

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE - UAS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Pollyana Justino de Brito

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA
PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Cuité-PB
2014

Pollyana Justino de Brito

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA
PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima.

Cuité-PB
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

B862a Brito, Pollyana Justino de.

Assistência de enfermagem pré-natal com enfoque na prevenção da sífilis congênita. / Pollyana Justino de Brito. – Cuité: CES, 2014.

80 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Édija Anália Rodrigues de Lima.

1. Sífilis congênita. 2. Sífilis – cuidados de enfermagem. 3. Cuidado pré-natal.

I. Título.

CDU 616.001

Pollyana Justino de Brito

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA
PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado
à Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande - UFCG como exigência para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

Prof^a MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima
Orientadora. UFCG.CES.UAS

Prof^a MSc. Janaína von Sohsten Trigueiro
Membro UFCG.CES.UAS

Prof^a MSc. Heloisy Alves de Medeiros Leano
Membro UFCG.CES.UAS

Cuité, 9 de abril de 2014.

Dedico este trabalho aos meus avós Manoel (in memoriam), Josefa, Pedro (in memoriam) e Amália. Pelo meu amor e respeito que tenho por vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por ter me dado paciência, sabedoria, saúde e força para enfrentar as dificuldades.

A minha avó **Josefa**, minha mãe **Gil Hanes** e meu pai **Pedro**, pelo amor incondicional, apoio e pelas bênçãos a mim desejadas em suas orações e palavras. Obrigada também pelas lições de vida que me deram, só hoje entendo que suas atitudes e palavras às vezes duras, tinham o objetivo de me proteger e de demonstrar o amor que sentem por mim.

Aos meus irmãos **Gabriel** e **Maria Gabriela** pelos momentos de carinho e alegria compartilhados, amo muito vocês.

A meu padastro **Cosmo** pelo apoio durante as viagens de ultima hora e pelos irmãos queridos que me deu.

Ao meu tio **Gildeci**, por ter contribuído para a minha formação e pelo amor que sempre demonstrou por mim.

Aos **meus familiares**, que torceram pela minha conquista. Saibam que amo muito vocês e que são essenciais em minha vida. Família é a base de tudo.

Aos **amigos de colégio**, que apesar da distância a cada reencontro é como se nunca tivéssemos nos separado.

A meus **colegas de classe** e especialmente as minhas amigas inseparáveis do curso: **Itacira, Lívia, Suzan, Rebeca, Ionara, Claudinéia, Alanna e Tuira**, meu eterno obrigada por terem compartilhado comigo momentos inesquecíveis e pelo apoio que me deram na ausência de meus familiares. Vocês foram minha segunda família.

Aos amigos que me deram apoio nas minhas idas a Cuité, na reta final do curso (**Suzan, Tuira, Joana, Joanda, Vanessa e Milena**).

A minha orientadora Prof^a MSc. **Édija Anália**, que dedicou do seu tempo para me orientar neste trabalho, obrigada pelos ensinamentos.

Aos membros da banca examinadora (Prof^a MSc. **Janaína von Sohsten** e Prof^a MSc. **Heloisy Alves**) pelas considerações e ensinamentos.

As **enfermeiras** que aceitaram participar de minha pesquisa.

A **Gabriel** que me ajudou na construção do meu abstract, muito obrigado.

A **Universidade Federal de Campina Grande** do Campus Cuité e aos docentes meu agradecimento pela aprendizagem que me possibilitaram.

Aos **professores de enfermagem**, que pela dedicação e entusiasmo, vocês se mostram como modelos profissionais a serem seguidos.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes” (NIGHTINGALE, [s.d.]).

RESUMO

BRITO, Pollyana Justino de. **Assistência de enfermagem no pré-natal com enfoque na prevenção da sífilis congênita.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité - PB, 2014, 80.

A sífilis é uma doença infecciosa bacteriana que pode ter evolução aguda e crônica causada pelo *Treponema pallidum* e sua transmissão ocorre por contato sexual desprotegido, através de transfusão de sangue contaminado, rara nos dias atuais, ou pode ser de origem congênita, por via transplacentária. Está entre as doenças infecciosas, as quais as gestantes estão predispostas devido ao seu baixo estado imunológico nessa fase. Ainda é importante destacar que a erradicação da sífilis tem desafiado os profissionais de saúde e as autoridades sanitárias ao longo dos anos. No entanto, a taxa da mesma é um importante indicador de qualidade da assistência pré-natal, visto que se trata de uma patologia totalmente evitável através do diagnóstico e tratamento precoce das gestantes infectadas. Este estudo foi realizado com o intuito de contribuir para a qualidade do pré-natal e as ações de prevenção, tratamento e controle da transmissão vertical da sífilis, no SUS. A pesquisa teve como objetivos investigar as práticas assistenciais seguidas pelos Enfermeiros das ESF, durante o acompanhamento de pré-natal, visando à prevenção da transmissão vertical da sífilis; Obter os dados de caracterização dos Enfermeiros, contemplando nome, idade, sexo, USF na qual trabalha e tempo de atuação na ESF; Averiguar a dinâmica de adesão das gestantes ao pré-natal, considerando o agendamento das consultas, tempo médio de duração das consultas e o comparecimento da gestante; Consultar a opinião das enfermeiras acerca de possíveis entraves nas ações de prevenção da sífilis congênita. Além de apresentar os resultados deste estudo para os municípios envolvidos, com o intuito de contribuir com o fortalecimento das ações de prevenção da sífilis congênita. O presente estudo foi do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Este foi realizado nos municípios de paraibanos Cuité e Picuí. A população de estudo foi composta pelos Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF), dos referidos municípios. E a amostra envolveu os Enfermeiros atuantes no acompanhamento de pré-natal dos serviços localizados na zona urbana. Ao proceder às entrevistas e analisá-las, os dados referentes às questões subjetivas foram transcritos, categorizados e subcategorizados de acordo com a análise do conteúdo temático proposta por Bardin. Logo, ao investigar as práticas assistenciais das enfermeiras, quanto à prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita, verificou-se o desenvolvimento de ações condizentes

