado de maior concentração de cumprimento da DT se concentrou na área limítrofe das regiões sanitárias Centro e Sudeste (Figura 5A). Já os de maior concentração para o não cumprimento da DT se concentraram nas regiões sanitárias Sul (próximo aos limites das regiões Centro e Oeste), Leste (prolongando em direção aos limites com outras duas Sudeste e Centro) e Norte (Figura 5C). Esse dado é corroborado quando analisamos a variável “região administrativa das residências” das gestantes na regressão logística multinomial univariada. As regiões Norte ( $p=0,022$ ) e Oeste/ Distrito ( $p=0,018$ ) mostraram-se significativas para um menor cumprimento da DT apresentando na região Oeste uma OR 5,62(1,34-23,44 IC95%) e para a região Norte uma OR 4,32 (1,28-14,57 IC95%) quando comparadas a região Sul. Os aglomerados de cumprimento parcial da DT (Figura 5B) aconteceram de forma dispersa em diversas regiões sanitárias: Sul, Sudeste, limítrofe Sudeste e Centro, Leste, Oeste, Nordeste, limítrofe Oeste e Norte.



**Figura 4.** Distribuição espacial das mulheres do estudo, segundo a incidência do grau de adesão à dupla triagem em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018.



**Figura 5.** Agrupamentos do número de gestantes do estudo de acordo com o grau de adesão à dupla triagem para HIV e sífilis congênita em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2018. (A) Cumpriu, (B) Parcialmente e (C) Não cumpriu.

## DISCUSSÃO

Este estudo verificou que o cumprimento da DT aconteceu em um quarto das gestantes. A variável resposta foi construída utilizando um referencial do Ministério da Saúde, que tem como objetivo alcançar a eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV. Esta foi a primeira vez em que uma variável que avalia concomitantemente a realização da DT para sífilis e HIV foi utilizada como desfecho para estabelecer as incidências, os fatores associados aos graus de seu cumprimento, bem como a sua distribuição espacial.

Além disso, o modelo de regressão multinomial foi apropriado para avaliar o desfecho da DT categorizado em três tipos de resposta, possibilitando uma análise da coerência das associações em duas categorias de cumprimento (parcial e total), tendo o não cumprimento como referência. Como exemplo, para as três variáveis que

permaneceram no modelo final, nota-se uma tendência coerente dos valores de OR aumentarem no sentido: não cumprimento, parcial e total do preconizado.

Observou-se neste estudo que gestantes com idades inferiores a 24 anos apresentam uma menor chance de cumprirem a DT. De acordo, pesquisas mostram que a faixa etária da maioria das gestantes infectadas com HIV ou sífilis corresponde ao ápice do período reprodutivo<sup>[16-18]</sup> e que, de forma controversa, a cobertura de testagem para sífilis e HIV é mais baixa entre mulheres mais jovens.<sup>[11]</sup> Assim, a população jovem encontra-se mais vulnerável à infecção pelo HIV e outras ISTs, como a sífilis, por serem sexualmente mais ativos e, muitas vezes, não terem acesso a uma educação sexual de qualidade. Preocupante observar que exatamente essa faixa etária de maior risco às infecções é a maior proporção do grupo que não cumpriu a DT.

O histórico de não ocorrência de parto prematuro mostrou-se como um marcador significativamente associado ao cumprimento da DT para sífilis e HIV neste estudo. Como a causa do parto prematuro é multifatorial, podendo ter uma ligação com um PN prévio não realizado de forma satisfatória, uma maior atenção deve ser dispensada a essa gestante, para se entender o motivo do desfecho anterior e identificar alguma situação de vulnerabilidade a que ela ainda possa estar exposta na gestação atual. A identificação desses fatores pode apontar para falhas importantes na cascata do cuidado da gestante, garantir uma maior adesão ao PN atual e alcançar um melhor desfecho do cumprimento da DT, de modo a controlar o ciclo de transmissão vertical de sífilis e HIV e, também, novas ocorrências de prematuridade ou de nascimentos com baixo peso.<sup>[19,20]</sup>

Mulheres com mais de três gestações apresentaram uma maior incidência de não cumprimento da DT neste estudo. Como possível explicação, alguns estudos ressaltam que mulheres multigestas sem histórico de complicações anteriores e com uma boa condição de saúde tendem a não realizar o PN de maneira assídua por acreditarem conhecer o próprio processo de gestação.<sup>[21,22]</sup> Esse achado é também corroborado por Macedo et al.<sup>[23]</sup> em um estudo de caso-controle que identificou como um dos fatores determinantes para sífilis congênita ter quatro ou mais gestações, demonstrando uma maior exposição e necessidade de diagnóstico neste grupo específico de gestantes.

No Brasil, o MS preconiza o PN com o número mínimo de seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo

primordial para que se cumpra a dupla testagem conforme o preconizado que se tenha uma consulta no primeiro trimestre.<sup>[24]</sup> As gestantes do estudo que apresentaram seis ou mais consultas de PN, sendo a primeira realizada no primeiro trimestre, tiveram chances significativas de cumprirem a DT. Em 2019, no cenário nacional, a maior proporção das mulheres foi diagnosticada para sífilis no primeiro trimestre. Domingues et al.<sup>[11]</sup> em um coorte hospitalar, demonstrou que o Brasil apresenta alta cobertura do PN com pelo menos uma consulta, atingindo níveis superiores a 90%. Contudo, a ausência de PN e a realização de PN com menos de seis consultas foram associados com diagnóstico tardio de HIV e coinfeção sífilis e HIV.<sup>[22]</sup> Viellas<sup>[25]</sup> destacou menor acesso aos serviços de saúde por mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade, com maior número de gestações e, que dificuldades no diagnóstico de gravidez atrasaram o início do PN.

A análise espacial revelou que há uma concentração do cumprimento na região sanitária mais central (limítrofe Sudeste-Centro), e do não cumprimento nas regiões: Leste (prolongando em direção aos limites do Centro e Sudeste), Sul (próximo dos limites do Centro e Oeste) e na região Norte. Assim, percebe-se que uma maior concentração de cumprimento e não cumprimento aconteceram em regiões de menor e maior vulnerabilidades sociais, respectivamente.

Contudo, o cumprimento parcial se distribuiu de forma homogênea em todas as regiões sanitárias do território do estudo, indicando que falhas na captação precoce ou na longitudinalidade do cuidado PN acontecem em todas as regiões do município. Este fato indica que a fragilidade da assistência de PN prestada a estas mulheres não está ligada a uma determinada área de vulnerabilidade específica. Embora a maioria das gestantes tenha realizado um número maior que seis consultas PN, muitas delas tiveram um início tardio ou uma descontinuidade dessa assistência. Assim, torna-se imprescindível que as equipes das UBS conheçam melhor o seu território de ação e o perfil epidemiológico da população adscrita para que possam intervir em ações de prevenção, programas controle e promoção à saúde.

Neste estudo, as gestantes que foram positivas para sífilis são em sua maioria pardas ou negras, possuem baixa escolaridade, baixa renda per capita e têm menos de 24 anos. Assim, o perfil materno descrito condiz com a maioria dos estudos que apontam um maior número de sífilis congênita associados à maior vulnerabilidade social entre as gestantes e falhas na assistência PN.<sup>[26–31]</sup>

Outro aspecto relevante é o possível desconhecimento ou falta de prática dos protocolos de testagem tratados neste estudo por parte dos profissionais de saúde. Esse fato constitui uma barreira importante à própria execução da DT padronizada. Em uma pesquisa sobre o manejo da sífilis na gestação evidenciou-se que ter acesso e familiaridade aos protocolos e manuais técnicos melhorou as condutas assistenciais.<sup>[32]</sup>

## **CONCLUSÃO**

Esse estudo encontra como uma das limitações o viés de memória das puérperas ao responderem o questionário sobre dados do período gravídico. Contudo, esse viés é minimizado ao se averiguar também os registros das cadernetas da gestante e exames laboratoriais que as puérperas apresentaram na internação para o parto.

Conclui-se, portanto, que o estudo é inovador por revelar o perfil da assistência PN sob a ótica da realização da DT para sífilis e HIV segundo o protocolo preconizado pelo MS, em um município de aproximadamente 600 mil habitantes do Brasil, portanto prioritário e elegível para o controle de ambas as infecções. Outro destaque foi a caracterização do perfil materno associado ao desfecho DT. Gestantes mais jovens, com histórico de prematuridade e com um maior número de gestações podem funcionar como marcadores de risco para o não cumprimento da DT.

O diálogo entre pesquisa e prática deve contribuir para a resolução de problemas enfrentados pela assistência no intuito de favorecer a translocação de conhecimentos aos gestores locais como forma de apoiá-los a melhorar a adesão de gestantes ao PN, aumentar os índices de cumprimento da DT, a integração de ações no combate à transmissão vertical desses agravos e, conseqüentemente, para que se alcance o objetivo da dupla eliminação.

