



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Alves Oliveira Guanabara, Marilene; Leite-Araújo, Maria Alix; Yoshie Matsue, Regina;
Lima de Barros, Valéria; Alves Oliveira, Fábio

Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em
Fortaleza-Ceará, Brasil

Revista de Salud Pública, vol. 19, núm. 1, enero-febrero, 2017

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42250687012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil

Access of pregnant women to technologies for the prevention and control of congenital syphilis in Fortaleza–Ceará, Brazil

Marilene Alves Oliveira Guanabara, Maria Alix Leite-Araújo, Regina Yoshie Matsue, Valéria Lima de Barros e Fábio Alves Oliveira

MA: Enfermeira. M.Sc. em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza–UNIFOR, Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira. Fortaleza, Ceará, Brasil. marilenealvesog@hotmail.com

ML: Enfermeira. Ph. D. em Enfermagem. Universidade de Fortaleza–UNIFOR. Ceará, Brasil. mleite@unifor.br

RM: Antropóloga. Ph. D. em Antropologia. Universidade de Chapecó–UNOCHAPECO. Chapecó–SC, Brasil. rymatsue08@yahoo.com

VB: Enfermeira. M. Sc. em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Piauí–UFPI. Picos/Piauí, Brasil. valeriabarrosl7@yahoo.com.br

FO: Enfermeiro. Universidade de Fortaleza–UNIFOR. Fortaleza, Ceará, Brasil. fabiounifor@hotmail.com

Recebido 22 fevereiro 2015/Enviado para Modificação 13 agosto 2015/Aprovado 15 dezembro 2016

RESUMO

Objetivo Avaliar o acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita (SC).

Método Estudo de casos múltiplos que analisou a atenção pré-natal de gestantes com sífilis, identificando os aspectos que dificultam o acesso das mesmas às tecnologias leves, leves-dura e dura em saúde que podem contribuir para a prevenção da SC. A pesquisa de campo foi realizada no período de abril a setembro de 2011 em quatro unidades primárias de saúde e ocorreu por meio da observação não participante e entrevistas com coordenadores das unidades, médicos, enfermeiros, profissionais do Serviço de Atendimento Médico Estatístico, agentes de saúde e gestantes. Foram consideradas tecnologias leves e leves-dura: o acolhimento, a visita domiciliar e o aconselhamento e duras a coleta do material biológico para realização do diagnóstico sorológico de sífilis e o tratamento da gestante e do parceiro sexual. A análise consistiu em extrair sentido e contextualizar as falas, interpretando-as sob a perspectiva do acesso.

Resultados Os profissionais têm dificuldade em lidar com as questões subjetivas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis. Ademais, as unidades apresentam problemas organizacionais, de continuidade do atendimento e de estrutura física que comprometem o acesso das gestantes às tecnologias para prevenção e controle da SC.

Discussão As gestantes com sífilis não têm acesso às diferentes tecnologias para prevenção e controle da SC, situação que inviabiliza o diagnóstico precoce da sífilis e possivelmente contribuem para os péssimos indicadores de sífilis no município de Fortaleza.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, gestantes, cuidado pré-natal, sífilis, sífilis congênita (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To evaluate access to technologies for prevention and control of Congenital Syphilis (CS) by pregnant women.

Methodology Multi-case study that analyzed prenatal care to pregnant women with syphilis, which aimed at identifying the aspects that hinder their access to soft, soft-hard and hard health technologies that may contribute to the prevention of SC. The field research was done from April to September 2011 at four Health Units of two Regional Executive Divisions in Fortaleza City. Data was collected through observation and interviews with the health professionals and coordinators of the different units, the Statistic Medical Attendance Service professionals, health agents and pregnant women. Soft technologies include active search for pregnant women and home visits; light-hard technologies correspond to counseling, and hard technologies to the gathering of biological material for the serological diagnosis of syphilis and the treatment of pregnant woman and their sexual partners. The analysis consisted in contextualizing and interpreting the meanings of the answers obtained considering access as the main focus.

Results Professionals have difficulty dealing with the subjective issues that involve sexually transmitted infections, and the units have problems in organizational aspects, continuity of care delivery and physical structure, which compromise the access of pregnant women to the technologies for prevention and control of CS.

Discussion Pregnant women with syphilis do not have access to different technologies for prevention and control of CS, a situation that makes early diagnosis of syphilis unfeasible and possibly contributes to poor syphilis indicators in Fortaleza.

