



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – VRPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA – DSC**

**ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGUIMENTO DE
CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS OU AO HIV**

Roumayne Fernandes Vieira Andrade

Fortaleza-CE
2019

ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE

**ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGUIMENTO DE
CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS OU AO HIV**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

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

Fortaleza-CE
2019

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

Andrade, Roumayne Fernandes Vieira.

Acesso a serviços de saúde e seguimento de crianças expostas a sífilis e ao HIV / Roumayne Fernandes Vieira Andrade. - 2019.
112 f.

Tese (Doutorado Acadêmico) - Universidade de Fortaleza. Programa de Saúde Coletiva, Fortaleza, 2019.
Orientação: Maria Alix Leite Araújo.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Sífilis Congênita. 3. HIV.
I. Araújo, Maria Alix Leite. II.

ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE

**ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGUIMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS À
SÍFILIS OU AO HIV**

Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde

Núcleo Temático: Epidemiologia

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Alix Leite Araújo

Orientadora – UNIFOR

Dra. Mônica Cardoso Façanha

Membro Efetivo – UFC

Dra. Natasha Marques Frota

Membro Efetivo – UNILAB

Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Membro Efetivo – UNIFOR

Geraldo Bezerra da Silva Junior

Membro Efetivo – UNIFOR

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção, por me fortalecer a cada dia, pela presença reconfortante em momentos difíceis. Sem Ti nada seria possível.

Ao meu marido, Alexandre, pelo amor que me fortalece, por dividir comigo a vida e os sonhos. Amo você!

À minha família, meu pai, Jessé, minha mãe, Gilma (in memoriam) e meus irmãos, por compreenderem as minhas ausências, pelo respeito e amor.

À Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo, minha querida amiga e eterna orientadora. Obrigada pelo conhecimento compartilhado, por me encorajar e acreditar. Você é especial para mim.

Aos meus colegas do doutorado, pessoas brilhantes e generosas que sempre estiveram dispostas a ajudar, dividir e escutar.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos e experiências trocadas em sala, contribuindo para o conhecimento adquirido ao longo desses quatro anos. Também agradeço aos funcionários do programa, pela presteza com que sempre me atenderam

À banca examinadora, Dra. Luiza Jane Eyre, Dra. Natasha Frota, Dr. Geraldo Bezerra e Dra. Mônica Façanha, pela disponibilidade e contribuições com esta pesquisa.

Às mães e familiares das crianças que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

RESUMO

O acesso a serviços de saúde e o seguimento de crianças expostas à sífilis ou Human Immunodeficiency Virus (HIV) envolvem aspectos que vão além do setor saúde. Dependem de um conjunto de fatores que podem ser sucintamente divididos em fatores determinantes da oferta e determinantes da demanda. A recomendação é que toda criança cuja mãe é soropositiva para sífilis e/ou para o HIV seja acompanhada sistematicamente por pelo menos dois anos na Atenção Básica e/ou em serviços de referência. Este estudo teve como objetivo analisar o acesso de crianças expostas à sífilis e ao HIV a serviços de saúde e ao seguimento sorológico no município de Campina Grande. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 66 os casos de sífilis congênita e 22 de gestantes com HIV, ocorridos no período de julho de 2014 a julho de 2016 no município de Campina Grande. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário respondido pelas mães ou pelos cuidadores das crianças. Para a análise de acesso ao serviço de atenção básica e de seguimento, foi utilizado o modelo hierarquizado dos componentes individuais de acesso: Componente Predisponente (Características sociais, demográficas e individuais), Componente Capacitante (Características socioeconômicas) e Componente Necessidade de Saúde (condições de saúde). Os resultados da pesquisa apontam que realizar menos de seis consultas de pré-natal (OR=3,41; IC95% 1,01-11,50; p=0,004), criança ser acompanhada no serviço especializado (OR= 3,16; IC95% 1,13-8,78), e a mãe usa drogas (OR=9,15; IC95% 1,71-48,76) foi associado com o desfecho acompanhamento inadequado na atenção básica. Cor da pele materna parda ou negra (OR=11,56; IC95% 2,15-62,09; p=0,004), gravidez indesejada (OR=0,20; IC95% 0,04-0,81; p=0,02), número de consultas menor que seis (OR= 7,17; IC95% 1,52-33,83), criança acompanhada na atenção básica (OR=4,64; IC95% 1,73-12,44) e criança acompanhada no serviço especializado (OR= 20,03; IC95% 4,94-81,15) foi estaticamente significativa com o desfecho seguimento sorológico inadequado. Os dados deste estudo revelam que, apesar dos avanços, inquestionáveis, conquistados desde a criação do SUS, ainda persistem desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Assim, é necessário considerar a relação entre as condições socioeconômicas, a estrutura do sistema de saúde e as necessidades de saúde da população estudada.

DESCRITORES: Acesso aos Serviços de Saúde. Sífilis Congênita. HIV.

ABSTRACT

Access to health services and the follow-up of children exposed to syphilis and Human Immunodeficiency Virus (HIV) involve aspects that go beyond the health sector. They depend on a set of factors that can be succinctly divided into supply and demand determinants. It is recommended that every child whose mother is seropositive for syphilis and / or HIV is systematically followed for at least two years in Primary Care and / or referral services. This study aimed to analyse the access of syphilis and HIV infected children to health services and to serological follow - up in Campina Grande. This is a cross-sectional study carried out with 66 cases of congenital syphilis and 22 of HIV positive pregnant women from July 2014 to July 2016 in Campina Grande. Data was collected through a questionnaire applied to the mothers or to the caregivers of the children. To analyze the access to basic and follow-up care, the hierarchical model of the individual access components was used: Predisponent Component (Social, demographic and individual characteristics), Capacitive Component (Socioeconomic Characteristics) and Health Need Component (social conditions). The results indicate that less than six prenatal consultations (OR = 3.41, 95% CI 1.01-11.50, p = 0.004), followed up at the specialized service (OR = 3.16; 95% CI 1.13-8.78), and the mother uses drugs (OR = 9.15; 95% CI 1.71-48.76) were associated with the outcome of inadequate follow-up care in primary care. Mothers black or brown skin color (OR = 11.56, 95% CI: 2.15-62.09, p = 0.004), unwanted pregnancy (OR = 0.20, 95% CI 0.04-0.81, p = 0.02), less than six visits (OR = 7.17, 95% CI 1.52-33.83), followed up in primary care (OR = 4.64, 95% CI, 1.73-12.44) and a child attended at the specialized service (OR = 20.03; 95% CI 4.94-81.15) was statically significant with the outcome of inadequate serological follow-up. The data from this study reveal that, despite the unquestionable advances that have been achieved since the creation of SUS, challenges related to access to health services still persist. Thus, it is necessary to consider the relationship between the socioeconomic conditions, the structure of the health system and the health needs of the population studied.

DESCRIPTORS: Access to Health Services. Congenital Syphilis. HIV.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas das famílias das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	41
Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas das mães das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	42
Tabela 3 - Variáveis dos antecedentes obstétricos das mães das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	43
Tabela 4 - Variáveis relacionadas à gestação das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	44
Tabela 5 - Variáveis comportamentais da mãe relacionadas à gestação das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	45
Tabela 6 - Variáveis relacionadas as características das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	46
Tabela 7 - Variáveis relacionadas a atenção à saúde da criança exposta à sífilis ou HIV. Campina Grande, 2019.	47
Tabela 8 - Análise bivariada do componente Predisponente relacionadas ao acesso à Atenção Básica da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	48
Tabela 9 - Análise bivariada do componente Capacitante relacionadas ao acesso à Atenção Básica da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	50
Tabela 10 - Análise bivariada do Componente Necessidades de Saúde relacionadas ao acesso adequado ao serviço de saúde de Atenção Básica da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	51
Tabela 11 - Resultados do modelo de regressão logística múltipla dos componentes predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde associados ao acesso adequado ao serviço de saúde de Atenção Básica de crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande – PB, 2019.	53

Tabela 12 - Análise bivariada do componente Predisponente relacionadas ao seguimento da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.....	55
Tabela 13 - Análise bivariada segundo variáveis relativas ao componente Capacitante – características socioeconômicas relacionadas ao seguimento da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	56
Tabela 14 - Análise bivariada segundo variáveis relativas ao componente Necessidades de Saúde – condições de saúde relacionadas ao seguimento da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	57
Tabela 15 - Resultados do modelo regressão logística múltipla dos componentes predisponentes e capacitantes associados ao seguimento de crianças exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Utilização dos serviços de saúde.	19
Figura 2 - Modelo comportamental do uso dos serviços de saúde incluindo características contextuais e individuais.	21
Figura 3 - Mapa da distribuição das equipes NASF em relação aos Distritos Sanitários de Campina Grande.	33
Figura 4 - Fluxograma de inclusão dos casos de HIV na amostra.	34
Figura 5 - Fluxograma de inclusão dos casos de sífilis congênita.....	35
Figura 6 - Modelo teórico para avaliação da associação entre o acesso aos serviços de saúde e seguimento por crianças expostas à sífilis ou HIV. Campina Grande, 2019.	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
RN	Recém-Nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade Terapia Intensiva
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REVIÃO DE LITERATURA	17
3.1	Acesso e utilização dos serviços de saúde	17
3.2	Situação epidemiológica da sífilis e desafios para o controle.....	21
3.3	Aspectos relacionados ao seguimento da criança exposta a sífilis	26
3.4	Aspectos relacionados ao HIV na gestação e ao seguimento da criança exposta.....	30
4	MÉTODOS	33
4.1	Tipo de estudo	33
4.2	Local de estudo	33
4.3	População do estudo.....	34
4.4	Crítérios de inclusão.....	34
4.5	Crítérios de elegibilidade	35
4.6	Coleta dos dados	35
4.6.1	Esquema de controle de qualidade	36
4.6.2	Instrumento e procedimento de coleta.....	36
4.7	Variáveis do estudo	36
4.7.1	Variáveis Dependentes.....	36
4.7.2	Variáveis Independentes	37
4.8	Análise dos dados.....	38
4.9	Aspectos éticos e legais.....	39
5	RESULTADOS	40

5.1 Características sociodemográficas, obstétricas e comportamentais das mães das crianças	41
5.2 Análise de regressão logística: Acesso ao acesso adequado a serviços de atenção básica de criança exposta à sífilis ou HIV	51
5.3 Análise de regressão logística: Acesso ao seguimento de criança exposta à sífilis ou HIV	57
6 DISCUSSÃO	60
CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE	85
ANEXO	105

1 INTRODUÇÃO

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. (BRASIL, 1990). Atenção primária deve ser a porta de entrada preferencial do sistema e responsável pela resolução da maioria da necessidade de saúde da população, deve ser coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, garantindo o acesso do usuário aos demais pontos da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A integralidade de assistência, uma das diretrizes do SUS, envolve um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). Apesar de se tratar de um sistema de saúde universal, ainda persistem diferenças regionais e sociais importantes no acesso a serviços de saúde (STOPA et al., 2017).

Muitos esforços têm sido destinados para redução da transmissão vertical da sífilis e do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Inclusive com organização dos serviços e implementação de estratégia para reduzir o problema (BRASIL, 2015a). Apesar disso, a transmissão de mãe para filho da sífilis e do HIV continua a ser uma causa importante, porém evitável, de morbidade e mortalidade perinatal e infantil (GOMEZ et al., 2013; RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014; KINIKAR et al., 2017).

Estudos mostram o impacto da sífilis nos resultados de gestações, com aproximadamente 21% de natimortos ou abortos espontâneos, óbito neonatal com 9% e mais 25% de crianças com infecção grave ou baixo peso ao nascimento (GOMEZ et al., 2013). Contudo, dados que revelam a elevada magnitude do problema e da morbimortalidade desta infecção ainda continuam subestimadas (NASCIMENTO et al., 2012; GOMEZ et al., 2013; CARDOSO et al., 2016).

No Brasil, no período de 2007 a 2017, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes a taxa passou de 2,3 casos/mil nascidos vivos para 2,8/mil nascidos vivos. A tendência de aumento também é verificada em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sudeste. As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa, de 118,5% e 87,5% respectivamente, nos últimos dez anos (BRASIL, 2018a).

A coinfeção sífilis e HIV em gestantes, aumenta o risco de transmissão vertical do HIV em aproximadamente 2,5 vezes (KINIKAR et al., 2017). Mais recém-nascidos são afetados por sífilis congênita do que por muitas outras infecções neonatais, incluindo pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que recebe mais atenção mundial (SCHMID, 2004).

A erradicação da sífilis congênita é factível e encontra-se no diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis gestacional, que embora de fácil diagnóstico, tratamento barato e eficaz, ainda se mantém como um problema mundial de saúde pública (KENYON; OSBAK; TSOUMANIS, 2016).

Em relação ao HIV, os principais entraves para prevenção da transmissão vertical são a não realização do pré-natal, ausência da profilaxia com antirretrovirais durante o pré-natal, ausência da profilaxia com Zidovudina (AZT) com oral para a criança nas primeiras horas após o nascimento e não atender a recomendação da não amamentação (RODRIGUES; VAZ; BARROS, 2013).

Um estudo realizado no município de São Paulo, com o objetivo de identificar possíveis entraves ao controle da transmissão vertical da sífilis e HIV encontrou que as rotinas e o fluxo de encaminhamento das gestantes, puérperas e recém-nascidos estão melhores estabelecidos para HIV do que para sífilis. A vigilância epidemiológica e notificação também foram mais eficazes para o HIV, mostrando uma desigualdade no controle dos dois agravos (RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014)

Estigma e discriminação, falta de seguro de saúde, desemprego, marginalização social e econômica, doenças mentais, uso de substâncias, moradia instável e desconfiança sistema médico foram identificados como barreiras ao tratamento do HIV em Nova Iorque (REMIEN et al., 2015).

No Brasil, o incremento de taxas de sífilis em gestante tem sido observado em várias regiões do país (SARACENI et al., 2017). Dados do estudo Nascer no Brasil mostraram que a incidência de sífilis congênita estimada para o país foi, de 3,51 por mil nascidos vivos, variando de 1,35 por mil na Região Centro-oeste a 4,03 por mil na Região Nordeste (DOMINGUES; LEAL, 2016).

O diagnóstico de sífilis na criança representa um processo complexo, devido ao fato de que mais da metade das crianças são assintomáticas ao nascimento e, naquelas com expressão

clínica, os sinais e sintomas são discretos ou pouco específicos (LAGO; VACCARI; FIORI, 2013).

Não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Nessa perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança (BRASIL, 2016a). É possível que essa situação dificulte quanto a conscientização da mãe sobre a importância da investigação e do acompanhamento da criança. No decorrer dos primeiros anos de vida podem ser desenvolvidas sequelas irreversíveis (LAGO; VACCARI; FIORI, 2013).

Um estudo de abrangência nacional dos casos de sífilis em gestante realizado no Reino Unido, destacou que acesso aos serviços de saúde e a comunicação entre estes serviços, são questões que interferem no tratamento adequado da gestante, esse estudo também identificou um baixo seguimento das crianças expostas a sífilis congênita (TOWNSEND et al., 2017).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que todo recém-nascido cuja mãe é soropositiva para sífilis e/ou para o HIV deve ser acompanhado por pelo menos dois anos com exame clínico minucioso, exames laboratoriais e acompanhamento especializado (GUINSBURG; SANTOS, 2010; BRASIL, 2015a).

Vários fatores podem interferir no acesso aos serviços de saúde, desde barreiras geográficas até a necessidade de cuidados de saúde percebida pelo indivíduo (MARTINS et al., 2019; REES et al., 2016). O acesso aos serviços de saúde é o resultado de uma interação entre fatores relacionados as características dos serviços sistema de saúde, mudanças na tecnologia médica e normas sociais relacionadas para a definição e tratamento de doenças, e determinantes individuais de utilização (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

No contexto atual de saúde no Brasil, nota-se que as políticas voltadas aos recursos humanos são essenciais para garantir a acessibilidade geográfica à assistência médica no Sistema Único de Saúde (SUS), e à sustentabilidade das intervenções implementadas. No Brasil, importantes estratégias buscaram soluções para assegurar a disponibilidade e a acessibilidade geográfica aos médicos no SUS (OLIVEIRA et al., 2017).

Dada a relevância da análise do acesso e práticas em saúde como um instrumento orientador para a melhoria da qualidade da assistência prestada, este estudo tem a

possibilidade de contribuir de forma a otimizar as práticas e os fluxos relacionados ao seguimento da criança com sífilis congênita e exposta ao HIV, identificando as fragilidades e potencialidades no contexto do acesso aos serviços de saúde dessas crianças.

Este estudo pretende contribuir para o aprimoramento das ações voltadas para o seguimento da criança com sífilis congênita ou exposta ao HIV, buscando minimizar as consequências da transmissão vertical.

Considerando que esta pesquisa pode produzir informação para melhoria das intervenções; considerando a escassez de estudos sobre a temática deste projeto, é oportuno realizar estudos acerca do acesso a serviços de saúde e do seguimento da criança com sífilis congênita e exposta ao HIV.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o acesso de crianças expostas à SC ou HIV aos serviços de saúde no município de Campina Grande.

2.2 Específicos

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas relacionadas às crianças;
- Identificar os fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades de saúde relacionados ao acesso à atenção básica e ao seguimento de crianças expostas à sífilis ou HIV.

3 REVIÃO DE LITERATURA

3.1 Acesso e utilização dos serviços de saúde

O acesso e a utilização de serviços de saúde envolvem aspectos que vão além do setor saúde. Dependem de um conjunto de fatores que podem ser sucintamente divididos em fatores determinantes da oferta e determinantes da demanda.

A partir da existência concreta dos serviços, passam a incorporar a oferta aspectos relativos às acessibilidades geográfica caracterizada pela localização, vias de acesso, transporte público, entre outros; aspectos culturais, entendido como padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida e aspectos relativos a economia, existência ou não de taxas moderadoras do uso e organizativa, referente ao modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado (TRAVASSO; MARTINS, 2004)

Os fatores geográficos constituem uma importante barreira para utilização dos serviços de saúde (KOVACS; FELICIANO, 2005; OLIVEIRA et al., 2012). O conceito de barreira geográfica deriva daqueles obstáculos naturais ou criados pela forma de urbanização, que orientam a organização dos fluxos numa dada estrutura de circulação, e que criam dificuldades que variam do nível local para o regional (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987).

A definição de acesso é complexa, há uma variabilidade de conceitos e enfoques com relação ao uso dos serviços de saúde e a terminologia empregada também é variável (TRAVASSO; MARTINS, 2004).

Starfield (2002) emprega os termos acessibilidade e acesso de formas distintas. Para a autora, acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou serviço de saúde, este aspecto é necessário para se estabelecer o primeiro contato e acesso é definido como forma que a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde.

A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

O Brasil desenvolveu um complexo sistema de saúde composto por serviços públicos e privados, que se baseia nos princípios da saúde como direito do cidadão e o dever do Estado garantido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público de saúde brasileiro, pretende fornecer cuidados preventivos e curativos globais e abrangentes através da gestão descentralizada e provisão de serviços de saúde e promove participação comunitária em todos os níveis administrativos (PAIM et al., 2011).

O Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos entende acesso como o uso de serviços de saúde em tempo oportuno para obtenção do melhor resultado possível. Nessa definição, o eixo do conceito é deslocado dos elementos que o compõem para seus resultados e acesso passa a ser sinônimo de uso, além de ser incorporada ao conceito a dimensão temporal. Acesso, neste caso, não abrange qualquer uso; limita-se ao uso qualificado, a saber, aquele que ocorre no momento adequado ao atendimento do problema de saúde do paciente, utilizando recursos corretos e executado da forma correta (MILLMAN, 1993).

Donabedian (1973) usa o termo acessibilidade e o define como a capacidade de ofertar e produzir serviços capazes de responder as necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade é algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso, podendo ser distinta em duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica. A primeira refere-se aos aspectos estruturais dos serviços que interferem na relação destes com os usuários e a segunda a aspectos geográficos.

Para Donabedian (1973), acessibilidade também inclui o grau de (des) ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Considera a adequação dos profissionais e recursos tecnológicos utilizados para atender as necessidades dos indivíduos com qualidade.

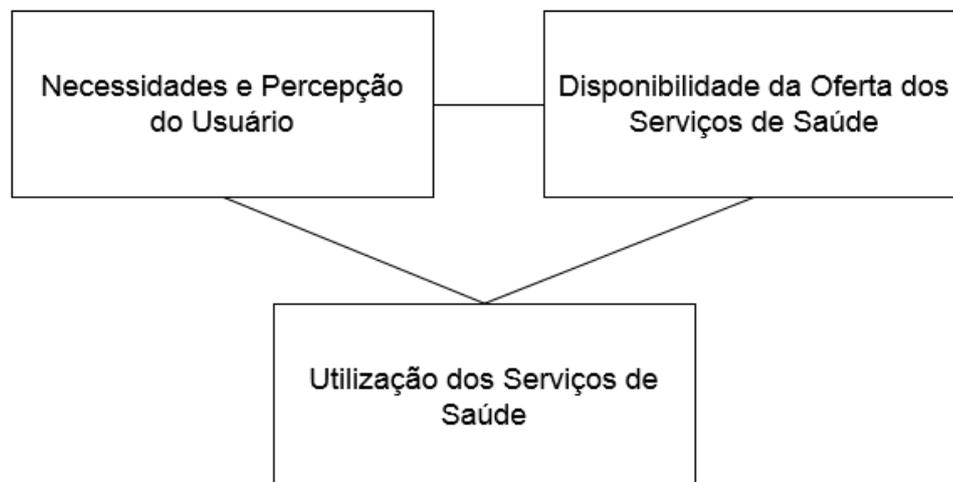
De acordo com o modelo de utilização de serviços de saúde, descrito por Andersen & Newman (1973), o acesso compõe um dos elementos do sistema de saúde ligados à organização, que se refere à entrada nos serviços de saúde e à continuidade do tratamento. O primeiro contato com o serviço de saúde, geralmente, está relacionado ao comportamento do indivíduo e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a

intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso e a utilização de serviços retratam as desigualdades e as vulnerabilidades reais da sociedade, produzidas pelas relações sociais. Assegurar o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido constitucionalmente, é dever do Estado, de modo a minimizar as desigualdades que são produzidas em nível social (BARATA, 2008).