com os direcionamentos ministeriais. Contudo, visualizaram-se algumas lacunas que podem ser preenchidas com maiores desdobramentos das atividades inerentes a assistência qualificada. Destarte, deve-se apontar para a importância do envolvimento da equipe multidisciplinar, nas ações para o enfrentamento da sífilis congênita, destacando-se a captação do companheiro das gestantes e, sobretudo, maiores investimentos na educação em saúde. Ressalta-se que este estudo não responde a todos os questionamentos envolvidos na prevenção e controle da doença em foco, portanto, outras pesquisas em outros cenários poderão apontar outros incrementos capazes de responder questões intrigantes quanto à temática.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Cuidados de Enfermagem. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious bacterial disease that can have an acute and chronic evolution caused by *Treponema pallidum* and its transmission occurs by unprotected sexual contact and through contaminated blood transfusion, rare these days, or it may be congenital, via transplacental. It is among the infectious diseases, which pregnant women are predisposed due to his low immune status at that stage. Is also important to emphasize that the eradication of syphilis has challenged health professionals and health authorities over the years. However, the rate of the same is an important indicator of quality of prenatal care, since it is an entirely preventable disease through early diagnosis and treatment of infected pregnant women. This study was conducted with the aim of contributing to the quality of prenatal care and the prevention, treatment and control of vertical transmission of syphilis in the Unified Health System (SUS). The study aimed to investigate the care practices followed by Family Health Strategy (FHS) nurses, while monitoring prenatal care, for the prevention of vertical transmission of syphilis; Obtain the characterization data of Nurses, contemplating name, age, sex, FHU in which work and work experience in the FHS; Investigate the dynamics of adherence of pregnant women to prenatal care, considering the scheduling of appointments, mean duration of consultations and attendance of pregnant women; Consult the nurses' opinion about possible barriers about possible deeds for prevention of congenital syphilis. Furthermore, present the results of this study to the municipalities involved, with the objective of contributing to the strengthening of prevention of congenital syphilis. This was an exploratory study with a qualitative approach. This was carried out in the municipalities of Paraíba, Cuité and Picuí. The study population was composed of nurses from the Family Health Units (FHU) from the said municipalities. The sample was active nurses involved in monitoring prenatal services located in urban areas. To carry out the interviews and analyze them, the subjective questions data were transcribed, categorized and subcategorized according to thematic content analysis proposed by Bardin. Investigating the healthcare practices of nurses regarding the prevention of vertical transmission of congenital syphilis, it has been found the development of suitable actions according with ministerial directions. However, we also spotted some gaps that can be filled with larger deployments of activities related to quality care. Thus, one should point to the importance of the involvement of a multidisciplinary team, in actions for coping with congenital syphilis, especially the capture of fellow pregnant women and, above all, greater investment in health education. It is emphasized that this study does not answer all the questions involved in the prevention and

control of disease in focus, so further research in other scenarios may point to other increments able to answer intriguing questions regarding them.

Keywords : Congenital Syphilis . Nursing . Prenatal Care .

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB - Atenção Básica

Aids – *Acquired immune deficiency syndrome*

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Equipe de Saúde da Família

FTA-Abs - *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*

GEDST - Gerência de DST e Aids e Hepatites Virais

MHA-TP - Microhemaglutinação para Anticorpos contra *T. pallidum*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan. Americana de Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SC – Sífilis Congênita

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TV - Transmissão Vertical

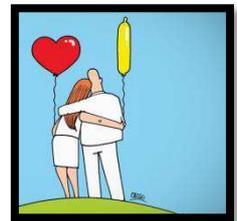
USF – Unidade de Saúde da Família

VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 APRESENTANDO A PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA.....	16
2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	20
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SÍFILIS NO MUNDO E NO BRASIL.....	23
3.2 AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	26
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	29
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	30
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	31
4.5 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	31
4.6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	35
5.1 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	36
5.2 ANALIZANDO OS DISCURSOS DAS ENFERMEIRAS.....	36
5.2.1 Categoria 1: Bem vinda ao pré-natal.....	37
5.2.1.1 Subcategoria: Captação das gestantes pelo Agente Comunitário de Saúde.....	38
5.2.1.2 Subcategoria : Procura espontânea da gestante ao serviço de Pré-natal.....	40
5.2.1.3 Subcategoria: Dupla captação da gestante ao serviço de pré-natal.....	40
5.2.2 Categoria 2: Cronometrando a Consulta de pré-natal.....	42
5.2.2.1 Subcategoria: Tempo de duração da consulta de pré-natal de 30 a 50 minutos....	42
5.2.2.2 Subcategoria: Tempo de realização da consulta atrelado à necessidade individual da mulher.	43
5.2.3 Categoria 3: É proibido faltar ao pré-natal.....	44
5.2.3.1 Subcategoria: A importância do agendamento da consulta de pré-natal.....	45
5.2.3.2. Subcategoria: A busca ativa da gestante pelo ACS.....	46
5.2.3.3 Subcategoria: Satisfação da gestante com a consulta.....	47

5.2.3.4 Subcategoria: Premiação pela assiduidade.....	49
5.2.3.5 Subcategoria: Resolutividade no acompanhamento de pré-natal.	49
5.2.4 Categoria 4: Diga não a Sífilis congênita.....	51
5.2.4.1 Subcategoria: Exames e suas interfaces.....	51
5.2.4.2 Subcategoria: Ações de Educação em Saúde.....	52
5.2.5 Categoria 5: Desafios para o enfrentamento da Sífilis congênita	54
5.2.5.1 Subcategoria: Tratamento do parceiro.....	55
5.2.5.2 Subcategoria: Multiplicidade de parceiros.....	57
5.2.5.3 Subcategoria: Adesão e continuidade ao tratamento.....	57
5.2.5.4 Subcategoria: Resistência ao uso de preservativo nas relações sexuais.....	58
5.2.5.5 Subcategoria: Informação/ Comunicação entre profissional e usuária.....	60
5.2.5.6 Subcategoria: Fragilidades para a realização do VDRL.....	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES.....	71



Fontes: <http://www.oestadoce.com.br/noticia/sabado-22-tem-teste-rapido-de-hiv-e-sifilis-na-praca-jose-de-alencar>;
<http://adeledoula.blogspot.com.br/2011/10/mas-afinal-o-que-e-um-go-humanizado.html>;
<http://enfermagemprehospitalar.blogspot.com.br/2008/11/trauma-na-grvida.html>; <http://www.spdm.org.br/blog/di-nacional-de-combate-a-sifilis/>

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTANDO A PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

As doenças infecciosas são aquelas causadas pelo crescimento de microorganismos patogênicos no corpo, podendo ser transmissível ou não. Entre elas está a sífilis, também conhecida como cancro duro ou lues, palavra latina que significa “praga”. É uma doença infecciosa bacteriana que pode ter evolução aguda e crônica causada pelo *Treponema pallidum* (uma espiroqueta), cujo único hospedeiro é o homem. Sua transmissão ocorre por contato sexual desprotegido, através de transfusão de sangue contaminado, rara nos dias atuais, ou pode ser de origem congênita, por via transplacentária (SMELTZER; BARE, 2009).