## **REFERÊNCIAS**

1. Miranda AE, Pereira GFM, Araujo MAL, Silveira MF, Tavares LDL, Silva LCF, et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2016;32(9):1–10. Doi: 10.1590/0102-311X00118215
2. Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint Tt. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 2011;(7):CD003510. Doi: 10.1002/14651858.CD003510.pub3

3. Ministério da Saúde (Brasil). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado 2020 maio 3]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)
4. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde sexual e saúde reprodutiva [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 jun 18]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)
5. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 dez 20]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
6. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 2020 jun 3]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112858/9789241505888\\_eng.pdf;jsessionid=A89D5F683BE76548996EC497F91CE4C2?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112858/9789241505888_eng.pdf;jsessionid=A89D5F683BE76548996EC497F91CE4C2?sequence=1)
7. World Health Organization. WHO validates elimination of mother to child transmission of HIV and syphilis in Cuba [Internet]. 2015 [citado 2020 jun 23]; Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/emtct-validation-cuba/en/>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Indicadores e dados básicos do HIV/AIDS - nos municípios brasileiros [Internet]. 2020 [citado 2021 jul 21]; Available from: <http://indicadores.aids.gov.br/>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 21]; Available from: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. DOU Seção 1 [Internet] 2011 [citado 2020 maio 25];148(121):109–11. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/06/2011&jornal=1&pagina=111&totalArquivos=184>
11. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet] 2014;48(5):766–74. Doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005114
12. Prefeitura de Juiz de Fora. A estratégia de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde PDAPS - Juiz de Fora [Internet]. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde; 2014 [citado 2020 ago 29]. Available from: [https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano\\_diretor/docs/implantacao.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf)



13. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Em Debate* [Internet] 2018;42(Spe):18–37. Doi: 10.1590/0103-11042018S102
14. Belo Horizonte (Prefeitura). Índice de vulnerabilidade da saúde 2012. Belo Horizonte: PMBH; 2013.
15. Schumann LRMA, Moura LBA. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2015;20(7):2105–20. Doi: 10.1590/1413-81232015207.10742014
16. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet] 2019;19(1):43–52. Doi: 10.1590/1806-93042019000100003
17. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2014;19(3):747–58. Doi: 10.1590/1413-81232014193.16042013
18. Silva GM, Pesce GB, Martins DC, Prado CM, Fernandes CAM, Silva GM, et al. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. *Enferm Glob* [Internet] 2020;19(57):107–50. Doi: eglobal.19.1.358351
19. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2016;21(6):1965–74. Doi: 10.1590/1413-81232015216.06162015
20. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet] 2013;13(2):89–100. Doi: 10.1590/S1519-38292013000200002
21. Esposti CDD, Santos-Neto ET, Oliveira AE, Travassos C, Pinheiro RS. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2020;25(5):1735–50. Doi: 10.1590/1413-81232020255.32852019
22. Silva EP. Análise da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária à saúde no município de João Pessoa/PB [Internet]. 2018 [citado 2021 ago 28]; Available from: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/30320/1/TESE%20Esther%20Pereira%20da%20Silva.pdf>
23. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saude Publica* [Internet] 2017 [citado 2021 jul 28];51:78. Doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066

24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 569, de 1 de junho de 2000. DOU Seção 1 [Internet] 2000 [citado 2020 jul 1];138(110-E):4–6. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/06/2000&jornal=1&pagina=4&totalArquivos=74>
25. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2014;30(Suppl 1):S85–100. Doi: 10.1590/0102-311X00126013
26. Araújo MAL, Freitas SCR, Moura HJ, Gondim APS, Silva RM. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. *BMC Public Health* [Internet] 2013;13(1):206. Doi: 10.1186/1471-2458-13-206
27. Araújo EC, Monte PCB, Haber ANCA, Araújo EC, Monte PCB, Haber ANCA. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde* [Internet] 2018;9(1):33–9. Doi: 10.5123/s2176-62232018000100005
28. Cesar JA, Camerini AV, Paulitsch RG, Terlan RJ. Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* [Internet] 2020;23:1–12. Doi: 10.1590/1980-549720200012
29. Freitas CHSM, Forte FDS, Galvão MHR, Coelho AA, Roncalli AG, Dias SMF. Inequalities in access to HIV and syphilis tests in prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2019;35(6). Doi: 10.1590/0102-311X00170918
30. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saúde Materno Infant* [Internet] 2020;19(4):865–72. Doi: 10.1590/1806-93042019000400007
31. Nogueira VMG, Cisne FIM, Vieira NAS, Ximenes AKM, Araújo AR, Magalhães FM, et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes portadoras de sífilis em um hospital e maternidade. *Rev Ciênc E Estud Acadêmicos Med* [Internet] 2020 [citado 2021 ago 28];(13):33–42. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/4945/3895>
32. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2013;18(5):1341–51. Doi: 10.1590/S1413-81232013000500019

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que, embora estejam bem definidos, os protocolos de cuidados no PN voltados à eliminação de doenças evitáveis como a sífilis e HIV ainda não estão sendo cumpridos de maneira adequada.

Devido a sua localização, Juiz de Fora é um município prioritário no suporte assistencial e científico em saúde da região. Historicamente, tornou-se um pólo de referência em diversos serviços prestados na área assistencial. Apesar de sua posição no cenário da saúde da região ainda encontra entraves na melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como a implantação de testes rápidos para detecção de sífilis e HIV durante o PN.

As variáveis que se mantiveram no modelo final foram faixa etária, histórico de prematuridade e número de gestações. Todas se relacionam de alguma forma com o fator socioeconômico ou algum tipo de vulnerabilidade social a que essas gestantes estão expostas uma vez que ter uma gravidez precoce, ter sofrido um parto prematuro por algum fator de risco que ainda possa prevalecer na gestação atual ou ter um número maior de gestações mantiveram-se associadas ao não cumprimento da dupla triagem.

Como o processo saúde-doença deve ser analisado dentro de um contexto social, os achados desse estudo mostram que há especificidades no perfil dessas gestantes e que falhas no atendimento PN ocorrem de maneira homogênea em todo o território do estudo. Logo, conhecer as vulnerabilidades associadas aos fatores de risco para um baixo cumprimento dessas testagens possibilita direcionar a atenção de forma mais cautelosa a este grupo de mulheres. Os dados gerados nessa pesquisa foram encaminhados à Secretaria de Saúde do município de Juiz de Fora como forma de apoiar os gestores na elaboração de programas de combate a esses agravos.

A eliminação desses agravos, embora factível, prevalece como desafio para o Brasil. O direito de segurança à saúde está intimamente relacionado à prevenção, ao diagnóstico e tratamento de doenças consideradas evitáveis. Assim, um fortalecimento da rede de assistência à saúde materno-infantil do município com aumento da testagem das gestantes na atenção primária conforme o protocolo e o encaminhamento, em tempo hábil, para a referência de tratamento das gestantes positivas reduz oportunidades perdidas de cuidado no PN e melhora a sua qualidade.

A testagem é o ponto inicial para que se tenha o diagnóstico e o tratamento oportunos, interrompendo assim a cadeia de transmissão da sífilis e do HIV.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR RIBEIRO, M. et al. Geoprocessamento em saúde como tecnologia de análise e monitoramento da hanseníase no município de Sobral-CE. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 41, n. 2, p. 451–465, 2018. DOI: 10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a2506.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 789–800, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000400018.

ARAÚJO, R. S. **A crise do desabastecimento da penicilina benzatina e o impacto na sífilis congênita**: um estudo ecológico no município do Rio de Janeiro. 2019. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/3966/2/Dissertacao%20Rachel%20Sarmeir%20parcial%20desbloqueada.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020.

BALIRA, R. et al. The Need for Further Integration of Services to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in Mwanza City, Tanzania. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, New York, v. 130 Suppl 1, p. S51-57, 2015. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.04.016.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1326–1330, 2009. DOI: 10.1590/S0080-62342009000600031.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055–18059, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>. Acesso em: 1 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento/Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 138, n. 110- E, p. 4–6, 8 jun. 2000. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/06/2000&jornal=1&pagina=4&totalArquivos=74>. Acesso em: 1 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Aids**: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento: unidade de assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Aids\\_etiologia\\_clinica\\_diagnostico\\_tratamento.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Aids_etiologia_clinica_diagnostico_tratamento.pdf). Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 3 maio 2020. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_prevencao\\_transmissao\\_verticahivsifilis\\_manualbolso.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticahivsifilis_manualbolso.pdf). Acesso em: 25 maio 2020. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 121, p. 109–111, 27 jun. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/06/2011&jornal=1&pagina=111&totalArquivos=184>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acesso em: 18 jun. 2020. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 151, n. 108, p. 67–69, 9 jun. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/06/2014&jornal=1&pagina=67&totalArquivos=144>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [file:///F:/FORMATATA%C3%87%C3%83O/2021/LIDIANE%20HU/ORIGINAIS/manual\\_sifilis\\_10\\_2016\\_pdf\\_23637.pdf](file:///F:/FORMATATA%C3%87%C3%83O/2021/LIDIANE%20HU/ORIGINAIS/manual_sifilis_10_2016_pdf_23637.pdf). Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e Hepatites Virais. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS**. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms>. Acesso em: 23 jun. 2020. (Nota Informativa nº 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo hiv em adultos e crianças**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Duas cidades eliminaram a transmissão do HIV de mãe para filho. Brasília, 25 set. 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2019/09/duas-cidades-eliminaram-a-transmissao-do-hiv-de-mae-para-filho/whatsapp-image-2019-09-25-at-16-47-08.jpeg>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. HIV/Aids. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, ano 5, dez. 2019c. Número especial. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, ano 5, out. 2019d. Número especial. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros**. 2020a. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e dados básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros**. 2020b. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. IDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina**

**Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001. DOI: 10.1590/S0037-86822001000200010.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 147–157, 2013. DOI: 10.1590/S0034-89102013000100019.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, p. 766–774, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005114.