A utilização do serviço é o resultado da inter-relação de uma necessidade percebida pelo usuário, decorrente de sua situação de saúde e pela disponibilidade dos serviços (TRAVASSO; MARTINS, 2004).

Figura 1 - Utilização dos serviços de saúde.



Fonte: Travasso e Martins (2004).

Ao analisar a utilização dos serviços de saúde, é necessário levar em consideração determinantes sociais e individuais (ANDERSEN; NEWMAN, 1973). Os médicos de atenção primária trabalham na comunidade em que as manifestações de doenças são fortemente influenciadas por seu contexto social (STARFIELD, 2002).

O modelo de utilização de serviços de saúde defende que a influência do acesso no uso dos serviços de saúde está relacionada a componentes individuais que são divididos em: Predisponentes, Capacitantes (Habilitantes) e Necessidades de Saúde. Os componentes

contextuais foram descritos como sendo as características da organização do serviço ou processo de prestação de cuidados (ANDERSEN, 1995; ANDERSEN; DAVIDSON, 2007).

Definição dos componentes individuais:

- Fatores predisponentes: fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde;
- Fatores capacitantes: são os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde; e
- Necessidades de saúde: percepção das condições de saúde pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde.

O modelo de utilização de serviços é ampliado e incorpora ao conceito de acesso dois elementos: “acesso potencial” e “acesso realizado”. Acesso potencial caracteriza-se pelos componentes individuais capacitantes do uso de serviços, que podem limitar ou ampliar a capacidade de utilização de serviços (ANDERSEN, 1995).

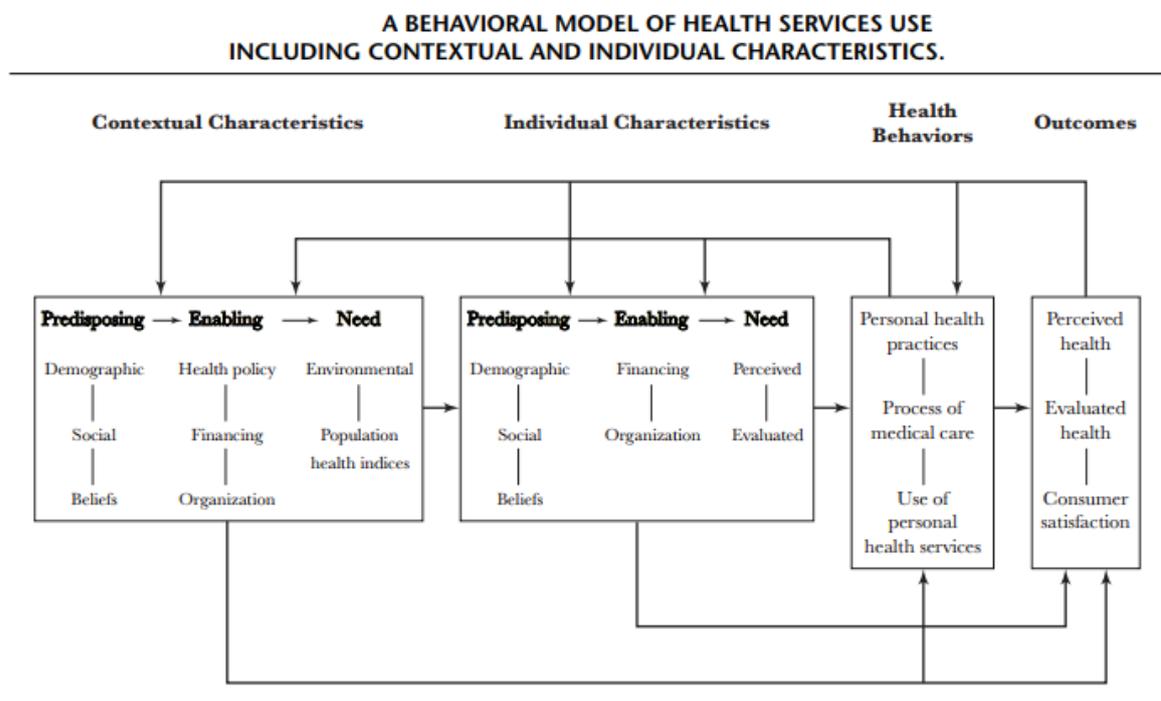
O acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços e é influenciado por fatores como: os Predisponentes, os Capacitantes, as Necessidades de Saúde, além de fatores contextuais, que são aqueles relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviços e que influenciam no uso de forma direta e indireta, por intermédio dos fatores individuais (ANDERSEN, 1995).

O autor define ainda os conceitos de “acesso equitativo” que é indicado por níveis semelhantes de cobertura do sistema de saúde e uso por renda e grupos étnicos e “acesso desigual” que é indicado por discrepâncias na cobertura e uso para estes grupos (ANDERSEN, 1995).

As medidas de acesso incluem também dimensões que são particularmente importantes para a política de saúde. São elas o "acesso efetivo" que resulta da melhoria das condições de saúde ou satisfação das pessoas com os serviços e “acesso eficiente” que se refere ao nível de mudança na saúde ou na satisfação em relação aos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

As características contextuais podem influenciar comportamentos e resultados de saúde diretamente, além de sua influência através de características individuais. Compreender a natureza de influências contextuais sobre o acesso aos cuidados apresenta muitos desafios analíticos, mas pode permitir novos conhecimentos sobre como melhorar o acesso aos cuidados (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007).

Figura 2 - Modelo comportamental do uso dos serviços de saúde incluindo características contextuais e individuais.



Fonte: Andersen e Davidson (2007)

Melhorar o acesso aos cuidados de saúde pode ser facilitado por modelos de acesso, que devem enfatizar a importância de características contextuais, bem como características individuais na promoção de políticas para melhorar o acesso de grupos vulneráveis. Melhoria da equidade, eficácia, e eficiência devem ser as normas orientadoras para a pesquisa sobre o acesso (ANDERSEN; DAVIDSON, 2007).

3.2 Situação epidemiológica da sífilis e desafios para o controle

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema Pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas (BRASIL, 2016a).

A sífilis é um problema mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima em 12 milhões o número de pessoas infectadas todos os anos por sífilis, apesar de existirem medidas de prevenção eficazes como preservativos, e opções de tratamento eficazes e relativamente baratas (OMS, 2008).

O principal problema da sífilis está associado à ocorrência da infecção na gestação e a transmissão vertical que acarreta consequências negativas para o conceito (GOMEZ et al., 2013). Entretanto, ainda se observa uma baixa proporção de gestantes rastreadas para sífilis. Os fatores de risco para rastreio inadequado da sífilis incluem início tardio da primeira visita pré-natal e baixa frequência de visitas pré-natais. Porém, mesmo as mulheres com múltiplas consultas pré-natais nem sempre apresentaram rastreio adequado da sífilis (CHA et al., 2017).

No Brasil, na última década, observou-se aumento de notificação de casos de sífilis em gestante que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e à ampliação da distribuição de testes rápidos, que ampliou a capacidade de diagnóstico da infecção pelo *T. Pallidum* (BRASIL, 2016b).

A ampliação do acesso a métodos diagnósticos deveria se traduzir em tratamento oportuno, entretanto, parturientes diagnosticadas durante o pré-natal, permanecem infectadas no parto e os fatores relacionados à sífilis em gestantes estão associados às vulnerabilidades sociais e às desigualdades em saúde (CUNHA; MERCHAN-HAMANN, 2015).

A doença caracteriza-se por apresentar longos períodos de silêncio clínico. A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, que acarreta o comprometimento, especialmente dos sistemas nervoso e cardiovascular (BRASIL, 2015a).

Todos os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer e identificar as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento que preferencialmente deve ser realizado com penicilina (BRASIL, 2016a). Entretanto, Profissionais de saúde da atenção básica têm dificuldade no manejo clínico da gestante com *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) reagente (ANDRADE et al., 2011; SILVA et al., 2014).

O tratamento adequado da sífilis na gestação é também uma medida de prevenção da transmissão vertical do HIV e de desfechos desfavoráveis na gestação. Uma pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul que teve como objetivo estimar a taxa de coinfeção do HIV/sífilis nas gestantes e sua associação com a transmissão vertical do HIV, identificou taxa de 10% de transmissão vertical no grupo de gestantes com coinfeção HIV/sífilis superior à taxa de 4% encontrada entre as gestantes portadoras unicamente do HIV. O estudo encontrou ainda que o número de abortos identificados e os natimortos foram mais prevalentes no grupo da coinfeção HIV/sífilis, mostrando o impacto da sífilis nos desfechos das gestações (ACOSTA; GONÇALVES; BARCELLOS, 2016).

As principais formas de transmissão da doença é a sexual e transplacentária. A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior nos estágios iniciais, momento em que ocorre intensa multiplicação do patógeno e pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária e secundária, diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária) (BRASIL, 2016a).

O número de casos de sífilis tem aumentado em várias partes do mundo (GUERRIER et al., 2013; ZHOU et al., 2013; VOUX et al., 2017). Nos Estados Unidos o Centers for *Disease Control and Prevention* (CDC) observou um aumento dos números de casos de SC em todos os grupos raciais durante o período 2012-2014. A taxa de SC entre brancos, negros e hispânicos aumentou 61%, 19% e 39%, respectivamente. Contudo, a taxa entre os negros permaneceu aproximadamente 10 vezes a taxa entre brancos e três vezes a taxa entre os hispânicos (BOWEN et al., 2015).

No Brasil, a taxa de detecção de sífilis na gestação por 1 000 nascidos vivos apresentou aumento em vários estados brasileiros, entre eles observa-se um incremento entre os anos de 2007 e 2012, variando de 21,2% no Amazonas a 75,4% no Rio de Janeiro (SARACENI et al., 2017).

Um estudo realizado na região sul do Brasil com o objetivo de avaliar a frequência de SC e a sua recorrência em gestações subsequentes, identificou que a falta de documentação sobre o tratamento anterior foi uma das principais causas de definição de caso de SC. Esta causa foi muito frequente tanto nos desfechos iniciais quanto nos subsequentes. Os dados sugerem que nas gestações subsequentes mais recém-nascidos não infectados possam ter sido

classificados como casos de SC, pela insuficiência de informação sobre os antecedentes da gestante e inadequação do acompanhamento pré-natal (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015).

A inadequação do tratamento da sífilis durante a gestação é o principal critério utilizado para instituir o tratamento de sífilis na criança. Considerando que crianças sem a doença possam ser tratadas o Ministério da Saúde alterou recentemente o critério de definição de caso de sífilis congênita. A ausência de informação sobre o tratamento do parceiro deixa de ser um critério sobre inadequação do tratamento da gestante (BRASIL, 2016c).

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, especialmente para a sífilis em gestante. Níveis de penicilina superiores a 0,018 mg por litro são considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos sete a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia. Por esse motivo recomenda-se para a sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração) o tratamento com penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única e para a sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2016a).

Apesar da redução dos casos de SC em alguns países que apresentam a ampliação do acesso a cuidados pré-natais de qualidade, incluindo testes e tratamento da sífilis que são fundamentais para alcançar a eliminação da transmissão da sífilis da mãe para filho, a sífilis materna ainda causa resultados de adversos substanciais gravidez, mesmo em mulheres que receberam cuidados pré-natais (WIJESOORIYA et al., 2016) .

Na gestação, tratamentos não penicilínicos são inadequados e só devem ser considerados como opção nas contraindicações absolutas ao uso da penicilina. Para as gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, recomenda-se a dessensibilização, em serviço terciário, de acordo com protocolos existentes (BRASIL, 2016a).

Segundo critérios definidos pelo Ministério da Saúde, só serão consideradas adequadamente tratadas as gestantes que receberem tratamento realizado somente com penicilina que esteja completo e adequado na dose e no tempo, de acordo com a fase clínica da doença; finalização do tratamento em até 30 dias antes do parto (BRASIL, 2016c)

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a estrutura e o processo de trabalho dos profissionais de saúde para desenvolver as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza identificou que apenas 16,9% das unidades administravam a penicilina G Benzatina. O temor advindo da possibilidade de eventos adversos, entre os quais a reação anafilática, bem como a carência dos recursos necessários ao atendimento de tal ocorrência, aparece como justificativa para a não realização desse procedimento. As unidades se limitam a entregar a medicação e encaminhar as gestantes para os hospitais, o que pode contribuir para o tratamento inadequado da sífilis na gestação (ARAUJO et al., 2014).

O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina na Atenção Básica, uma vez que esse evento é raro. A adrenalina é a droga de escolha para tratamento dessas reações, caso ocorram, e a pessoa deverá ser referenciada à unidade especializada (BRASIL, 2016a).

Em 2014, teve início um desabastecimento nacional da penicilina, em decorrência da falta de matéria prima específica para a sua produção no mercado global. É possível que essa situação tenha ocorrido porque os laboratórios que fabricam o remédio são poucos e ainda fabricam em pequenas quantidades, pois a medicação não tem patente, o que gera pouco lucro para a empresa produtora.

Em virtude disso, o Ministério da Saúde divulgou uma nota informativa recomendando o uso exclusivo da penicilina G benzatina para gestantes com sífilis e da penicilina cristalina apenas para a criança com sífilis congênita (BRASIL, 2015b).

Outros fatores também podem ter desempenhado um papel importante no incremento da prevalência da infecção nos últimos anos, o uso de drogas tem sido identificado na literatura científica como um dos fatores associados ao aumento das taxas da infecção (PINTO et al., 2014; LIAO et al., 2016).

A principal forma de controle da doença recai sobre métodos de prevenção, contudo, altas percentagens de gestantes não testadas apontam falhas na prevenção e controle da infecção pela sífilis congênita pelos serviços de saúde. As gestantes continuam interrompendo o cuidado pré-natal precocemente e não conseguindo realizar os procedimentos de triagem para a sífilis. A prevalência de oportunidade perdida de prevenção para a realização do teste de sífilis foi observada principalmente, entre mulheres com piores condições

socioeconômicas, evidenciando a importância dos determinantes sociais em saúde nas condições de adoecimento da população (RODRIGUES; GUIMARÃS; CÉSAR, 2008).

3.3 Aspectos relacionados ao seguimento da criança exposta à sífilis

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema Pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária (BRASIL, 2015a).

A identificação do *T. pallidum* por meio de pesquisa direta não é um método de rotina considerando-se que a maioria das pessoas com sífilis apresenta-se assintomática. Entretanto, a pesquisa do material coletado de lesão cutaneomucosa, de biópsia ou necropsia, assim como de placenta e cordão umbilical é um procedimento útil. A preparação e a observação em campo escuro imediatamente após a coleta do espécime permitem visualizar os treponemas móveis (sensibilidade de 74 a 86% e especificidade 97%). A técnica de imunofluorescência direta representa uma outra forma disponível para a identificação do *T. Pallidum* com alta sensibilidade e especificidade, superiores à pesquisa em campo escuro (BRASIL, 2006).

Contudo, esse diagnóstico definitivo raramente é alcançado na prática clínica. A maioria dos casos de SC é relatada e tratados com base em critérios epidemiológicos de casos de sífilis congênita definidos pelo Ministério da Saúde, que recentemente foi alterado devido à suspeita de excesso de tratamento de crianças, a ausência de informação sobre o tratamento do parceiro sexual deixa de ser um critério para notificação da SC (BRASIL, 2016a).

A sífilis congênita está entre as infecções neonatais mais comuns (PEREIRA et al., 2015a). É uma doença de fácil prevenção que deve ser identificada e tratada na Atenção Primária em Saúde (APS). A ocorrência da sífilis congênita sugere falhas no funcionamento da rede de atenção que, apesar do aumento das coberturas de pré-natal, ainda se observa uma baixa efetividade dessas ações para a prevenção da sífilis congênita (ARAÚJO et al., 2012).

As bases para prevenção da sífilis congênita já estão estabelecidas em muitas partes do mundo. A maioria dos países tem protocolos gerais de orientação para controle universal de sífilis pré-natal. Os números de consultas pré-natais são geralmente altos e os testes de detecção são baratos e podem ser realizados a nível de cuidados primários de saúde; o tratamento com penicilina não é caro; e o medicamento está na lista dos medicamentos

essenciais de todos os países. Contudo, apesar de todos estes fatores, a sífilis congênita ainda causa uma grande carga de adoecimento (OMS, 2008).

Muito se tem discutido sobre os efeitos do *Treponema Pallidum* durante a gestação e os problemas acarretados ao feto (NASCIMENTO et al., 2012; GOMEZ et al., 2013; CARDOSO et al., 2016). Mas os estudos mostram que o cuidado e seguimento direcionado as crianças expostas a sífilis na gestação são insuficientes ou inexistem (LAGO; VACCARI; FIORI, 2013; BRIGHT et al., 2017; TOWNSEND et al., 2017).

O Ministério da Saúde recomenda que todos os RN nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto, ou na suspeita clínica de sífilis congênita, devem realizar a investigação para sífilis congênita, mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que pode ocorrer em cerca de 14% dos casos (BRASIL, 2015a).

E para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico do RN, deve ser realizado hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar, além de outros exames, quando houver indicação clínica (BRASIL, 2015a).

A recomendação do Ministério da Saúde para o tratamento da criança identificada com sífilis congênita no período neonatal é de que seja realizado de acordo com a avaliação clínica e de exames complementares (BRASIL, 2006).

Mesmo recebendo o tratamento adequado, todo RN nascido de mãe diagnosticada com sífilis na gestação ou no momento do parto deve receber acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral até os dois anos de idade. A recomendação é que essas crianças sejam avaliadas com exame clínico minucioso e teste não-treponêmico para controle de cura (GUINSBURG; SANTOS, 2010; BRASIL, 2015a; SÃO PAULO, 2016).

É importante destacar que especialistas sugerem que as crianças que apresentarem o teste treponêmico reagente aos 18 meses deverão realizar seguimento por longo prazo, pelo menos até os cinco anos de idade, para monitoramento de possíveis alterações tardias da sífilis (visuais, auditivas e de desenvolvimento), mesmo que estas crianças tenham recebido tratamento adequado na maternidade (GUINSBURG; SANTOS, 2010; LAGO; VACCARI; FIORI, 2013; SÃO PAULO, 2016).

Um estudo prospectivo realizado em uma maternidade filantrópica em Aracaju identificou uma alta prevalência de sífilis congênita com baixas adesões a primeira consulta e ao seguimento adequado, 28,2% e 75%, respectivamente. O tratamento foi realizado com penicilina cristalina em 67,1% dos casos e 3% necessitaram repetir o tratamento (LOPES et al., 2016). A falta de integralidade da assistência pode dificultar o acesso ao seguimento adequado.

Com o intuito de superar a fragmentação da assistência e garantir integralidade do cuidado, foi instituída a Rede Cegonha que é uma rede de cuidados materno infantil, instituída no âmbito do SUS, que visa assegurar à mulher o direito à atenção qualificada desde o planejamento reprodutivo até a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Essa rede de articulação dos distintos pontos de atenção à saúde que deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil (BRASIL, 2011).

Os objetivos da Rede Cegonha são fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança nos primeiros vinte e quatro meses de vida, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011).

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura (BRASIL, 2012a).

Referente à saúde da criança no Brasil, observa-se que a ampliação na oferta de atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem favorecido o acesso, mas ainda sem garantia da integralidade. Além disso, a ampliação no acesso apresenta disparidades regionais na oferta dos serviços (DAMASCENO et al., 2016).

Quanto ao acesso de primeiro contato, observou-se que, embora tenha ocorrido uma expansão de cobertura da rede básica de saúde no país, os serviços não têm alcançado a resolutividade necessária, o que descaracteriza a atenção básica como porta de entrada do sistema, já que diante da pouca resolutividade, o usuário, familiar da criança, tende a direcionar-se primeiro aos serviços de média e alta complexidade, gerando descrença na APS

como coordenadora da rede de atenção à saúde (KOVACS; FELICIANO, 2005; DAMASCENO et al., 2016).

Nesse sentido, a Rede Cegonha visa à ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na atenção básica se apoia na oferta e na execução dos testes rápidos de HIV e de sífilis para a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como redução da mortalidade materna e infantil evitáveis (BRASIL, 2013).

A inclusão da SC e Sífilis em Gestante como uma doença de notificação nos anos de 1986 e 2005, respectivamente, foi uma importante estratégia no intuito de controlar a infecção (BRASIL, 1986; BRASIL, 2005). A utilização efetiva de informações obtidas a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas.

A notificação compulsória de uma doença visa acumular dados suficientes para permitir uma análise que leve a intervenções para sua redução e/ou de suas consequências. No caso da notificação da sífilis em gestantes, a pretensão clara é a de reduzir a sua incidência até conseguir a eliminação da sífilis congênita, derivada da transmissão vertical do *Treponema Pallidum*.

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória regular. A notificação é registrada Sinan mediante o preenchimento e envio da Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis Congênita, que deve ser preenchida pelo médico ou outro profissional de saúde no exercício de sua função. As principais fontes de notificação da sífilis congênita são as maternidades (onde se realiza a triagem para sífilis na admissão para o parto ou curetagem) e ambulatórios pediátricos, principalmente para crianças que não foram diagnosticadas após o nascimento (BRASIL, 2016c).

É dada pouca visibilidade à doença por parte dos gestores e profissionais de saúde, a doença é subnotificada e é pouco identificada como uma causa básica de morte em crianças expostas a sífilis durante a gestação (CARDOSO et al., 2016).

Problemas no acesso ao cuidado pré-natal incluem mortalidade infantil, baixo peso ao nascer e incidência de congênita sífilis congênita. Nos Estados Unidos, em todas as

raças, aproximadamente 70% das mulheres receberam cuidado pré-natal adequado entre os anos de 1986 a 1988. A porcentagem de mulheres que recebem o cuidado precoce aumentou de forma constante até a década de 1970 (de 67,9% para todas as raças em 1970 a 75,9% em 1979), mas permaneceu estático entre 1980 e 1988. Observou-se uma diferença marcante entre brancos e negros ao receber cuidado pré-natal adequado (73,5% e 50,7%, respectivamente). Cada caso de sífilis congênita indica uma falta de cuidados pré-natais ou falta de cuidados adequados (MILLMAN, 1993).

3.4 Aspectos relacionados ao HIV na gestação e ao seguimento da criança exposta

O HIV é um problema global. Todos os anos, cerca de 1,4 milhões de mulheres que vivem com HIV engravidam, no mundo. A chance de transmissão do vírus para seus filhos durante a gravidez, o parto ou a amamentação é de 15 a 45% se não forem tratadas (UNAIDS, 2015a).