Historicamente, na Europa durante o final do século XVI, houve uma grave epidemia de sífilis, doença até então desconhecida. A princípio, a mesma recebeu várias denominações, como Mal de Nápoles, Mal Francês, entre outras. Somente em 1530 Girolamo Fracastoro introduziu o termo sífilis (NETO et al., 2009). Conhecida a mais de 500 anos, a sífilis continua a atingir consideravelmente a população em todos os continentes. No Brasil foram diagnosticados em 2011, um número de 9.374 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 3,3 casos para cada 1.000 nascidos vivos, considerando a região que apresentou uma maior taxa de incidência deste agravo foi a Nordeste, com 3,8 casos a cada 1 mil nascidos vivos, seguida da Sudeste, cujo índice é de 3,6. Já a região Centro-Oeste é a que tem o menor número proporcional de recém-nascidos com a doença, sendo de 1,8 (BRASIL, 2012a).

Segundo Figueiró Filho et al. (2007) a gestação é uma fase de risco aumentado para aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), devido ao fato da mulher estar passando por modificações no seu sistema imunológico, que a predispõem a doenças infecciosas, tornando-se um dos problemas mais comuns do período gestacional. Dentre as complicações advindas do adoecimento por sífilis durante a gestação, está a sífilis congênita, que se define como a infecção do feto proveniente da via placentária, podendo ocorrer em qualquer momento da gestação se não for tratada ou for tratada de forma inadequada.

Diante disso, compreende-se que a sífilis gestacional requer uma intervenção imediata para que não haja sua transmissão vertical (TV). Para tanto, o acesso precoce ao diagnóstico e ao tratamento apropriado nestes casos são medidas imprescindíveis para a prevenção da sífilis congênita. Nos casos de infecção do feto pela doença, esta pode se manifestar de forma recente, na criança até dos dois anos de idade ou tardia, após os dois anos de idade (BRASIL, 2012a).

O total de casos notificados de sífilis em gestantes no Brasil, em 2011 correspondeu a

14.321 casos, dos quais 6.488 (45,3%) na Região Sudeste, 3.359 (23,5%) na Região Nordeste, 1.687 (11,8%) na Região Norte, 1.458 (10,2%) na Região Sul e 1.329 (9,3%) na Região Centro-Oeste. Sendo o número de casos detectados na Paraíba no ano de 2011, correspondente a 286 notificações, e em 2012, 220 casos, totalizando no período de 2005 a 2012 em 1217 (BRASIL, 2012b).

A erradicação da sífilis tem desafiado os profissionais de saúde e as autoridades sanitárias ao longo dos anos. De acordo com o Ministério da Saúde (2006a), a prevalência de sífilis entre as parturientes brasileiras chega a 1,6%, ou seja, cerca de 50 mil gestantes infectadas. Estima-se que anualmente ocorram 12 mil casos de sífilis congênita, ainda que somente 4 mil sejam oficialmente notificados no país. A taxa da mesma é um importante indicador de qualidade da assistência pré-natal, visto que se trata de uma patologia totalmente evitável através do diagnóstico e tratamento precoce das gestantes infectadas. Apesar de sua notificação ser obrigatória desde 1996, verifica-se a persistência da subnotificação desta doença, que em algumas cidades brasileiras chega a 70% dos casos, comprometendo não somente a veracidade das estatísticas oficiais, como o seu enfrentamento (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

Em busca do objetivo de eliminar a doença, enquanto problema de saúde pública até 2015, o Ministério da Saúde conta também com a implementação da Rede Cegonha, com o intuito de ampliar a oferta do teste rápido de sífilis no pré-natal. Com essa estratégia existe a grande vantagem da gestante sair da consulta de pré-natal com o resultado do teste e com seu tratamento iniciado, quando necessário. O número de testes rápidos distribuídos até setembro de 2012 foi sete vezes maior do que todo o ano de 2011, sendo de 31,5 mil para 237 mil unidades. Através desse exame, a gestante tem a oportunidade de saber se já teve contato com o agente causador da doença, em apenas 30 minutos (BRASIL, 2012a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a realização de testes Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) no primeiro, segundo e terceiro trimestres gestacionais e no momento do parto, tal recomendação foi acatada pelo Ministério da saúde como um indicador de avaliação da atenção primária à saúde. Baseando-se em dados epidemiológicos do referido agravo, o Ministério da Saúde desenvolveu o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis. Além disso, também foi lançada uma experiência de pactuação de ações pró-redução da TV do HIV e sífilis, resultando na portaria n° 37/2008 pela Gerência de DST e Aids e Hepatites Virais (GEDST) (TAVARES et al., 2012).

Entre as consequências da TV da sífilis estão a infertilidade e a transmissão da mãe para o filho, determinando perdas fetais, malformações congênitas e até mesmo a morte, caso não tratadas. Nesses casos, as espiroquetas podem atingir a placenta e causar endarterite, ou seja, aumento da resistência das artérias uterinas e umbilicais, e conseqüentemente, abortos tardios, prematuridade, óbito fetal e sífilis neonatal congênita (FIGUEIRÓ- FILHO et al., 2007).

De acordo com Figueiró Filho et al. (2007) a questão social e o questionamento de infidelidade ou a dificuldade de abordagem dos profissionais de saúde nas questões de sexualidade, relacionadas às DST's, dificultam a aderência dos parceiros ao tratamento da sífilis gestacional. Mas para que se rompa a cadeia de transmissão das DST's, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. Sabe-se que este momento de aconselhamento é bastante delicado, pois convidar o parceiro para o serviço implica, muitas vezes, em revelar relações eventuais com outros parceiros, refletir sobre a sexualidade, o uso do preservativo ou a ética na relação.

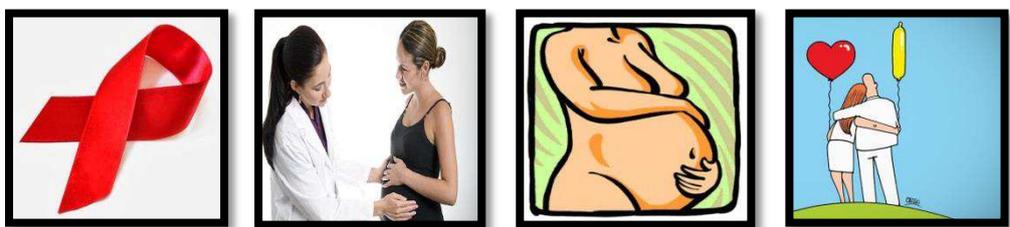
Neste sentido, compreende-se que é necessário o engajamento de todos os profissionais de saúde quando o objeto de discussão é a saúde da população, além de um maior incentivo a pesquisas para o monitoramento das DST, objetivando a redução ou até mesmo a erradicação da sífilis congênita.

Considerando a problemática apresentada ressalta-se que o intuito de desenvolver este estudo surgiu inicialmente da identificação da pesquisadora participante com a área de Saúde da Mulher, especialmente após a oportunidade de atuar como monitora da disciplina. A motivação também se deu ao associar esta área com a infectologia, também de interesse, levando em consideração a relevância do tema.

