

ALÉM DA PENICILINA G BENZATINA: DISCUSSÕES SOBRE UM CASO DE SÍFILIS GESTACIONAL^{6*}

VITIRITTI, Bruno⁷
CORDERA, Ana Carolina⁸
ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de⁹

RESUMO

A sífilis gestacional é um importante indicador em saúde pública, sendo um preditor dos casos de sífilis congênita, cujo controle ainda não conseguiu ser realizado, mesmo com a publicação e ampliação de planos específicos pelo Ministério da Saúde. Tendo em vista que o protocolo de abordagem para sífilis gestacional, muitas vezes não consegue ser efetivo em pacientes em situação de risco e com realidades de vida complexas, este artigo tem por objetivo apresentar um caso clínico de sífilis gestacional e discutir sobre as questões socio-culturais desse caso e a dificuldade terapêutica durante seu manejo. Discutiu-se sobre o autocuidado e dificuldades de adesão às orientações dadas pela equipe de saúde. Apesar dos esforços integrais da

*Não houve instituição financiadora.

⁷ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Bolsista de Iniciação Científica pelo CNPq.

⁸ Médica, especialista em ultrassonografia e clínica médica. Responsável pelo ambulatório da Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Pedro Nango Dobash.

⁹ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Professora da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

equipe de saúde, a realidade da paciente não conseguiu ser modificada, mostrando que o autocuidado é parte fundamental para que o profissional observe que realizou tudo que estava ao seu alcance.

Palavras-chave: autocuidado, gestantes, atenção primária a saúde, sífilis.

ABSTRACT

Gestational syphilis is an important indicator in public health, it is a predictor of congenital syphilis, whose control still can not be done, even with the publication and enlarging of specific plans by Ministry of Health. Considering that the protocol approach for gestational syphilis, often can not be effective in patients at risk and complex realities of life, this article aims to present a case of gestational syphilis and discuss socio-cultural issues of this case and therapeutic difficulties during its handling. It was discussed about the difficulties of self-care and adherence to guidelines given by the healthcare team. Despite the integral efforts of the healthcare team, the reality of patient didn't managed to be modified, showing that self care is a fundamental part for that professional observe wich accomplished all that was within his reach.

Key words: self care, primary health care, pregnant women, syphilis.

INTRODUÇÃO

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual além de propiciar a abertura da implantação do SUS, facilitou a implantação do Programa Nacional de DST e Aids (Brasil, 2009). Este programa surgiu como meio de monitorar e diminuir a incidên-

cia de tais agravos. Para isso, foi divulgada uma lista de doenças que deveriam ser de notificação compulsória. Dentre elas, a sífilis congênita era a única forma de sífilis que deveria ser notificada.

O objetivo de diminuir a incidência da sífilis congênita, mesmo com todo o aparato clínico, laboratorial e terapêutico não foi alcançado (Brasil, 2006). Somente após muita análise, os pesquisadores em saúde pública notaram que a sífilis congênita não era um agravo isolado, necessitando de algo que presumisse seu aparecimento no bebê recém-nascido. Dessa maneira, surgiu um novo indicador de saúde, o número de gestantes infectadas por sífilis. A sífilis gestacional somente entrou na lista de agravos de notificação compulsória em 2005 (Brasil, 2006).

Caracterizado como um indicador que avalia a qualidade do pré-natal que está sendo realizado nos estabelecimentos de saúde, a taxa de sífilis congênita em recém-nascidos não conseguiu ser controlada, caracterizando-se como um potencial problema de saúde pública, principalmente no norte, nordeste e região de fronteira dos Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (Brasil, 2008; Candido, 2012). Sendo assim, o Ministério da Saúde, em 2007, lançou o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV, que visava diminuir a taxa de sífilis congênita no País pelo rastreamento e tratamento das gestantes infectadas.

Tendo em vista a importância epidemiológica e social do controle dos casos de sífilis em gestantes, nosso artigo traz um caso de sífilis gestacional cuja apresentação psicossociofamiliar dificultou o manejo da doença, e nos fez refletir sobre a abordagem do tema. Sendo assim, temos por objetivo apresentar o protocolo do Ministério da Saúde brasileiro para sífilis gestacional e discutir sobre as questões socioculturais em que estão inseridas nossa paciente e a dificuldade terapêutica em decorrência dessas questões.

APRESENTAÇÃO DO CASO¹⁰

A VIDA SOCIAL DE PAULA

A escolha de Paula como estudo de caso se deu devido a sua complexa rede de relações familiares e a influência direta e indireta dessas relações na sua saúde como gestante.