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2018, foram notificadas 116.292 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 17,2% das gestantes eram residentes da região Nordeste, sendo a terceira região com maior número de casos no país. No ano de 2017, foram identificadas 7.882 gestantes no Brasil, sendo 30,2% na região Sudeste, 29,0% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,5% no Norte e 6,4% no Centro-Oeste (BRASIL, 2018a).

Tem sido observada uma tendência de aumento na taxa de detecção de HIV em gestantes nos últimos anos. Esse aumento poderia ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal o que leva a uma consequente melhoria da prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2018a). Diagnóstico e tratamento precoce apresenta benefícios às gestantes com HIV, observa-se que o aumento da terapia antirretroviral na gravidez, o momento de ruptura da membrana inferior a quatro horas e a baixa carga viral contribuíram para a diminuição da transmissão vertical de HIV-1 (COSTA et al., 2015)

A infecção pelo HIV na gestação é um agravo de notificação compulsória no Brasil desde 2006. Um estudo nacional que estimou a cobertura da notificação dos casos de HIV em gestantes, identificou uma subnotificação expressiva de casos de gestantes infectadas pelo HIV no Sinan. Do total de casos identificados no estudo, apenas 57,1% estavam notificados no Sinan. A cobertura da notificação apresenta variações regionais, sendo que a menor

cobertura foi observada na região Norte (20,2%) e a maior na região Nordeste (79,5%) (DOMINGUES; SARACENI; LEAL, 2018).

A subnotificação de casos de gestante infectadas pelo HIV no Sinan se reflete negativamente na programação orçamentária, comprometendo a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos, serviços laboratoriais e assistenciais, entre outras ações de vigilância (BRASIL, 2015a).

A transmissão vertical do HIV acontece pela passagem do vírus para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Pode ser reduzida para menos de 2% com a adoção das medidas eficazes de prevenção (UNAIDS, 2015b).

Devido às ações de profilaxia para prevenção da transmissão vertical do HIV, espera-se mais o cuidado de crianças expostas ao HIV e não infectadas do que de crianças infectadas. Porém, o risco da transmissão vertical persiste, inclusive com possibilidade de infecção pelo HIV mediante o aleitamento materno. O profissional que realiza o acompanhamento da criança exposta deve estar atento quanto ao risco de transmissão vertical do HIV após o nascimento (DRAKE et al., 2014; BRASIL, 2018b).

A infecção pelo HIV e a sífilis está relacionada a grupos populacionais que apresentam piores condições socioeconômicas e de acesso a saúde (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; SILVA et al., 2018). Mulheres encarceradas mostraram uma prevalência mais alta de sífilis e de infecção pelo HIV durante a gravidez, pior qualidade de atendimento pré-natal e níveis mais elevados de vulnerabilidade social, quando comparadas às mulheres não encarceradas. A sífilis mostrou ser indicador de vulnerabilidade social em mulheres não encarceradas (DOMINGUES et al., 2017).

A organização dos serviços de saúde focados no início precoce do cuidado pré-natal para diagnóstico e início oportuno da terapia antirretroviral, aderência e acompanhamento a longo prazo de mães e bebês é crucial para seu sucesso da redução da transmissão vertical (BONAWITZ et al., 2016).

A taxa de detecção de aids em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador para o monitoramento da transmissão vertical do HIV. Observou-se queda na taxa para o Brasil, nos últimos dez anos, que passou de 3,5 casos/100.000 habitantes em 2007 para 2,0 casos/100.000 habitantes em 2017, o que corresponde a uma queda de 42% (BRASIL, 2018a)

Toda criança nascida de mãe infectada pelo HIV deve ser acompanhada mensalmente nos primeiros 6 meses e, no mínimo, bimestral a partir do 2º semestre de vida. Em todas as consultas, deve-se registrar o peso, o comprimento e os perímetros, em especial o perímetro cefálico. A avaliação sistemática do crescimento e do desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar dificuldade de ganho de peso. O acompanhamento da criança exposta é importante, mesmo das crianças não infectadas, por causa da exposição aos ARV (BRASIL, 2018b).

Contudo, na região nordeste do Brasil, tem-se observado a dificuldade de acesso de crianças expostas ao HIV a serviços de seguimento. Relato de cuidadores demonstram que a rede social de serviços de saúde é desconexa e os profissionais de saúde não dão apoio informacional após alta da criança na maternidade (ALVARENGA et al., 2015)

Na África, a perda de seguimento de crianças infectadas pelo HIV esteve associada aos pacientes que não forneceram informações de contato adequadas, dificultando os esforços para rastrear pacientes. As barreiras ao atendimento clínico regular comumente citadas são: falta de transporte, cuidador esquecer a data da consulta e atividades escolares da criança que conflitavam com o agendamento das consultas. Outras razões incluíram indisciplina infantil, crenças religiosas, negação do status de HIV, estigma social, e questões de divulgação. Os custos de transporte foram os mais citada barreira entre os respondentes (MACHINEA et al., 2016).

A mortalidade de crianças pela infecção do HIV é preocupante. Uma revisão sistemática estimou a proporção de mortalidade por todas as causas em pacientes pediátricos da África Subsaariana recebendo TAR. O estudo indicou que há altas taxas de mortalidade nos primeiros meses de vida. A proporção de mortalidade aos 12 meses variou entre 2,0% em coortes da Etiópia e 16,1% em coortes de Moçambique (AHMED, 2019).

Melhorar o acesso de crianças expostas ao HIV na gestação ou de crianças que vivem com o HIV é fundamental. Cuidados consistentes com o HIV é indispensável tanto para otimizar saúde como para prevenir a transmissão do HIV. Diagnóstico de HIV durante a primeira infância, seguido de rápido início da terapia ARV reduz a mortalidade (BURRAGE et al., 2018).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

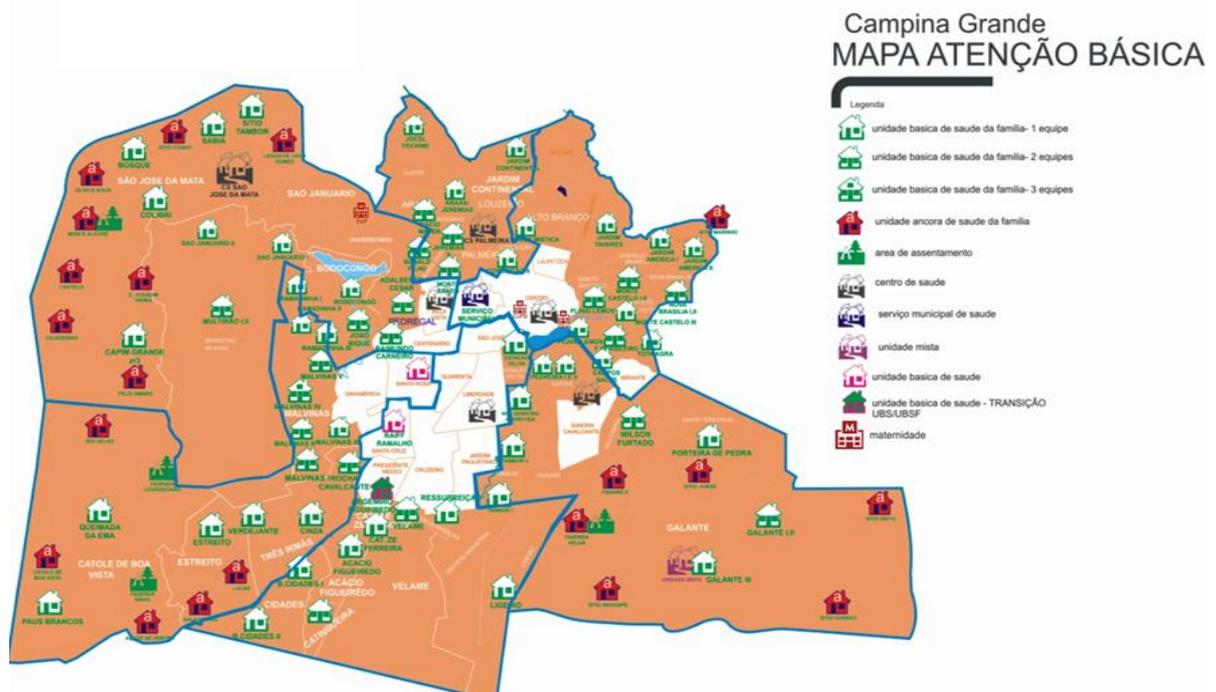
Trata-se de um estudo transversal em que foram analisados o seguimento e o acesso aos serviços de saúde de crianças notificadas com SC e criança exposta ao HIV.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Campina Grande, Estado da Paraíba, a cidade de Campina Grande conta com uma população estimada de 407.754 habitantes (IBGE, 2016).

Em Campina Grande, a rede de atenção materno infantil está estruturada em serviços de atenção primária e serviços de média e alta complexidade. O município tem 105 equipes de Estratégia de Saúde da Família, distribuídos na zona urbana e rural, três maternidades que fazem atendimento pelo SUS, uma maternidade municipal, que é referência para atendimento a gestações e partos de alto risco e conta com dois ambulatórios de seguimento de pediatria para seguimento de egressos, um hospital filantrópico e um hospital particular (CAMPINA GRANDE, 2017). O serviço especializado para acompanhamento de crianças expostas ao HIV é o Hospital Universitário.

Figura 3 - Mapa da distribuição das equipes NASF em relação aos Distritos Sanitários de Campina Grande.



Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB

4.3 População do estudo

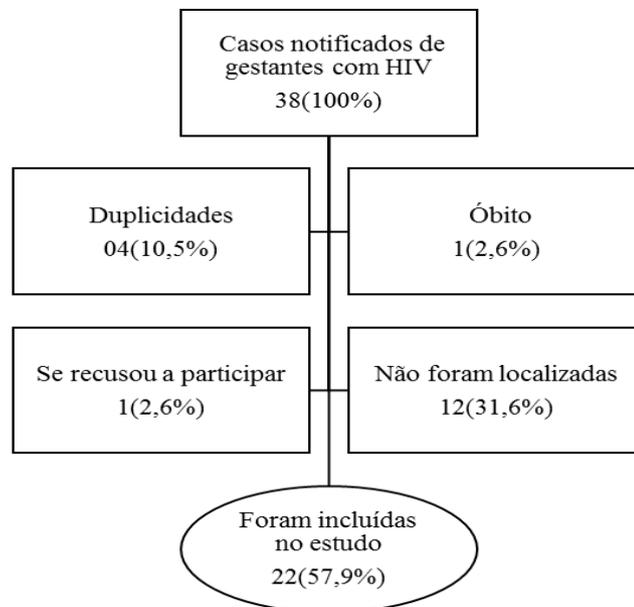
Foram considerados elegíveis todos os casos notificados de SC e de gestantes com HIV ocorridos no período de julho de 2014 a julho de 2016 no município de Campina Grande. O período selecionado justifica-se pelo fato de que todas as crianças teriam tempo de completar o tempo de seguimento.

Durante o período estabelecido no estudo foram notificados no Sinan 111 casos de sífilis congênita e 38 casos de gestantes com HIV que foram considerados elegíveis. Após análise do banco de dados do Sinan foram excluídas as duplicidades de casos notificados. A não localização dos casos ocorreu pelos seguintes motivos: a família havia se mudado e os vizinhos não souberam informar para onde; o endereço no banco de dados do Sinan não correspondia ao endereço da família.

4.4 Critérios de inclusão

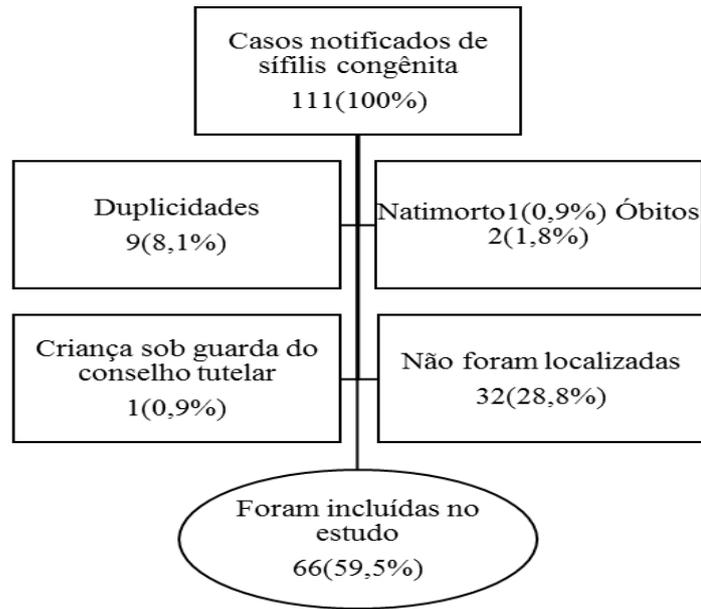
Foram incluídos todos os casos de criança exposta ao HIV e à sífilis durante a gestação, ocorridos no período de julho de 2014 a julho de 2016 de mães residentes no município de Campina Grande- PB.

Figura 4 - Fluxograma de inclusão dos casos de HIV na amostra.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 5 - Fluxograma de inclusão dos casos de sífilis congênita.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

4.5 Critérios de elegibilidade

Os casos considerados elegíveis foram identificados por meio da ficha de notificação de sífilis congênita e de gestante com HIV, posteriormente foram convidadas a participar do estudo por meio de ligação telefônica ou visita domiciliar.

Para facilitar o acesso dos pesquisadores de campo, foi realizado um contato com o Agente Comunitário que, em alguns casos, facilitou a comunicação com a mãe e a localização da residência da criança.

4.6 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada durante o período de julho de 2018 a fevereiro de 2019, por meio de informações contidas nas fichas de notificação do Sinan, cartão da gestante, cartão da criança e entrevista realizada no domicílio.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira, partindo da notificação dos casos nas bases de dados do Sinan e a segunda parte da pesquisa foi realizada uma entrevista com as mães ou cuidadores das crianças.

4.6.1 *Esquema de controle de qualidade*

Foi realizado um teste-piloto, com o objetivo de aperfeiçoar o questionário, proporcionando maior entendimento das perguntas, evitando dúvidas e possibilitando a realização dos devidos ajustes.

Observação de procedimentos e desempenho dos profissionais para identificação de desvios de protocolo. As estratégias de controle de qualidade dos dados incluem: treinamento dos participantes; supervisão das atividades e supervisão de campo. Participaram da coleta de dados uma enfermeira e um estudante de fisioterapia com experiência em coleta de dados de pesquisa.

4.6.2 *Instrumento e procedimento de coleta*

As informações foram registradas em instrumento estruturado em que foram coletados os dados primários compostos pelas seguintes variáveis:

- Condições socioeconômicas e demográficas da família: condições de moradia, acesso a bens e serviços públicos, acesso a benefícios sociais do governo;
- Características maternas: morbidades e antecedentes obstétricos, acompanhamento pré-natal e morbidades durante a gestação da criança do estudo; situação sorológica no pré-natal e parto; tratamento da sífilis na gestação;
- Acesso à atenção à saúde após a alta hospitalar: acompanhamento da criança exposta a sífilis e ao HIV em serviços de seguimento e na atenção básica;
- Morbidades e hospitalizações entre as crianças expostas à sífilis e ao HIV.

4.7 Variáveis do estudo

4.7.1 *Variáveis Dependentes*

Foram definidas duas variáveis dependentes: acesso aos serviços de Atenção Básica (puericultura) e realização do seguimento sorológico da criança.

A variável dependente denominada acesso aos serviços de Atenção Básica (puericultura) foi classificada em acesso adequado e inadequado, tendo como parâmetro os

critérios definidos pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento das crianças na Unidade de Atenção Básica (BRASIL, 2012a):

Acompanhamento na unidade de Atenção Básica à Saúde: consultas na primeira semana de vida e no primeiro mês, totalizando cinco consultas nos seis primeiros meses de vida; uma consulta aos 9 (nove) e aos 12 (doze) meses. Após o primeiro ano, uma consulta aos 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) meses. Após os 24, recomenda-se uma consulta anual.

Calendário vacinal completo para idade: administração de imunobiológicos conforme calendário vacinal para idade da criança, estabelecida pelo Programa Nacional de Imunização.

Assim, classificou-se o acesso ao serviço de Atenção Básica (puericultura) como adequado se foram preenchidos os parâmetros: número e periodicidade das consultas conforme o recomendado e calendário vacinal completo para a idade.

A variável dependente denominado seguimento da criança foi classificada em seguimento adequado e inadequado, foi considerado seguimento adequado as crianças que fizeram acompanhamento até confirmar ou descartar o diagnóstico. O seguimento inadequado foi considerado quando o acompanhamento foi interrompido ou não realizado antes de esclarecer a ocorrência ou não da transmissão vertical.

4.7.2 Variáveis Independentes

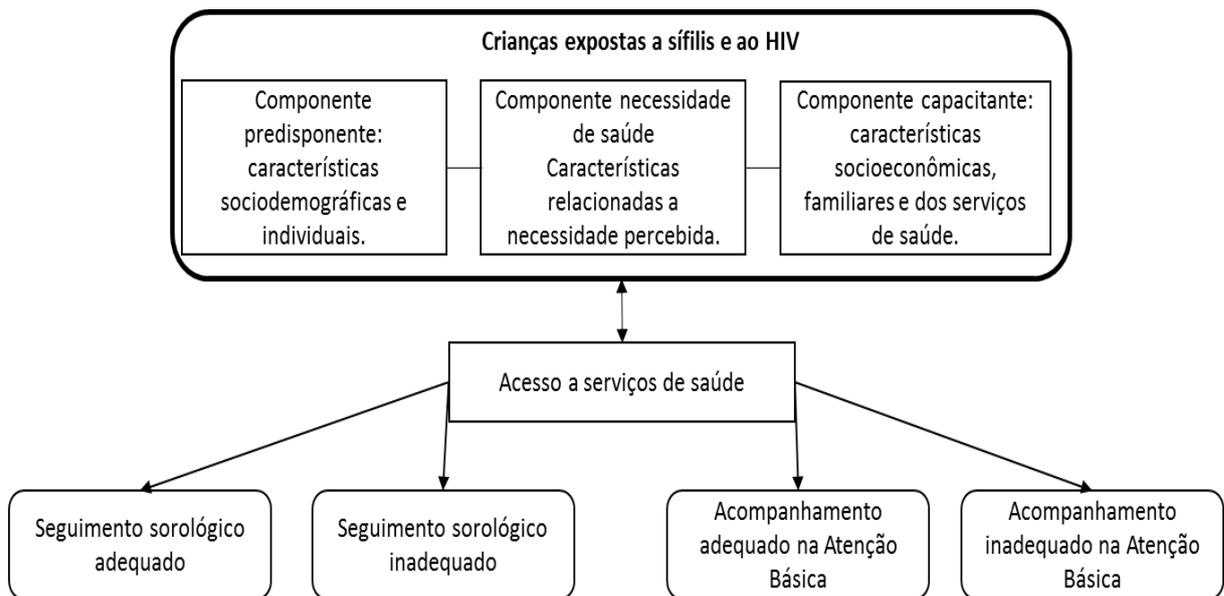
As variáveis independentes foram agrupadas em três componentes hierárquicos adaptados do modelo teórico conceitual proposto por Andersen e Newman (1973); Andersen (1995) e Andersen; Davidson (2007).

Esses componentes foram organizados em:

- Variáveis do componente predisponente: características sociais, demográficas e individuais; (Cor da pele materna; Idade materna (em anos); residir com o companheiro; companheiro pai da criança; escolaridade materna em anos de estudo; número de crianças na residência; ocorrência de óbito em crianças menores de 1 ano; ocorrência de natimortalidade; gravidez desejada; trimestre de início do pré-natal; número de consultas pré-natal; profissional que realizou o pré-natal; Tipo de parto).

- Variáveis do componente capacitante: características socioeconômicas individuais e familiares e dos serviços de saúde; (abastecimento de água; disponibilidade de banheiro no domicílio; condições sanitárias; renda familiar per capita; benefícios sociais da família; ocupação materna; ocupação remunerada; situação trabalhista; trabalho fora de casa; cuidador da criança; domicílio cadastrado na ESF; visita domiciliar pelos profissionais de saúde; acompanhamento serviço de atenção básica).
- Variáveis do componente necessidades de saúde: condições de saúde (morbidade), (uso de álcool; uso de drogas; criança ficou internada após o nascimento; criança nasceu com alguma deficiência; criança foi novamente hospitalizada; tipo de exposição).

Figura 6 - Modelo teórico para avaliação da associação entre o acesso aos serviços de saúde e seguimento por crianças expostas à sífilis ou HIV. Campina Grande, 2019.



4.8 Análise dos dados

Para o processamento e análise dos dados, foi utilizado o software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 19.0 para análise de ambos os desfechos binários (acompanhamento na atenção básica e seguimento da criança).

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis com valores absolutos e relativos e posteriormente a análise inferencial:

Análise bivariada: com distribuição de frequência, cálculo da Odds Ratio (OR) não ajustada e da significância estatística através da aplicação dos testes X² de Pearson e Exato de Fisher para analisar da associação entre as variáveis dependentes e as independentes;

Análise multivariada, cujo procedimento estatístico para ajuste dos efeitos de confusão foi a regressão logística múltipla, que utilizou a medida de OR, com as variáveis pré-selecionadas na etapa anterior. Foram incluídas todas as variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada. Foi utilizado o método Enter de seleção das variáveis do software SPSS. Na regressão logística múltipla, a significância estatística das associações foi verificada em função do erro alfa igual a 0,05 (5%), com intervalos de confiança de 95%.

4.9 Aspectos éticos e legais

A pesquisa atende aos princípios éticos preconizados pela Resolução n°. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Será conferido aos participantes da pesquisa o direito à autonomia para decidir pela participação ou não. O sigilo da identidade do participante e seus dados estarão garantidos a partir do momento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Essa pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob número de protocolo 2.979.484.

5 RESULTADOS

Das 111 crianças notificadas com sífilis congênita, 66(59,5%) foram incluídas no estudo. Das crianças expostas ao HIV na gestação, 22(57,9%) foram incluídas. A transmissão vertical do HIV foi confirmada em três (13,6%) das crianças localizadas pela pesquisa. Entre as crianças expostas à sífilis, não receberam confirmação do status sorológico 58(87,9%).