Key Words: Health services accessibility, pregnant women, prenatal care, syphilis, syphilis congenital (*source: MeSH, NLM*).

RESUMEN

Acceso de las gestantes a las tecnologías para prevención y control de la sífilis congénita en Fortaleza–Ceará, Brasil

Objetivo Evaluar el acceso de las gestantes a las tecnologías para prevención y control de la Sífilis Congénita (SC).

Metodología Estudio de casos múltiples que analizó la atención prenatal de gestantes con sífilis, identificando los aspectos que dificultan el acceso de las mismas a las tecnologías leves, leves-duras y duras en salud, que pueden contribuir para la prevención de la SC. La investigación de campo fue realizada de abril a septiembre de 2011 en cuatro unidades primarias de salud mediante observación directa y entrevistas con los coordinadores de las unidades, médicos, enfermeros, profesionales del Servicio de Atendimento Médico Estadístico, agentes de salud y gestantes. Fueron consideradas tecnologías leves y leves-duras: la acogida, la visita domiciliar y el asesoramiento y duras la recolección del material biológico para realización del diagnóstico serológico de sífilis y el tratamiento de la gestante y del compañero sexual. El análisis consistió en extraer el sentido y contextualizar las declaraciones interpretándolas desde la perspectiva del acceso.

Resultados Los profesionales tienen dificultad para lidiar con las cuestiones subjetivas relacionadas a las infecciones sexualmente transmisibles y las unidades presentan problemas organizacionales, de continuidad del atendimento y de estructura física que dificultan el acceso de las gestantes a las tecnologías para prevención y control de la SC.

Discussión Las gestantes con sífilis no tienen acceso a las diferentes tecnologías para prevención y control de la SC, situación que inviabiliza el diagnóstico precoz de sífilis y posiblemente contribuye para los pésimos indicadores de sífilis en el municipio de Fortaleza.

Palabras Clave: Accesibilidad a los servicios de salud, mujeres embarazadas, atención prenatal, sífilis, sífilis congénita (*fuentes: DeCS, BIREME*).

Reducir as desigualdades de acesso aos cuidados em saúde é prioridade para os países em desenvolvimento. A Conferência de Saúde de Alma Ata esclarece a necessidade de ações nas três esferas do governo para promover e garantir o acesso à saúde de todos os povos (1).

No Brasil, estratégias vêm sendo utilizadas na tentativa de melhorar o acesso da população aos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, especialmente na atenção primária, porta de entrada nestes serviços. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) facilitou a entrada dos usuários nos serviços de atenção primária, entretanto, ainda persistem as desigualdades de acesso (2).

O conceito de acesso é amplo, complexo e a sua terminologia varia entre diferentes autores. Donabedian (3) sugere o termo acessibilidade por considerar mais abrangente que acesso (ato de ingressar, entrada). Para esse autor, acessibilidade não se restringe apenas ao uso do serviço de saúde, mas a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades da população. Andersen (4), entretanto, prioriza o termo acesso, apresentando-o como um dos elementos do sistema de saúde ligado à organização, a entrada no serviço e a continuidade do atendimento. Apesar de utilizarem terminologias diferentes, esses dois autores consideram o acesso para além da simples entrada dos usuários no serviço, valorizando as relações intersubjetivas entre profissional e usuário e as suas respectivas demandas.

A demanda do usuário pressupõe a “necessidade sentida”; para identifica-la, o serviço deve desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar-se e atender as demandas dos usuários. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar também tecnologias que efetivamente concretizem as ações e o cuidado em saúde.

Merhy (5) classifica as tecnologias em saúde em leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves representam as relações de interação e subjetividade, possibilitando o acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e gestão como forma de governar o processo de trabalho. Tecnologias leve-duras estão ligadas aos saberes que direcionam o trabalho. São as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo. As tecnologias duras são os equipamentos, as máquinas, e que encerra o trabalho morto, fruto de outros momentos de produção. Essas tecnologias devem se complementar.

Nessa perspectiva, a utilização de tecnologias requer a reorganização dos serviços e o desenvolvimento de competências profissionais, ferramentas essenciais para construção de novas práticas em saúde. Essa reorganização do trabalho deve valorizar o acesso e a definição de fluxos, expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário (6).