Além disso, considero que algumas questões referentes à temática sejam intrigantes e demandem maiores estudos, como: por que a sífilis continua sendo um grande problema de saúde pública, com uma alta prevalência na população, mesmo havendo uma alta cobertura pré-natal e a oferta gratuita para diagnóstico e tratamento eficaz? Apesar de sua notificação ser obrigatória, continua a existir uma grande subnotificação deste agravo, o que tem comprometido a veracidade das estatísticas e o enfrentamento da doença.

Este estudo foi realizado com o intuito de contribuir para a qualidade do pré-natal e as ações de prevenção, tratamento e controle da TV da sífilis, no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de favorecer o fortalecimento das práticas assistenciais da Enfermagem nos serviços de pré-natal. Acredita-se que, desta forma, possa haver redução do número de casos de recém-nascidos infectados pela doença durante o período gestacional ou no momento do parto.

Diante do exposto, esta pesquisa será norteadada pelo seguinte questionamento: “Como as práticas assistenciais seguidas pelas Enfermeiras da ESF (Equipe de Saúde da Família), durante o acompanhamento de pré-natal, podem contribuir com a prevenção da Sífilis Congênita?”



Fontes: <http://www.oestadoce.com.br/noticia/sabado-22-tem-teste-rapido-de-hiv-e-sifilis-na-praca-jose-de-alencar>;
<http://adeledoula.blogspot.com.br/2011/10/mas-afinal-o-que-e-um-go-humanizado.html>;
<http://enfermagemprehospitalar.blogspot.com.br/2008/11/trauma-na-grvida.html>; <http://www.spdm.org.br/blog/dia-nacional-de-combate-a-sifilis/>

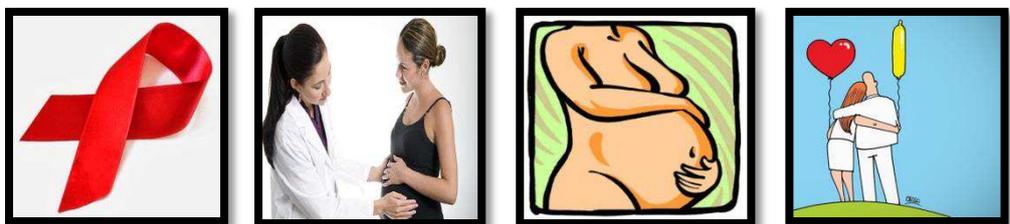
2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL:

Investigar as práticas assistenciais seguidas pelos Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (ESF), durante o acompanhamento de pré-natal, visando à prevenção da transmissão vertical da sífilis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Obter os dados de caracterização dos Enfermeiros, contemplando nome, idade, sexo, USF na qual trabalha e tempo de atuação na ESF;
- Averiguar a dinâmica de adesão das gestantes ao pré-natal, considerando o agendamento das consultas, tempo médio de duração das consultas e o comparecimento da gestante;
- Consultar a opinião das enfermeiras acerca de possíveis entraves nas ações de prevenção da sífilis congênita;
- Apresentar os resultados deste estudo para os municípios envolvidos, com o intuito de contribuir com o fortalecimento das ações de prevenção da sífilis congênita;



Fontes: <http://www.oestadoce.com.br/noticia/sabado-22-tem-teste-rapido-de-hiv-e-sifilis-na-praca-jose-de-alencar>;
<http://adeledoula.blogspot.com.br/2011/10/mas-afinal-o-que-e-um-go-humanizado.html>;
<http://enfermagemprehospitalar.blogspot.com.br/2008/11/trauma-na-grvida.html>; <http://www.spdm.org.br/blog/dia-nacional-de-combate-a-sifilis/>

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA SÍFILIS NO MUNDO E NO BRASIL

A sífilis é uma doença infecciosa bacteriana, que desafia há séculos a humanidade. A doença acomete praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo, e embora tenha tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Foi no final do século XV que a sífilis tornou-se conhecida na Europa, e sua rápida disseminação por todo o continente a transformou em uma das principais pragas mundiais. Neste contexto, duas teorias foram elaboradas na tentativa de explicar sua origem: a teoria do Novo Mundo e a do Velho Mundo. A primeira teoria sustenta que a doença era endêmica na América e que de lá teria sido introduzida na Europa pelos marinheiros de Cristóvão Colombo. Enquanto que a segunda apoia-se na hipótese de que as treponematoses já existiriam no território europeu e seriam causadas por um único microorganismo, que com o passar do tempo foi se diferenciando e adquirindo características que aumentaram sua virulência e permitiram a transmissão sexual e o desencadeamento de epidemias (NETO et al., 2009).

Os autores supracitados ainda informam que o termo sífilis surgiu em 1530, em um poema escrito por Girolamo Fracastoro de Verona, intitulado “Syphilis sive morbus gallicus”, em que conta o mito do pastor Syphilus que amaldiçoou o deus Sol e foi punido com a doença. Apesar do grande sucesso desse livro, o nome sífilis só começou a ser utilizado de fato no final do século XVIII.

O crescimento da endemia sífilítica no século XIX era preocupante. Em contrapartida a medicina se desenvolvia e a síntese das primeiras drogas tornava-se realidade. O mercúrio foi o primeiro tratamento específico da sífilis introduzido pelos médicos, sendo utilizado por cerca de 450 anos. Mas foi no ano de 1943, com a introdução da penicilina no arsenal terapêutico, que a sífilis diminuiu a sua incidência e prevalência. Devido à extrema eficácia deste antibiótico pensou-se até na provável erradicação da doença, resultando na diminuição do interesse por seu estudo e controle. Já no ano de 1960, houveram mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual e o advento da pílula anticoncepcional, o que fez com que o número de casos da afecção aumentasse novamente. Foi no final dos anos 70, com o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que houve um redimensionamento das doenças sexualmente transmissíveis e o papel da sífilis como fator facilitador na transmissão do Human Immunodeficiency Virus (HIV) ocasionaria novo interesse pela sífilis e a necessidade de estratégias para seu controle (AVELLEIRA;

BOTTINO, 2006).

Em 1993, o Ministério da Saúde propôs um Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (SC), em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela OMS e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), definindo o seu alcance com a meta de uma incidência menor ou igual a 1 caso para 1.000 nascidos vivos. Dentre as atividades desse projeto, destacam-se: a normatização de condutas, capacitação de profissionais de saúde, produção e veiculação de campanhas de prevenção das DST, a implementação de triagem sorológica para sífilis nas mulheres admitidas para parto ou curetagem, e a implementação da vigilância epidemiológica da sífilis congênita através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Mas, apesar dos esforços para controle desse agravo, a meta do projeto de eliminação não foi alcançada e a sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública no país (BRASIL, 2006a).