A maioria das famílias vivia em baixa situação socioeconômica, sendo que 59 (67%) encontravam-se em condição de extrema pobreza. Verificou-se que grande parte das famílias recebia benefícios sociais do governo, 67 (76,1%), como bolsa família e auxílio doença e, para 43,2% das famílias, essa era a única fonte de renda.

Na maioria dos domicílios, 81 (92,0%), havia banheiro; possuíam água encanada em 80 (90,9%) e em 79 (89,8%) dos domicílios o abastecimento de água era feito pelo sistema público; o lixo era coletado por empresa em 81 (90,6%) das residências e 85 (96,9%) dos dejetos tinham como destino a rede pública de esgoto ou fossa séptica. Na maioria das famílias 52 (62,5%) havia mais de uma criança (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas das famílias das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	n°	%
Renda familiar per capita*		
Extrema pobreza	59	67
Pobreza	16	18,2
Não pobreza	13	14,8
Benefícios sociais		
Sim	67	76,1
Não	21	23,9
Banheiro na casa		
Sim	81	92
Não	7	8
Água encanada		
Sim	80	90,9
Não	8	9,1
Origem da água		
Sistema público	79	89,8
Poço/cisterna/doadada	9	10,2
Destino do lixo		
Coleta por empresa	81	92
Queimado/enterrado/céu aberto	7	8
Destino dos dejetos		
Rede de esgoto/fossa séptica	85	96,6
Céu aberto/lagoa	3	3,4
N° de crianças na residência		
1	36	40,9
2 a 5	52	59,1

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: *Definição do Banco Mundial.

5.1 Características sociodemográficas, obstétricas e comportamentais das mães das crianças

A maioria das mães, 60 (68,2%), tinha entre 20 e 30 anos no momento do parto, sendo a média de idade de 26,9 anos (DP± 5,5 anos). Com relação à cor da pele, 70 (79,5%) mães se declararam pardas ou negras. Quanto à situação conjugal, 64 (72,7%) tinham companheiro fixo e destas 58 (90,6%) moravam com o companheiro que, em sua maioria 56 (87,5%), correspondia ao pai biológico da criança.

Em relação à escolaridade materna, 55 (62,5%) tinham até quatro anos de estudo, sendo 24 (27,3%) analfabetas. A maior parte das mães 67 (76,1%) não tinham ocupação remunerada

e das 23,9% que tinham ocupação remunerada, grande parte (66,7%) tinha um trabalho informal. Observou-se que 65 (73,8%) eram donas de casa, sendo declaradas diversas profissões como vendedora, diarista, cozinheira, manicure, cabelereira dentre outras (Tabela 2).

Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas das mães das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	n°	%
Idade na ocasião do parto (anos)		
16 a 19	6	6,8
20 a 30	60	68,2
31 a 41	22	25
Cor da pele		
Parda/negra	70	79,5
Branca	18	20,5
Mora com o companheiro (n=64)		
Sim	58	90,6
Não	6	9,4
Companheiro é o pai da criança (n=64)		
Sim	56	87,5
Não	8	12,5
Escolaridade		
≤ 4 anos	55	62,5
5 a 14 anos	33	37,5
Ocupação da mãe		
Dona de casa	65	73,8
Outras	23	26,2
Ocupação remunerada		
Sim	21	23,9
Não	67	76,1
Situação trabalhista (n=21)		
Trabalho informal sem carteira assinada	14	66,7
Trabalho formal com carteira assinada	7	33,3

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Observou-se que 39 (44,3%) das mães tinham apenas um filho vivo. Nove mulheres (10,2%) tiveram pelo menos um natimorto e oito (9,1%) um filho morreu com menos de um ano de vida (Tabela 3).

Tabela 3 - Variáveis dos antecedentes obstétricos das mães das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	n°	%
Número de filhos nascidos vivos		
1	39	44,3
2-3	38	43,1
4-6	11	12,5
Natimorto		
0	79	89,8
1 a 2	9	10,2
Óbitos de < 1 ano		
Sim	8	9,1
Não	80	90,9

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Considerando as variáveis relacionadas à gestação de crianças expostas à sífilis e ao HIV na gestação, em relação à realização do pré-natal da gestação da criança do estudo, a quase totalidade das mães 85 (96,6%) realizou pelo menos uma consulta, 51 (63,0%) compareceram a menos de seis consultas, apenas 23 (27,1%) iniciaram no primeiro trimestre de gestação e a maioria (95,7%) fez o acompanhamento no serviço público, sendo 24 (28,2%) acompanhadas em serviços de referência.

Quanto ao profissional que realizou o pré-natal, a maior parte das mães, 75 (88,2%), foi acompanhada pelo médico e enfermeiro. Quanto ao momento do diagnóstico, 25 (28,4%) foram diagnosticadas no momento do parto (Tabela 4).

Tabela 4 - Variáveis relacionadas à gestação das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	n°	%
Pré-natal		
Sim	85	96,6
Não	3	3,4
N° de consultas (n=85)		
< 6	51	63
≥ 6	30	37
Início do pré-natal (n=85)		
Até 12 semanas	23	27,1
Com mais de 12 semanas	46	54,1
Não soube informar	16	18,8
Local do pré-natal (n=85)		
Unidade básica de saúde	57	67,1
Serviço de referência	24	28,2
Consultório particular	4	4,7
Profissional que realizou o pré-natal (n=85)		
Médico	6	7,1
Enfermeiro	4	4,7
Médico e enfermeiro	75	88,2
Momento do Diagnóstico		
Antes ou durante o pré-natal	63	71,6
Parto	25	28,4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com relação à gravidez das crianças do estudo, 41 (46,6%) das mães não queriam ter engravidado. O consumo de bebida alcoólica foi referido por 43 (48,9%) e fizeram uso de drogas 18 (20,5%) mulheres (Tabela 5).

Tabela 5 - Variáveis comportamentais da mãe relacionadas à gestação das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	n	%
Gravidez desejada		
Sim, queria engravidar naquele momento	28	31,8
Queria ter engravidado em outro momento	19	21,6
Não queria ter engravidado	41	46,6
Álcool		
Sim	43	48,9
Não	45	51,1
Uso de drogas		
Sim	18	20,5
Não	70	79,5

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A maioria das crianças era do sexo feminino 52 (59,14%), nasceu de parto vaginal 52 (59,1%), ficaram internadas logo após o nascimento 69 (78,4%) das crianças, destas, a maioria teve o tempo de internação de até 10 dias e 81 (92,0%) foram internadas em um hospital público de referência do município. A maior parte das crianças morava com a mãe 84 (95,5%) e em 81 (92,0%) dos casos, a mãe era a cuidadora da criança. Outros cuidadores citados foram o pai, a avó e o avô (Tabela 6).

Tabela 6 - Variáveis relacionadas as características das crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	n°	%
Sexo		
Masculino	36	40,9
Feminino	52	59,1
Tipo de parto		
Vaginal	52	59,1
Cesárea	36	40,9
Criança ficou internada		
Sim	69	78,4
Não	19	21,6
Dias de internação da criança (n=69)		
Até 10 dias	48	71,6
De 11 a 30 dias	19	21,6
Hospital em que a criança ficou internada (n=69)		
Hospital público de referência	81	92
Hospital conveniado ao SUS	7	8
Com quem mora		
Mãe	84	95,5
Pai/Avó/avô	4	4,5
Cuidador		
Mãe	81	92
Outro familiar	7	8

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quanto ao acompanhamento da criança na atenção primária para puericultura, observou-se que 54 (61,4%) só compareceram a UBS quando adoeceram, a maior parte das crianças 64 (72,7%) estava com as vacinas em dia; a metade das crianças do estudo 44 (50,0%) não receberam visitas da ESF na primeira semana de vida.

Com relação ao seguimento da criança, a maioria, 60 (68,2%), não foi acompanhada. Quanto ao tipo de exposição, 66 (75,0%) das crianças foram expostas à sífilis e 22 (25,0%) das crianças foram expostas ao HIV (Tabela 7).

Tabela 7 - Variáveis relacionadas a atenção à saúde da criança exposta à sífilis ou HIV. Campina Grande, 2019.

Variáveis	nº	%
Acompanhamento de puericultura		
Sim (mensal ou bimensal)	34	38,6
Só foi a UBS quando adoeceu	54	61,4
Vacina em dia		
Sim	64	72,7
Não	24	27,3
Recebeu visita na 1ª semana		
Sim	44	50
Não	44	50
Seguimento da criança		
Adequado	28	31,8
Inadequado	60	68,2
Exposição		
Sífilis	66	75
HIV	22	25

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Das variáveis que compuseram o componente Predisponente, representando características sociais, demográficas e individuais, a análise bivariada com o desfecho Acompanhamento na Atenção Básica mostrou significância estatística com a variável número de consultas pré-natal menor que seis (OR=4,16; IC95% 1,45-11,88). As variáveis: óbito em menores de um ano, trimestre de início do pré-natal e tipo de parto não apresentaram significância estatística na análise bivariada, no entanto foram incluídas na análise multivariada tendo em vista o valor de $p \leq 0,20$. (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise bivariada do componente Predisponente relacionadas ao acesso à Atenção Básica da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	Acesso adequado	%	Acesso inadequado	%	OR não ajustada	IC 95%	P
Cor da pele materna							
Parda/negra	25	35,7	45	64,3	1,8	0,63-5,12	0,267
Branca	9	50	9	50	1		
Idade da mãe							
≤ 19	1	16,7	5	83,3	3,36	0,37-30,14	0,246
> 19	33	40,2	49	59,8	1		
Mora com o companheiro							
Sim	25	43,1	33	56,9	1		
Não	4	66,7	2	33,3	0,37	0,06-2,23	0,25
Companheiro é pai da criança							
Sim	25	44,6	31	55,4	1		
Não	2	25	6	75	2,41	0,44-13,04	0,256
Escolaridade da mãe (anos de estudo)							
≤ 4	10	30,3	23	69,7	1,78	0,71-4,44	0,214
> 4	24	43,6	31	56,4	1		
Número de crianças							
1	15	40,5	22	59,5	1		
De 2 a 6	19	37,3	32	62,7	1,14	0,48-2,73	0,755
Óbito em menores de 1 ano							
Sim	33	41,3	47	58,8	4,91	0,57-41,86	0,110*
Não	1	12,5	7	87,5	1		
Natimorto							
Sim	4	44,4	5	55,6	0,76	0,19-3,07	0,484*
Não	30	38	49	60,2			
Gravidez desejada							
Sim	13	46,4	15	53,6	1		
Não	21	35	39	65	1,61	0,64-4,00	0,305
Número de consultas							
< 6	26	51	25	49	4,16	1,45-11,88	0,006
≥ 6	6	20	24	80	1		
Início do pré-natal							
Primeiro trimestre	13	56,5	10	43,5	1		
Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	2,02	0,73-5,58	0,171

Variáveis	Acesso adequado	%	Acesso inadequado	%	OR não ajustada	IC 95%	P
Tipo de parto							
Vaginal	17	32,7	35	67,3	1,82	0,76-4,41	0,169
Cesário	17	47,2	19	52,8	1		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: Teste χ^2 Pearson; * Teste exato Fisher.

O componente Capacitante do modelo hierárquico de determinação de acesso à atenção básica inclui as características socioeconômicas da família da criança e meios disponíveis para a obtenção do cuidado. Na análise bivariada, apenas a variável criança foi acompanhada no serviço especializado, mostrou significância estatística (OR=2,72; IC95%1,02-7,21; p=0,040) com a variável desfecho acompanhamento na atenção básica. Para compor o modelo de regressão logística, por apresentar valor de $p \leq 0,20$, foi selecionada a variável: Mãe tem ocupação remunerada, situação trabalhista da mãe e domicílio cadastrado na ESF. As demais variáveis não foram incluídas na análise multivariada tendo em vista o valor de $p > 0,20$ (Tabela 9).

Tabela 9 - Análise bivariada do componente Capacitante relacionadas ao acesso à Atenção Básica da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	Acesso adequado	%	Acesso inadequado	%	OR não ajustada	IC 95%	p
Renda familiar							
Extrema pobreza	22	37,3	37	62,7	1,18	0,47-2,94	0,711
Não pobreza/pobreza	12	41,4	17	58,6	1		
Recebe benefícios sociais							
Sim	28	41,8	39	58,2	0,55	0,19-1,61	0,278
Não	6	28,6	15	71,4	1		
Mãe tem ocupação remunerada							
Sim	11	52,4	10	47,6	0,47	0,17-1,28	0,138
Não	23	34,3	44	65,7	1		
Situação trabalhista (n=21)							
Formal	5	71,4	2	28,6	0,22	0,03-1,59	0,140*
Informal	5	35,7	9	64,3	1		
Mãe trabalha fora de casa							
Sim	10	50	10	50	0,54	0,19-1,49	0,235
Não	24	35,3	44	64,7	1		
Cuidador da criança							
Mãe	32	39,5	49	60,5	1		
Outro	2	28,6	5	71,4	1,63	0,29-8,93	0,446*
Domicílio cadastrado na ESF							
Sim	31	42,5	42	57,5	1		
Não	3	20	12	80	2,95	0,76-11,36	0,104
Criança foi acompanhada no serviço especializado							
Sim	13	56,5	10	43,5	1		
Não	21	32,3	44	67,7	2,72	1,02-7,21	0,04
Recebeu visita domiciliar							
Sim	15	41,7	21	58,3	1		
Não	19	36,5	33	63,5	1,24	0,52-2,96	0,627

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: Teste χ^2 Pearson; * Teste exato Fisher.

Na análise bivariada, a variável do componente Necessidade de Saúde do modelo hierarquizado proposto que apresentou associação estatisticamente significativa em nível de 5% com a variável desfecho acesso a atenção básica foi o uso de drogas (OR=6,73; IC95%

1,43-31,53). As variáveis: criança nasceu com deficiência e tipo de exposição foram incluídas na análise multivariada por apresentarem valor de $p \leq 0,20$. As demais variáveis não entraram no modelo de regressão logística por apresentarem valor p superior a 0,20 (Tabela 10).

Tabela 10 - Análise bivariada do Componente Necessidades de Saúde relacionadas ao acesso adequado ao serviço de saúde de Atenção Básica da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	Acesso adequado	%	Acesso inadequado	%	OR não ajustada	IC 95%	p
Uso de álcool							
Sim	15	34,9	28	65,1	1,36	0,57-3,23	0,48
Não	19	42,2	26	57,8			
Uso de drogas							
Sim	2	11,1	16	88,9	6,73	1,43-31,53	0,007
Não	32	45,7	38	54,3			
Criança ficou internada após nascimento							
Sim	25	36,2	44	63,8	1,58	0,56-4,41	0,377
Não	9	47,4	10	52,6			
Criança nasceu com deficiência							
Sim	2	20	8	80	2,78	0,55-13,97	0,199*
Não	32	41	46	59			
Criança foi novamente hospitalizada							
Sim	3	27,3	8	72,7	0,65	0,15-2,75	0,418*
Não	20	36,4	35	63,6			
Tipo de exposição							
Sífilis	23	34,8	43	65,2	0,53	0,20-1,42	0,206
HIV	11	50	11	50			

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: Teste χ^2 Pearson; * Teste exato Fisher.

5.2 Análise de regressão logística: Acesso adequado a serviços de atenção básica de criança exposta à sífilis ou HIV

Os resultados do modelo de regressão logística múltipla de acordo com a modelagem proposta para o desfecho acesso adequado ao serviço de saúde de Atenção Básica estão apresentados na Tabela 11.

Na primeira etapa da modelagem, foi realizada a regressão logística das variáveis independentes do componente Predisponente e após ajuste duas variáveis perderam seu efeito quando ajustadas entre si (trimestre de início do pré-natal e tipo de parto). A variável número

de consultas para a observação ter realizado menos de seis consultas (OR=3,41; IC95% 1,01-11,50); (p=0,004), foi significativa estatisticamente.

Na segunda etapa, o mesmo processo foi realizado com as variáveis mãe tem ocupação remunerada, domicílio cadastrado na ESF e criança foi acompanhada no serviço especializado do nível Capacitante. Após o ajuste das variáveis, apenas a variável criança acompanhada no serviço especializado foi estatisticamente significativa (OR= 3,16; IC95% 1,13-8,78), as demais variáveis não apresentaram significância estatística.

Na terceira etapa, as variáveis do componente Necessidades de Saúde foram incluídas. A variável mãe usa drogas (OR=9,15; IC95% 1,71-48,76) foi estatisticamente significativa, as demais variáveis: tipo de exposição e criança nasceu com deficiência não apresentaram significância estatística para o modelo.

Tabela 11 - Resultados do modelo de regressão logística múltipla dos componentes predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde associados ao acesso adequado ao serviço de saúde de Atenção Básica de crianças expostas à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande – PB, 2019.

Nível/variáveis	Etapa 1		Etapa 2		Etapa 3	
	Análise ajustada ^a		Análise ajustada ^b		Análise ajustada ^c	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Nível Predisponente:						
Nº consultas pré-natal						
< 6	3,41(1,01-11,50)	0	-	-	-	-
≥ 6	1					
Trimestre de início do pré-natal						
Primeiro	1,65(0,53-5,08)	0,37	-	-	-	-
Segundo ou terceiro	1					
Tipo de parto						
Vaginal	1,34(0,46-3,85)	0,58	-	-	-	-
Cesário	1					
Nível Capacitante:						
Mãe tem ocupação remunerada						
Sim	-	-	0,64(0,21-1,94)	0,43	-	-
Não	-	-	1			
Domicílio cadastrado na ESF						
Sim			1			
Não			3,25(0,63-16,74)	0,15		
Criança acompanhada no serviço especializado						
Sim						
Não			3,16(1,13-8,78)	0,027		
Nível Necessidade de Saúde:						
Mãe usa drogas						
Sim	-	-	-	-	9,15(1,71-48,76)	0,01
Não					1	
Tipo de exposição						
Sífilis	-	-	-	-	3,12(0,98-9,95)	0,05
HIV					1	
Criança nasceu com deficiência						
Sim	-	-	-	-	2,93(0,47-18,13)	0,24
Não					1	

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: ^aOR ajustada entre as variáveis do nível: Predisponente (p<0,20 na análise bivariada). ^bOR ajustada entre as variáveis do nível Capacitante (p<0,20 na análise bivariada). ^cOR ajustada entre as variáveis do nível: Necessidade de Saúde (p<0,20 na análise bivariada).

Das variáveis que compuseram o componente Predisponente, representando características sociais, demográficas e individuais, a análise bivariada com o seguimento

inadequado da criança, mostrou significância estatística com as seguintes variáveis: cor da pele parda ou negra (OR=3,61; IC95% 1,25-10,5), ter realizado menos de seis consultas de pré-natal (OR=3,22; IC95% 1,06-9,81) e ao parto vaginal (OR=0,37; IC95% 0,14-0,94). As variáveis: escolaridade da mãe, companheiro é o pai da criança, número de crianças na residência, gravidez desejada, número de consultas pré-natal e tipo de parto não apresentaram significância estatística na análise bivariada, no entanto foram incluídas na análise multivariada tendo em vista o valor de $p \leq 0,20$ (Tabela 12).

As demais variáveis do componente Predisponente não evidenciaram associação com o desfecho nessa casuística e o p foi superior a 20%, portanto não sofreram análise inferencial na regressão logística multivariada.