No caso das gestantes, o acesso à assistência pré-natal (PN) deve ocorrer precocemente, de forma qualificada, humanizada, sem intervenções desnecessárias, garantindo-se continuidade e uso de tecnologias apropriadas. Dentre essas tecnologias destacam-se o acolhimento, o aconselhamento, a realização da sorologia para sífilis e o tratamento das gestantes infectadas, uma vez que são inquestionáveis seus benefícios para a prevenção da SC. São muitas as oportunidades perdidas para prevenção da SC e o problema persiste no Brasil devido à dificuldade de acesso das gestantes às diferentes tecnologias, repercutindo na baixa qualidade da assistência PN (7).

Em levantamento realizado nas bases de dados Medline e Lilacs, verificou-se a inexistência de artigos que tratassem da temática do acesso das gestantes com sífilis às diferentes tecnologias de saúde que propiciassem a prevenção da SC. Considerando-se a lacuna de pesquisas e a relevância do tema, devido à persistência de casos de SC, esse estudo tem por objetivo avaliar o acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da SC em Fortaleza-Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos múltiplos (8) que analisou a atenção pré-natal de gestantes com sífilis, identificando os aspectos que dificultam o acesso das mesmas às tecnologias leves, leves-dura e dura em saúde que podem contribuir para a prevenção da SC. Foram consideradas tecnologias leves e leves-dura: acolhimento, visita domiciliar e o aconselhamento; e tecnologias duras: coleta do material biológico para realização do diagnóstico sorológico de sífilis, tratamento da gestante e do parceiro sexual.

A pesquisa foi realizada em Fortaleza, Ceará, município no Nordeste do Brasil. É dividida em seis Coordenadorias Regionais (CORES) que, na área da saúde, têm o papel de executar as políticas setoriais de forma articulada, definindo prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando serviços articulados em uma rede de proteção social (9).

O critério de seleção das unidades foi baseado no histórico de notificação de casos de sífilis em gestantes no município entre os anos de 2007 a 2009. Foram selecionadas duas unidades de saúde de duas CORES que apresentaram resultados contrastantes em relação ao número de notificações (menor e maior número de notificações).

A coleta de dados ocorreu de abril a setembro de 2011, por meio de entrevistas, seis grupos focais e observações não participantes das unidades e do atendimento pré-natal. Entrevistou-se nove médicos, 15 enfermeiras (os), três coordenadores de unidades, quatro gestantes com resultado de exame de VDRL reagente e seis profissionais do Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME); Cada grupo focal contou com a participação de 10 a 12 agentes de saúde. As entrevistas e os grupos focais foram gravados e ocorreram em espaço privativo sem a presença do coordenador da unidade.

A análise dos dados consistiu em extrair sentido do *corpus* das entrevistas. Realizou-se um aprofundamento no entendimento e interpretações dos significados mais amplos das falas (10). Após as transcrições e leituras minuciosas das entrevistas, foram extraídas duas categorias: Acolhimento, aconselhamento e visita domiciliar da gestante com sífilis como estratégias de prevenção da SC e Necessidade de fortalecimento das tecnologias duras: testagem e tratamento da gestante e do (s) parceiro (s) sexual (is).

Após a organização do material coletado, a análise e interpretação foram realizadas à luz do conceito de acesso (11), que o considera como todo contato direto (consultas médicas e hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) dos usuários com os serviços de saúde.

O estudo é parte do projeto “Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza Ceará”, financiado pela FUNCAP/CNPQ e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com parecer de Nº 072/2009.

RESULTADOS

A idade dos médicos e enfermeiros variou de 25 a 53 anos e o tempo de atuação na ESF de sete meses a 18 anos. Os profissionais do SAME tinham de 28 a 39 anos, com escolaridade que variou do ensino médio completo ao superior incompleto. Todos os ACS tinham mais de um ano de atuação na atenção primária e 37 (42,2 %) não tinham recebido nenhum treinamento para atuar nesse serviço. Entre as gestantes, a idade variou de 16 a 43 anos. Doze tinham até o ensino médio completo, uma era analfabeta e uma tinha pós-graduação. Todas viviam com o parceiro e ocupavam-se de atividades do lar.

Acolhimento, aconselhamento e visita domiciliar da gestante com sífilis como estratégias de prevenção da SC

Identificou-se que a consulta pré-natal à gestante com sífilis acontece de forma rápida, não proporcionando boa interação e acolhida. Não houve oportunidade de diálogo para esclarecimento das dúvidas das gestantes, situação atribuída pelos profissionais ao excesso de demanda: Infelizmente essa unidade de saúde tem uma demanda muito grande (Médico).