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. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 29, p. 171–174, 2007. DOI: 10.1590/S0100-72032007000400001.

FREITAS, C. H. S. de M. *et al.* Desigualdades no acesso a testes para HIV e sífilis durante a assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00170918.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, p. 9–20, 2010. DOI: 10.1590/S0104-12902010000600003.

GERALDES NETO, B. *et al.* A sífilis no século XVI: o impacto de uma nova doença. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 16, n. 3, p. 127–129, 2009.

GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, p. 182–190, 2017. Suplemento 1. DOI: 10.1590/1980-5497201700050015.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. **A estratégia de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde PDAPS - Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano\\_diretor/docs/implantacao.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf). Acesso em: 29 ago. 2020.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde de Juiz de Fora. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. A sífilis em Juiz de Fora. **Boletim Epidemiológico**, Juiz de Fora, n. 2, ago. 2018. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/servicos/boletim/arquivos/1808.pdf>. Acesso em: 4 maio 2020.

LANGENDORF, T. F. *et al.* Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 758–766, 2012. DOI: 10.5380/ce.v17i4.30388.



LEAL, M. do C. *et al.* Prenatal care in the Brazilian Public Health Services. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 1–8, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001458.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 36, p. 56–64, 2014. DOI: 10.1590/S0100-72032014000200003.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500037.

MIRANDA, A. E. *et al.* Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00118215.

MIRANDA, C. S. C. *et al.* Spatial distribution of human visceral leishmaniasis cases in Cametá, Pará, Eastern Amazon, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 54, p. 1–5, 2021. DOI: 10.1590/0037-8682-0220-2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resolução CD50.R12. Estratégia e plano de ação para eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita**. Washington, 2010. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/414/CD50.R12-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021**: relatório final. Geneva: WHO, OPAS, 2021. Disponível em: <file:///F:/FORMATATA%C3%87%C3%83O/2021/LIDIANE%20HU/ORIGINAIS/CE168-INF-7-p-prevencao-controle-hiv.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021. (168ª Sessão do Comitê Executivo; Sessão virtual).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Dominica celebra la eliminación de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH y la sífilis**. 14 maio 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/es/noticias/14-5-2021-dominica-celebra-eliminacion-transmision-materno-infantil-infeccion-por-vih>. Acesso em: 20 maio 2021.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 237–250, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0436.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **New generations free of HIV, syphilis, hepatitis B, and chagas disease: EMTCT plus in the Americas**, 2018. Washington: PAHO, 2019. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50993/9789275120675\\_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50993/9789275120675_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em: 4 jun. 2020.

PREVIATI, S. M.; VIEIRA, D. M.; BARBIERI, M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. **Journal of Health & Biological Sciences (Online)**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 75–81, 2019. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.2104.p75-81.2019.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS BRASIL. **Informações básicas sobre o HIV e a AIDS**. c2020a. Brasília, c2020. Disponível em: <https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>. Acesso em: 16 jul. 2020b.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O HIV/AIDS BRASIL. **Estatísticas**. c2020b. Brasília, c2020. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 3 jun. 2020a.

RAIMUNDO, D. M. L. et al. Spatial analysis of congenital syphilis in the State of Rio Grande do Norte, between 2008 and 2018. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. 1–10, 2021. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0578.

RODRIGUEZ, P. J. *et al.* Cost-effectiveness of dual maternal HIV and syphilis testing strategies in high and low HIV prevalence countries: a modelling study. **The Lancet Global Health**, London, v. 9, n. 1, p. e61–e71, 2021. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30395-8.

ROTTA, O. Diagnóstico sorológico da sífilis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 299–302, 2005. DOI: 10.1590/S0365-05962005000300014.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 768–772, 2008. DOI: 10.1590/S0034-89102008000400026.

SÃO PAULO. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria de Saúde. **IST/Aids. Transmissão vertical**. São Paulo, 11 ago. 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istadays/index.php?p=245501>. Acesso em: 5 maio 2021.

SIEGFRIED, N. *et al.* Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, n. 7, p. CD003510, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD003510.pub3.

SOBRAL, A.; SOUZA-SANTOS, R. **Importância do geoprocessamento nas análises em saúde**. Salvador, [c20--]. Disponível em: <https://nehma.ufba.br/noticias/importancia-do-geoprocessamento-nas-analises-em-saude>. Acesso em: 8 jan. 2022.

SOUZA, E. M. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, p. 547–548, 2005. DOI: 10.1590/S0365-05962005000600017.

SOUZA, K. O. C. et al. Spatiotemporal clustering, social inequities and the risk of leptospirosis in an endemic area of Brazil: a retrospective spatial modelling.

**Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, Oxford, v. 115, n. 8, p. 854–862, 2021. DOI: 10.1093/trstmh/traa128.

TAUIL, P. L. Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 55–58, 1998. DOI: 10.5123/S0104-16731998000200006.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 3 abr. 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00195815.

UENO, T. M. R. L. *et al.* Socio-epidemiological features and spatial distribution of malaria in an area under mining activity in the Brazilian Amazon Region. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 19, p. 10384, 2021. DOI: 10.3390/ijerph181910384.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112858/9789241505888\\_eng.pdf;jsessionid=67B012C65EC37D63B49EF1313ADACA33?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112858/9789241505888_eng.pdf;jsessionid=67B012C65EC37D63B49EF1313ADACA33?sequence=1). Acesso em: 3 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual and reproductive health. **WHO validates elimination of mother to child transmission of HIV and syphilis in Cuba**. Geneva, 30 jun. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/emtct-validation-cuba/en/>. Acesso em: 23 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021: Towards ending AIDS**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 3 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on global sexually transmitted infection surveillance, 2018**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual and reproductive health. **Four curable sexually transmitted infections still affect millions worldwide**. Geneva, 6 jun. 2019. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/curable-stis/en/>. Acesso em: 3 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **OMS valida eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis em Cuba**. Geneva: WHO; UNAIDS, 2015. Disponível em: [https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/07/2015\\_06\\_30\\_Elimina%C3%A7%C3%A3o\\_Transmissao\\_Ve rtical\\_Cuba\\_Final.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/07/2015_06_30_Elimina%C3%A7%C3%A3o_Transmissao_Ve rtical_Cuba_Final.pdf). Acesso em: 5 jun. 2020.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Avaliação da ações de prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV e sífilis, na assistência pré-natal, na atenção primária à Saúde, no município de Juiz de Fora”. Nesta pesquisa pretendemos “Avaliar a prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV e sífilis, na assistência ao pré-natal nas Unidades de Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora, visando contribuir para a prevenção destas duas doenças”. O motivo que nos leva a estudar a prevenção destas duas doenças é que elas podem causar sérios problemas para a saúde da mulher e criança, e podem ser prevenidas com ações simples e baratas, realizadas durante o pré-natal.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A Sra terá que responder algumas perguntas feitas através de uma entrevista e também copiarei dados do seu cartão de pré-natal. Os riscos envolvidos na pesquisa são da Sra ser identificada considerando que as informações serão coletadas por gravação de voz, e também a identificação do seu nome. No entanto, todos os esforços serão empreendidos para a garantia da confidencialidade, segurança da informação coletada e da não-identificação dos participantes do estudo. A sua participação na pesquisa não trará qualquer benefício direto mas proporcionará um conhecimento a respeito da prevenção da sífilis e do HIV de TMF em Juiz de Fora, que poderá beneficiar outras crianças e suas famílias, alertando os profissionais de saúde a respeito de uma doença que pode ser prevenida com o tratamento adequado da gestante.

Para participar deste estudo a Sra não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra tem assegurado o direito a indenização. A Sra terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra é atendida. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Avaliação da ações de prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV e sífilis, na assistência pré-natal, na atenção primária à Saúde, no município de Juiz de Fora”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Lúcia de Lima Guedes  
Endereço: Av Eugênio Nascimento s/ número Bairro Dom Bosco  
CEP: 36038-330 / Juiz de Fora – MG  
Fone: (32) 999794822  
E-mail: ana.guedes@ufjf.edu.br

**Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO A – Roteiro estruturado para entrevista com a puérpera

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA COM A PUÉRPERA QUESTIONÁRIO N°: ( ) INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Para todo questionário, preencher: Não se aplica= 50 Não sabe informar ou Não se lembra= 51

VERIFIQUE O **CARTÃO DE PRÉ-NATAL**, preencha a parte IX!

VERIFIQUE O **PRONTUÁRIO** e preencha a parte X!

VERIFIQUE OS **EXAMES E PRESCRIÇÕES** que estejam de posse da gestante e preencha a parte XI e XII!