Tabela 12 - Análise bivariada do componente Predisponente relacionadas ao seguimento da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	Seguimento adequado	%	Seguimento inadequado	%	OR não ajustada	IC 95%	p																																																																																																																																																																																																																																				
Cor da pele																																																																																																																																																																																																																																											
Parda/negra	18	25,7	52	74,3	3,61	1,25-10,5	0,015																																																																																																																																																																																																																																				
Branca	10	55,6	8	44,4				Idade da mãe								≤ 19	2	33,3	4	66,7	1,07	0,18-6,25	0,934*	> 19	26	31,7	56	68,3	Mora com o companheiro								Sim	21	36,2	37	63,8	0,56	0,10-3,06	0,402*	Não	3	50	3	50	Companheiro é pai da criança								Sim	21	37,5	35	62,5	4,2	0,48-36,56	0,16*	Não	1	12,5	7	87,5	Escolaridade da mãe (anos de estudo)								≤ 4	21	38,2	34	61,8	2,29	0,84-6,21	0,098	>4	7	21,2	26	78,8	Número de crianças								Uma	15	41,7	21	58,3	2,14	0,86-5,33	0,099	De 2 a 6	13	25	39	75	Óbito em menores de 1 ano								Sim	1	12,5	7	87,5	3,56	0,41-30,48	0,219	Não	27	33,8	53	66,3	Natimorto								Sim	2	22,2	7	77,8	1,71	0,33-8,85	0,407*	Não	26	32,9	53	67,1	Gravidez desejada								Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153	Não	22	36,7	38	63,3	Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16
Idade da mãe																																																																																																																																																																																																																																											
≤ 19	2	33,3	4	66,7	1,07	0,18-6,25	0,934*																																																																																																																																																																																																																																				
> 19	26	31,7	56	68,3				Mora com o companheiro								Sim	21	36,2	37	63,8	0,56	0,10-3,06	0,402*	Não	3	50	3	50	Companheiro é pai da criança								Sim	21	37,5	35	62,5	4,2	0,48-36,56	0,16*	Não	1	12,5	7	87,5	Escolaridade da mãe (anos de estudo)								≤ 4	21	38,2	34	61,8	2,29	0,84-6,21	0,098	>4	7	21,2	26	78,8	Número de crianças								Uma	15	41,7	21	58,3	2,14	0,86-5,33	0,099	De 2 a 6	13	25	39	75	Óbito em menores de 1 ano								Sim	1	12,5	7	87,5	3,56	0,41-30,48	0,219	Não	27	33,8	53	66,3	Natimorto								Sim	2	22,2	7	77,8	1,71	0,33-8,85	0,407*	Não	26	32,9	53	67,1	Gravidez desejada								Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153	Não	22	36,7	38	63,3	Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																		
Mora com o companheiro																																																																																																																																																																																																																																											
Sim	21	36,2	37	63,8	0,56	0,10-3,06	0,402*																																																																																																																																																																																																																																				
Não	3	50	3	50				Companheiro é pai da criança								Sim	21	37,5	35	62,5	4,2	0,48-36,56	0,16*	Não	1	12,5	7	87,5	Escolaridade da mãe (anos de estudo)								≤ 4	21	38,2	34	61,8	2,29	0,84-6,21	0,098	>4	7	21,2	26	78,8	Número de crianças								Uma	15	41,7	21	58,3	2,14	0,86-5,33	0,099	De 2 a 6	13	25	39	75	Óbito em menores de 1 ano								Sim	1	12,5	7	87,5	3,56	0,41-30,48	0,219	Não	27	33,8	53	66,3	Natimorto								Sim	2	22,2	7	77,8	1,71	0,33-8,85	0,407*	Não	26	32,9	53	67,1	Gravidez desejada								Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153	Não	22	36,7	38	63,3	Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																							
Companheiro é pai da criança																																																																																																																																																																																																																																											
Sim	21	37,5	35	62,5	4,2	0,48-36,56	0,16*																																																																																																																																																																																																																																				
Não	1	12,5	7	87,5				Escolaridade da mãe (anos de estudo)								≤ 4	21	38,2	34	61,8	2,29	0,84-6,21	0,098	>4	7	21,2	26	78,8	Número de crianças								Uma	15	41,7	21	58,3	2,14	0,86-5,33	0,099	De 2 a 6	13	25	39	75	Óbito em menores de 1 ano								Sim	1	12,5	7	87,5	3,56	0,41-30,48	0,219	Não	27	33,8	53	66,3	Natimorto								Sim	2	22,2	7	77,8	1,71	0,33-8,85	0,407*	Não	26	32,9	53	67,1	Gravidez desejada								Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153	Não	22	36,7	38	63,3	Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																																												
Escolaridade da mãe (anos de estudo)																																																																																																																																																																																																																																											
≤ 4	21	38,2	34	61,8	2,29	0,84-6,21	0,098																																																																																																																																																																																																																																				
>4	7	21,2	26	78,8				Número de crianças								Uma	15	41,7	21	58,3	2,14	0,86-5,33	0,099	De 2 a 6	13	25	39	75	Óbito em menores de 1 ano								Sim	1	12,5	7	87,5	3,56	0,41-30,48	0,219	Não	27	33,8	53	66,3	Natimorto								Sim	2	22,2	7	77,8	1,71	0,33-8,85	0,407*	Não	26	32,9	53	67,1	Gravidez desejada								Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153	Não	22	36,7	38	63,3	Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																																																																	
Número de crianças																																																																																																																																																																																																																																											
Uma	15	41,7	21	58,3	2,14	0,86-5,33	0,099																																																																																																																																																																																																																																				
De 2 a 6	13	25	39	75				Óbito em menores de 1 ano								Sim	1	12,5	7	87,5	3,56	0,41-30,48	0,219	Não	27	33,8	53	66,3	Natimorto								Sim	2	22,2	7	77,8	1,71	0,33-8,85	0,407*	Não	26	32,9	53	67,1	Gravidez desejada								Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153	Não	22	36,7	38	63,3	Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																																																																																						
Óbito em menores de 1 ano																																																																																																																																																																																																																																											
Sim	1	12,5	7	87,5	3,56	0,41-30,48	0,219																																																																																																																																																																																																																																				
Não	27	33,8	53	66,3				Natimorto								Sim	2	22,2	7	77,8	1,71	0,33-8,85	0,407*	Não	26	32,9	53	67,1	Gravidez desejada								Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153	Não	22	36,7	38	63,3	Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																																																																																																											
Natimorto																																																																																																																																																																																																																																											
Sim	2	22,2	7	77,8	1,71	0,33-8,85	0,407*																																																																																																																																																																																																																																				
Não	26	32,9	53	67,1				Gravidez desejada								Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153	Não	22	36,7	38	63,3	Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																																																																																																																																
Gravidez desejada																																																																																																																																																																																																																																											
Sim	6	21,4	22	78,6	0,47	0,16-1,33	0,153																																																																																																																																																																																																																																				
Não	22	36,7	38	63,3				Número de consultas								< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034	≥ 6	5	16,7	25	83,3	Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																																																																																																																																																					
Número de consultas																																																																																																																																																																																																																																											
< 6	20	39,2	31	60,8	3,22	1,06-9,81	0,034																																																																																																																																																																																																																																				
≥ 6	5	16,7	25	83,3				Início do pré-natal								Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479	Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9	Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																																																																																																																																																																										
Início do pré-natal																																																																																																																																																																																																																																											
Primeiro trimestre	7	30,4	16	69,6	0,68	0,23-1,97	0,479																																																																																																																																																																																																																																				
Segundo e terceiro trimestre	18	39,1	28	60,9				Tipo de parto								Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034	Cesário	16	44,4	20	68,2																																																																																																																																																																																																															
Tipo de parto																																																																																																																																																																																																																																											
Vaginal	12	23,1	40	76,9	0,37	0,14-0,94	0,034																																																																																																																																																																																																																																				
Cesário	16	44,4	20	68,2																																																																																																																																																																																																																																							

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: Teste χ^2 Pearson; * Teste exato Fisher.

Dentre as variáveis relativas ao componente Capacitante composto pelas características socioeconômicas relacionadas ao seguimento da criança, a análise bivariada mostrou significância estatística ($p < 0,05$) em relação ao seguimento e à situação trabalhista da mãe na categoria informal (OR=0,031; IC95% 0,002-0,42) e não ser acompanhado na ESF (OR=4,95; IC95% 1,82-12,95). A variável renda familiar e domicílio cadastrado na ESF não apresentou significância estatística na análise bivariada, no entanto, como o valor de p foi inferior a 20%

foi incluída na análise multivariada. As demais variáveis, por apresentarem valor de $p > 0,20$, foram excluídas do modelo hierárquico (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise bivariada segundo variáveis relativas ao componente Capacitante – características socioeconômicas relacionadas ao seguimento da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	Seguimento adequado	%	Seguimento inadequado	%	OR não ajustada	IC 95%	p
Renda familiar							
Extrema pobreza	16	27,1	43	72,9	1,89	0,74-4,83	0,177
Não pobreza/pobreza	12	41,4	17	58,6	1		
Recebe benefícios sociais							
Sim	22	32,8	45	67,2	0,81	0,27-2,39	0,714
Não	6	28,6	15	71,4	1		
Mãe tem ocupação remunerada							
Sim	6	28,6	15	71,4	1,22	0,41-3,58	0,714
Não	22	32,8	45	67,2	1		
Situação trabalhista (n=21)							
Formal	5	71,4	2	28,6	1	0,002-0,42	0,006*
Informal	1	7,1	13	92,2	0,031		
Mãe trabalha fora de casa							
Sim	6	30	14	70	1,11	0,37-3,29	0,843
Não	22	32,4	46	67,6			
Cuidador da criança							
Mãe	27	33,3	54	66,7	1	0,34-26,19	0,282*
Outro	1	14,3	6	85,7	3		
Domicílio cadastrado na ESF							
Sim	26	35,6	47	64,4	3,59	0,75-17,1	0,079*
Não	2	13,3	13	86,7			
Acompanhado na AB							
Sim	18	52,9	16	47,1	4,95	1,82-12,95	0,001
Não	10	18,5	44	81,5			
Criança acompanhada no serviço especializado							
Sim	17	73,9	6	26,1	13,9	4,47-43,24	0,001
Não	11	16,9	54	83,1			
Recebeu visita domiciliar							
Sim	10	27,8	26	72,2	0,726	0,28-1,83	0,498
Não	18	34,6	34	65,4			

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: Teste χ^2 Pearson; * Teste exato Fisher.

Em relação ao componente Necessidade de Saúde, na análise bivariada, a criança ter ficado internada após o nascimento (OR=1,95; IC95% 1,03-3,70) e criança exposta ao HIV (OR=3,48; IC95% 1,21-10,01) mostrou significância estatística com não seguimento no serviço de saúde. As demais variáveis não foram incluídas na análise multivariada por apresentarem valor de $p > 0,20$ (Tabela 14).

Tabela 14 - Análise bivariada segundo variáveis relativas ao componente Necessidades de Saúde – condições de saúde relacionadas ao seguimento da criança exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Variáveis	Seguimento adequado	%	Seguimento inadequado	%	OR não ajustada	IC 95%	p
Uso de álcool							
Sim	14	32,6	29	67,4	0,93	0,38-2,29	0,884
Não	14	31,1	31	68,9	1		
Uso de drogas							
Sim	5	27,8	13	72,2	1,27	0,40-4,00	0,68
Não	23	32,9	47	67,1	1		
Criança ficou internada após nascimento							
Sim	12	17,4	57	82,6	25,33	6,36-100,83	0,001*
Não	16	84,2	3	15,8	1		
Criança nasceu com deficiência							
Sim	3	30	7	70	1,1	0,26-4,61	0,603*
Não	25	32,1	53	67,9	1		
Criança foi novamente hospitalizada							
Sim	1	9,1	10	90,9	0,68	0,07-6,20	0,601*
Não	7	12,7	48	87,3	1		
Tipo de exposição							
Sífilis	8	12,1	58	87,9	1	0,003-0,07	0,001*
HIV	20	90,9	2	9,1	0,014		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: Teste χ^2 Pearson; * Teste exato Fisher.

5.3 Análise de regressão logística: Acesso ao seguimento de criança exposta à sífilis ou HIV

Os resultados do modelo de regressão logística múltipla de acordo com a modelagem proposta para o desfecho Acesso ao seguimento estão apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 - Resultados do modelo regressão logística múltipla dos componentes predisponentes e capacitantes associados ao seguimento de crianças exposta à sífilis ou HIV na gestação. Campina Grande-PB, 2019.

Nível/variáveis	Etapa 1		Etapa 2	
	Análise ajustada ^a		Análise ajustada ^b	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Nível Predisponente				
Cor da pele				
Parda e negra	11,56 (2,15-62,09)	0	-	-
Branca	1			
Escolaridade da mãe				
(anos de estudo)				
≤ 4	0,90 (0,25-3,21)	0,87	-	-
> 4	1			
Nº de crianças no domicílio				
Uma	1			
Mais de uma	1,94 (0,61-6,10)	0,25	-	-
Gravidez desejada				
Não	0,20 (0,49-8,81)	0,02	-	-
Sim	1			
N.º consultas pré-natal				
< 6	7,17 (1,52-33,83)	0,01	-	-
≥ 6	1			
Tipo de parto				
Vaginal	1,85 (0,58-5,85)	0,29	-	-
Cesário	1			
Nível Capacitante				
Renda familiar per capita				
Pobreza	-	-	1,96 (0,71-5,41)	0,194
Não pobreza			1	
Domicílio cadastrado na ESF				
Sim			1	
Não	-	-	2,84 (0,53-15,09)	0,22
Criança acompanhada na AB				
Sim			1	
Não	-	-	4,64 (1,73-12,44)	0,002
Criança acompanhada no serviço especializado				
Sim			1	
Não	-	-	20,03 (4,94-81,15)	0,0001

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Nota: ^aOR ajustada entre as variáveis do nível: Predisponente (p<0,20 na análise bivariada). ^bOR ajustada entre as variáveis do nível Capacitante (p<0,20 na análise bivariada). Nenhuma das variáveis do componente Necessidade de Saúde foi incluída na regressão por não atenderem os pré-requisitos para inclusão na análise.

Na primeira etapa da modelagem, foi realizada a regressão logística das variáveis independentes do componente Predisponente e após ajuste três variáveis perderam seu efeito quando ajustadas entre si e, portanto, excluídas do modelo (escolaridade da mãe, número de crianças no domicílio e tipo de parto). As variáveis: cor da pele materna parda ou negra (OR=11,56; IC95% 2,15-62,09; p=0,004), gravidez desejada (OR=0,20; IC95% 0,04-0,81;

$p=0,02$) e número de consultas maior que seis ($OR= 7,17$; $IC95\% 1,52-33,83$) foi significativa estatisticamente.

Na segunda etapa, o mesmo processo foi realizado acrescentando-se ao modelo as variáveis renda familiar per capita; domicílio cadastrado na ESF; criança acompanhada na Atenção Básica e criança acompanhada no serviço especializado do nível Capacitante. Após o ajuste das variáveis, permaneceu associada ao desfecho a variável: criança acompanhada na atenção básica ($OR=4,64$; $IC95\% 1,73-12,44$) e criança acompanhada no serviço especializado ($OR= 20,03$; $IC95\% 4,94-81,15$), tendo esvaziado o efeito das demais variáveis.

6 DISCUSSÃO

Foi possível identificar uma baixa proporção de crianças expostas à sífilis e ao HIV, que foram adequadamente acompanhadas na atenção básica para monitorar o crescimento e o desenvolvimento. Isso representa uma situação preocupante, tendo em vista as oportunidades perdidas de identificar precocemente complicações advindas da exposição tanto da sífilis quanto do HIV. O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura (BRASIL, 2012a).

Um estudo de revisão sistemática mostrou que o agendamento para as consultas de rotina é mais frequente nos primeiros meses de vida do bebê, época de risco e em que há maior necessidade de acompanhamento periódico. Com o passar do tempo, as consultas preventivas são gradativamente substituídas por consultas relacionadas a agravos à saúde (ALMEIDA et al., 2016).

Considerando que as crianças desse estudo foram expostas à sífilis ou HIV, o acompanhamento adequado na atenção básica é fundamental para promover o desenvolvimento saudável e diagnosticar precocemente fatores que possam interferir no desenvolvimento da criança.

Um estudo de caso-controle, que teve como objetivo determinar os fatores que contribuem para perda de seguimento entre crianças infectadas pelo HIV, encontrou que crianças não acompanhadas foram mais propensas a ter doença avançada, maior imunossupressão e não receber a terapia antirretroviral. Os fatores relacionados ao abandono do seguimento variam entre os casos e os controles. Entre os cuidadores de pacientes entrevistados, fatores psicossociais como estigma, crenças, revelação do status sorológico do HIV foram características de pacientes com perda de seguimento (caso), mas não de controles. Fatores socioeconômicos, como falta de transporte, atividades relacionadas à escola e esquecer a consulta foram citados predominantemente pelos controles (MACHINEA et al., 2016).

Com relação aos participantes do estudo, foi possível identificar que os filhos de mães portadoras do HIV eram menos acompanhados na atenção básica, possivelmente devido ao temor de ter o diagnóstico revelado, o que pode representar uma barreira para que a criança seja acompanhada adequadamente na atenção básica (HALL et al., 2017).

No que diz respeito ao seguimento sorológico para confirmar ou descartar os casos de sífilis ou HIV, o percentual de crianças seguidas foi ainda mais baixo, apenas 28 (31,8%) crianças realizaram o seguimento sorológico adequado. Além do seguimento para definição do status sorológico da criança, deve ser realizado o acompanhamento para identificar as consequências das medicações e da infecção, se presente.

O seguimento sorológico adequado, que no caso do HIV é realizado em ambulatório especializado, foi mais frequente entre as crianças com sífilis, possivelmente pela maior importância dada à infecção pelos profissionais de saúde e também pela família da criança, evidenciando uma desigualdade no controle dos agravos estudados (RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014). Apesar das repercussões da sífilis congênita na criança (LAGO; VACCARI; FIORI, 2013).

Esse estudo mostra uma proporção alarmante de crianças que não são acompanhadas adequadamente na atenção básica e não concluem a definição do seu status sorológico. Interromper o seguimento dessas crianças representa um risco ao desenvolvimento infantil, principalmente quando se trata de crianças que apresentam um risco adicional pela exposição a sífilis e ao HIV.

Com relação à situação sanitária das habitações das famílias incluídas nesse estudo, foram consideradas, em sua maioria, satisfatórias, a grande parte dos domicílios eram abastecidos por rede de água, estavam ligados à rede de esgoto, possuíam banheiro, o lixo era coletado por serviços de limpeza e tinham acesso à energia elétrica.

Os achados desse estudo mostram que o acesso a saneamento básico entre os participantes do estudo é melhor que a situação encontrada em um estudo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais, para avaliar as condições de habitação e de saneamento de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, em que a falta de saneamento atingia uma parte importante da população (MAGALHÃES et al., 2013). Apesar de Campina Grande ser uma cidade do interior do Nordeste, uma das regiões mais pobres do Brasil, a cidade é a maior e mais rica do interior da Paraíba, sendo a quarta cidade com melhor saneamento básico no Nordeste. Contudo, considerando as condições socioeconômicas, a maioria das famílias viviam em situação de pobreza ou extrema pobreza e as mães tinham baixa escolaridade.

Apesar de não ter apresentado associação estatisticamente significativa com os desfechos estudados nesta pesquisa, a condição de vulnerabilidade social pode contribuir para

dificultar o acesso a serviços e saúde e ao seguimento, que frequentemente, tem sido associada a sífilis ou HIV (MACEDO et al., 2013; DOMINGUES; LEAL, 2016; FELIZ et al., 2016; SILVA et al., 2018).

A partir da análise do perfil socioeconômico, foi possível verificar que as condições adversas enfrentadas pelas famílias, como baixa escolaridade e conseqüente baixa qualificação para o trabalho, exercer atividade informal e mal remunerada, são situações que evidenciam as desigualdades sociais presentes no país. Baixas condições socioeconômicas estão associadas as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (STRINGHINI et al., 2017). Esses fatores também limitam o acesso adequado aos serviços de saúde (MARIO et al., 2019).

Filhos de mulheres pardas ou negras tiveram chance 11,5 vezes maior da criança não ter recebido seguimento sorológico adequado. O racismo institucional é evidenciado pela dificuldade de acesso a saúde da população negra, de baixa renda e pouco escolarizada (DOMINGUES; LEAL, 2016; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; VANGARDE et al., 2018).

O Ministério da Saúde, reconhece a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra, incide negativamente nos indicadores de saúde, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2017a). A desigualdade de raça é estruturante da desigualdade social brasileira. Inúmeras são as evidências que apontam atitudes implícitas nos serviços de saúde que podem representar barreiras à participação igualitária dos negros (HALL et al., 2017).

Com relação ao pré-natal, crianças cujas mães receberam menor número de consultas apresentaram chances três vezes maiores de não serem seguidos e de não receberem o acompanhamento adequado na atenção básica. Considerando a presença da infecção por sífilis e HIV nas mães, estas mulheres mereciam uma atenção especial durante o pré-natal. O Ministério da Saúde preconiza que a gestante baixo risco receba no mínimo seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2012).

A não realização de um pré-natal adequado pode representar oportunidades perdidas para testar e tratar as gestantes precocemente, prevenindo a infecção nas crianças (RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014). Possivelmente, as barreiras impostas para a não realização do

número recomendado de consultas sejam as mesmas que interferem no seguimento adequado e no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança.

Um estudo de caso controle, realizado no Recife, com o objetivo de identificar os fatores de risco para sífilis em mulheres, mostrou que as estimativas das desigualdades sociais em saúde, oferecem suporte para a hipótese de que a sífilis gestacional relaciona-se ao baixo nível socioeconômico e ao atendimento pré-natal inadequado, contribuindo para persistência da transmissão vertical e expondo as diversas fragilidades da assistência relacionadas ao acesso, à oportunidade de rastreamento, diagnóstico, tratamento das gestantes e seus parceiros (MACÊDO et al., 2017).

Neste estudo, três mães não tinham realizado nenhuma consulta de pré-natal. A taxa de acompanhamento pré-natal é semelhante aos dados encontrados na Pesquisa Nacional de Saúde (NUNES et al., 2017). Apesar de quase totalidade das mulheres terem realizado consulta pré-natal, uma proporção considerável (28,4%) só fora diagnosticada no momento do parto.

O diagnóstico tardio da sífilis e do HIV dificulta a implementação de medidas efetivas de prevenção da transmissão vertical. Em várias regiões brasileiras são observadas altas taxas de diagnóstico tardio de sífilis e HIV em gestantes (LAFETÁ et al., 2016; MIRANDA et al., 2016)

O presente estudo mostrou predomínio no parto vaginal. Para mulheres com HIV e carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical (BRASIL, 2015a). Para a sífilis, não há recomendações sobre a via de parto. Cerca de 28,4% das mulheres só souberam do diagnóstico no momento do parto, o que aumenta o risco da transmissão vertical da sífilis e do HIV e reduz a adesão ao tratamento (CRUZ et al., 2016).

O seguimento adequado esteve associado ao HIV como um fator protetor (OR=0,014; IC95% 0,003-0,07) na análise não ajustada. A variável tipo de exposição não pode ser incluída na análise de regressão logística multivariada por não atender aos pré-requisitos da análise. Contudo, fica evidente a desigualdade no seguimento adequado dos agravos estudados, reforçando a teoria de que maior atenção é prestada ao HIV.

Em São Paulo, um estudo que analisou a operacionalidade dos cuidados à mulher com sífilis e/ou infectada pelo HIV e ao seu RN exposto, revelou que o encaminhamento do RN exposto ao HIV é conhecido por todos os profissionais, mas no encaminhamento do RN com sífilis congênita provável, ainda há dúvidas. Além disso, havia integração entre os serviços de atendimento pré-natal e o serviço de atendimento das crianças, com controle e chamada dos faltosos para os casos de infecção pelo HIV, mas isso não funciona com igual agilidade para os casos de sífilis (RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014).

Concernente à ocupação materna, a maior parte das mães desse estudo não tinham ocupação remunerada, fato que contribui para piores condições de vida da família e, por conseguinte da criança. Entre as mães que trabalhavam, a maioria estava na informalidade. A variável se mostrou significativa na análise bivariada, mas perdeu o seu efeito na análise multivariada. Piores condições de saúde de crianças estão associadas à pobreza, ao analfabetismo e ao desenvolvimento de trabalhos não qualificados pelas mães (JAFREE; ZAKAR; ZAKAR, 2015).

Se por um lado, a mãe não ter uma ocupação remunerada pode contribuir para piores condições de vida, em relação ao acompanhamento da criança, alguns aspectos devem ser ressaltados. Nesse estudo, observou-se que o principal cuidador das crianças era, na grande maioria, a própria mãe, fator importante, pois a criança necessita de dedicação e atenção de quem cuida. Outro ponto importante é que não ter uma ocupação remunerada pode representar maior disponibilidade de tempo para levar a criança para os atendimentos necessários.

Uma grande parte das famílias recebiam benefícios sociais como bolsa família e auxílio doença. Para quase metade (43,2%) das famílias das crianças expostas à sífilis e ao HIV, o Programa Bolsa Família era a única fonte de renda no momento da entrevista, mais um indicativo da baixa condição socioeconômica das famílias das crianças incluídas neste estudo. O bolsa família é um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade.