Ela é uma mulher com 23 anos, a mais velha de três filhos. iniciou sua vida sexual aos 13 anos, enquanto namorava seu primeiro parceiro, Rogério. Ficou com ele dois anos, engravidando de seu primeiro filho, Thiago, aos 15 anos. Nessa época, eles moravam juntos, tendo ela abandonado os estudos, desmotivada pela gestação. Quando Thiago nasceu os dois se separaram e ela voltou juntamente com o filho a morar com os pais.

Aos 17 anos, começou a namorar Bruno, com quem foi morar junto depois de alguns meses de relacionamento. Seu primeiro filho continuou vivendo na casa dos avós maternos. Aos 18 anos, engravidou de Bruno, tendo sua segunda filha, Eduarda. Segundo Paula, Bruno bebia muito, e isso a estava incomodando fazendo com que o relacionamento rompesse. Paula voltou a morar novamente com os pais e levou Eduarda junto.

Quando Eduarda fez 1 ano, Paula saiu da casa dos pais, deixando os dois filhos lá, e passou a ter inúmeras relações de sexo casual. Foi nessa época que ela se envolveu com bebidas e drogas. Durante uma noite, ao ter relações com um rapaz, ela engravidou pela terceira vez, como não fez o pré-natal, não soube informar com precisão os dados dessa gravidez, sabendo somente que estava grávida de gêmeos, porém um dos fetos veio a óbito no meio da gestação,

¹⁰ A descrição do caso contará com a substituição dos nomes reais dos pacientes envolvidos por nomes fictícios. Decidimos por essa abordagem ao invés de usar siglas, pois acreditamos que o nome é uma forma de identidade que a pessoa manifesta, sendo a ausência do nome uma forma de invisibilidade social. Além disso, deixamos claro que a história da paciente será dividida em momentos para melhor compreensão de sua realidade.

o outro se desenvolveu normalmente. Sendo assim, Vitória nasceu quando Paula estava com 20 anos. Como nunca chegou a ter um relacionamento com o pai de sua terceira filha, Paula voltou a morar com os pais e seus outros filhos.

Há dois anos, Paula conheceu seu atual parceiro, João, com quem foi morar desde o começo do relacionamento. Seus filhos Thiago e Vitória moram com a avó materna, porém Eduarda está morando com a avó paterna devido a escola ser mais próxima da casa desta. Com seis meses de relacionamento com João, Paula engravidou, porém descobriu que era uma gestação ectópica, sendo internada em 2012 devido à ruptura da tuba uterina. Foi realizada a retirada da tuba uterina e ovário esquerdo. Hoje, encontra-se grávida de João pela segunda vez.

Paula refere que a sua relação com o parceiro é boa, porém ele é etilista, consumindo bebida destilada todos os dias, e utilizando drogas (maconha e cocaína) no final de semana. Ela revelou que saiu para beber algumas vezes e utilizou drogas com o marido, porém não se sente dependente.

Atualmente, possui uma relação distante com os pais de Eduarda e Thiago. Este convive com o pai durante o fim de semana. Nunca mais teve contato com o pai da Vitória, sendo que a filha não conhece seu pai biológico, considerando João como pai.

A complexa trama familiar de Paula encontra-se no genograma ilustrado na Figura 1.

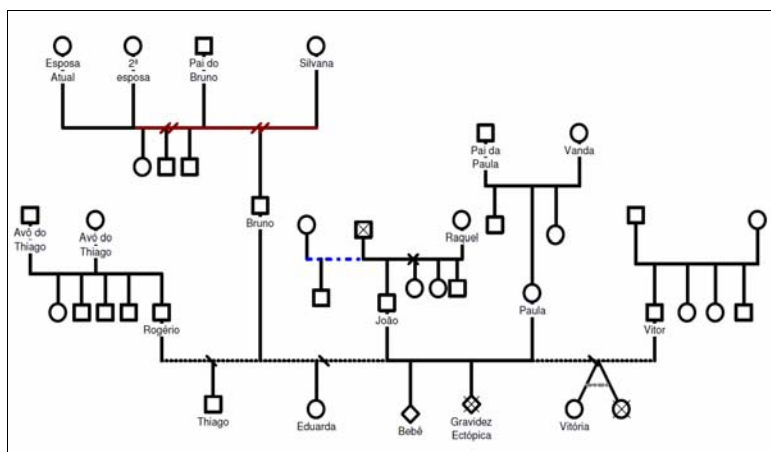


Figura 1 – Genograma da Família de Paula.