#### I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Nome da Unidade:	2. Nome da puérpera: <i>Este dado não é para ser digitado</i>
3. N° do prontuário da puérpera:	4. N° do prontuário do recém nascido:
5. Data da entrevista:	6. Data da 1ª revisão:
7. Data da 2ª revisão:	8. Data da digitação:
9. Entrevistador:	10. Hora do início/término:
11. Realização de pré-natal: (Pode assinalar mais de uma opção)	
Sim. Local/Locais:	
1. UAPS (JF)/ Código:	2. Serviço de Referência (JF):
3. Serviço de Saúde Suplementar (JF):	4. Outro:
12. Região sanitária de realização do pré-natal:	
Características da UAPS de realização pré-natal:	
13. 1. UAPS com ESF      2. UAPS Mista      3. UAPS Tradicional      4. PACS	
14. 1. UAPS campo    2. UAPS urbana	

#### II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

*Vou fazer algumas perguntas sobre gravidez.*

15. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta gravidez e algum aborto que você tenha tido? <b>SE FOR A PRIMEIRA VEZ QUE ENGRAVIDA, VÁ PARA O ÍTEM III</b>	
16. Qual era a sua idade na primeira gravidez? (em anos)	
17. Você fez pré-natal nas outras vezes em que ficou grávida? 0. Em nenhuma.      1. Apenas em algumas      2. Sim, em todas.	
18. Você já teve algum aborto?      0. Não (Vá para 20)      Sim. Quantos?	
19. Quantos abortos foram espontâneos?	
20. Quantos partos você já teve?	
21. Quantos partos foram cesarianas?	
22. Quantos filhos nasceram vivos?	
23. Algum filho nasceu morto?      0. Não      Sim, quantos?	
24. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida?      0. Não      Sim, quantos?	
25. Algum bebê seu nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)?      0. Não      Sim, quantos?	
26. Você já teve algum bebê que nasceu antes do tempo (< 9 meses ou < 37 sem)      0. Não      Sim, quantos?	
27. Então hoje você tem quantos filhos vivos?	

#### III. HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL

*Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua gravidez atual*

28. A primeira consulta individual de pré-natal, com médico ou enfermeiro, aconteceu em qual mês da gravidez?      01 / 02 / 03 / 04 / 05 / 06 / 07 / 08 / 09	
29. Em semanas?      Se início do pré-natal até 14 sem ou 3 meses (inclusive), vá para o 31	
30. Por que você não teve esta 1ª consulta mais no início da gravidez? (não ler as alternativas) 1-Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes)    2-Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse)    3. Dificuldades financeiras (não tinha dinheiro para o transporte)    4. Dificuldades pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo)    5. Dificuldades relacionadas ao trabalho (falta de tempo para ir às consultas)    6. Não sabia que estava grávida    7. Outro:	

31. Quantas consultas você fez de pré-natal UAPS?	
32. Quantas consultas você fez em outro local de pré-natal 0. Nenhuma Se Sim, quantas?	
33. A última consulta individual de pré-natal, com médico ou enfermeiro, aconteceu em qual mês da gravidez? 01 / 02 / 03 / 04 / 05 / 06 / 07 / 08 / 09	
34. Em semanas?	
35. Depois de cada consulta de pré-natal você teve a sua próxima consulta marcada? 0. Nunca 1. Às vezes 2. Sempre.	
36. Você participou de alguma atividade durante o pré-natal em que conversaram sobre o HIV e a sífilis, as consequências para você e o bebê e as formas de prevenção? 0. Não 1. Sim, para HIV 2. Sim para sífilis 3. Sim para HIV e sífilis	
37. O parceiro foi chamado para o pré-natal("Pré-natal do parceiro" ou "Pré-natal do homem")? 0. Não 1. Sim	
38. O parceiro participou de alguma consulta de pré-natal? 0. Não Se Sim. Quantas?	
39. Das relações sexuais que você teve durante a gravidez atual, elas aconteceram: 0. Não tive relações sexuais durante a gravidez (Vá para a 41) 1. Somente com um parceiro 2. Com mais de um parceiro	
40. Destas relações sexuais que você teve durante a gravidez, diria que o uso da "camisinha" ocorreu: 1. Em todas as vezes 2. Na maioria das vezes 3. Menos da metade das vezes 4. Em nenhuma vez	
41. Você consumiu bebida alcoólica durante a gestação? 0. Não Se Sim: 1. Menos de uma vez por mês 2. Uma vez ou mais por mês. (Se Resposta = 0, ou 1. Vá para a 47)	
42. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? 0. Menos de uma vez por semana Número de dias:	
43. Em geral, nos dias que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada). Número de dose (s):	
44. Nos últimos 30 dias você chegou a consumir 4 ou mais doses em uma única ocasião? 0. Não (Vá para o 46) 1. Sim	
45. Em quantos dias do mês isto ocorreu? Número de dias:	
46. Com que idade você começou a beber?	
<i>"Hoje em dia é muito comum as pessoas já terem experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. As seis próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias. Essas questões são muito importantes. Gostaria de lembrar que as informações são confidenciais e só serão usadas para a pesquisa"</i>	
47. Você alguma vez na vida usou drogas? 0. Não (Vá para o 50) Se sim: 1. Maconha 2. Crack 3. Cocaína 4. LSD 5. Outra: <i>Pode marcar mais de uma opção de resposta</i>	
48. Que idade você tinha quando começou a usar essa (s) droga (s)?	
49. Alguma vez na vida usou droga na veia? 0. Não 1. Sim	
50. E durante a gravidez, usou algum tipo de droga? 0. Não Se sim: 1. Maconha 2. Crack 3. Cocaína 4. LSD 5. Outra: <i>Pode marcar mais de uma opção de resposta</i>	
51. Seu atual companheiro usa ou já usou drogas? 0. Não (VÁ PARA O BLOCO IV) 1. Sim, já usou 2. Sim atualmente ele faz uso	
52. Que tipo de droga ele usa ou já usou? 1. Maconha 2. Crack 3. Cocaína 4. LSD 5. Outra: <i>Pode marcar mais de uma opção de resposta</i>	

#### IV. MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

<i>"Agora vou fazer algumas perguntas sobre o que você sabe sobre sífilis"</i>			
53. Você já ouviu falar da sífilis? 0. Não 1. Sim (Vá para o 54, mesmo que a resposta seja NÃO)			
54. Onde você ouviu, leu ou recebeu informações sobre sífilis? (Ler todas as opções/Pode marcar mais de uma)			
53.a	UBS- através do profissional de saúde	0. Não	1. Sim
53.b	UBS- através de cartaz, folder ...	0. Não	1. Sim
53.c	Escola	0. Não	1. Sim
53.d	Internet	0. Não	1. Sim
53.e	Amigos	0. Não	1. Sim
53.f	Outros:	0. Não	1. Sim

55. Agora vou ler frases sobre a forma de transmissão da sífilis. Gostaria que respondesse para cada frase, se você CONCORDA ou DISCORDA e caso não saiba, responda NÃO SEI INFORMAR = 51 (Leia todas as opções)			
54.a	O risco de transmissão da sífilis pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro não infectado.	1.Conc	2.Disc
54.b	Uma pessoa com aparência saudável pode ter sífilis	1.Conc	2.Disc
54.c	Usar camisinha é a melhor forma de evitar que a sífilis seja transmitida durante a relação sexual.	1.Conc	2.Disc
54.d	Uma pessoa pode adquirir sífilis ao compartilhar talheres, copos ou refeições	1.Conc	2.Disc
54.e	Uma mulher grávida que esteja com sífilis e receba um tratamento adequado com Benzatril durante a gravidez pode impedir que seu filho nasça com sífilis	1.Conc	2.Disc
54.f	Existe cura para a sífilis	1.Conc	2.Disc
56. Foi solicitado exame de sangue na primeira consulta de pré-natal? 0. Não 1. Sim			
57. O profissional de saúde informou os exames que estava pedindo? 0.Não 1. Sim Mesmo que a resposta seja NÃO prossiga para a 58.			
Foi pedido um exame para sífilis ...(exame de VDRL, exame treponêmico, exame para para Lues, FTA-ABS...) 58. Na sua 1ª consulta de pré-natal? 0. Não 1.Sim 51=Não sabe informar/foram pedidos vários exames  Se a resposta for SIM, vá para 59. Se a resposta for NÃO ou NÃO sabe informar, revise os dados do cartão de pré-natal e/ou o resultado dos primeiros exames que você copiou antes de iniciar a entrevista. Se tiver registro do primeiro exame VDRL, mostre à puérpera e vá para o 59. Se não houver registro do primeiro exame, vá para o 64. Na opção de resposta anote o que a mulher tiver respondido inicialmente!!!			
59. Você fez o exame para sífilis pedido na primeira consulta / ou você fez os exames que foram pedidos na primeira consulta? 0. Não (Vá para a 60) 1.Sim (Vá para a 61)			
60. Que dificuldade você teve para fazer esse primeiro exame para sífilis / ou Que dificuldade você teve para fazer os primeiros exames que foram pedidos? (não ler as alternativas) 1. Acesso (exame não disponível) 2. Acesso (dificuldades para marcar o exame na UAPS) 3. Acesso (dificuldade de coleta de sangue na UAPS) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame 5. Decisão pessoal (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 6. Condições financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) 7. Outra: (VÁ PARA O 64)			
61. Local onde foi feita a coleta de sangue para realização dos primeiros exames 1. UBS 2. Outro			
62. Quanto tempo, em média, demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado do exame para sífilis? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado dos 1os exames? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até seu médico ou enfermeiro te falarem do resultado dos 1os exames? 1. Até duas semanas 2. De duas a quatro semanas 3. Mais de 4 semanas			
63. Qual foi o resultado do seu primeiro exame para sífilis? 0-Negativo 1. Positivo (vá para 79) 2. Não chegou o resultado 51. Não sei informar, disseram-me que estava tudo bem 51 Não sei informar, não me disseram nada sobre os exames  Se a opção de resposta for 51 e na checagem do VDRL, este estiver positivo, vá para a 79			
ATENÇÃO! Se gestante com menos de 7 meses ou 28 semanas (QUESTOES 33 e 34), vá para o BLOCO V			
64. Foi solicitado exame de sangue no último trimestre de pré-natal? 0. Não 1. Sim			
65. O profissional de saúde informou os exames que estava pedindo? 0.Não 1. Sim Mesmo que a resposta seja NÃO prossiga para a 66.			
66. Foi pedido um exame de sífilis a partir do sétimo mês (ou 28 sem) de gravidez? 0.Não 1.Sim 2.Sim, só foi feito 1 exame e este foi após 7 meses 51=Não sabe informar/foram pedidos vários exames  Se a resposta for SIM, vá para 67. Se a resposta for NÃO ou NÃO sabe informar, revise os dados do cartão de pré-natal e/ou resultado dos exames pedidos após o sétimo mês, que você copiou antes de iniciar a entrevista. Se tiver registro do exame VDRL pedido após o sétimo mês, mostre à puérpera e vá para o 67. Se não houver registro vá para o bloco V. Na opção de resposta anote o que a mulher tiver respondido inicialmente!!!			
67. Você fez esse exame para sífilis? / ou você fez os exames que foram pedidos após o sétimo mês? 0. Não (vá para o 68) 1.Sim (Vá para 69)			
68. Que dificuldade você teve para fazer esse exame? (não ler as alternativas) 1. Acesso (exame não disponível) 2. Acesso (dificuldades para marcar o exame na UAPS) 3. Acesso (dificuldade de coleta de sangue na UAPS) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame			