As gestantes compareciam precocemente à unidade à procura de atendimento, entretanto, encontraram muita dificuldade de acesso à consulta pré-natal. O acolhimento quando ocorria era pontual, se desenvolvia em um espaço físico definido, limitando-se a triar as pessoas para atendimento. Os depoimentos abaixo ilustram a dificuldade de acesso ao pré-natal: “Senti muita raiva porque não consegui atendimento. Eu vinha aqui todos os dias da semana. Já estou com cinco meses e não consigo marcar a consulta” (Gestante com 21 semanas).

“A gestante tem que dar de três a quatro viagens para marcar a primeira consulta” (Agente de saúde).

As gestantes com sífilis referiram não receber acompanhamento diferenciado na unidade, situação atribuída, na visão dos entrevistados, a questões relativas ao modo de organização da unidade, a escassez de médicos e de agentes comunitários de saúde, comprometendo inclusive a marcação de agenda diária para atendimento pré-natal.

“Alguns dias têm atendimento pré-natal e outros não” (Profissional SAME).

“Falta medico, falta equipe de saúde da família para cobrir a área” (Enfermeira).

“Muitas vezes ela não marca a consulta de pré-natal se não tiver agente de saúde na área” (Agente de saúde).

Os ACS muitas vezes são deslocados para outras atividades como, por exemplo, trabalhar em campanhas contra epidemias (ex. dengue), deixando as áreas de trabalho sem as visitas regulares aos grupos prioritários.

Necessidade de fortalecimento das tecnologias duras: testagem e tratamento da gestante e do (s) parceiro (s) sexual (is)

Nenhuma unidade possuía laboratório e todas realizavam o exame de Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) como método de testagem para sífilis. Nenhuma realizava o teste rápido (TR) para sífilis. Nas unidades que possuíam sala de coleta, o material biológico era enviado para o laboratório central do município ou para laboratórios particulares conveniados. A unidade que não dispunha de sala de coleta encaminhava a gestante para colher o sangue em outro serviço.

“Aqui não tem a sala de coleta de sangue. A gestante é encaminhada para o laboratório central” (médico).

“É solicitado o exame, a paciente é encaminhada para colher no local mais próximo” (enfermeira).

Existia um limite de cota mensal de exames disponibilizados pelos laboratórios para as unidades. Quando ocorre o esgotamento da cota, as gestantes têm a coleta do sangue agendada para o mês seguinte. A questão do limite da cota de exames diverge entre os entrevistados. Alguns referiram que essa situação não interfere na realização dos exames pelas gestantes, entretanto, outros relataram que compromete sobremaneira o acesso à realização do exame.

“O laboratório é particular, não é um laboratório do município. Eu acho que a prefeitura paga um número x de exames então eles agendam até esse ponto. Quando chega o dia 10 de cada mês, não tem como agendar mais exames, então as gestantes são encaminhadas” (enfermeira).

“Quando a cota ultrapassa a gente não consegue pedir os exames que ficam para o outro mês. Se você perguntar aos gestores eles dirão que não existe cota para gestante, mas na prática não se observa isso” (médico).

A resistência e até recusa por parte dos profissionais em administrar a penicilina benzatina foi outro problema identificado e a alegativa era a possibilidade de reação anafilática.

“Eu não autorizo aplicação da penicilina porque às vezes falta medicação no caso de alguma reação alérgica. A gente não tem como fazer medicação venosa, nem intramuscular porque não tem material de suporte” (médico).

“Os profissionais não se sentem seguros de fazer a benzetacil. Não tem equipamento, não tem bala de oxigênio, não tem medicação de urgência para atender uma possível ocorrência” (enfermeira).

Ocorre que as farmácias das unidades tinham estoque de penicilina benzatina em quantidade suficiente, e eram inclusive disponibilizadas às gestantes com VDRL positivo. Porém, as mesmas eram encaminhadas para serviços de maior complexidade para administração da medicação.

“Eu encaminho, dou a receita. Elas pegam aqui e vão tomar em alguma unidade hospitalar” (médica).

“A prescrição da benzetacil é feita aqui, mas a administração no hospital. Porque a gente não tem balão de O₂ e medicamentos caso haja uma reação alérgica” (enfermeira).

“A minha preocupação maior é com relação à alergia a penicilina. Aqui não tem suporte para administrar, então a medicação tem que ser na unidade secundária” (médico).