A HISTÓRIA OBSTÉTRICA DE PAULA

A primeira gestação se deu aos 15 anos, feto a termo, do sexo masculino, parto normal sem intercorrências. Hoje está com 8 anos e encontra-se morando com os avós maternos. Segunda gestação aos 18 anos, teve pré-eclampsia, sendo o bebê do sexo feminino nascido de parto cesariano devido prematuridade (32 semanas); atualmente a criança encontra-se com 5 anos e vive com a avó paterna. A terceira gestação se deu aos 20 anos, gemelar, com óbito de um dos fetos no meio da gestação, não realizou pré-natal, nascimento de um bebê do sexo feminino por parto cesariano; encontrando-se com 3 anos e morando com os avós maternos. Quarta gravidez aos 22 anos, foi uma gestação tubária rota, com necessidade de retirada de tromba uterina e ovário esquerdo.

Hoje, encontra-se na quinta gestação aos 23 anos. Foi realizada contagem da pontuação de risco para sua gestação em agosto, quando estava com 21 semanas e 6 dias, sendo somados 25 pontos, segundo o protocolo de Classificação de Risco Gestacional do Ministério da Saúde. Paula foi enquadrada como uma gestante de alto risco, porém não desejou fazer acompanhamento em serviço especializado, preferindo a unidade básica como local para dar prosseguimento ao seu pré-natal. Nós detalhamos o caso, aprofundando sua história de vida, patológica e obstétrica, conforme discorrido.

GESTAÇÃO ATUAL

O primeiro ultrassom de Paula foi realizado em 2 de julho de 2013, apresentava idade gestacional de 14 semanas e 6 dias e feto pesava 140 g.

Desde a primeira consulta percebemos a dificuldade da paciente em compreender seu delicado estado de saúde. Quando questionada sobre o resultado dos exames requeridos na primeira fase da triagem pré-natal, ela informou que havia perdido os pedidos e esquecera-se de pedir novas solicitações. Também se percebeu através das consultas que ela não relacionava seus hábitos de vida com seu estado de saúde, pois continuava fumando, e às vezes, apresentando queixas respiratórias, questionava-se de o porquê do aparecimento de tais queixas. Além disso, durante todo o período acompanhado, Paula apresentou intenso corrimento branco, grumoso, com odor fétido, sendo tratada quatro vezes para o quadro e duas para infecção do trato urinário. Ao conversarmos com ela sobre o uso das medicações prescritas para esses tratamentos, informava que não estava as utilizando de maneira correta, esquecendo em alguns dias de tomar o antibiótico e outros de aplicar o creme vaginal. Já na primeira consulta, devido a situação de risco em que a paciente se encontrava foi encaminhada ao planejamento familiar.

Quando chegaram os resultados dos exames da primeira fase da Triagem Pré-natal, verificou-se que Paula estava com um hematócrito de 30% e hemoglobina 8,6 g/100ml. Questionamos a utilização do Sulfato Ferroso e Ácido Fólico já prescritos, ela respondeu que não os utilizava, pois o gosto da medicação era ruim. Tendo em vista essa dificuldade, prescrevemos a medicação Materna®. Mesmo assim, não fez uso regular dos comprimidos. Ela apresentou o segundo ultrassom de 07 de agosto de 2013, com idade gestacional de 20 semanas e peso fetal de 370 g. Também verificamos através das sorologias coletadas, a positividade para o VDRL (título de 1:1) e Teste Treponêmico Específico. Nesse momento, fez-se a notificação de Sífilis Gestacional e convocado seu parceiro para pesquisa e tratamento de sífilis adquirida.

A partir do diagnóstico de sífilis gestacional de Paula, ocorrido em 03 de setembro de 2013, já foram realizadas as notificações dela e do parceiro, e colhido o exame deste (VDRL positivo, título 1:1), e iniciado tratamento dos dois com Penicilina G Benzatina, com esquema inicial de 7.200.000 U. Ou seja, as doses de Penicilina G Benzatina foram aplicadas semanalmente (03; 10; 17 de setembro de 2013). Durante a primeira semana de tratamento, o parceiro relatou que teve relações sexuais sem preservativo com outras mulheres e depois teve relações com Paula, sendo assim, devido a potencial exposição ao patógeno, ficou decidido reiniciar o tratamento, sendo as novas doses aplicadas nos dias (10; 17; 24 de setembro de 2013). Todas as vezes que deveria tomar as doses da medicação foi necessário entrarmos em contato com a paciente por telefone, senão ela não comparecia nas consultas. Além disso, todas as vezes que a paciente se apresentou para tomar as doses preconizadas, relatava que havia tido relações sexuais sem preservativo com o marido. É importante salientar que foi tentada a abordagem para tratamento dos demais parceiros sexuais do casal, porém João não quis dizer quem eram as mulheres com quem mantinha relações sexuais ocasionais. Os exa-

mes de controle de ambos foram colhidos após o tratamento; para ambos o resultado foi VDRL positivo, titulação 1:2.