5. Decisão pessoal (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 6. Condições financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) 7. Outra: (Vá para o bloco V)	
69. Local onde foi feita a coleta de sangue para realização dos exames após o sétimo mês 1. UBS 2. Outro	
70. Quanto tempo, em média, demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado do exame para sífilis pedido após o sétimo mês?/ ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado dos exames pedidos após o sétimo mês?/ ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até seu médico ou enfermeiro te falarem do resultado dos exames pedidos após o sétimo mês? 1. Até duas semanas 2. De duas a quatro semanas 3. Mais de 4 semanas 4. Outro	
71. Qual foi o resultado desse outro exame para sífilis, pedido após o sétimo mês de gravidez? 0. Negativo (vá para o bloco V) 1. Positivo 2. Não chegou resultado (vá para o bloco V) 51. Não sei informar, disseram-me que estava tudo bem 51 Não sei informar, não me disseram nada sobre os exames Se a opção de resposta for 51 e na checagem do VDRL, este estiver positivo, vá para a 79, se estiver negativo vá para o Bloco V	
<b>PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR:</b> Esta questão deve ser preenchida com os dados da questão 58, 59, 63, 66, 67, 71; cartão da gestante e cópias de exames; e sem perguntar à puérpera.	
72. Idade Gestacional quando foi solicitado o 1º exame de sífilis: 0. Não foi solicitado Se solicitado: idade gestacional (em semanas):	
73. Resultado do 1º exame? 0. Não foi realizado Se realizado: 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado	
74. Se positivo, anotar o resultado:	
75. Idade gestacional quando foi solicitado um 2º exame de sífilis após o sétimo mês de gestação: 0. Não foi solicitado Se solicitado: idade gestacional:	
76. Resultado deste 2º exame: 0. Não foi realizado Se realizado: 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado	
77. Se positivo, anotar o resultado:	
78. Resultado do 2º VDRL com mais de 30 dias da DPP: 0. Não 1. Sim	
79. O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da sífilis para você e o bebê? 0. Não 1. Sim	
81. Você apresentou algum sinal ou sintoma antes de engravidar ou durante a gravidez como: 1. úlceras na vagina, ânus ou boca, indolores 2. Adenomegalias ("ínguas") indolores 3. Febre 4. Lesões na pele e mucosas (roséola, condiloma plano, alopecia) 5. Lesões na pele e mucosas (tubérculos ou gomas) 6. Acometimento cardiovascular (aortite sífilítica, aneurisma aórtico) 7. Alterações neurológicas (Tabes dorsalis, demência) 8. Alterações nos ossos e articulações 9. Outro:	
<b>PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR:</b> Esta questão deve ser preenchida com os dados das questões 63, 71, 81, 143 a 149 e análise do perfil sorológico (cartão da gestante, sorologias) e sem perguntar à puérpera.	
82. Classificação clínica da sífilis: 1. Primária 2. Secundária 3. Latente recente 4. Latente tardia 5. Latente de duração ignorada 6. Terciária 7. Neurosífilis	
83. Foi passado algum tratamento para você, como Benzetacil, ou outro? 0. Não (vá para o 99) Se Sim, qual foi o tratamento passado para você? 1. Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Penicilina Cristalina IV por 10 dias 5. Outro:	
84. Você fez o tratamento? 0. Não (vá para 89) 1. Sim, completo 2. Sim, incompleto _____ 3. Ainda em tratamento	
85. A aquisição do medicamento foi na Farmácia da UBS? 0. Não: local: 1. Sim	
86. O Benzetacil foi aplicado na UBS? 0. Não: Local: 1. Sim	
87. Qual foi a data da primeira dose de Benzetacil aplicada? Data:	
88. Qual foi a data da última dose de Benzetacil aplicada? Data: (Vá para a 90)	
89. Por que não fez o tratamento? (não ler as alternativas) 1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) 2. Dificuldade de acesso (o medicamento foi solicitado pela UBS mas ainda não chegou) 3. Dificuldade de acesso (tinha o medicamento mas não tinha quem o aplicasse) 4. Decisão pessoal (não quis tratar, teve medo do tratamento) 5. Outra:	
90. Você fez um novo exame de sífilis após terminar o tratamento? 0. Não 1. Sim 2. Ainda está em tratamento/tratamento há menos de 1 mês	
91. Foi passado algum retratamento para sífilis? 0. Não (Vá para 99) Se Sim: 1. Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2	



semanas	3. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas	
4. Penicilina Cristalina IV por 10 dias	5. Outro:	
<b>PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR</b>		
92. Qual a indicação para o retratamento? (pode marcar mais de uma)		
1. Não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado		
2. Aumento da titulação em duas diluições em qualquer momento do seguimento		
3. Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.		
Não se enquadram como resposta imunológica adequada ou critérios de retratamento e:		
4. Parceiro não tratado e manteve relações sexuais /reexposição de risco		
5. Primeiro tratamento incompleto		
6. Primeiro tratamento incorreto/ Descreva:		
7. Outro:		
93. Você fez o retratamento? 0. Não (Vá para o 98) 1. Sim, completo 3. Sim, incompleto		
94. A aquisição do medicamento foi na Farmácia da UBS? 0. Não: local:		1. Sim
95. O Benzetacil foi aplicado na UBS? 0. Não: Local:		1. Sim
96. Data do início do retratamento:		
97. Data do término do retratamento:		
98. Por que não fez o retratamento? (não ler as alternativas)		
1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) 2. Dificuldade de acesso (o medicamento foi solicitado pela UBS mas ainda não chegou) 3. Dificuldade de acesso (tinha o medicamento mas não tinha quem o aplicasse) 4. Decisão pessoal (não quis tratar, teve medo do tratamento) 5. Outra:		
99. Foi pedido um exame de sífilis para o seu parceiro? 0. Não 1. Sim		
100. O seu parceiro realizou exame para sífilis? 0. Não 1. Sim (se Não ou Não sabe informar vá para 102)		
101. Caso afirmativo, pergunte a mulher o resultado do exame do parceiro: 0. Negativo 1. Positivo		
102. Foi passado tratamento para o seu parceiro? 0. Não (vá para o 106) 1. Sim		
103. Você sabe como foi feito o tratamento do seu parceiro? 0. Não sei informar Se Sim, abaixo:		
1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Penicilina Cristalina IV por 10 dias 5. Sim, Outro: 6. Parceiro não realizou Tratamento (vá para 106)		
104. Você sabe se o seu parceiro aplicou o Benzetacil na UBS? 0. Não sei informar 1. Sim, aplicou na UBS 2. Aplicou em outro local/motivo:		
105. O seu parceiro aplicou Benzetacil no mesmo período que você? 0. Não 1. Sim (Se a gestante não fez o tratamento – Q 82 – MARCAR 50- NÃO SE APLICA)		
106. Houve dificuldades para tratar o seu parceiro? 0. Não houve Se Sim:		
1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) 2. Dificuldade de acesso (o medicamento foi solicitado pela UBS mas demorou a chegar / ainda não chegou) 3. Dificuldade de acesso (tinha o medicamento mas não tinha quem o aplicasse) 4. Decisão pessoal (não quis tratar, teve medo do TT) 5. Outra:		
107. Das relações sexuais que você teve durante e após o tratamento da sífilis você diria que o uso da "camisinha" aconteceu: 0. Não tive relações sexuais durante a gravidez 1. Em todas as vezes 2. Na maioria das vezes 3. Menos da metade das vezes 4. Em nenhuma vez		
<b>PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR: Esta questão deve ser preenchida com os dados das questões 83, 84, 87, 88 – 102, 104, 105 e análise das sorologias realizadas pela puérpera durante a gestação. Se houve necessidade de retratamento, considerar as questões 93, 96, 97:</b>		
108. Classificação do tratamento materno: 1. Sífilis adequadamente tratada 2. Sífilis inadequadamente tratada 3. Sífilis não tratada		
Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da GESTANTE com sífilis, como:		
108-a Administração de penicilina benzatina		0. Não 1. Sim
108-b Início do tratamento até 30 dias antes do parto		0. Não 1. Sim
108-c Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico		0. Não 1. Sim
108-d Respeito ao intervalo recomendado de doses		0. Não 1. Sim
108-e Risco de reinfeção (parceiro (s) não tratado(s))		0. Não 1. Sim
108-f Documentação de queda de título do VDRL em pelo menos duas diluições em três meses, ou quatro diluições em seis meses após conclusão do tratamento-resposta imunológica adequada		0. Não 1. Sim