Este agravo tem distribuição mundial e sua transmissão ocorre exclusivamente pelas formas primária e secundária, devido a grande quantidade de bactérias disponíveis nas lesões. O reservatório natural da doença é o homem, e a mesma pode ser transmitida por contato sexual, com contato direto entre as mucosas oral, genital e/ou anal; através de transfusão sanguínea, que é possível, porém rara, visto que o *Treponema* não resiste às baixas temperaturas que é submetido o sangue durante o processo de estocagem em geladeira; de forma congênita, quando o *Treponema* atravessa a placenta e produz infecção fetal, a partir do 4º mês de gravidez multiplicando-se rapidamente em todo organismo fetal; ou de modo acidental, por meio dos acidentes de laboratório que permitam este tipo de transmissão (BARRAVIERA;BARRAVIERA, [s.d.]).

A história natural da sífilis evolui por estágios que variam entre sintomáticos e assintomáticos, sendo que qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado. A sífilis primária caracteriza-se pelo aparecimento do cancro no local de inoculação do agente, com aumento dos linfonodos locais, após um período de incubação de 15 a 20 dias. Pode, ainda, ocorrer lesão primária de localização extragenital. Enquanto que as lesões secundárias aparecem, em média, oito semanas após o desaparecimento do cancro. A apresentação mais comum da fase secundária são as máculas, no entanto, as lesões podem assumir diversos aspectos dificultando o diagnóstico. Os sintomas das fases primária e secundária regridem espontaneamente, mesmo sem tratamento, e as lesões da fase terciária, que surgem após décadas são atualmente, raramente descritas (AMARAL; MILANEZ, 2008).

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* na gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito,

por via transplacentária, podendo ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Neste contexto, a taxa de transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna. Destaca-se ainda que há possibilidade de transmissão direta da bactéria através do contato da criança com o canal de parto, se houver lesões genitais maternas (cancro duro), ou durante o aleitamento apenas se houver lesão mamária por sífilis (BRASIL, 2006a).

Ainda, segundo Brasil (2006a) a sífilis congênita pode ser classificada em dois estágios: recente e tardia. A sífilis congênita recente é aquela em que as manifestações clínicas se apresentam logo após o nascimento ou pelo menos durante os primeiros 2 anos de vida da criança, estando na maioria dos casos presentes nos primeiros meses de vida. Esta assume diversos graus de gravidade e apresenta lesões cutâneo-mucosas, como placas mucosas, lesões palmoplantares; lesões ósseas manifestadas por periostite e osteocondrite, lesões do sistema nervoso central e lesões do aparelho respiratório, hepatoesplenomegalia, rinites sanguinolentas, pseudoparalisia de Parrot (paralisia dos membros), pancreatite e nefrite, sendo sua forma mais grave a sepse maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia. Já a tardia possui lesões irreversíveis, e é aquela identificada após o segundo ano de vida, se caracterizando por lesões gomosas ou de esclerose delimitada a um órgão ou a pequeno número de órgãos, nestes casos a criança pode apresentar fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, nariz em sela e/ou tibia em lâmina de sabre.

De acordo com a OMS, a sífilis congênita é uma das mais graves afecções preveníveis no período gestacional. Considera-se que nos casos em que há infecção pelo *T. pallidum*, aproximadamente 40% das gestações resultam em perdas fetais e perinatais e, nas restantes, em torno de 50% dos recém-nascidos poderão sofrer sequelas físicas, sensoriais ou do desenvolvimento. No Brasil, embora a subnotificação de casos de sífilis congênita seja alta, alguns dados disponíveis indicam a elevada magnitude deste problema. Nesta perspectiva, são notificados 4,5 mil casos por ano, mas estima-se que o número real seja muito maior, podendo chegar a 48 mil (KOMKA; LAGO, 2007).

De modo geral, as maiores taxas de gestantes com sífilis encontram-se na faixa etária entre 20 e 29 anos (52,4%), em dois níveis de escolaridade distintos – da 5ª à 8ª série incompleta (22,1%) e da 1ª a 4ª série incompleta (10,8%). Quando se trata da raça/cor, os casos se concentram na raça parda (46,5%) e branca (28,7%). Entre o ano de 2005 e junho de 2012, foram notificados no Sinan 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais, as maiores

ocorrências foram nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7%) casos, respectivamente (BRASIL, 2012b).

3.2 AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção pré-natal e puerperal tem como principal finalidade acolher a mulher desde o início da gravidez, garantindo, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Neste contexto, uma assistência qualificada e humanizada a essas mulheres ocorre por meio da incorporação de condutas acolhedoras; de um fácil acesso aos serviços de saúde, com ações que integrem a promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Alguns critérios fundamentais são utilizados nesse acompanhamento à gestante de acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), como é o caso da solicitação dos seguintes exames: grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente); sorologia para sífilis (VDRL); urina tipo I; hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); glicemia de jejum; teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste e consentimento da mulher; IgM para toxoplasmose; sorologia para hepatite B (HBsAg) e colpocitologia oncótica (se necessário) (BRASIL, 2005).

O autor citado acima, ainda informa que o profissional de enfermagem durante o acompanhamento pré-natal deve avaliar os conhecimentos da gestante a respeito da infecção por DST e informá-la sobre o que ela não sabe, principalmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão e prevenção dessas doenças. Além de explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para a mãe, quanto para o bebê, reforçando as chances de diminuir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas no decorrer da gestação, no parto e no pós-parto, e o controle da infecção materna. Durante a assistência pré-natal também é imprescindível que haja o acolhimento a gestante, fortalecendo o vínculo profissional/ usuário através de uma escuta sem julgamentos.

Quando se trata da TV da sífilis, acredita-se que os principais fatores que estariam relacionados ao aumento dos casos de SC seriam: a falta de acesso à assistência pré-natal; a realização ineficaz ou a não realização de medidas preventivas; a precocidade e promiscuidade sexual; o aumento de número de mães solteiras e adolescentes; o desconhecimento da população sobre a gravidade da doença; o uso de drogas; e a falta ou inadequação da assistência pré-natal. Como uma medida eficaz para a prevenção da SC esta a

realização do rastreamento da sífilis durante o pré-natal, através do teste de VDRL que deve ser realizado o mais rápido possível, sendo repetido por volta da 28ª e da 38ª semanas de gestação (ARAUJO et al., 2006)

Os testes não treponêmicos (VDRL) tem como base o antígeno cardiolipina, apresentando alta sensibilidade, baixo custo e rápida negatização em resposta ao tratamento sendo, portanto, o ideal para o rastreamento da sífilis e para o controle de cura (ARAUJO et al., 2006).