Devido ao resultado da sorologia após o primeiro tratamento e risco contínuo de exposição ao patógeno causador da sífilis em que a paciente se encontrava, decidimos reiniciar as aplicações de Penicilina G Benzatina, na dose de 7.200.000 U, sendo realizadas mais 3 doses semanais. Novamente após o tratamento colheu-se a sorologia para VDRL de Paula e seu marido, sendo o resultado positivo (titulação 1:1) para ambos.

Retornando para avaliação, duas semanas após a última dose do antibiótico, ela relatou que havia perdido o cartão da gestante, com todas as informações sobre a sua gestação. Conversamos com ela sobre a gravidade do fato, porém esta não demonstrou preocupação. Até a dada do fechamento do artigo, encontrava-se com 37 semanas e 4 dias de gestação.

DISCUSSÃO

O MANEJO CLÍNICO DA SÍFILIS GESTACIONAL

O diagnóstico de sífilis gestacional é realizado quando a gestante possui evidência clínica da doença, ou tenha sorologia não treponêmica reagente (com qualquer titulação), tendo essa gestante que ser acompanhada até a resolução de seu caso. A testagem padrão para qualquer gestante se dá na 1ª consulta, no início do 3º trimestre e na admissão do parto. No caso de positividade do teste não treponêmico, a realização da testagem passa a ser mensal (Brasil, 2007).

O manejo clínico, tanto diagnóstico quanto terapêutico da sífilis gestacional não difere do manejo no período não gestacional. Se ao final do tratamento houver elevação dos títulos em quatro ou mais vezes em relação ao último exame realizado, um novo tratamento é

realizado. Cabe a ressalva que pacientes com múltiplos episódios de sífilis mostram declínio gradual da titulação, podendo demorar até um ano para esta desaparecer.

O Ministério da Saúde considera como tratamento inadequado de sífilis materna (Brasil, 2007):

- a. todo tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- b. tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- c. tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- d. instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou
- e. ausência de documentação de tratamento anterior; ou
- f. ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; ou
- g. parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

Percebe-se que mesmo com todo o esforço de nossa equipe de saúde para aplicação do tratamento adequado a Paula, seu caso fica classificado como um “tratamento não adequado”, pois além de ter perdido as informações referentes ao seu período gestacional, o parceiro dela não realizava sexo com preservativo durante o tratamento, nem com a própria paciente, nem com suas outras parceiras.

O que determina a probabilidade de transmissão é o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto intraútero, sendo nas fases primária e secundária 70-100% e fases latentes, tardia e terciária, 30%. Como Paula foi diagnosticada com sífilis gestacional no primeiro trimestre de sua gravidez, a exposição é longa, mesmo que a titulação do teste não treponêmico seja baixa. Sendo assim, o olhar particularizado para essa paciente deve ser intensivo. Na Figura 2,

encontra-se o algoritmo de definição de um caso de sífilis congênita, ou seja, quando o bebê é tido como infectado pelo *Treponema*.

A sífilis gestacional está estreitamente relacionada com alguns grupos de maior risco, como mulheres muito pobres e com estilo de vida vulnerável. Rodrigues e Guimarães (2004) pesquisaram quais os fatores de risco para sífilis gestacional, tendo encontrado: ter parceiro casual, não fazer uso do preservativo, usuários de drogas ilícitas, ser HIV positivo, ter baixa escolaridade e praticar prostituição. Destaca-se que Paula apresentou quase todos os fatores de risco, durante o período de sua gestação.