109. Você recebeu orientação do profissional que realizou o pré-natal, da necessidade do uso de preservativo (masculino ou feminino, "camisinha") durante e após o tratamento? 0. Não 1. Sim	
110. Você conseguiu o preservativo com facilidade na sua UAPS nos últimos 12 meses? 1. Sim Se Não abaixo: 2. Não tinha na UAPS 3. Tinha que participar de palestras 4. Somente durante a consulta 5. Estava sem documentos 6. Não tentei pegar camisinha na UAPS 7. Não sabia que tinha que usar camisinha 7. Outros:	
111. Após o resultado de exame de VDRL positivo, te encaminharam para outro ambulatório de pré-natal (pré-natal de alto risco / pré natal de referência)? 0. Não (Se não vá para o bloco V) 1. Sim	
112. Quem realizou a marcação da consulta 1. A UAPS 2. Você mesma	
113. Quanto tempo demorou entre o encaminhamento e a primeira consulta neste outro ambulatório de pré-natal? 1. Até 15 dias 2. De 16 a 30 dias 3. Mais de 30 dias	
114. Mesmo sendo encaminhada para o outro ambulatório de pré-natal (pré-natal de alto risco) você manteve as consultas de pré-natal na UAPS? 0. Não 1. Sim	
115. Foi prescrito o tratamento antes do encaminhamento 0. Não 2. Sim	

#### V. MANEJO DO HIV NA GESTAÇÃO

"Agora vou fazer perguntas sobre o que você sabe sobre HIV"			
116. Você já ouviu falar sobre HIV? 0. Não 1. Sim (Vá para a 117, mesmo que a resposta seja NÃO)			
117. Onde você ouviu, leu ou recebeu informações sobre HIV? (Ler todas as opções)			
117.a	UBS- profissional de saúde	0.Não	1.Sim
117.b	UBS- cartaz, folder	0.Não	1.Sim
117.c	Escola	0.Não	1.Sim
117.d	Internet	0.Não	1.Sim
117.e	Amigos	0.Não	1.Sim
117.f	Outros:	0.Não	1.Sim
118. Agora vou ler frases sobre as formas de transmissão do vírus da AIDS. Gostaria que respondesse para cada frase, se você CONCORDA ou DISCORDA em cada afirmativa, e caso não saiba, responda NÃO SEI INFORMAR = 51 (Leia todas as opções)			
118.a	O risco de transmissão do vírus da AIDS pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro não infectado.	1.Conc	2.Disc
118.b	Uma pessoa com aparência saudável pode ter AIDS	1.Conc	2.Disc
118.c	Usar camisinha é a melhor forma de evitar que o vírus da AIDS seja transmitido durante a relação sexual.	1.Conc	2.Disc
118.d	Uma pessoa pode ser infectada com o vírus da AIDS ao compartilhar talheres, copos ou refeições	1.Conc	2.Disc
118e	Uma mulher grávida que esteja com o vírus da AIDS e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto diminui o risco de passar o vírus da AIDS para o seu filho	1.Conc	2.Disc
118.f	Não existe cura para a AIDS	1.Conc	2.Disc
Foi pedido um exame para diagnóstico do HIV, o vírus da AIDS ...			
119. Na sua 1ª consulta de pré-natal? 0. Não 1.Sim 51=Não sabe informar/foram pedidos vários exames			
Se a resposta for SIM, vá para a 120			
Se a resposta for NÃO ou NÃO sabe informar, revise os dados do cartão de pré-natal e/ou o resultado dos primeiros exames que você copiou antes de iniciar a entrevista. Se tiver registro do primeiro exame para HIV, mostre à puérpera e vá para a 120. Se não houver registro do primeiro exame, vá para o 125.			
Na opção de resposta anote o que a mulher tiver respondido inicialmente!!!			
120. Conversaram com você sobre o exame de HIV antes dele ser pedido? 0. Não Se Sim, nesta conversa também falaram da sífilis? 1. Sim, falaram apenas sobre HIV 2. Sim, falaram sobre HIV e sífilis			
121. Você fez o exame para HIV pedido na primeira consulta? / ou Você fez os exames que foram pedidos na primeira consulta? 0. Não (VÁ PARA A 122) 1.Sim (VÁ PARA A 123)			
122. Que dificuldade você teve para fazer esse primeiro exame para HIV / ou os primeiros exames que foram pedidos? (não ler as alternativas)			
1. Acesso (exame não disponível) 2. Acesso (dificuldades para marcar o exame na UAPS)			
3. Acesso (dificuldade de coleta de sangue na UAPS) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame			

5. Decisão pessoal (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 6. Condições financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) 7. Outra: <b>(VÁ PARA O BLOCO VI)</b>	
123. Quanto tempo, em média, demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado do exame para sífilis? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado dos 1os exames? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até seu médico ou enfermeiro te falarem do resultado dos 1os exames? 1. Até duas semanas 2. De duas a quatro semanas 3. Mais de 4 semanas	
124. Qual foi o resultado do primeiro exame para HIV que você fez? 0-Negativo 1. Positivo (Vá para o 135) 2. Indeterminado (Vá para o 135) 3. Não recebeu o resultado 51. Não sei informar, disseram-me que estava tudo bem 51 Não sei informar, não me disseram nada sobre os exames  Se a opção de resposta for 51 e na checagem do HIV, este estava positivo, vá para a 135	
<b>ATENÇÃO!</b> Se gestante com menos de 7 meses ou 28 semanas, vá para <b>BLOCO VI</b>	
125. Foi pedido um outro exame para diagnóstico da infecção pelo HIV, o vírus da AIDS, a partir do sétimo mês de gravidez (ou a partir de 28 semanas)? 0. Não (Vá para o Bloco VI) 1. Sim 51=Não sabe informar/foram pedidos vários exames  Se a resposta for SIM, vá para a 126 Se a resposta for NÃO ou NÃO sabe informar, revise os dados do cartão de pré-natal e/ou o resultado dos últimos exames que você copiou antes de iniciar a entrevista. Se tiver registro do último exame para HIV, mostre à puérpera e vá para a 127. Se não houver registro do último exame, vá o BLOCO VI. Na opção de resposta anote o que a mulher tiver respondido inicialmente!!!	
126. Conversaram com você sobre o exame de HIV antes dele ser pedido? 0. Não Se Sim, nesta conversa também falaram da sífilis? 1. Sim, falaram apenas sobre HIV 2. Sim, falaram sobre HIV e sífilis	
127. Você fez este exame para HIV pedido após o sétimo mês/ ou você fez os exames que foram pedidos após o sétimo mês? 0. Não 1. Sim (VÁ PARA O 129) 2. Sim, só foi feito um exame e este foi após 7 meses (VÁ PARA 129)	
128. Que dificuldade você teve para fazer esse exame para HIV / ou os exames pedidos após o sétimo mês? (não ler as alternativas) 1. Acesso (exame não disponível) 2. Acesso (dificuldades para marcar o exame na UAPS) 3. Acesso (dificuldade de coleta de sangue na UAPS) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame 5. Decisão pessoal (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 6. Condições financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) 7. Outra: <b>VÁ PARA O BLOCO VI</b>	
129. Quanto tempo, em média, demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado do exame para HIV? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado dos exames pedidos após o sétimo mês/ os exames? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até seu médico ou enfermeiro te falarem do resultado dos exames pedidos após o sétimo mês? 1. Até duas semanas 2. De duas a quatro semanas 3. Mais de 4 semanas	
130. Qual foi o resultado deste exame para diagnóstico do vírus HIV que você fez? 0-Negativo (vá para bloco VI) 1. Positivo 2. Indeterminado 3. Não recebeu o resultado (vá para bloco VI)  Se a opção de resposta for 51 e na checagem do HIV, este estava positivo, vá para a 135	
<b>PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR:</b> Esta questão deve ser preenchida com os dados da questão 119, 121, 125, 127; análise cartão da gestante e cópias de exames; e sem perguntar à puérpera:	
131. Idade Gestacional quando foi solicitado o 1º exame para HIV: 0. Não foi solicitado Se solicitado: idade gestacional:	
132. Resultado do 1º exame? 0. Não foi realizado Se realizado: 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado	
133. Idade gestacional quando foi solicitado um 2º exame para HIV após o sétimo mês de gestação: 0. Não foi solicitado Se solicitado: idade gestacional:	
134. Resultado deste 2º exame: 0. Não foi realizado Se realizado: 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado	
135. Conversaram com você na UAPS após o resultado positivo/ indeterminado do exame? 0. não 1. Sim	
136. Você foi encaminhada para o SAE? 0. Não (vá para o bloco VI) 1. Sim	
137. Quem realizou a marcação da consulta no SAE 1. A UAPS 2. Você mesma	

138. Quanto tempo demorou entre o encaminhamento e a primeira consulta no SAE? 1. Até 15 dias    2. De 16 a 30 dias    3. Mais de 30 dias	
--	--