Outro fator agravante é a não realização do tratamento do parceiro sexual o que constitui um entrave para o tratamento adequado da gestante. Na opinião dos profissionais, os mesmos não comparecem porque não se percebem o problema, devido a falta de sinais e/ou sintomas.

“Os parceiros não querem vir, dizem que não têm nada” (enfermeira).

“Eles dizem que não vem porque não tem sífilis. Aí eu digo a elas: usem camisinha que eu vou lhe tratar” (Médico).

DISCUSSÃO

Pode-se constatar que as gestantes com sífilis não têm acesso às diferentes tecnologias para prevenção e controle da SC, situação que contribui para a manutenção dos indicadores de sífilis no município de Fortaleza (12). A consulta pré-natal ocorre muito rapidamente, não proporciona boa interação entre o profissional e a gestante, comprometendo o acolhimento e o vínculo, estratégias necessárias à boa qualidade da assistência.

O atendimento é mecanizado, com orientações descontextualizadas e que desconsideram as demandas da gestante. Dessa forma, não ocorre o aconselhamento, entendido como um processo que envolve diálogo e trocas. Considerar as demandas das usuárias, suas singularidades, subjetividades e realidade de vida, são recomendações para quem realiza o aconselhamento (13), cuja escuta e acolhimento são imprescindíveis e podem contribuir sobremaneira para a identificação precoce de eventuais problemas do período gestacional (14).

A falta de acolhimento e de agilidade do serviço em relação à marcação da consulta dificultava o acesso precoce, levando muitas gestantes a retardarem o início do PN e conseqüentemente a realização do teste para diagnóstico de sífilis. O acolhimento é entendido como um modo diferenciado de operar os processos de trabalho em saúde e as relações interpessoais (15). Portanto, trata-se de uma ação que deve estar inserida em todas as etapas da atenção à saúde da mulher.

A dificuldade de acesso está relacionada a não sistematização dos serviços e a não priorização das gestantes, especialmente aquelas com diagnóstico de sífilis. A estas, deve ser assegurado a continuidade no atendimento bem como um cuidado diferenciado para acompanhamento das questões referentes ao tratamento, especialmente do parceiro sexual. A sífilis na gestante é um problema muito grave tanto para mãe quanto para o feto e totalmente passível de tratamento e controle na atenção primária.

A assistência pré-natal, quando iniciada precocemente pode proporcionar múltiplos benefícios para a gestante e para a criança (16). Ocorre que, quando se trata da sífilis na gestante, estudo mostra que mesmo iniciando o PN precocemente, recebendo o quantitativo de consultas recomendadas e tendo o diagnóstico durante a gestação, as mesmas não são tratadas adequadamente (17). Essa situação demonstra que o controle da SC está além do cumprimento dos procedimentos recomendados no PN e do uso de tecnologias duras. O seu sucesso depende também das relações interpessoais entre profissional e usuária, pois nesse encontro é que se expressam componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde (5).

Profissionais e usuárias ainda vivenciam muita dificuldade em lidar com questões subjetivas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis (IST). Os profissionais apresentam dificuldade no manejo da sífilis na gestação (18) o que, associado à inabilidade no trato das questões subjetivas pode comprometer o controle da

SC. Vale salientar que as gestantes com sífilis referiram não receber um acompanhamento diferenciado na unidade, por meio da facilitação às consultas médicas e realização de visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde da família para acompanhamento das questões referentes ao tratamento, especialmente do parceiro sexual. A visita domiciliar é uma atividade importante e contribui para a melhoria do acesso da gestante à consulta e aos exames de PN (19).

O deslocamento dos ACS para trabalhar em campanhas contra epidemias (ex. dengue) deixa as áreas de trabalho sem as visitas regulares aos grupos prioritários. Considerando que os ACS têm papel fundamental no processo de busca ativa das gestantes, essas questões necessitam ser refletidas em reuniões com os profissionais e coordenadores das unidades que precisam priorizar também as ações de prevenção e promoção da saúde.

O diagnóstico de sífilis na gestação deve ocorrer no primeiro trimestre de gravidez e pode ser garantido por meio da captação precoce da gestante e com a implantação da testagem rápida nas unidades primárias de saúde. Tal situação resolveria o problema do limite de cota mensal dos exames de VDRL o que compromete a testagem e tratamento da gestante em tempo oportuno (7). A definição de cotas foi também encontrada em um estudo realizado em outros municípios do Brasil e mostrou que a insuficiência na oferta de exames na rede municipal produz filas de espera (20). Pelos motivos pôde-se perceber que é difícil a gestante ter acesso ao resultado do exame de VDRL em tempo hábil. Caso as unidades optem por manter o VDRL como exame de rotina do PN, estratégias devem ser desenvolvidas no sentido de agilizar o resultado.