A literatura existente evidencia os benefícios do programa em diversas áreas. Os efeitos do programa bolsa família na saúde das crianças beneficiárias mostra indícios de resultados positivos com relação à saúde da criança no desenvolvimento físico, redução da mortalidade

infantil e maior acesso a serviços de saúde (RIBEIRO; SHIKIDA; HILLBRECHT, 2018; SILVA; PAES, 2019).

Em relação ao cadastramento do domicílio na Estratégia de Saúde da Família, na análise bivariada, o domicílio não ser cadastrado na ESF apresentou uma maior proporção de crianças não seguidas. Entretanto, a variável não mostrou significância estatística na análise multivariada. A atenção primária à saúde, por se constituir como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, deve apresentar alguns requisitos específicos que garantam aos usuários maior facilidade de acesso, como menor distância do domicílio aos serviços, maior flexibilidade na marcação de consultas e nos horários de funcionamento, dentre outros (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a ESF é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017b).

O fato de o domicílio não ser cadastrado na ESF pode representar um empecilho para que a criança tenha acesso ao seguimento adequado, evitando complicações futuras. Há evidências da redução na taxa de internação a medida que é ampliada a taxa de cobertura da ESF (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Entretanto, um estudo que analisou a equidade no acesso das famílias às unidades de saúde identificou que os mais vulneráveis tinham menos acesso ao serviço, não tendo prioridade de atendimento na unidade (PEREIRA et al., 2015b). Ademais, baixa cobertura da ESF está associado ao aumento das taxas de sífilis congênita (NUNES; MARÍLIA, 2018).

Os dados deste estudo mostram que crianças que não foram adequadamente acompanhadas na Atenção Básica tiveram chances quatro vezes maiores de não terem o seguimento sorológico adequado. Crianças expostas à sífilis e ao HIV, assim como as demais, devem ser acompanhadas na Atenção Básica. Essa relação entre a necessidade de atendimento e a resposta do serviço é um indicativo da complexidade do contexto em que as crianças e suas famílias estão inseridas.

As crianças expostas ao HIV, idealmente, devem ser atendidas, em serviços especializados, compartilhando o cuidado com a unidade de atenção básica de referência da criança, pelo menos até a definição de seu diagnóstico. As que tiverem diagnóstico confirmado permanecerão na mesma forma de atendimento, ao passo que as não infectadas poderão ser referenciadas para acompanhamento apenas nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017). Com relação às crianças notificadas com sífilis congênita, o seguimento sorológico pode ser realizado na Atenção Básica. Todas as crianças expostas devem ser seguidas quanto à sífilis congênita, interrompendo o seguimento do teste após dois exames não treponêmicos consecutivos não reagentes (BRASIL, 2015a).

Outro ponto importante que merece ser destacado é a visita domiciliar na primeira semana após o nascimento da criança. Metade das famílias não receberam visita da equipe de saúde da ESF, que é uma estratégia que favorece a formação de vínculo entre a família e a equipe de saúde, o que contribui para melhorar o acesso ao serviço de saúde (EDMOND et al., 2018). Essa estratégia também foi associada a comportamentos positivos no cuidado infantil (HANS; EDWARDS; ZHANG, 2018).

Os resultados desse estudo mostraram significância estatística entre a gravidez indesejada e o não seguimento da criança. A gravidez não desejada foi um fator protetor relacionado ao não seguimento da criança. Isso pode ser explicado pelo fato de que muitas mães não desejaram a gravidez naquele momento, mas aceitaram bem a criança à medida que a gestação avança e principalmente com o nascimento da criança.

A gravidez indesejada é uma grande preocupação global devido à sua associação com resultados adversos físicos, mentais, sociais e econômicos. É um problema comum em mulheres jovens, pobres e de baixa escolaridade, mas também afeta todos os segmentos da comunidade e contribui muito para a mortalidade materna e infantil (ZIOMKOWSKI; LEVANDOWSKI, 2013; MARTINS et al., 2017).

Assim, faz-se necessária a inserção precoce de homens e mulheres nos programas de planejamento familiar, no qual, os serviços de saúde devem facilitar o acesso através de educação em saúde nas ESF e maior disponibilidade aos métodos contraceptivos.

Entre as características das crianças que não foram seguidas ou não receberam acompanhamento adequado na atenção básica, observou-se uma maior proporção de famílias que tinham duas ou mais crianças na residência. Provavelmente, o maior tempo destinado às

atividades domésticas entre as famílias mais numerosas pode ser um indicativo que limita a procura por serviços de saúde. A literatura mostra que o tamanho e a estrutura familiar estão associados à utilização dos serviços de saúde (MELO et al., 2013).

No Paraná, uma pesquisa realizada no hospital de referência à criança e à gestante sob risco, identificou uma proporção alarmante de abandono do seguimento dos RN expostos à sífilis na gestação, no período estudado, 63,8% das crianças abandonam o seguimento e os principais fatores associados ao abandono do seguimento foram mãe com mais de três gestações, idade materna superior a 30 anos e não ter coinfeção com HIV ou hepatites virais (FELIZ et al., 2016).

A ocorrência de natimortalidade e de óbito em menores de um ano de idade, foi reportada por 10,2 e 9,1%, das mães das crianças estudadas, respectivamente. A natimortalidade é um indicador que reflete a situação da saúde materna, o acesso à assistência médica e a qualidade da assistência oferecida, inclusive cuidado pré-natal e intraparto.

Um estudo que investigou a prevalência e os possíveis determinantes da natimortalidade em diferentes regiões do Brasil, encontrou que as regiões Norte e Nordeste apresentaram mais de quatro vezes as chances de ocorrência do problema quando comparada a outras regiões do país (CARVALHO; PELLANDA; DOYLE, 2018).

Dados do estudo Nascer no Brasil mostrou que 33,9% dos recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita apresentaram desfechos negativos, valor 2,5 vezes superior ao observado em mulheres sem infecção pela sífilis. A proporção de óbitos fetais entre os casos de sífilis congênita foi seis vezes superior ao observado em mulheres sem diagnóstico de sífilis, e a elevada proporção de internação dos recém-natos, seja em UTI neonatal ou outros setores do hospital, com implicações para o financiamento do sistema de saúde (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Relativo aos dados observados nesta pesquisa, é possível que os casos de morte fetal identificados estejam associados à infecção ainda não diagnosticada ou tratada, nas mães das crianças estudadas.

A mortalidade infantil é um importante indicador de saúde que reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população

infantil. Embora ainda persistam grandes desigualdades regionais e locais, o Brasil tem registrado significativa redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2018).

É concebível que os óbitos em menores de um ano, referido pelas mães entrevistadas, poderiam ser evitados com medidas de prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV e acompanhamento adequado da criança nos serviços de saúde. A invisibilidade da identificação de óbitos por sífilis, em menores de um ano é preocupante (CARDOSO et al., 2016).

Mais da metade das mães das crianças iniciaram o pré-natal com mais de 12 semanas. O início precoce da assistência pré-natal, no primeiro trimestre gestacional, é recomendado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, pois, é fundamental a intervenção precoce para muitos agravos que podem comprometer a saúde do binômio mãe-filho, incluindo a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV (BRASIL, 2012).

Um estudo nacional que teve como objetivo verificar o grau de adequação da assistência pré-natal no Brasil e a associação com características sociodemográficas das mulheres, encontrou que o início precoce foi o componente da assistência pré-natal que apresentou menor adequação (DOMINGUES; LEAL, 2016). Mesmo assim, encontrou adequação no início do pré-natal em proporções superiores ao encontrado neste estudo.

É factível que o acesso ao pré-natal de qualidade no momento adequado contribua sobremaneira para a implementação de medidas efetivas para prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV. Entretanto, falhas na prevenção persistem (ARAUJO et al., 2014; DOMINGUES; LEAL, 2016; MIRANDA et al., 2016).

Apenas 26,1% das crianças tiveram acesso a pelo menos um atendimento no serviço especializado, apesar de a Atenção Básica ser considerada a principal porta de entrada do sistema, ainda precisa ser organizada para tornar-se ordenadora no acesso aos demais níveis de atenção à saúde, garantindo o acesso integral à saúde. A rede assistencial apresenta dificuldade em garantir atenção secundária especializada, pois os mecanismos de integração existentes não são suficientes para garantir um sistema de referência com desempenho oportuno (SCOREL; HELENA, 2007; CHAVES et al., 2018).

A criança não ter recebido atendimento no serviço especializado esteve estatisticamente associado à criança não receber o acompanhamento adequado na Atenção Básica,

aumentando em três vezes a chance de não ser adequadamente acompanhada, o que evidencia a dificuldade de acesso na população estudada.

Com relação ao seguimento adequado, para definição do status sorológico da criança essa associação com a variável acompanhamento no serviço especializado é ainda maior, aumentando em vinte vezes a chance de a criança não ser seguida adequadamente.

Observou-se alta taxa de internação hospitalar após o nascimento entre as crianças do estudo. Isso pode ser resultado da alta sensibilidade da definição de caso de sífilis congênita durante o período do estudo, possivelmente crianças foram desnecessariamente tratadas. Em 2017, o Ministério da Saúde alterou a definição de caso de sífilis congênita e resolve que não deve ser considerado o tratamento da parceria sexual da mãe (BRASIL, 2017c).

Na análise bivariada, a criança ter ficado internada apresentou significância estatística com o seguimento inadequado, é provável que os obstáculos encontrados para o acesso da mãe ao pré-natal de qualidade também limitem o acesso da criança ao seguimento adequado. A variável não pode ser incluída na regressão logística, por não atender aos pressupostos da análise. Um estudo realizado no Ceará, que analisou as causas de internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos de idade, identificou um aumento considerável de internações relacionadas ao parto e acredita-se que a sífilis congênita seja a principal responsável por esse aumento de casos (COSTA; JÚNIOR; SILVA, 2013). Vale destacar que a internação por causas evitáveis trazem repercussões negativas para a saúde da criança, além de gerar custos para o setor público de saúde.

O tempo de internação mais frequente foi de dez dias, mas chegou ao máximo de trinta. A internação hospitalar prolongada aumenta o risco de infecção. As infecções relacionadas à assistência à saúde representam um evento adverso frequente, que afeta os pacientes, cujo desfecho é representado pelo aumento da morbidade e da mortalidade (SINÉSIO et al., 2018).

O perfil comportamental das mães das crianças estudadas, merece atenção, situações de vulnerabilidade, como o caso do uso de álcool e drogas podem representar um fator limitante da adesão para levar a criança às consultas de puericultura e seguimento adequado para definição de caso de transmissão vertical. Neste estudo, o uso de álcool pela mãe não esteve associado a nenhum dos desfechos. Entretanto, o uso de drogas esteve estatisticamente associado à criança não ser acompanhada na atenção básica, aumentando em nove vezes a chance de ocorrência do desfecho estudado.

Frequentemente, o uso de álcool e de drogas pelas mulheres e seus parceiros sexuais tem sido identificado como fator de risco para a sífilis e o HIV na gestação e para transmissão vertical dos agravos (ACOSTA; GONÇALVES; BARCELLOS, 2016; MACÊDO et al., 2017)

Este estudo apresenta resultados relevantes e ainda pouco explorado na literatura nacional. Entretanto, os dados devem ser interpretados com cautela. A população do estudo, identificada a partir de dados do Sinan, não representa a totalidade dos casos de crianças expostas à sífilis ou HIV, principalmente pela subnotificação dos agravos nos sistemas de informação no Brasil, que apesar dos avanços ainda é alta (FELIZ et al., 2016; LAFETÁ et al., 2016).

Em relação às limitações, destaca-se, como principal, a dificuldade de localizar as famílias das crianças. Um dos aspectos que contribuem para a dificuldade em localizar famílias é a inconsistência dos dados preenchidos nas fichas de notificação além, do fator a existência de populações mudam de endereço com relativa alta frequência. Há que se destacar limitação também relacionada ao viés de memória nas respostas maternas ou de algum familiar em virtude do tempo em que a criança nasceu e de acompanhamento em serviços de atenção básica ou de referência para definição dos status sorológico.

É provável que a homogeneidade da amostra de crianças aqui estudadas, assim como o tamanho da amostra possa ter contribuído para a insuficiência no estabelecimento de relações entre as variáveis no modelo de regressão logística para ambos os desfechos, limitando assim a análise e o poder estatístico do estudo.

Dentre os aspectos pertinentes, é relevante destacar que aspectos socioeconômicos relacionados ao contexto familiar da criança representam uma importante limitação para o acompanhamento da criança.

É consenso que todas as pessoas devem ter acesso a cuidados de saúde, independente das suas condições socioeconômicas, no Brasil, o direito à saúde é garantido pela Constituição Federal, conquistado através do movimento da reforma sanitária (BRASIL, 1988). Embora o acesso a serviços tenha relevância, como direito fundamental, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico e segurança.

Apesar de todo o arcabouço institucional e do aparato jurídico-legal do SUS criado para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, ainda existem muitas barreiras que interferem na concretização do acesso universal à saúde no Brasil. A operacionalização do conceito de acesso aos serviços de saúde implica considerar a relação que se estabelece entre os indivíduos e toda a complexidade que o cerca e o serviço de saúde e a capacidade de resposta sistema de saúde para garantir um acesso eficiente.

As questões relacionadas às condições de vida das famílias e os obstáculos impostos para ter acesso a serviços de saúde devem ser consideradas. A existência de serviços, associada à ampliação da cobertura da atenção básica, ainda que importante, não implica acesso efetivo (MACÊDO et al., 2017).

É possível que a alta proporção de crianças com dificuldades de acesso a serviços de saúde, seja resultado das situações de vulnerabilidade, que envolvem desde as características do componente predisponente, capacitante e de necessidades de saúde percebida pela família da criança. É importante destacar que o ambiente pode interferir no desenvolvimento saudável da criança (MATOS; CAVALCANTE; COSTA, 2017)

Assim, considerando as vulnerabilidades identificadas, relacionadas ao acesso a serviços de saúde, as crianças e suas famílias precisam ser direcionadas e vinculadas a serviços de saúde que garantam o adequado acompanhamento, especialmente quando se trata de crianças que apresentam condições especiais pela exposição a sífilis ou HIV

CONCLUSÃO

A mudança organizacional do sistema de saúde, que ampliou o acesso a Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, tem uma implicação importante na organização do sistema de saúde, pois a atenção básica foi normatizada como forma privilegiada de acesso, assumindo a função de reestruturar todo o modelo de atenção e reorganizar as práticas assistenciais.

Essa mudança teve como objetivo a promoção da equidade e da integralidade de acesso ao sistema de saúde através da ampliação da capacidade de resposta dos serviços de saúde às demandas dos usuários.

Entretanto, os dados deste estudo revelam que, apesar dos avanços inquestionáveis, que foram conquistados desde a criação do SUS, ainda persistem desafios relacionados ao acesso aos serviços de saúde.

A mãe receber menos de seis consultas de pré-natal, fazer uso de drogas ilícitas e a criança não ter recebido acompanhamento no serviço especializado foram os principais entraves associados à criança não receber o acompanhamento adequado na Atenção Básica.

Filhos de mulheres pardas ou negras, gravidez indesejada, número de consultas inferior a seis, criança não acompanhada na atenção básica e no serviço especializado estiveram associados ao seguimento sorológico inadequado da criança.

É necessário considerar a relação entre as condições socioeconômicas, a estrutura do sistema de saúde e as necessidades de saúde da população estudada. As circunstâncias socioeconômicas são modificáveis através de políticas públicas de saúde mais efetivas que podem promover a equidade. Estabelecer medidas de promoção do desenvolvimento saudável dessas crianças, por meio do acesso efetivo aos serviços de saúde, também é uma medida factível.

Diante do exposto, emerge a necessidade de esforços conjuntos, de diversos seguimentos da sociedade civil e do setor público, para garantir a integralidade do cuidado e redução das vulnerabilidades de crianças expostas à sífilis e ao HIV.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L. M. W.; GONÇALVES, T. R.; BARCELLOS, N. T. HIV and syphilis coinfection in pregnancy and vertical HIV transmission: a study based on epidemiological surveillance data. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 40, p. 435-442, 2016. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892016001200435&script=sci_arttext&tlng=es
- AHMED, I.; LEMMA, S. Mortality among pediatric patients on HIV treatment in sub-Saharan African countries: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 149, 2019. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6482-1>
- ALMEIDA, A. C. et al. Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children - systematic literature review. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215001173>
- ALVARENGA, W. DE A. et al. Weakened Social Network: the Experience of Caregivers of the Hiv-Exposed Infant. **Text Context Nursing**, v. 24, n. 3, p. 775-783, 2015. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71442216020.pdf>
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. **Changing the US Health Care System**, p. 3-33, 2007. Available from: https://www.researchgate.net/publication/237675193_Improving_access_to_care_in_America_Individual_and_contextual_indicators
- ANDERSEN, R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995. Available from: https://www.jstor.org/stable/2137284?seq=1#page_scan_tab_contents
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973. Available from: https://www.jstor.org/stable/3349613?seq=1#page_scan_tab_contents
- ANDRADE, R. F. V. et al. Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 23, n. 4, p. 188-193, 2011. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/8.Conhecimento%20dos%20Enfermeiros%20acerca%20do%20Manejo.pdf>

- ARAÚJO, C. L. et al. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/en_3477.pdf
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Prevention of congenital syphilis in Fortaleza, Ceará: an evaluation of the structure and process. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 300-306, 2014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462x-cadsc-22-03-0300.pdf>
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci_arttext&tlng=pt
- BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf
- BONAWITZ, R. et al. Identifying Gaps in Prevention of Mother to Child Transmission of HIV. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 35, n. 7, p. 772-776, 2016. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/inf/2016/00000035/00000007/art00016>
- BOWEN, V. et al. Increase in Incidence of Congenital Syphilis — United States, 2012–2014. **CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, v. 64, n. 44, p. 2012-2014, 2015. Available from: https://www.jstor.org/stable/24856879?seq=1#page_scan_tab_contents
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>
- 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. **DOU** de 20.9.1990. p. 1-13. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 272 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV AIDS 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Sífilis 2016**. v. 47, n. 35, p. 29, 2016b. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/31/2016_030_Sifilis-publicacao2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 773 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: file:///C:/Users/Win-7/Desktop/pcdt_adulto_12_2018_web.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 48p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_criancaadolescente_09_2017.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientador_capacitacao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 386 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/2017-0135-vers-eletronica-final.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília:

Ministério da Saúde, 2006. 72 p. il. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf

BRASIL. Nota Informativa Conjunta Nº 109/2015/GAB/SVS/MS. Orienta a respeito da priorização da penicilina Gbenzatina para sífilis em gestantes e penicilina cristalina para sífilis congênita no país e alternativas para o tratamento da sífilis. Brasília: GAB/SVS/MS, 2015b. Disponível em: <http://www.soperj.org.br/novo/imageBank/MS-BR-Nota-109-USO-DE-PENICILINA-EM-GESTANTES-E-CRIANCAS.pdf>

BRASIL. Nota Informativa nº 02-SEI/2017. Altera os critérios de definição de casos para notificações de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília: DIAHV/SVS/MS, 2017. Disponível em:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MCTzYdLc9cYJ:www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **DOU**, 27 jun. 2011; Seção 1:109. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **DOU**, Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88-93, 2010. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. p. 139, 2015a.

BRIGHT, T. et al. A systematic review of strategies to increase access to health services among children in low and middle income countries. **BMC health services research**, v. 17, n. 1, p. 252, 2017. Available from:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2180-9>

BURRAGE, A. et al. Trends in antiretroviral therapy eligibility and coverage among children aged < 15 years with HIV infection—20 PEPFAR-supported sub-Saharan African countries, 2012–2016. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 67, n. 19, p. 552, 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048945/>

CARDOSO, A. R. P. et al. Underreporting of congenital syphilis as a cause of fetal and infant deaths in northeastern Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 12, p. 1-11, 2016. Available from:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0167255>

CARVALHO, T. S.; PELLANDA, L. C.; DOYLE, P. Stillbirth prevalence in Brazil: an exploration of regional differences. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 2, p. 200-206, 2018. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553617301040>

CHA, S. et al. Screening for Syphilis and Other Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women-Guam, 2014. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 66, n. 24, p. 644, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657798/>

CHAVES, L. A. et al. Integration of primary care in the healthcare network: analysis of the components in the external evaluation of the PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1-16, 2018. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000205004&script=sci_arttext&tlng=pt

COSTA, L. Q. et al. Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos de idade no Ceará, 2000 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 51-60, 2017. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S2237-96222017000100051&script=sci_arttext&tlng=pt

CRUZ, M. et al. Children and adolescents with perinatal HIV-1 infection: factors associated with adherence to treatment in the Brazilian context. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 6, p. 615, 2016. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/13/6/615>

CUNHA, A. R. C.; MERCHAN-HAMANN, E. Syphilis in parturient women in Brazil: prevalence and associated factors, 2010 to 2011. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, p. 479-486, 2015. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892015001100007&script=sci_arttext&tlng=pt

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2961-2973, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2961-2973/>

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalence of syphilis and HIV infection during pregnancy in incarcerated women and the incidence of congenital syphilis in births in prison in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, p. e00183616, 2017. Available from: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n11/e00183616/en/>

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidence of congenital syphilis and factors associated with vertical transmission: data from the Birth in Brazil study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 1-12, 2016. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605002&script=sci_arttext&tlng=es

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACENI, V.; LEAL, M. C. Reporting of HIV-infected pregnant women: estimates from a Brazilian study. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 43-43, 2018. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/145033>

DRAKE, A. L. et al. Incident HIV during pregnancy and postpartum and risk of mother-to-child HIV transmission: a systematic review and meta-analysis. **PLoS medicine**, v. 11, n. 2, p. e1001608, 2014. Available from:

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001608>

EDMOND, K. M. et al. Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study. **BMC medicine**, v. 16, n. 1, p. 106, 2018. Available from:

<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1092-9>

ESCOREL, S. et al. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, p. 164-176, 2007.

Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011

FELIZ, M. C. et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 727-739, 2016. Disponível em:

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400727&script=sci_abstract

GOMEZ, G. B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, p. 217-226, 2013. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862013000300013&script=sci_abstract&tlng=ar

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862013000300013&script=sci_abstract&tlng=ar

GUERRIER, G. et al. High syphilis but low HIV prevalence rates among pregnant women in New Caledonia. **International journal of STD & AIDS**, v. 24, n. 12, p. 977-979, 2013.

Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0956462413490677>

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. Documento Científico–Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 20, 2010. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf

HALL, B. J. et al. Barriers and facilitators to interventions improving retention in HIV care: a qualitative evidence meta-synthesis. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 6, p. 1755-1767, 2017.

Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-016-1537-0>

HANS, S. L.; EDWARDS, R. C.; ZHANG, Y. Randomized controlled trial of doula-home-visiting services: impact on maternal and infant health. **Maternal and Child Health Journal**, v. 22, n. 1, p. 105-113, 2018. Available from:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-018-2537-7>

HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.r; LAGO, E. G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2867-2878, 2015.

Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232015000902867&script=sci_arttext&tlng=en

- JAFREE, S. R.; ZAKAR, R.; ZAKAR, M. Z. Factors Associated with Low Birth Weight of Children Among Employed Mothers in Pakistan. **Maternal and child health journal**, v. 19, n. 9, p. 1993-2002, 2015. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-015-1708-z>
- KENYON, C. R.; OSBAK, K.; TSOUMANIS, A. The global epidemiology of syphilis in the past century—a systematic review based on antenatal syphilis prevalence. **Plos Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 5, p. e0004711, 2016. Available from: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0004711>
- KINIKAR, A. et al. Maternal Syphilis: An Independent Risk Factor for Mother to Infant Human Immunodeficiency Virus Transmission. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 44, n. 6, p. 371, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434955/>
- KOVACS, M. H. et al. Access to basic care for children seen at emergency departments. **J Pediatr**, v. 81, n. 3, p. 251-8, 2005. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n3/v81n3a13.pdf>
- LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1415-790X2016000100063&script=sci_arttext&tlng=pt
- LAGO, E. G.; VACCARI, A.; FIORI, R. M. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 40, n. 2, p. 85-94, 2013. Available from: https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2013/02000/Clinical_Features_and_Follow_up_of_f_Congenital.1.aspx
- LIAO, M. et al. Dual Epidemics of Drug Use and Syphilis Among Chinese Female Sex Workers: Results of Eight Consecutive Cross-Sectional Surveys from 2006 to 2013 in Qingdao, China. **AIDS and Behavior**, v. 20, n. 3, p. 655-666, 2016. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-015-1229-1>
- LOPES, I. M. D. et al. Adhesion to the monitoring of newborns from VDRL positive mothers. **MedicalExpress**, v. 3, n. 6, 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-04292016000600002&script=sci_arttext
- MACEDO, Mariana Ribeiro et al. Children exposed to vertical transmission of HIV: Following incomplete and its possible implication in the outcome. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 73-80, 2013. Available from: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5677/4124>
- MACÊDO, V. C. et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controlado. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591077.pdf>

- MACHINE, E. M. et al. Lost to follow-up: failure to engage children in care in the first three months of diagnosis. **AIDS care**, v. 28, n. 11, p. 1402-1410, 2016. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2016.1179714>
- MAGALHÃES, K. A. et al. Habitation as a social determinant of health: perceptions and conditions of families registered under the "Bolsa Família" program. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 57-72, 2013. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902013000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
- MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1223-1232, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/1223-1232/>
- MARTINS, E. F. et al. Multiple causes of maternal mortality related to abortion in Minas Gerais State, Brazil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00133115, 2017. Available from: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n1/e00133115/>
- MARTINS, M. M. F. et al. Adolescent and youth access to primary health care services in a city in the state of Bahia, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00044718, 2019. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000105007
- MATOS, L. A.; CAVALCANTE, L. I. C.; COSTA, E.. Characteristics of the Socio-familial Environment and Neuro-psychomotor Development of Children: Associations and Implications. **Revista Subjetividades**, v. 16, n. 3, p. 97-108, 2017. Available fom: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/5142/pdf>
- MELO, A. et al. Characteristics and factors associated with health care in children younger than 1 year with very low birth weight. **Jornal de pediatria**, v. 89, n. 1, p. 75-82, 2013. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n1/en_v89n1a12.pdf
- MILLMAN, M. et al. (Ed.). **Access to health care in America**. National Academies Press, 1993.
- MIRANDA, A. E. et al. Evaluation of the cascade of care in prevention of mother-to-child HIV transmission in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. e00118215, 2016. Available from: <https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n9/e00118215/pt/>
- NASCIMENTO, M. I. et al. Pregnancies complicated by maternal syphilis and fetal death. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032012000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
- NUNES, A. D. S. et al. Prenatal care access in Brazil: analysis of the national health research data. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017. Available from: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158/pdf_1
- NUNES, P. S. et al. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de**

Saúde, v. 27, p. e2018127, 2018. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/ress/2018.v27n4/e2018127/pt/>

OLIVEIRA, A. P. C. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000401165&script=sci_arttext&tlng=es

OLIVEIRA, L. S. et al. Access to primary health care in a sanitary district of Salvador. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047–3056, 2012. Available from:
<https://pdfs.semanticscholar.org/c47c/341620c7a35a73c0667a4a49fd4185f3c100.pdf>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Eliminação mundial da sífilis congênita: Fundamento lógico e estratégia para acção**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf;jsessionid=3D5BF3BE862F2B112D402F0742A97369?sequence=4

OMS valida eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis em Cuba. **UNAIDS**, 30 jul. 2015a. Disponível em: <https://unaid.org.br/2015/06/oms-valida-eliminacao-da-transmissao-de-mae-para-filho-do-hiv-e-da-sifilis-em-cuba/>

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100335&script=sci_arttext&tlng=es

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611600548>

PEREIRA, D. A. P. et al. Congenital infection in patients enrolled in mother child reference program. **Revista Paranaense de Medicina**, v. 29, n. 1, p. 31-38, 2015a. Available from:
<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n1/a4655.pdf>

PEREIRA, S. M. et al. Equity of access to Health Care for vulnerable families registered in a Family Health Unit. **Revista de APS**, v. 18, n. 3, p. 325–334, 2015b. Available from:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15550>

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914/pt/>

PINTO, V. M. et al. Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of Sao Paulo, Brazil, using a Rapid Test. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 341-354, 2014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/1415-790X-rbepid-17-02-00341.pdf>

RAMOS, V. M.; FIGUEIREDO, E. N.; SUCCI, R. C. M. Barriers to control syphilis and HIV vertical transmission in the health care system in the city of Sao Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 887-898, 2014. Available from:

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2014000500887&script=sci_arttext&tlng=pt

REES, C. P. et al. Factors affecting access to healthcare: an observational study of children under 5 years of age presenting to a rural Gambian Primary Healthcare Centre. **PloS one**, v. 11, n. 6, p. e0157790, 2016. Available from:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0157790>

REMIEN, R. H. et al. Barriers and facilitators to engagement of vulnerable populations in HIV primary care in New York City. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 69, n. 0 1, p. S16, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559146/>

RIBEIRO, F. G.; SHIKIDA, C.; HILLBRECHT, R. O. Bolsa Família: Um survey sobre os efeitos do programa de transferência de renda condicionada do Brasil. **Estudos Econômicos**, v. 47, n. 4, p. 805-862, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612017000400805&script=sci_arttext&tlng=pt

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; CÉSAR, C. C. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 851-858, 2008. Available from:

https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500010

RODRIGUES, S. T. C.; VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Vertical transmission of HIV in the population treated at a reference center. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 158-164, 2013. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/en_v26n2a09.pdf

ROSA, M. C. et al. Evaluation of factors associated with vertical HIV-1 transmission. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 6, p. 523-528, 2015. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553615001019>

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP. Coordenadoria de Controle de Doença, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Guia de bolso para o manejo de sífilis em gestante e sífilis congênita**. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. Disponível em:

http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf

SARACENI, V. et al. Epidemiological surveillance of vertical transmission of syphilis: data from six federal units in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, p. e44, 2017. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2017.v41/e44/pt/>

SCHMID, G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, p. 402-409, 2004. Available from:

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862004000600004&script=sci_arttext&tlng=es

SILVA, C. M. et al. Epidemiological overview of HIV/AIDS in pregnant women from a state of northeastern Brazil. **Rev Bras Enferm**, v. 71, sup. 11, p. 613-21, 2018. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0568.pdf

SILVA, D. M. A. et al. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza -CE, Brazil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 278-285, 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200278&script=sci_arttext

SILVA, E. S. A.; PAES, N. A. Bolsa Família Programme and the reduction of child mortality in the municipalities of the Brazilian semiarid region. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 623-630, 2019. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000200623&script=sci_arttext

SINÉSIO, M. C. T. et al. Fatores De Risco Às Infecções Relacionadas À Assistência Em Unidades De Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2018/05/53826-233984-1-PB.pdf>

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

STOPA, S. R. et al. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Rev Saúde Pública**, v. 51, Suppl 1:3s, 2017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf>

STRINGHINI, S. et al. Socioeconomic status and the 25× 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1· 7 million men and women. **The Lancet**, v. 389, n. 10075, p. 1229-1237, 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616323807>

TOWNSEND, C. L. et al. Syphilis screening in pregnancy in the United Kingdom, 2010-2011: a national surveillance study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 124, n. 1, p. 79-86, 2017. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.14053>

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800014&script=sci_arttext&tlng=en

UNAIDS. Ending the aids epidemic by 2030 as part of the sustainable development goals. **Scientific American**, v. 312, n. 6, p. 17-17, 2015b.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Access to health services: a geographical approach to public health. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, p. 439-446, 1987. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsp/1987.v21n5/439-446/>

VANGARDE, A. et al. Racial/ethnic variation in the impact of the affordable care act on insurance coverage and access among young adults. **American Journal of Public Health**, v. 108, n. 4, p. 544-549, 2018. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2017.304276>

VOUX, A. et al. State-specific rates of primary and secondary syphilis among men who have sex with men—United States, 2015. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 66, n. 13, p. 349, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657910/>

WIJESOORIYA, N. S. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet Global health**, v. 4, n. 8, p. e525-e533, 2016. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X16301358>

ZHOU, Y. et al. Rates of HIV, syphilis, and HCV infections among different demographic groups of female sex workers in Guangxi China: Evidence from 2010 national sentinel surveillance data. **AIDS Care**, v. 25, n. 11, p. 1433-1441, 2013. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2013.772282>

ZIOMKOWSKI, P.; LEVANDOWSKI, D. C. Fatores de risco ao infanticídio: análise de julgamentos do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 2, p. 361-373, 2017. Available from: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2531/1710

APÊNDICE

APÊNDICE A - ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGUIMENTO DE CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

Nome do Pesquisador: _____

Nº QUESTIONÁRIO | _____ | Data da entrevista _____

Dados a serem coletados se referem à criança nascida de julho de 2014 a julho de 2016.

Data de nascimento da criança ____/____/____

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO

1. Quem respondeu ao questionário: 1. Mãe () 2. Pai () 3. Outro () quem?

2. Endereço: Rua _____ N _____

Compl _____ Bairro _____ Distrito sanitário _____

Número. _____ Telefone _____

3. Com quem mora? 1. Companheiro () 2. Familiares () quem? _____ 3. Ambos ()

4. No total, quantas pessoas moram na casa: _____

5. Quantas crianças moram na casa (incluindo a do estudo): _____

6. Idade das crianças _____

7. Tem banheiro dentro de casa: 1. Sim () 2. Não ()

8. Sua casa possui água encanada 1. Sim () 2. Não ()

9. De onde vem a água consumida na sua casa: 1. Da rede pública-Cagepa () 2. De Poço, cacimba, cisterna () 3. Outro() _____

10. Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmente disponível para este domicílio? 1. Diariamente () 2. Pelo menos uma vez por semana () 3. Menos que uma vez por semana ()

11. Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio? 1. Rede geral() 2. Outra origem () 3. Não tem energia elétrica ()
12. Como é feito o destino do lixo da sua casa: 1. Coletado pela empresa de coleta () 2. Queimado/Enterrado () 3. Jogado em rio ou lagoa () 4. Jogado em terreno baldio ou na rua 5. Outros _____
13. As fezes e a urina da sua casa são jogadas onde? 1. Sistema de esgoto (rede geral) () 2. Fossa () 3. Céu aberto () 4. Em córrego, lagoa, rio () _____
14. Qual a renda da sua família incluindo o salário de todas as pessoas que moram na casa (em reais): _____ Não sabe informar ()
15. Na sua casa, quantas pessoas trabalham fora ou possuem uma renda _____
16. Você recebe auxílio do governo: 1. Sim () 2. Não ()
17. Se sim, qual auxílio: 1. Bolsa família () 2. Auxílio doença() 3.Outros (citar)_____
18. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei ()
19. No último ano, você recebeu visita de algum membro da Equipe de Saúde da Família? 1. Sim () 2. Não () Se sim, de quem? _____

DADOS DA MÃE

Nome completo da Mãe: _____

20. Idade da mãe quando teve a criança |__|__| anos

Situação conjugal da mãe:

21. Tem Companheiro fixo: 1.Sim () 2.Não ()

22. Mora na mesma casa que ele: 1.Sim () 2.Não ()

23. Qual a ocupação do companheiro? _____

24. Qual a renda do companheiro? _____ Não sabe informar ()

25. O companheiro é o pai da criança do estudo: 1.Sim () 2.Não ()
26. Qual a cor da sua pele? 1. Branca () 2. Preta () 3. Parda () 4. Amarela () 5. indígena ()
27. Mãe frequentou a escola? 1. Sim () 2. Não ()
28. Se sim, até que série completou? ____série
29. Qual a sua ocupação _____
30. Tem alguma ocupação remunerada: 1. Sim () 2. Não ()
31. A senhora trabalha fora de casa: 1. Sim () 2. Não ()
32. Se trabalha fora, há quanto tempo: _____
33. Quanto ao seu trabalho: 1. É informal, não tem carteira assinada () 2. É formal e tem carteira assinada () 3. Outro. Qual? _____
34. A senhora usa drogas: 1. Sim () 2. Não ()
35. A senhora ingere bebida alcoólica: 1. Sim () 2. Não ()
36. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo a criança do estudo) ? |__||__|
37. Quantos filhos nasceram mortos? |__||__|
38. Algum filho morreu antes de completar um ano de vida? 1. Sim () 2. Não ()
39. Fez pré-natal? 1. Sim () 2. Não ()

DADOS REFERENTE A CRIANÇA DO ESTUDO

40. A gravidez dessa criança (do estudo) foi desejada? 1. Sim, quis engravidar naquele momento () 2. Queria ter engravidado em outro momento mas aceitou a gravidez () 3. Não queria ter engravidado e ficou triste quando soube da gravidez ()
41. Fez pré-natal durante a gravidez dessa criança 1. Sim () 2. Não ()
42. Realizou quantas consultas _____
43. Onde fez pré-natal 1. No posto de saúde/Unidade básica de saúde ()

44. No ambulatório de referência () 3. No consultório com o médico do convênio/particular () 4. Outro _____
45. Idade gestacional de início do pré-natal. Ver o cartão de pré-natal se ainda tiver |_____| semanas gestacionais 99. Não sabe ()
46. Quem fez seu pré-natal: 1.Médico/a() 2. Enfermeiro/a() 3. Médico/a e enfermeiro/a()
47. A senhora teve problemas de saúde durante a gravidez dessa criança? (Marque todos os problemas citados pela mãe e se ela ainda tiver cartão de pré-natal, peça para ver) 1. Pressão alta () 2. Diabetes () 3. Infecção urinária () 4. Sífilis () 5. Rubéola () 6. Toxoplasmose () 7. Hemorragia () 8.Bolsa rompeu antes do tempo () 9.HIV/AIDS () 10. Outros _____
48. A senhora tomou remédio para algum problema de saúde durante a gravidez dessa criança? 1. Sim () 2. Não ()
49. Se sim, quais remédios _____

DADOS RELACIONADOS À GESTAÇÃO E AO PARTO

50. Idade gestacional no momento do parto (em semanas): _____
51. Tipo de parto (para mulheres no pós-parto): 1. () Vaginal 2. () Cesárea
52. O cartão da gestante estava devidamente preenchido com as informações sobre a sífilis: 1. () Sim 2. () Não 3.() A gestante não possui o cartão 4.() Ignorado
53. A senhora fez uso de alguma droga durante a gravidez dessa criança: 1. Maconha () 2. Cocaína () 3. Crack () 9. Não usou ()
54. Se sim, com qual frequência: 1. Todos os dias () 2. Duas a três vezes por semana () 3. Só nos finais de semana ()

DADOS DA CRIANÇA

55. Sexo da criança 1. Masc () 2. Fem ()
56. Peso ao nascer _____
57. Tipo de parto 1. Normal () 2. Cesário () 3. Fórceps ()
58. A criança ficou internada? 1. Sim () 2. Não ()
59. Quanto tempo a criança ficou internada? _____
61. Idade atual da criança _____
62. Peso atual da criança _____
63. A criança mora com a mãe 1. Sim () 2. Não ()
64. Se não mora com a mãe, com quem ela mora _____
65. Quem cuida da criança: 1. Mãe () 2. Avó () 3. Outro parente () 4. Vizinho () 5. Outro ()

ATENÇÃO À SAÚDE PÓS-ALTA HOSPITALAR

66. Hospital onde a criança nasceu _____
67. Hospital onde ficou internada logo após o nascimento _____
68. A criança do estudo foi acompanhado no posto de saúde por médico(a) ou enfermeiro(a) regularmente no primeiro ano de vida, mesmo sem estar doente? (Solicite o cartão da criança)
1. Sim () 2. Não, só foi para o médico quando adoeceu ()
69. Recebeu visita da equipe de saúde na 1ª semana de vida? 1. Sim () 2. Não ()
70. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) mensalmente nos primeiros seis meses de vida? 1. Sim () 2. Não ()
71. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 9ª mês? 1. Sim () 2. Não ()

72. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 12ª mês? 1.Sim () 2. Não ()
73. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 15ª mês? 1.Sim () 2. Não ()
74. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 18ª mês? 1. Sim () 2. Não ()
75. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 24ª mês? 1. Sim () 2. Não ()
76. As vacinas estão em dia: 1. Sim () 2. Não ()
77. A criança realizou VDRL com 1 mês 1. Sim () 2. Não () Resultado () Reagente () Não reagente Titulação_____
78. A criança realizou VDRL com 3 meses 1. Sim () 2. Não () Resultado () Reagente () Não reagente Titulação_____
79. A criança realizou VDRL com 6 meses 1. Sim () 2. Não () Resultado () Reagente () Não reagente Titulação_____
80. A criança realizou VDRL com 12 meses 1. Sim () 2. Não () Resultado () Reagente () Não reagente Titulação_____
81. A criança realizou VDRL com 24 meses 1. Sim () 2. Não () Resultado () Reagente () Não reagente Titulação_____
82. A criança realizou TPHA ou FTA-Abs após os 18 meses de idade para confirmação do caso. 1. Sim () 2. Não () Resultado _____ Especificar o seguimento no serviço especializado
83. A criança foi acompanhada no serviço especializado? 1. Sim () 2. Não ()
84. Se a criança é ou foi acompanhada no serviço especializado, informe onde: Citar _____
85. Se foi ou está sendo acompanhada em serviço especializado, quem encaminhou: 1. O próprio hospital no momento da alta () 2. A unidade básica de saúde onde fez atendimento após a alta da maternidade () 3. Procurou por conta própria ()
86. Quando a senhora faltava/falta à consulta, recebia/recebe alguma convocação do serviço? 1. Sim () 2. Não () 3. Nunca faltei ()
87. O serviço onde a criança é atendida fica longe da sua casa? 1. Sim () 2. Não ()

88. A senhora recebia/recebe vale transporte para levar seu bebê ao serviço especializado? 1. Sim () 2. Não ()

89. A criança nasceu com alguma deficiência: 1. Sim () 2. Não () 9. Não sabe () 99. Qual:

90. A criança do estudo apresenta atualmente algum problema de saúde (informação da mãe): 1. Deficiência visual () 2. Deficiência auditiva () 3. Deficiência motora (nunca andou) () 4. Problema cardíaco () 5. Problema neurológico () Descrever

Outros: _____

91. Após alta hospitalar a criança apresentou algum problema de saúde? 1. Sim () 2. Não ()

92. O médico prescreveu algum medicamento para a criança? 1. Sim () 2. Não ()

93. A senhora recebia/recebe os medicamentos do serviço? 1. Sim () 2. Não ()

94. A criança foi ou está sendo acompanhada por outros profissionais: 1. Fonoaudiólogo () 2. Fisioterapeuta () 3. Assistente social () 4. Terapeuta ocupacional () 5. Enfermeiro () 6. Outro _____

95. A criança foi novamente hospitalizada depois que teve alta hospitalar (DEPOIS QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE) 1. Sim () 2. Não ()

96. Se sim, quantas vezes: _____

97. Motivo das hospitalizações:

1ª hospitalização _____

2ª hospitalização _____

3ª hospitalização _____

98. Se a criança faleceu, informar o local: 1. Domicílio () 2. Hospital () 3. Outro local

99. Idade ao falecer _____

100. Causa do óbito (ver o Atestado de Óbito)

a _____

b _____

c _____

APÊNDICE B - ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGUIMENTO DE CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Nome do Pesquisador: _____

Nº QUESTIONÁRIO | _____ |

Data da entrevista _____

Dados a serem coletados de criança nascida no período de julho de 2014 a julho de 2016.

Data de nascimento da criança ____/____/____

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO

1. Quem respondeu ao questionário:

1. Mãe () 2. Pai () 3. Outro () quem? _____

2. Endereço: Rua.....

N.....Compl.:.....Bairro:.....Distrito sanitário

Número..... Telefone:.....