#### VI. HISTÓRIA PREGRESSA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

<i>Você vai nos auxiliar muito se responder algumas perguntas mais pessoais. Como este questionário é anônimo, quer dizer, seu nome não é identificado nas respostas, você pode responder muito francamente.</i>		
139. Qual a idade que você teve a sua primeira menstruação (menarca) ? (em anos)		
140. Qual era a sua idade quando você teve a sua primeira relação sexual com um homem? (em anos)		
141. Algum médico ou outro profissional de saúde já lhe informou que você tinha sífilis alguma vez na vida? 0. Não (vá para 146)    1. Sim		
142. A sífilis foi diagnosticada durante alguma gravidez anterior/ durante o pré-natal?    0. Não    1. Sim		
143. Ano do diagnóstico:    1ª vez:    2ª vez:		
144. Foi feito tratamento?    1ª vez: 0. Não    1. Sim    2ª vez: 0. Não    1. Sim		
145. Qual o tratamento realizado? (codificar como 83)    1ª vez:    2ª vez:		
146. Algum parceiro sexual seu, incluindo o atual, já teve sífilis?    0. Não (vá para o 150) Sim- Quantos?    1    2		
147. Ano do diagnóstico do parceiro:    1:    2:		
148. O parceiro realizou tratamento?    1: 0. Não    1. Sim    2: 0. Não    1. Sim		
149. Qual o tratamento realizado no parceiro? (codificar como 103)    1:    2:		
150. Você já teve alguma outra doença transmitida por relação sexual (doença venérea/DST/IST), diferente da sífilis?    0. Não    1. Sim    CONTINUAR MESMO QUE RESPONDA NÃO		
Pensando nos últimos 12 meses e em toda a sua vida, você notou/percebeu a presença de alguma alteração nas partes genitais/anaís do tipo:		
151. Úlcera ou ferida genital/anal:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	
152. Corrimento vaginal:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	
153. Verrugas genitais/anaís:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	
Agora, algum médico ou outro profissional de saúde já lhe informou que você teve alguma das seguintes condições nos últimos 12 meses e em toda a vida?		
154. Herpes genital/anal:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	
155. Cancro mole:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	
156. Gonococcia/ Gonorréia:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	
157. Infecção por clamídia:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	
158. Linfogranuloma venéreo:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	
159. Condiloma:    Últimos 12 meses: 0. Não    1. Sim    Toda a vida: 0. Não    1. Sim	/	

#### VII. IDENTIFICAÇÃO DA MULHER E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

*Vou fazer algumas perguntas sobre você, sua família e sua casa.*

160. Quantos anos você tem?	
161. Qual a data do seu nascimento?	
162. Qual o seu endereço completo/ponto de referência?	
163. Em que Município?    1. Juiz de Fora    2. Outro:	
164. Você tem telefone(s) para contato?    0. Não    1. Sim qual(is)	
165. A respeito da sua situação conjugal, você... 1. Vive com companheiro.    2. Tem companheiro, mas não vive com ele    3. Não tem companheiro	
166. Como você se considera em relação a sua cor da pele?    1. Branca    2. Preta    3. Amarela    4. Parda (morena/mulata)    5. Indígena	
167. Qual foi a última série que você completou na escola? Nenhuma:00    1-1ª a 4ª série incompleta do EF(antigo primário ou 1º grau)    2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)    3- 5ª a 8ª série incompleta do EF(antigo ginásio ou 1º grau)    4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)    5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)    6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)    7- Educação superior incompleta    8- Educação superior completa    9- Ignorado    10- Outra:	

168. Qual a sua ocupação principal?	
169. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscate ou bolsa família? 0.Não 1.Pensão 2.Aposentadoria 3.Biscate 4.Bolsa família 5.Outro:	
170. Qual a sua renda individual mensal? (reais)	
171. Qual a renda familiar total no último mês? (reais)	
172. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você?	
173. Quantas pessoas que contribuem com dinheiro em casa?	
174. Quem é o chefe da família? <i>Explique: Considere como chefe da família a pessoa que contribui com maior parte da renda. (Ler até a alternativa 3)</i> 1. Você (a própria mulher) (Vá para a alternativa 175) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. Outros	
175. Qual foi a última série que o chefe de família completou na escola? Escolaridade formal: 0- Nenhuma 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Outra:	
<i>Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa. Vamos começar. Na sua casa tem...</i>	
176. Carro particular	0. Não 1. Sim. Quantos?
177. Motocicleta particular	0. Não 1. Sim. Quantos?
178. Empregada mensalista (trabalha pelo menos 5 dias por semana)	0. Não 1. Sim. Quantos?
179. Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)	0. Não 1. Sim. Quantos?
180. Máquina secadora de roupa	0. Não 1. Sim. Quantos?
181. Quantidade de banheiros	0. Não 1. Sim. Quantos?
182. DVD	0. Não 1. Sim. Quantos?
183. Geladeira	0. Não 1. Sim. Quantos?
184. Freezer	0. Não 1. Sim. Quantos?
185. Computador (não considerar Tablet, palms ou Smartphones)	0. Não 1. Sim. Quantos?
186. Lavadora de louça	0. Não 1. Sim. Quantos?
187. Forno micro-ondas	0. Não 1. Sim. Quantos?
188. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não 1. Sim	

*Obrigada pela sua paciência e boa vontade em responder as perguntas!*

#### **VIII. SER PREENCHIDO PELO ENTREVISTADOR AO FINAL DA ENTREVISTA:**

189. A cooperação da entrevistada foi: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca	
Obs 1: Se a puérpera REALIZOU PRÉ-NATAL, mas NÃO ESTIVER DE POSSE DO CARTÃO DO PRÉ-NATAL, solicite que ela providencie o cartão para o próximo dia e REGISTRE AQUI!!! CHECK SE ELA TROUXE O QUE FOI SOLICITADO NO PRÓXIMO DIA E PREENCHA O ÍTEM IX	
Obs 2: Se a puérpera REALIZOU PRÉ-NATAL, mas NÃO ESTIVER DE POSSE DOS RESULTADOS DE EXAMES E PRESCRIÇÕES, solicite que ela providencie para o próximo dia e REGISTRE AQUI!!! CHECK SE ELA TROUXE O QUE FOI SOLICITADO NO PRÓXIMO DIA E PREENCHA OS ÍTEMS XI E XII	
Obs 3: Registre outras informações sobre o comportamento da mulher durante a entrevista, que julgar necessário!	

INFORMAÇÕES OBTIDAS DE FONTES SECUNDÁRIAS: PRONTUÁRIO DESTA INTERNAÇÃO,  
 CARTÃO DA GESTANTE, EXAMES LABORATORIAIS E PRESCRIÇÕES  
 QUESTIONÁRIO : ( ) Nº DE PRONTUÁRIO DA GESTANTE: ( )

### IX. CARTÃO DA GESTANTE

Para o preenchimento do cartão utilizar: Não se aplica=50 Não registrado=51  
 Variável não constar no cartão=88 (como existem vários tipos de cartão em uso na rede de saúde, quando a  
 variável não constar no cartão da gestante, anotar 88)

190. Qual o tipo de cartão da gestante utilizado?	
1. Cademeta da gestante (inclui pré-natal do parceiro)	4. Cartão propaganda de laboratório
2. Cademeta da gestante (não inclui o pré-natal do parceiro)	5. Outro:
3. Cartão da gestante (MS)	
191. Nome da gestante:	
192. Nome da Unidade de Saúde do pré-natal:	
193. Número do cartão do SUS:	
194. Número do SISPRENATAL:	
195. Instrução/Escolaridade:	
196. Idade:	
197. Estado civil/união :	
<b>Antecedentes Obstétricos: anotar os valores que constam no cartão</b>	
198. Gesta:	
199. Aborto:	
200. Partos vaginais :	
201. Cesarianas:	
202. Filhos nascidos vivos:	
203. Filhos nascidos mortos:	
204. Filhos nascidos a termo:	
205. Filhos nascidos prematuros:	
206. Filhos nascidos com peso < 2500g:	
207. Neomortos:	
<b>Gravidez atual / controle pré-natal</b>	
208. Data da 1ª consulta de pré-natal:	
209. Idade Gestacional na primeira consulta:	
210. Número de consultas de pré-natal:	
211. DUM:	
212. DPP:	
213. Data da 1ª USG:	
214. IG na 1ª USG:	
215. Data da última USG:	
216. IG na última USG:	
217. Data da última consulta:	
218. Idade gestacional na última consulta:	
219. Sorologia para sífilis: 1.Sim	
220. Data do PRIMEIRO exame para sífilis:	
221. Qual(is) o(s) tipo(s) de exame(s) realizado(s)?	1. VDRL 2. FTA-ABS 3. Outro:
O resultado do exame foi:	
222. VDRL:	0. Não reagente 1. Reagente
223. FTA-ABS:	0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente
224. Outro:	0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente
Se o VDRL foi reagente, a diluição foi:	
225. 1:001 1:002 1:004 1:008 1:016 1:032 1:064 1:128 >128	
226. Data do SEGUNDO exame para sífilis:	
227. Qual(is) o(s) tipo(s) de exame(s) realizado(s)?	1. VDRL 2. FTA-ABS 3. Outro:
O resultado do exame foi:	
228. VDRL:	0. Não reagente 1. Reagente
229. FTA-ABS:	0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente

230.	Outro:	0. Negativo/Não reagente	1. Positivo/Reagente	
231.	Se o VDRL foi positivo, a diluição foi: 1:001 1:002 1:004 1:008 1:016 1:032 1:064 1:128 >128			
232.	Registro de algum tratamento para sífilis durante a gestação: 0. Não 1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 14 dias 5. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 30 dias 6. Sim, Outro:			
233.	Data da 1ª dose da penicilina G benzatina:			
234.	Data da última dose de penicilina G benzatina:			
235.	Registro de algum exame para sífilis do PARCEIRO:		0. Não (vá para a 243)	1. Sim
SE SIM, Qual o tipo de exame registrado para o parceiro?				
236.	VDRL:	0. Não	1. Sim	
237.	FTA-ABS:	0. Não	1. Sim	
238.	Outro:	0. Não	1. Sim	
O resultado do exame registrado para o parceiro foi:				
239.	VDRL:	0. Não reagente	1. Reagente	
240.	FTA-ABS:	0. Negativo/Não reagente	1. Positivo/Reagente	
241.	Outro:	0. Negativo/Não reagente	1. Positivo/Reagente	
242.	Se o VDRL do parceiro foi positivo, a diluição: 1:001 1:002 1:004 1:008 1:016 1:032 1:064 1:128 >1:128			
243.	Registro de algum tratamento do PARCEIRO, para sífilis: 0. Não 1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 14 dias 5. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 30 dias 6. Sim, Outro:			
244.	Data da 1ª dose da penicilina G Benzatina do parceiro:			
245.	Registro de Sorologia para HIV da GESTANTE		0. Não	1. Sim
246.	Data do primeiro exame para HIV:			
247.	Resultado do primeiro exame HIV:		0. Negativo	1. Positivo 2. Indeterminado
248.	Data do segundo exame para HIV:			
249.	Resultado do segundo exame HIV:		0. Negativo	1. Positivo 2. Indeterminado
250.	Participação em atividades educativas:		1. IST/AIDS	2. outras

Se você pegou o cartão de pré-natal e exames de pré-natal com a puérpera, devolva-os e agradeça por sua colaboração! Se os exames e cartão estavam junto ao prontuário, coloque-os onde você os retirou!

#### X. AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM DEVEM SER OBTIDAS DO PRONTUÁRIO DESTA INTERNACÃO E/OU PRESCRIÇÕES MÉDICAS

251.	A gravidez atual foi:						
	1. Única	2. Dupla	3. Triplice	4. Outra			
252.	A condição do feto desta gravidez foi:			1º	2º	3º	
	Nascimento vivo a termo .....	1	1	1		( )1	
	Nascimento vivo prematuro .....	2	2	2			
	Natimorto .....	3	3	3		( )2	
	Aborto .....	4	4	4			
	Outro .....	5	5	5		( )3	
	Se outro, especificar:						
253.	O tipo de procedimento desta gravidez foi:			1º	2º	3º	
	Parto Normal .....	1	1	1		( )1	
	Parto cesáreo .....	2	2	2			
	Parto com fórceps .....	3	3	3		( )2	
	Curetagem .....	4	4	4			
	Outro .....	5	5	5		( )3	
	Se outro, especificar:						
254.	Data do parto ou aborto:						
255.	Peso de nascimento (gramas):						
256.	Há registro de realização de algum exame para sífilis nesta maternidade ? (no pré-parto ou puerpério)						
	0. Não	1. Sim (REGISTRE NO ÍTEM XI)					

257. Há registro de realização de algum exame para HIV nesta maternidade? (no pré-parto ou puerpério) 0.Não 1. Sim (REGISTRE NO ITEM XI)	
Se as respostas aos itens 254 e 255 for NÃO = AVISAR A EQUIPE RESPONSÁVEL PELA PUERPERA E RECÉM NASCIDO (Avisar também, se os resultados forem positivos)	

OBSERVAÇÕES:

**XI- RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAS DE POSSE DA MULHER e os REALIZADOS NO PARTO, PUERPÉRIO OU PÓS ABORTO OU CURETAGEM**

	Tipo de Exame	Datas				Idade Gestacional	Resultado
		Solicitação	coleta	liberação	Impressão		
Para Sífilis	258	259	260	261	262	263	264
	265	266	267	268	269	270	271
	272	273	274	275	276	277	278
	279	280	281	282	283	284	285
	286	287	288	289	290	291	292
	293	294	295	296	297	298	299
Para HIV	300	301	302	303	304	305	306
	307	308	309	310	311	312	313
	314	315	316	317	318	319	320
	321	322	323	324	325	326	327

Ultrassonografias obstétricas:

Data	IG	Alterações
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339

**XII- PRESCRIÇÕES PARA O TRATAMENTO DA SÍFILIS, DE POSSE DA MULHER**

340. Data do início do tratamento:

341. Data do término do tratamento:

342. Drogas e esquema prescrito:



## ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MÃE PARA FILHO DA SÍFILIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

**Pesquisador:** Ana Lúcia de Lima Guedes

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 80417117.2.0000.5147

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA - UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.749.587

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** analisar as ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na APS no município de Juiz de Fora, visando contribuir para a efetividade destas ações. **Objetivos Secundários:** Avaliar a implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na APS no município de Juiz de Fora, visando a melhoria do programa; Verificar o grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal em relação aos componentes de prevenção (educação em saúde e aconselhamento), assistência (diagnóstico, tratamento) e vigilância epidemiológica (notificação dos casos); Analisar os fatores dos contextos externo e interno associados ao grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis; Identificar fatores facilitadores e obstáculos à implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis; Analisar a integração das ações para a prevenção da TMF do HIV e da sífilis na assistência pré-natal, na APS no município de Juiz de Fora. Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.749.587

proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendidos, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os possíveis riscos serão a identificação dos entrevistados, considerando informações coletadas por gravação de voz e identificação de nomes; e, identificação dos usuários dos bancos de dados secundários. Todos os esforços serão empreendidos para a garantia da confidencialidade, segurança da informação coletada e da não-identificação dos participantes do estudo. Realizar-se-á, na medida do possível, o máximo de estratégias para a não identificação (em falas, omissão de nomes, profissão). Não serão entrevistadas puérperas no pós parto imediato, em consideração ao provável cansaço apresentado imediatamente após os procedimentos relacionados à parturição. Na coleta de dados em dias consecutivos, pacientes não entrevistadas na véspera serão convidadas a participar. A participação do estudo será voluntária e desvinculada de qualquer forma de remuneração. Não haverá benefício direto para o participante. Os possíveis benefícios da pesquisa serão sua contribuição para o melhor entendimento da prevenção da TMF da sífilis e HIV na cidade de Juiz de Fora, e o consequente aprimoramento da assistência à população de gestantes, cuja vulnerabilidade à sífilis e ao HIV é tanto biomédica quanto social, econômica e cultural.

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador apresentou a emenda, onde foi solicitada a prorrogação de prazo para execução do projeto, além da inclusão de novos pesquisadores. A nova equipe ajudará na recuperação de dados faltantes e contribuirá na tabulação dos dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.749.587

linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

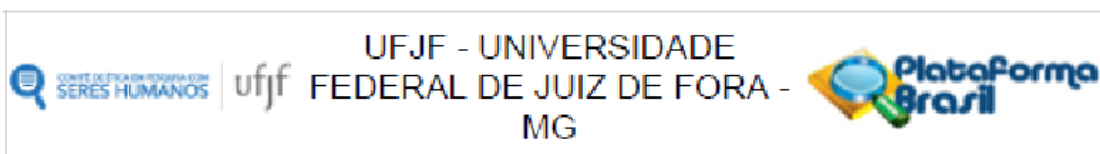
Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2020.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.749.587

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1473712_E4.pdf	18/11/2019 14:11:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaDetalhado_emenda4_convertido.pdf	18/11/2019 14:10:17	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_AL.pdf	02/07/2019 16:32:13	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	justificativadaemenda.pdf	14/03/2019 11:18:58	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEemendaetapainicial.pdf	14/03/2019 11:13:43	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	Matriz_de_relevancia.pdf	29/11/2017 15:57:40	Patrícia Aparecida Fontes Vieira	Aceito
Outros	Matriz_de_informacao2.pdf	29/11/2017 15:57:07	Patrícia Aparecida Fontes Vieira	Aceito
Outros	Matriz_de_informacao.pdf	29/11/2017 15:56:54	Patrícia Aparecida Fontes Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional.pdf	27/11/2017 14:53:13	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestante.pdf	27/11/2017 14:48:34	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	Quali_Gestante.pdf	27/11/2017 14:16:47	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	PROFISSIONAL.pdf	27/11/2017 14:13:26	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	PRONTUARIOS.pdf	27/11/2017 14:10:48	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	GESTANTES_PUERPERAS.pdf	27/11/2017 14:03:06	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	Modelo_intervencao.pdf	27/11/2017 13:52:59	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	Modelo_avaliacao.pdf	27/11/2017 13:47:33	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HRJP.pdf	27/11/2017 12:00:27	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	confidencialidade_sigilo.pdf	27/11/2017 10:53:05	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e	PJF_VE.pdf	27/11/2017 10:47:24	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-000  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.749.587

Infraestrutura	PJF_VE.pdf	27/11/2017 10:47:24	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HSVP.pdf	27/11/2017 10:43:31	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SCM.pdf	27/11/2017 10:42:21	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PJF_SSAP.pdf	27/11/2017 10:41:18	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HMTJ.pdf	27/11/2017 10:40:03	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 06 de Dezembro de 2019

---

Assinado por:  
Jubel Barreto  
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.038-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br