O Ministério da Saúde determina que a penicilina benzatina seja aplicada na atenção primária em saúde (21). Entretanto foi unânime a resistência e até recusa por parte dos profissionais em atender a essa determinação. A alegativa está pautada na possibilidade de reações adversas provocadas pelo medicamento e na falta de condições materiais e de insumos para manejar os casos de anafilaxia. Faz-se necessário que os órgãos governamentais responsáveis pelas políticas públicas garantam a aplicação da penicilina G benzatina na atenção primária, disponibilizando os materiais necessários para atendimento de urgência mesmo diante da rara possibilidade de reação anafilática.

É possível que a gestante com sífilis não realize o tratamento, quando o mesmo não é administrado na própria unidade aonde realiza o pré-natal. Ademais, não existe garantia de atendimento quando encaminhadas aos serviços de maior complexidade, considerando a fragilidade do SUS em relação ao funcionamento do sistema de referência.

Outro fator agravante é a não realização do tratamento do parceiro sexual, situação encontrada em outro estudo (22) e que parece de difícil solução. O não tratamento do parceiro sexual é um entrave para o cuidado e o tratamento adequado da gestante. Atualmente, é fato a necessidade de inclusão dos homens no serviço de saúde, por meio de uma política inclusiva voltada para a população masculina. Em se tratando de IST, deve-se considerar que é imprescindível a participação do tratamento do parceiro sexual para que haja eficácia no tratamento da mulher. Vale lembrar que a “não presença” dos homens nos serviços de saúde deve-se ao não reconhecimento das suas singularidades (23). Essa questão se agrava quando se trata de uma IST, considerando a necessidade de desvendar situações do comportamento sexual.

Faz-se necessário que a organização da assistência pré-natal na atenção primária considere a equidade no acesso e no cuidado a partir da relação demanda/oferta. Para tanto, há necessidade de elaboração de um plano de ação exequível que favoreça a captação precoce e a continuidade do atendimento das gestantes e dos seus parceiros sexuais. Garantir que o controle e a prevenção da SC se tornem realidade no município perpassa necessariamente pela organização da oferta e demanda do atendimento e pela disponibilização de tecnologias adequadas. A atenção primária deve efetivamente funcionar como porta de entrada no sistema, pois acesso implica na capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certos •

Agradecimentos: Agradecemos a FUNCAP/CNPQ que financiou este projeto e a todos que participaram da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata. 1978. [internet]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/upload/Arg/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 26 abril 2012.
2. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(10): 2490-2502.
3. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

Oliveira-Acesso de gestantes a controle da sífilis

4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health and Social Behavior*. 1995; vol. 36:1-10.
5. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitece; 2007.
6. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(1): 161-170.
7. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5): 851-858.
8. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e métodos, Tradução Ana Thorell; revisão técnica Cláudio Damascena. 4ª edição. Porto Alegre: Bookman; 2010.
9. Ceará. Secretaria da Saúde. Aids, sífilis em gestante e transmissão vertical da sífilis e do HIV. *Bol. Epidemiol*. Fortaleza. 2009; 13 (3).
10. Creswell JW. Projetos de pesquisa. Métodos qualitativos, quantitativos e mistos. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2007.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 23 (10): 2490-2502.
12. Cardoso ARP, Araújo MAL, Andrade RFV, Saraceni V, Miranda AE, Dourado MIC. Underreporting of Congenital Syphilis as a Cause of Fetal and Infant Deaths in Northeastern Brazil. Simeoni U, ed. *PLoS ONE*. 2016;11(12):e0167255. doi:10.1371/journal.pone.0167255.
13. Santos MMAS, Saunders C, Baião MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(3): 775-786.
14. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(4): 789-800.
15. Coelho MO, Jorge MS. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(supl. 1): 1523-1531.
16. Mendoza-sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache c, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 787-796.
17. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(9): 1747-1755.
18. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(5):1341-1351, 2013.
19. Cesar JA, Mendonza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11): 2614-2622.
20. Costa JNDS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(2):623-633.
21. Brasil. Portaria GM nº 156/ de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2006; nº 15, 20 de janeiro.
22. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev saúde Pública*. 2012; 46(3): 479-86.
23. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(Supl. 1): 983-992.