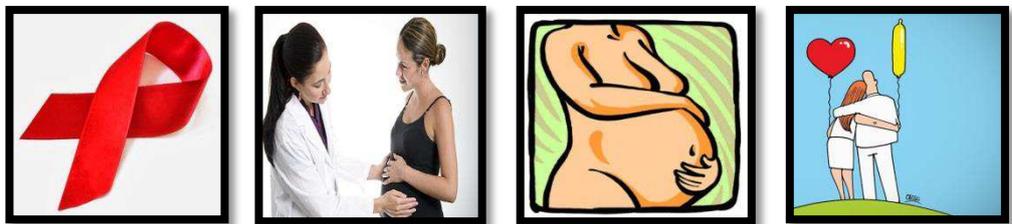
Neste aspecto, quando o VDRL der negativo, o profissional de enfermagem deve escrever no cartão e informar a gestante a respeito do resultado do exame e o significado da negatividade, orientando-a para o uso de preservativo quando indicado. A repetição do exame deve ser feita em torno da 30ª semana, no momento do parto ou em caso de abortamento, considerando os riscos sempre presentes de infecção/reinfecção. Já nos casos de VDRL positivo, o profissional deve solicitar o teste confirmatório (FTA-Abs ou MHA-TP), que é o teste treponêmico, sempre que possível. Caso o teste confirmatório for não reagente, a hipótese de sífilis deve ser descartada, considerando-se a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e/ou outras doenças, como lupus, tornando necessário encaminhar a gestante para consulta com especialista. Mas se o teste confirmatório for reagente, o diagnóstico de sífilis está confirmado, devendo ser iniciado o tratamento e o acompanhamento (BRASIL, 2005).

É necessário que o profissional de enfermagem compreenda todos os métodos de tratamento e ação dos fármacos que são utilizados para tal. Além de perceber as possíveis alterações no sistema imunológico da paciente, bem como conhecer a importância de sua atuação na aplicação das medidas profiláticas; na realização, implementação e operacionalização de ações que visem buscar a sistematização do cuidado individualizado ao cliente. Contudo, o enfermeiro deve sempre optar por medidas de prevenção e ter bastante atenção durante a realização de procedimentos em indivíduos com suspeita ou portador de Sífilis. Sendo imprescindível que estes profissionais façam uso dos equipamentos de proteção individual. Nesta perspectiva, pode se perceber o importante papel que a equipe de enfermagem desempenha para a sociedade, tendo em vista a realização de um trabalho constante na prevenção da ocorrência da Sífilis e de outras doenças infectocontagiosas. Seu trabalho se desenvolve através de ações assistenciais, por meio de campanhas, palestras; e também nas consultas do pré-natal realizadas nestes nas Unidades Básicas de Saúde (SILVA, et al., 2011).

Os autores supracitados seguem afirmando a respeito do tratamento da sífilis, que esta pode ser curável nos primeiros estágios, com uma única injeção intramuscular de penicilina.

As doses adicionais são necessárias para tratar aqueles que têm a doença a mais de um ano. No entanto para pessoas alérgicas a penicilina, podem ser utilizados outros antibióticos como: a ceftriaxona e doxiciclina. É importante que após o início do tratamento a mulher evite manter relação sexual até o momento que as feridas estejam completamente cicatrizadas. Além disso, o enfermeiro deve alertar a gestante para que comunique seu parceiro sexual quanto à necessidade de serem testados e se necessário receber o devido tratamento. Em casos de sífilis primária o tratamento deve ser feito com penicilina benzatina 2.400.000UI (IM), dose única. Já para sífilis secundária latente a penicilina benzatina é de 4.800.000UI (IM), em duas doses semanais de 2.400.000 UI. Enquanto que na sífilis terciária tardia utiliza-se Penicilina benzatina 7.200.000UI (IM), em três doses semanais de 2.400.000UI.

Os mesmos estudiosos ainda afirmam que na neurosífilis a medicação de escolha é a penicilina cristalina, e sua dose varia de 3 a 4.000.000 UI, por via endovenosa, de quatro em quatro horas durante 10 a 14 dias, sendo uma alta dose, para que possa atravessar a barreira hemato-encefálica. Quando o tratamento é realizado de forma adequada ocorre a remissão dos sintomas em poucos dias, o que torna importante à realização precoce do diagnóstico da Sífilis, tanto para as gestantes como para outros portadores da doença, nas USF's.



Fontes: <http://www.oestadoce.com.br/noticia/sabado-22-tem-teste-rapido-de-hiv-e-sifilis-na-praca-jose-de-alencar>;
<http://adeledoula.blogspot.com.br/2011/10/mas-afinal-o-que-e-um-go-humanizado.html>;
<http://enfermagemprehospitalar.blogspot.com.br/2008/11/trauma-na-grvida.html>; <http://www.spdm.org.br/blog/dia-nacional-de-combate-a-sifilis/>

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo foi do tipo exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória objetiva a maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito, ou à construção de hipóteses. Esta envolve um levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, e análise de exemplos que estimulem a compreensão (KAUARK, et al., 2010).

De acordo com Gil (2002), geralmente a pesquisa exploratória envolve levantamento bibliográfico e documental, e tem como objetivo proporcionar visão geral sobre determinado fato. Neste tipo de pesquisa procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados não são costumam ser aplicados.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), uma pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, havendo um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Neste contexto, esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas.

Esse tipo de abordagem requer atenção do pesquisador, tendo como foco entender e interpretar dados e discursos, mesmo quando envolvem grupos de participantes (LEONEL; MOTTA, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nos municípios de Cuité-PB e Picuí-PB. O primeiro está situado na mesorregião do Agreste paraibano e microrregião do Curimataú Ocidental, fundado no ano de 1768, ocupando uma área territorial de 758,6 km². O segundo passou ao posto de cidade em 18 de março no ano de 1924. A cidade está situada na microrregião do Seridó Oriental, ocupando uma área territorial de 758,6 km² e localiza-se à aproximadamente 244 km da capital. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) no ano de 2013 a população de Cuité- PB foi estimada em 20.299 habitantes e na cidade de Picuí foi de 18.597 habitantes.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de estudo é composta pelos Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (USF), dos referidos municípios. E a amostra envolveu os profissionais atuantes no acompanhamento de pré-natal dos serviços localizados na zona urbana.

Vale salientar que na zona urbana do município de Cuité há cinco USF's, e na cidade de Picuí, existem quatro USFs. Assim a amostra deste estudo poderia ser composta por 09 (nove) Enfermeiros, entretanto apenas 7 (sete) atenderam os critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para o desenvolvimento deste estudo foram incluídos os Enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios:

- Aceitaram participar livremente deste estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Exerciam a profissão de enfermeiro nas Equipes de Saúde da Família, por um período mínimo de 12 meses;
- Realizaram acompanhamento de pré-natal para usuárias da zona urbana.

Por outro lado, foram excluídos os Enfermeiros que:

- Estiveram atuando exclusivamente na zona rural;
- Estiveram afastados do serviço no período da coleta de dados.

4.5 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O projeto desta pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, para encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), o qual é responsável pelas decisões acerca da ética da pesquisa desenvolvida.