3. Com quem mora? 1. Companheiro () 2. Familiares () quem? _____ 3. Ambos ()

4. No total, quantas pessoas moram na casa: _____

5. Quantas crianças moram na casa (incluindo a do estudo): _____

6. Idade das crianças _____

7. Tem banheiro dentro de casa: 1. Sim () 2. Não ()

8. Sua casa possui água encanada 1. Sim () 2. Não ()

9. De onde vem a água consumida na sua casa: 1. Da rede pública-Cagepa () 2. De Poço, cacimba, cisterna () 3. Outro () _____

10. Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmente disponível para este domicílio? 1. Diariamente () 2. Pelo menos uma vez por semana () 3. Menos que uma vez por semana ()

11. Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio? 1. Rede geral () 2. Outra origem (gerador, placa solar, etc.) () 3. Não tem energia elétrica ()

12. Como é feito o destino do lixo da sua casa: 1. Coletado pela empresa de coleta () 2. Queimado/Enterrado () 3. Jogado em rio ou lagoa () 4. Jogado em terreno baldio ou na rua () 5. Outros _____

13. As fezes e a urina da sua casa são jogadas onde? 1. Sistema de esgoto (rede geral) () 2. Fossa () 3. Céu aberto () 4. Em córrego, lagoa, rio ()
14. Qual a renda da sua família incluindo o salário de todas as pessoas que moram na casa (em reais): _____ Não sabe informar ()
15. Na sua casa, quantas pessoas trabalham fora ou possuem uma renda _____
16. Você recebe auxílio do governo: 1. Sim () 2. Não ()
17. Se sim, qual auxílio: 1. Bolsa família () 2. Auxílio doença () 3. Outros (citar) _____
18. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei ()
19. No último ano você recebeu visita de algum membro da Equipe de Saúde da Família? 1. Sim () 2. Não () Se sim, de quem? _____

DADOS DA MÃE

Nome completo da Mãe: _____

20. Idade da mãe quando teve a criança |__|__| anos

Situação conjugal da mãe:

21. Tem Companheiro fixo: 1. Sim () 2. Não ()

22. Mora na mesma casa que ele: 1. Sim () 2. Não ()

23. Qual a ocupação do companheiro? _____

24. Qual a renda do companheiro? _____ Não sabe informar ()

25. O companheiro é o pai da criança do estudo: 1. Sim () 2. Não ()

26. Qual a cor da sua pele? 1. Branca () 2. Preta () 3. Parda () 4. Amarela () 5. Indígena ()

27. Mãe frequentou a escola? 1. Sim () 2. Não ()

28. Se sim, até que série completou? ____ série

29. Qual a sua ocupação _____

30. Tem alguma ocupação remunerada: 1. Sim () 2. Não ()

31. A senhora trabalha fora de casa: 1. Sim () 2. Não ()

32. Se trabalha fora, há quanto tempo: _____

33. Quanto ao seu trabalho: 1. É informal, não tem carteira assinada () 2. É formal e tem carteira assinada () 3. Outro. Qual? _____

34. A senhora usa drogas: 1. Sim () 2. Não ()
35. A senhora ingere bebida alcoólica: 1. Sim () 2. Não ()
36. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo a criança do estudo) ? |__||__|
37. Quantos filhos nasceram mortos? |__||__|
38. Algum filho morreu antes de completar um ano de vida? 1. Sim () 2. Não ()

DADOS REFERENTES À CRIANÇA DO ESTUDO

39. A gravidez dessa criança (do estudo) foi desejada? 1. Sim, quis engravidar naquele momento () 2. Queria ter engravidado em outro momento mas aceitou a gravidez () 3. Não queria ter engravidado e ficou triste quando soube da gravidez ()
40. Fez pré-natal durante a gravidez dessa criança 1. Sim () 2. Não ()
41. Realizou quantas consultas _____
42. Onde fez pré-natal 1. No posto de saúde/Unidade básica de saúde () 2.No ambulatório de referência () 3. No consultório com o médico do convênio/particular () 4. Outro _____
43. Idade gestacional de início do pré-natal. Ver o cartão de pré-natal se ainda tiver |_____| semanas gestacionais 99. Não sabe ()
44. Quem fez seu pré-natal: 1.Médico/a() 2.Enfermeiro/a () 3.Médico/a e enfermeiro/a ()
45. A senhora teve problemas de saúde durante a gravidez dessa criança? (Marque todos os problemas citados pela mãe e se ela ainda tiver cartão de pré-natal, peça para ver)
1. Pressão alta () 2. Diabetes () 3. Infecção urinária () 4. Sífilis () 5. Rubéola () 6. Toxoplasmose () 7. Hemorragia () 8.Bolsa rompeu antes do tempo () 9.HIV/AIDS () 10. Outros _____
46. A senhora tomou remédio para algum problema de saúde durante a gravidez dessa criança? 1. Sim () 2. Não ()
47. Se sim, quais remédios _____

DADOS RELACIONADOS À GESTAÇÃO E AO PARTO

48. Idade gestacional no momento do parto (em semanas): _____
49. Tipo de parto (para mulheres no pós-parto): 1. () Vaginal 2. () Cesárea

50. O cartão da gestante estava devidamente preenchido com as informações sobre a HIV: 1. Sim 2. Não 3. A gestante não possui o cartão 4. Ignorado
51. A senhora fez uso de alguma droga durante a gravidez dessa criança: 1. Maconha 2. Cocaína 3. Crack 9. Não usou
52. Se sim, com qual frequência: 1. Todos os dias 2. Duas a três vezes por semana 3. Só nos finais de semana

DADOS DA CRIANÇA

- A criança foi infectada pelo HIV - 1. Sim 2. Não
53. Sexo da criança 1. Masc 2. Fem
54. Peso ao nascer _____
55. Tipo de parto 1. Normal 2. Cesárea 3. Fórceps
56. A criança ficou internada? 1. Sim 2. Não
57. Quanto tempo a criança ficou internada? _____
58. Data de nascimento da criança _____
59. Idade atual da criança _____
60. Peso atual da criança _____
61. A criança mora com a mãe 1. Sim 2. Não
62. Se não mora com a mãe, com quem ela mora _____
63. Quem cuida da criança: 1. Mãe 2. Avó 3. Outro parente 4. Vizinho 5. Outro
- _____

ATENÇÃO À SAÚDE PÓS-ALTA HOSPITALAR

64. Hospital onde a criança nasceu _____
65. Hospital onde ficou internada logo após o nascimento _____
66. A criança recebeu profilaxia no hospital 1. Sim 2. Não
67. Realizou exame de carga viral após o término da profilaxia 1. Sim 2. Não
68. A criança recebeu encaminhamento para consulta com especialista 1. Sim 2. Não

69. A criança do estudo foi acompanhado no posto de saúde por médico(a) ou enfermeiro(a) regularmente no primeiro ano de vida, mesmo sem estar doente? (Solicite o cartão da criança)
1. Sim () 2. Não, só foi para o médico quando adoeceu ()
70. A criança foi amamentada? 1. Sim () 2. Não ()
71. A criança tem indícios da infecção? 1. Sim () 2. Não ()
72. Recebeu visita da equipe de saúde na 1ª semana de vida? 1. Sim () 2. Não ()
73. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) mensalmente nos primeiros seis meses de vida? 1. Sim () 2. Não ()
74. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 9ª mês? 1. Sim () 2. Não ()
75. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 12ª mês? 1. Sim () 2. Não ()
76. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 15ª mês? 1. Sim () 2. Não ()
77. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 18ª mês? 1. Sim () 2. Não ()
78. Recebeu consulta do médico(a) ou enfermeiro(a) no 24ª mês? 1. Sim () 2. Não ()
79. As vacinas estão em dia: 1. Sim () 2. Não () (Solicite o cartão de vacina. Caso não tenha cartão, pergunte a mãe sobre as vacinas)
80. A criança realizou exames laboratoriais (Hemograma, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina e Glicemia) ao nascer ou na primeira consulta. 1. Sim () 2. Não ()
81. A criança realizou exames laboratoriais (Hemograma, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina e Glicemia) de 1-2 meses 1. Sim () 2. Não ()
82. A criança realizou sorologia para o HIV de 1-2 meses 1. Sim () 2. Não ()
83. Resultado da sorologia para o HIV 1. Reagente () 2. Não reagente ()
84. A criança realizou Hemograma e Glicemia aos 4 meses 1. Sim () 2. Não ()
85. A criança realizou Hemograma entre 6 e 12 meses 1. Sim () 2. Não ()
86. A criança realizou exames laboratoriais (Hemograma, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina e Glicemia) de 12 a 18 meses 1. Sim () 2. Não ()
87. A criança realizou sorologia para o HIV de 1-2 meses 1. Sim () 2. Não ()
88. Resultado da sorologia para o HIV aos 18 meses 1. Reagente () 2. Não reagente ()
Especificar o seguimento no serviço especializado
89. A criança foi acompanhada no serviço especializado? 1. Sim () 2. Não ()
90. Se a criança é ou foi acompanhada no serviço especializado, informe onde: Citar
-

91. Se foi ou está sendo acompanhada em serviço especializado, quem encaminhou: 1. O próprio hospital no momento da alta () 2. A unidade básica de saúde onde fez atendimento após a alta da maternidade () 3. Procurou por conta própria ()
92. A criança recebeu consulta de um neuropediatra? 1. Sim () 2. Não ()
93. A criança recebeu consulta de um cardiologista? 1. Sim () 2. Não ()
94. Quando a senhora faltava/falta à consulta, recebia/recebe alguma convocação do serviço? 1. Sim () 2. Não () 3. Nunca faltei ()
95. A senhora recebia/recebe vale transporte para levar seu bebê ao serviço especializado? 1. Sim () 2. Não ()
96. O serviço onde a criança é atendida fica longe da sua casa? 1. Sim () 2. Não ()
97. A criança nasceu com alguma deficiência: 1. Sim () 2. Não () 9. Não sabe () 99. Qual: _____
98. A criança do estudo apresenta atualmente algum problema de saúde (informação da mãe): 1. Deficiência visual () 2. Deficiência auditiva () 3. Deficiência motora (nunca andou) () 4. Problema cardíaco () 5. Problema neurológico () Descrever _____
Outros: _____
99. Após alta hospitalar, a criança apresentou algum problema de saúde? 1. Sim () 2. Não ()
100. O médico prescreveu algum medicamento para a criança? 1. Sim () 2. Não ()
101. A senhora recebia/recebe os medicamentos do serviço? 1. Sim () 2. Não ()
102. A criança foi ou está sendo acompanhada por outros profissionais: 1. Fonoaudiólogo () 2. Fisioterapeuta () 3. Assistente social () 4. Terapeuta ocupacional () 5. Enfermeiro () 6. Outro _____
103. A criança foi novamente hospitalizada depois que teve alta hospitalar (DEPOIS QUE TEVE ALTA DA MATERNIDADE) 1. Sim () 2. Não ()
104. Se sim, quantas vezes: _____
105. Motivo das hospitalizações:
1ª hospitalização _____
2ª hospitalização _____
3ª hospitalização _____
106. Se a criança faleceu, informar o local: 1. Domicílio () 2. Hospital () 3. Outro local _____
107. Idade ao falecer _____

108. Causa do óbito (ver o Atestado de Óbito)

a _____

b _____

c _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGUIMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS E AO HIV EM CAMPINA GRANDE-PB

NOME DO PESQUISADOR: ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE

ENDEREÇO: AV. WASHINGTON SOARES, 1321, B. EDSON QUEIROZ. CEP:60.811, FORTALEZA-CE, BRASIL.

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que avaliará o acesso a serviços de saúde e seguimento de crianças expostas a sífilis e ao HIV em Campina Grande – Paraíba. A pesquisa vai ser realizada com todas as crianças notificadas no Sinan, por esses agravos, no período de julho de 2014 a julho de 2016.

Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar o acesso de crianças expostas a SC e ao HIV aos serviços de saúde; e como objetivos específicos descrever as características socioeconômicas e demográficas relacionadas as crianças; analisar o seguimento da criança com sífilis congênita e exposta ao HIV no município de Campina Grande; e identificar a estruturação da rede de atenção à saúde para o seguimento de crianças expostas à SC e ao HIV.

Dada a relevância da análise do acesso e práticas em saúde como um instrumento orientador para a melhoria da qualidade da assistência prestada, este estudo tem a possibilidade de contribuir de forma a otimizar as práticas e os fluxos relacionados ao

seguimento da criança com sífilis congênita, identificando as fragilidades e potencialidades no contexto do acesso aos serviços de saúde dessas crianças.

Este estudo pretende contribuir para o aprimoramento das ações voltadas para o seguimento da criança com sífilis congênita e exposta ao HIV, buscando minimizar as consequências da transmissão vertical da sífilis e do HIV.

1. COMO SERÁ A MINHA PARTICIPAÇÃO?

A entrevista irá durar, aproximadamente, 20 minutos. Eu irei lhe fazer perguntas sobre condições de moradia, acesso a bens e serviços públicos, acesso a benefícios sociais do governo; morbidades e antecedentes obstétricos, acompanhamento pré-natal e morbidades durante a gestação da criança do estudo; situação sorológica no pré-natal e parto; tratamento da sífilis na gestação; uso de terapia antirretroviral; acesso à atenção à saúde após a alta hospitalar: acompanhamento da criança exposta a sífilis em serviços de seguimento na atenção básica e secundária e consulta com profissionais especializados e morbidades e hospitalizações entre as crianças expostas ao HIV e a sífilis na gestação.

Lembramos que a sua participação é voluntária e não remunerada. Você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você.

2. QUEM SABERÁ SE EU DECIDIR PARTICIPAR?

Somente o pesquisador responsável e sua equipe saberá que você está participando desta pesquisa. Ninguém mais saberá da sua participação. Entretanto, caso você deseje que o seu nome / seu rosto / sua voz ou o nome da sua instituição conste do trabalho final, nós respeitaremos sua decisão. Basta que você marque ao final deste termo a sua opção.

3. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E DA PRIVACIDADE

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus (Suas) respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, ficarão em segredo. A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão usadas somente com fins estatísticos. Seu nome, endereço e outras informações pessoais serão transformados em um código de identificação único. As informações coletadas na

entrevista serão identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal. As informações que o Sr(a) nos dará serão utilizadas apenas para a pesquisa e poderão ser divulgadas em eventos e publicações científicas. Seu nome não estará escrito em ficha alguma e não serão divulgados, bem como outro dado que possa lhe identificar.

4. EXISTE ALGUM RISCO SE EU PARTICIPAR?

O procedimento utilizado, a entrevista, poderá trazer algum desconforto como constrangimento em responder o questionário. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo. Gostaríamos de ressaltar ainda que se o(a) sr(a) vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no termo de consentimento, o(a) sr(a) terá direito à assistência integral e à uma indenização.

5. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de melhor compreensão dos fatores que afetam o acesso aos serviços de saúde e ajudarão a elaborar ações dirigidas a melhorar a assistência e as condições de saúde da essa população específica.

6. FORMAS DE ASSISTÊNCIA E RESSARCIMENTO DAS DESPESAS

Se você precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que necessite de tratamento, você será encaminhado(a) a rede de atenção à saúde do município.

8. ESCLARECIMENTOS

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável. O Sr(a) não terá nenhuma despesa por participar desta pesquisa e também não receberá pagamento algum. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação na pesquisa, o Sr(a) será indenizado(a) pela pesquisadora responsável.

Pesquisador responsável: Roumayne Fernandes Vieira Andrade

Endereço: Av. Senador Argemiro de Figueiredo, 1901 - Itararé

Telefone para contato: (83) 2101.8800

Horário de atendimento: 08:00 as 17:00 horas

Se houver dúvidas em relação aos aspectos éticos ou denúncias o Sr(a) poderá consultar o CEP/CESED - Rua: Argemiro de Figueirêdo, 1901 – Itararé – Central de Atendimento ao Aluno – Ao lado do teatro Facisa. E-mail: cep@cesed.br – telefone: (83)2101.8857 De: Segunda a Quinta das 08h às 12:00 e das 17:30 às 22:00h e na sexta das 08h às 12:00 e das 16:30 às 21:00h.

10. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar este documento que será elaborado em duas vias; uma via deste Termo ficará com o(a) Senhor(a) e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, aponto a sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, aponto sua assinatura na última página do referido Termo.

11. CONSENTIMENTO

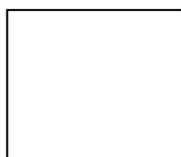
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce , _____ de _____ de _____ .

Assinatura do participante ou Representante Legal

Assinatura do Pesquisador



Impressão dactiloscópica

ANEXO

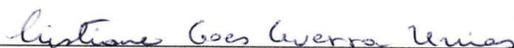
ANEXO A – DECLARAÇÃO DA CORREÇÃO ORTOGRÁFICA

DECLARAÇÃO

Declaro que procedi à revisão da tese, intitulada **ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGUIMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS À SÍFILIS OU AO HIV** de autoria de ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE.

Declaro, ainda, que o presente trabalho de conclusão de curso encontra-se de acordo com as normas gramaticais vigentes.

Fortaleza, 31 de agosto de 2019.



Cristiane Goes Guerra Unias

Prof^ª Especialista

LP 12.186

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SEGUIMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS A SÍFILIS E AO HIV

Pesquisador: Roumayne Fernandes Vieira Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94370218.0.0000.5175

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.979.484

Apresentação do Projeto:

Muitos esforços têm sido destinados para redução da transmissão vertical da sífilis e do Human Immunodeficiency Virus (HIV). A infecção pelo *Treponema pallidum*, bactéria causadora da sífilis, pode resultar em graves consequências para a saúde da criança (BRASIL, 2015a).

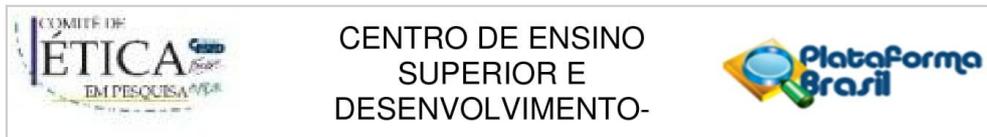
Estudos recentes mostram o impacto da sífilis nos resultados de gestações, com aproximadamente 21% de natimortos ou abortos espontâneos, óbito neonatal com 9% e mais 25% de crianças com infecção grave ou baixo peso ao nascimento (GOMEZ et al., 2013). Contudo, dados que revelam a elevada magnitude do problema e da morbimortalidade desta infecção ainda continuam subestimada (CARDOSO et al., 2016; GOMEZ et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2012).

Trata-se de um estudo transversal em que será analisado o seguimento de acesso aos serviços de crianças notificadas com SC e criança exposta ao HIV por transmissão vertical.

O estudo será realizado em Campina Grande/ PB. A coleta de dados será realizada no período compreendido entre os meses de novembro e dezembro de 2008, por meio de informações contidas nas fichas de notificação do SINAM, cartão da criança e entrevistas realizadas com as mães na atenção básica de saúde.

Para o processamento e análise dos dados será utilizado o Software Statiscal for Social Science (SPSS) versão 20.0 para análise de ambos os desfechos binários (acesso ao serviço de saúde).

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 2.979.484

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o acesso de crianças expostas a SC e ao HIV aos serviços de saúde;

Objetivo Secundário:

Descrever as características socioeconômicas e demográficas relacionadas as crianças;

Analisar o seguimento da criança com sífilis congênita e exposta ao HIV no município de Campina Grande.

Identificar a estruturação da rede de atenção à saúde para o seguimento de crianças expostas a SC e ao HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

O procedimento utilizado, a entrevista, poderá trazer algum desconforto como constrangimento em responder o questionário. O tipo de procedimento apresenta risco de constrangimento para os participantes, que será evitado garantindo um lugar reservado para realização da entrevista e o sigilo das informações. Gostaríamos de ressaltar ainda que se o(a) sr(a) vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no termo de consentimento, o(a) sr(a) terá direito à assistência integral e à uma indenização.

BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de melhor compreensão dos fatores que afetam o acesso aos serviços de saúde e ajudarão a elaborar ações dirigidas a melhorar a assistência e as condições de saúde da essa população específica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

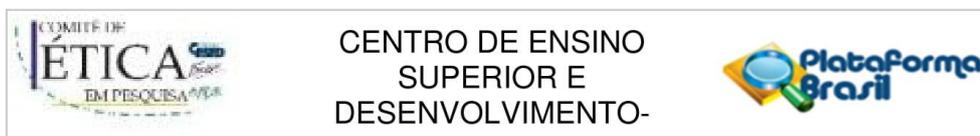
O projeto encontra-se bem estruturado. Termos de apresentação obrigatória, cronograma, orçamento anexados e adequados.

Com relação aos aspectos éticos, o projeto segue as diretrizes da Resolução 466/12. Foi descrito de forma detalhada todo o desenvolvimento do estudo, principalmente o procedimento de coleta de dados.

Os possíveis riscos inerentes ao estudo foram esclarecidos, assim como a forma que serão minimizados.

O TCLE atende as determinações da Resolução 466/12.

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 2.979.484

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e encontram-se adequados.

Recomendações:

Disponibilizar contato pessoal do pesquisador responsável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise verificou-se que o pesquisador atendeu as pendências e ao que preconiza a resolução 466/12, que rege as pesquisas que envolvem seres humanos. Dessa forma somos do parecer APROVADO.

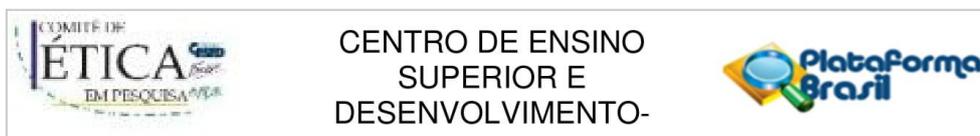
Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi avaliado pelo colegiado, tendo recebido parecer APROVADO. O pesquisador poderá iniciar a coleta de dados, ao término do estudo deverá ENVIAR RELATÓRIO FINAL através de notificação (via Plataforma Brasil) da pesquisa para o CEP – CESED.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1181819.pdf	03/10/2018 10:09:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	03/10/2018 10:08:34	Roumayne Fernandes Vieira Andrade	Aceito
Outros	img165.pdf	03/10/2018 10:06:05	Roumayne Fernandes Vieira Andrade	Aceito
Outros	Questionario_SC.pdf	03/10/2018 10:05:00	Roumayne Fernandes Vieira Andrade	Aceito
Outros	Questionario_HIV.pdf	03/10/2018 10:04:11	Roumayne Fernandes Vieira Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/10/2018 10:03:32	Roumayne Fernandes Vieira Andrade	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2.pdf	19/07/2018 23:20:54	Roumayne Fernandes Vieira Andrade	Aceito

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br



Continuação do Parecer: 2.979.484

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2018

Assinado por:
Rosana Farias Batista Leite
(Coordenador(a))

Endereço: SENADOR ARGEMIRO DE FIGUEIREDO 1901
Bairro: ITARARE **CEP:** 58.411-020
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-8857 **Fax:** (83)2101-8857 **E-mail:** cep@cesed.br