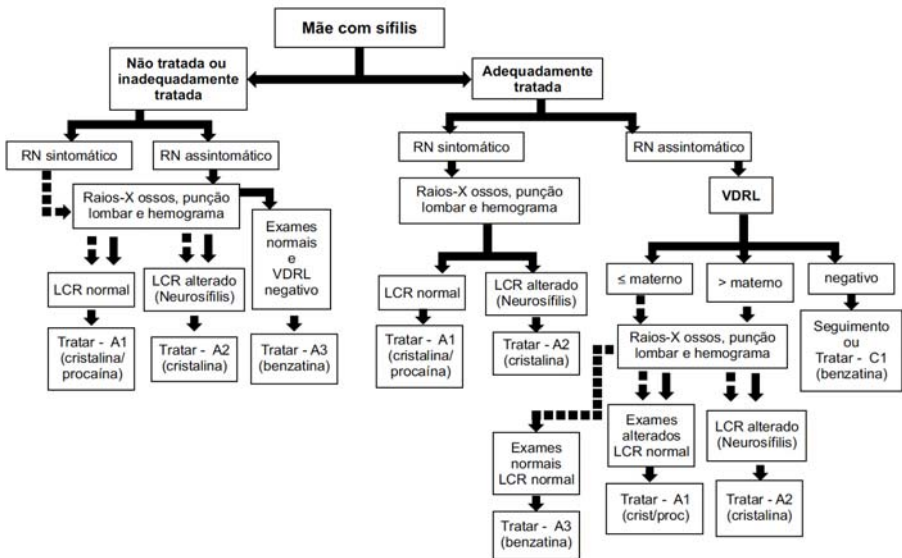


Figura 2 – Algoritmo de definição de caso de sífilis congênita. Fonte: Ministério da Saúde, 2007

O controle da sífilis é baseado na interrupção da cadeia de transmissão e prevenção de novos casos. Sendo assim, a triagem dos

parceiros sexuais das gestantes é muito importante para que haja seu diagnóstico e tratamento (Avelleira; Bottino, 2006).

O AUTOCUIDADO DO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO

Há vários conceitos de situação de risco, neste trabalho foi adotado o que considera qualquer situação que deixa a pessoa em desvantagem e lhe determina características gerais de múltiplos problemas (Lynch; Tiedje, 1991). Para essas autoras, tal utilização não pretende fazer julgamentos de valor, mas sim, descrever as características em que a pessoa se encontra.

Como apresentado, Paula encontrava-se numa situação de risco social. Não só os problemas objetivos revelam isso, como a multiparceiragem sem uso do preservativo, baixa condição econômica e escolar, o uso de substâncias ilícitas. Mas principalmente a sua não consciência da situação de saúde delicada em que se encontrava e os riscos desta para o bebê que esperava. Para tanto, refletimos sobre as concepções de autocuidado de nossa paciente.

O autocuidado é uma forma de abordagem do cuidado, em que traz o foco para o paciente deste sistema, empoderando-o dentro do processo transformativo da atenção em saúde (Ayres, 2004). O paciente passa a ser responsável também pelo seu tratamento. O que antes era de responsabilidade total do serviço de saúde, passa a ter o encargo dividido. A culpabilização de Paula diante desse cenário seria a maneira mais simples de isentar o profissional de saúde da responsabilidade do caso, tendo em vista todo o esforço que já foi despendido para com ela. Porém, deve-se buscar desvelar aquilo que está oculto nas atitudes de Paula.

Como afirmam Camargo-Borges e Japur (2008), “o autocuidado requer mais do que simplesmente a apreensão do conhecimento técnico, legal e normativo”. Ou seja, apenas informar e ensinar Paula

não seria suficiente, algo mais seria necessário. Segundo as autoras, o diálogo é o recurso mais importante dentro da configuração do autocuidado. Permitir que o paciente se expresse, sane suas dúvidas e demonstre seus medos é fundamental para o processo de reconhecimento de sua situação. A hierarquia engessada não deve reger a relação médico-paciente, pois não contribui para a maior adesão do paciente ao tratamento (Nascimento; Mishima, 2004).

Quando se fala sobre adesão ao tratamento, esta não está somente ligada a tomada de medicações prescritas. A adesão vai além da medicação, envolve, por exemplo, mudanças na dieta, estilo de vida e intervenções em fatores socioeconômicos que influenciariam na saúde do paciente (Haynes, 1979; Gusmão; Mion Jr, 2006). Miller e col. (1997) conceituam adesão como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, publicou que entende por adesão um fenômeno multidimensional (Figura 3), cuja não cooperação do paciente causa uma enorme frustração ao profissional de saúde (Pierin e col., 2004). Essa realidade vai de encontro ao vivenciado em nosso caso.