Posteriormente a apreciação e aprovação do projeto pelo CEP, os dados foram coletados através de entrevista, seguindo um roteiro semiestruturado, aplicado aos Enfermeiros das ESF.

Vale ressaltar que a entrevista é uma das técnicas utilizadas na coleta de dados primários, e para que a entrevista se efetive com sucesso é necessário ter um plano para a

entrevista, de forma que as informações necessárias não deixem de ser colhidas. Esta pode ser do tipo direto ou indireto. Sendo a primeira aquela na qual o entrevistador se posiciona frente ao entrevistado, indaga e o entrevistado responde. Já a entrevista indireta é aquela em que o entrevistador utiliza recursos remotos para obter respostas às indagações; neste caso o entrevistado pode realizar a entrevista por telefone, pela internet ou utilizar outras tecnologias (KAUARK, et al., 2010).

Além disso, Lakatos e Marconi (2003) afirmam que a entrevista é um encontro entre duas pessoas, com o intuito de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto. Trata-se de um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

A entrevista foi do tipo Padronizado ou Estruturado, que segundo os autores supracitados é aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido e as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Este tipo de entrevista é realizado de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano. O motivo da padronização é obter, dos entrevistados, respostas às mesmas perguntas, o que permite que todas as respostas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças possam refletir diferenças entre os entrevistados e não diferenças nas perguntas.

Logo, para a coleta de dados deste estudo, foi elaborado um roteiro semiestruturado, contendo dados de caracterização dos enfermeiros, e questões que visam alcançar os objetivos propostos. Vale salientar que as entrevistas foram registradas através de um gravador do tipo MP3, que permitiu o registro completo das respostas e, posteriormente, foram transcritas pela pesquisadora.

4.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo apresentam-se através da descrição textual, na qual as informações específicas dos participantes estão descritas em texto contínuo. Além disso, estão descritos os dados subjetivos através da fragmentação das falas dos sujeitos, conforme os pressupostos da Análise de Conteúdo, segundo a modalidade temática, a qual será a modalidade técnica utilizada por Bardin para análise de dados.

Como critério de anonimato da pesquisa, os entrevistados foram identificados por nomes de flores, que tem seu significado de acordo com as características ou personalidade de

cada participante. O nome das flores foram escolhidos pela pesquisadora e são os seguintes: Rosa Chá; Orquídea; Margarida; Flor de Lótus; Crisântemo branco; Lavanda e Violeta.

Segundo Frazão e Cabral (2011), a flor simboliza a beleza feminina, a jovialidade, energia e vitória sobre a morte. Cada flor tem uma simbologia, a flor Rosa Chá, por exemplo, significa respeito e admiração, enquanto que a Orquídea simboliza a beleza feminina, o amor, a pureza espiritual, e a força. A Margarida simboliza a juventude, o amor inocente, a sensibilidade, a pureza, a paz, a bondade e o afeto. Já a Flor de Lótus no oriente representa a pureza espiritual. Enquanto que, o crisântemo tem vários significados e na Ásia, esta flor representa felicidade e é sinônimo de uma vida cheia e completa, e acredita-se que o crisântemo branco simbolize a verdade e a sinceridade. A flor de Lavanda significa pureza, silêncio e sorte, além de transmitirem uma mensagem de devoção. Já a Violeta representa purificação, limpeza emocional, auto controle, calma e dignidade. Existem muitos outros simbolismos para as flores roxas, como as Violetas, mas elas estão especialmente ligadas ao amor, a calma e a sentimentos bons.

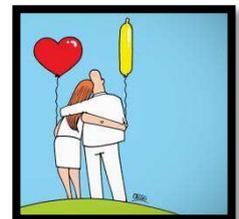
Segundo Bardin (2011) a Análise de Conteúdo na modalidade temática é compreendida por três etapas: pré-análise, descrição analítica e tratamento dos resultados obtidos. A primeira etapa caracteriza-se pela escolha e seleção dos materiais a serem analisados efetuados por leituras, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos iniciais do estudo e na elaboração de indicadores que orientem a compreensão do material e interpretação final. Já a segunda etapa consiste em uma operação classificatória que busca alcançar o núcleo de compreensão do texto a partir da redução do texto às palavras e expressões significativas, selecionando categorias e subcategorias responsáveis pela especificação dos temas. A terceira etapa refere-se à organização de uma estrutura condensada das informações utilizando os fragmentos das falas dos próprios sujeitos participantes da pesquisa, que permitirão reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo segue as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual a pesquisa envolvendo seres humanos deverá atender às exigências éticas e científicas que contemplam: o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa; a atenção para riscos e benefícios individuais ou coletivos; a garantia de que possíveis danos serão evitados; atribuir vantagens para os sujeitos e menor ônus para

os sujeitos vulneráveis; garantir a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos envolvidos bem como a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou da comunidade (BRASIL, 2012).

Também foram considerados os preceitos da Resolução 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), correspondente ao código de ética dos profissionais de Enfermagem que traz os princípios fundamentais, os direitos, as responsabilidades, os deveres éticos e disciplinares e as proibições relativas aos profissionais de enfermagem, bem como as penalidades a serem aplicadas em caso de seu descumprimento (COFEN, 2007).



Fontes: <http://www.oestadoce.com.br/noticia/sabado-22-tem-teste-rapido-de-hiv-e-sifilis-na-praca-jose-de-alencar>;
<http://adeledoula.blogspot.com.br/2011/10/mas-afinal-o-que-e-um-go-humanizado.html>;
<http://enfermagemprehospitalar.blogspot.com.br/2008/11/trauma-na-grvida.html>; <http://www.spdm.org.br/blog/dia-nacional-de-combate-a-sifilis/>

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

5.1 CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, participaram do estudo, quatro enfermeiras do município de Cuité, e três da cidade de Picuí.

Os Enfermeiros entrevistados das USF dos municípios paraibanos de Cuité e Picuí, são do sexo feminino, com idade variando entre 25 (vinte e cinco) e 45 (quarenta e cinco) anos. No que tange ao tempo de atuação na Atenção Básica (AB), observou-se uma variação entre 1 (um) e 14 (quatorze) anos.

5.2 ANALISANDO OS DISCURSOS DAS ENFERMEIRAS

Ao proceder às entrevistas e analisá-las, os dados referentes aos questionamentos da entrevista foram transcritos, categorizados e subcategorizados de acordo com a análise do conteúdo temático proposta por Bardin (2011). É importante destacar que os discursos das participantes podem ter seus fragmentos inseridos em mais de uma subcategoria.

A partir das inferências pré-analíticas emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

Quadro 1: Demonstrativo das Categorias e Subcategorias do estudo.