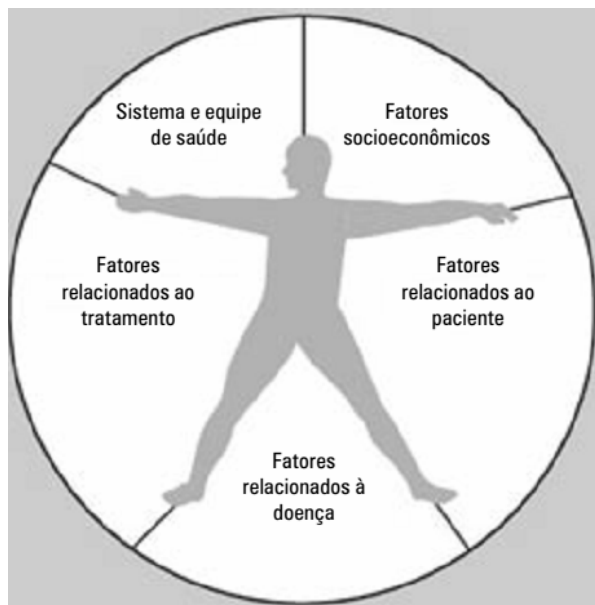


Figura 3 – As dimensões da adesão.
Adaptado da Organização Mundial da Saúde, 2003.

Paula vive em uma complexa rede sociofamiliar e isso influencia diretamente na forma como enxerga e manuseia sua atual situação. Acredita-se que suas experiências gestacionais anteriores (pré-eclâmpsia, gestação tubária rota e perda de um feto intraútero) façam com ela não veja a sífilis como um problema tão grave, dessa maneira não haveria necessidade de uma mudança no seu estilo de vida. Além disso, a questão do seu quadro clínico atual não ter manifestação clínica visível é importante. Segundo Cramer (1991), esse é um fator muito relacionado com a não adesão do paciente às orientações do profissional que o acompanha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do protocolo do Ministério da Saúde ter sido seguido integralmente, o caso apresentado foi classificado como falha terapêutica. Sendo assim, independente dos tratamentos realizados na gestante e seu parceiro, o bebê ao nascimento terá de ser tratado para sífilis congênita. O protocolo do Ministério da Saúde não conseguiu abranger sua aplicação para o caso estudado, acreditamos que uma das causas para isso, seja a configuração a partir de modelos sociais tidos como “corretos”, sendo os demais modelos colocados à margem e obrigados a seguir uma orientação padrão, o uso do preservativo.

Embora houvesse esforços por parte dos profissionais de saúde, no intuito de apresentar e explicar o quadro clínico em que se encontrava, e acima de tudo, escutar a paciente em todas as consultas, não houve sensibilização da mesma para mudanças em seu estilo de vida, ainda que comparecesse em todas as consultas agendadas e realizasse o tratamento medicamentoso proposto para sífilis.

Percebe-se que a força da estrutura social em que a pessoa está inserida é tão forte ao ponto de não conseguir ser rompida, mesmo com a abordagem da equipe de saúde sendo tão incisiva.

Deixamos a questão: como o profissional de saúde deve proceder diante de casos tão complexos e singulares como o de Paula? Todo o aporte teórico utilizado pela equipe de saúde não foi suficiente para sua redução de riscos. Sendo assim, pode-se refletir que a individualidade do paciente, bem como sua forma de expressar o autocuidado é um fator importante para o resultado do tratamento, devendo ser levado em consideração e fazendo o profissional de saúde ter consciência de que realizou tudo aquilo que estava ao seu alcance.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Educação médica continuada. Revista Brasileira de Dermatologia, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface (Botucatu), v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Revista de Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para controle de sífilis congênita: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. Texto & Contexto em Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 64-71, 2008.

CANDIDO, G. de. Sífilis em gestantes na faixa de fronteira do Mato Grosso do Sul, 2007 a 2010. 2012. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D. Adesão do tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 23-5, 2006.

HAYNES, R. B. *Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press, 1979.

LYNCH, I.; TIEDJE, L.B. Working with multiproblem families in intervention model for community health nurses. *Public Health Nursing*, v. 8, n. 3, p. 147-153, 1991.

MILLER, N. H.; HILL, M.; KOTTKE, T.; OCKENE, I. S. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. *Circulation*, v. 95, p. 1085-1090, 1997.

NASCIMENTO, M. A. A.; MISHIMA, S. M. Enfermagem e o cuidar - construindo uma prática de relações. *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem*, v. 46, n. 2, p.12-5, 2004.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION JR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PIERIN, A. M. G. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar*. São Paulo: Ed. Manole; 2004.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Positividade para a sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 16, n. 3, p. 168-75, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.