CATEGORIAS IDENTIFICADAS	SUBCATEGORIAS
CATEGORIA 1: Bem vinda ao pré-natal	1.1 Captação das gestantes pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS); 1.2 Procura espontânea da gestante ao serviço de Pré-natal; 1.3 Dupla captação da gestante ao serviço de pré-natal;
CATEGORIA 2: Cronometrando a Consulta de pré-natal	2.1 Tempo de duração da consulta de pré-natal de 30 a 50 minutos; 2.2 Tempo de realização da consulta atrelado à necessidade individual da mulher;

CATEGORIA 3: É proibido faltar ao pré-natal	<p>3.1 A importância do agendamento da consulta de pré-natal;</p> <p>3.2 A busca ativa da gestante pelo ACS;</p> <p>3.3 Satisfação da gestante com a consulta;</p> <p>3.4 Premiação pela assiduidade;</p> <p>3.5 Resolutividade no acompanhamento de pré-natal.</p>
CATEGORIA 4: Diga não a Sífilis congênita	<p>4.1 Exames e suas interfaces;</p> <p>4.2 Ações de Educação em Saúde;</p>
CATEGORIA 5: Enfrentando a Sífilis Congênita	<p>5.1 Tratamento do parceiro;</p> <p>5.2 Multiplicidade de parceiros;</p> <p>5.3 Adesão e continuidade ao tratamento;</p> <p>5.4 Resistência ao uso de preservativo nas relações sexuais,</p> <p>5.5 Informação/ Comunicação entre profissional e usuária,</p> <p>5.6 Fragilidades para a realização do VDRL</p>

Fonte: Pesquisa Direta, Cuité- PB e Picuí- PB, 2014.

A seguir descreve-se as categorias e suas respectivas subcategorias:

5.2.1 Categoria 1: Bem vinda ao pré-natal

Esta categoria retrata os meios que conduzem a gestante ao serviço de pré-natal na AB, dos municípios estudados, e está atrelada aos discursos das enfermeiras quando interrogadas acerca da captação da gestante para o acompanhamento de pré-natal na USF.

De acordo com Benigna et al. (2004), o período gestacional provoca mudanças orgânicas e psicológicas na mulher, e tais alterações devem ser acompanhadas por profissionais capazes de identificar, o mais rápido possível, fatores de risco que possam comprometer o bem-estar materno-fetal. Neste contexto, destaca-se a participação do enfermeiro em todos os níveis da assistência, sobretudo, na atenção básica, em que o mesmo conduz as consultas de pré-natal previstas pela ESF. Quando se trata da qualidade da assistência no pré-natal, os principais problemas apontados na literatura referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registros e à constatação de que os cuidados dispensados não são direcionados às necessidades.

No Brasil, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão associadas à escassez de procedimentos rotineiros e básicos na assistência às gestantes. Além disso, é importante considerar que o acompanhamento dessa gestante não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral. Além disso, deve envolver os aspectos sociais, econômicos e culturais, que devem ser reconhecidos pelos profissionais de saúde que assistem essas mulheres, buscando entendê-las no contexto em que vivem (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Diante do exposto, verifica-se nos discursos das participantes, a seguir, que a captação das gestantes se deu de dois modos. Um deles contou com a efetiva participação do ACS, e o outro, se deu pela procura espontânea da gestante ao serviço de pré-natal. Vale salientar, que parte das enfermeiras referiu vivenciar as duas formas na captação das gestantes na sua USF, enquanto outras afirmaram haver sobreposição de uma das duas maneiras de inserção da gestante na atenção pré-natal, como observado nos discursos que seguem.

5.2.1.1 Subcategoria: Captação das gestantes pelo Agente Comunitário de Saúde

Nesta subcategoria, duas enfermeiras afirmaram que a inserção da gestante ao serviço pré-natal, na USF da qual fazem parte, é motivada pelo ACS. Este integrante da ESF que identifica e orienta a gestante quanto a realização das consultas de pré-natal, como se observa nos seguintes discursos.

“Elas são captadas através do agente de saúde. O agente de saúde vem e orientam elas para o dia de pré-natal, tem o dia específico e eles vem naquele dia.” (Crisântemo branco).

“A captação da gestante se dá através do agente de saúde sabe...o agente de saúde identifica a gestante e encaminha essa gestante para o pré-natal.” (Orquídea).

Segundo Brasil (2009) é papel do ACS, encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário. E é através da visita domiciliar que é possível conhecer uma comunidade, identificando os moradores, por faixa etária, sexo e raça, e ressaltando situações como a gravidez, por exemplo. Por meio da visita ao domicílio e da sua inserção na comunidade, o ACS vai compreendendo a dinâmica de vida das famílias por ele acompanhadas, sendo esta a atividade mais importante de seu processo de trabalho. Deve-se entender que ao entrar na casa de uma família, entra-se não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Neste sentido, a visita domiciliar requer um saber-fazer que se aprende no cotidiano, mas pode e deve se basear em algumas condutas que demonstrem respeito, atenção, valorização, compromisso e ética.

Ademais, o ACS também tem como função realizar educação em saúde, através de orientações individuais aos grupos de risco, à participação nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestante e mulheres, assim como em palestras para a comunidade. Além disso, são desenvolvidas por estes ações de organização da demanda, que são os agendamentos, de consultas, preventivo, puericultura, e visitas domiciliares com os profissionais de nível médio e superior. Neste contexto, o ACS se articula com a comunidade para estimular a participação popular, através dos Conselhos Locais de Saúde, por exemplo (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004).

Diante o exposto, é perceptível a importância do ACS na AB, tendo em vista que o mesmo age como um elo de ligação entre a comunidade e a equipe de saúde, o que facilita o acesso às USFs. Neste contexto, o ACS além de identificar situações de risco e realizar o encaminhamento dos usuários ao serviço, também deve estar capacitado para informar e esclarecer a população quanto aos informes da unidade básica da qual fazem parte. E é por frequentarem os domicílios e possuírem uma maior proximidade com os usuários, que este profissional tem uma maior facilidade em levantar informações a respeito da saúde individual e familiar da comunidade, o que possibilita identificar questões como a gestação, por exemplo. Assim, a sua intervenção contribui para que a gestante inicie o acompanhamento de pré-natal precocemente, o qual objetiva assegurar a evolução normal da gestação, preparar a mulher para vivenciar com saúde o processo de gestação, parto e puerpério, além de identificar as situações de risco mais comuns nesse período.

5.2.1.2 Subcategoria : Procura espontânea da gestante ao serviço de Pré-natal

Em meio ao conteúdo dos depoimentos, observou-se que duas enfermeiras informaram que as gestantes buscavam o serviço de pré-natal independente do direcionamento feito pelo ACS. Dessa forma, as gestantes buscaram a atenção pré-natal espontaneamente, como revelado a seguir:

“As gestantes procuram o serviço sempre. Não temos dificuldades neste sentido.” (Rosa Chá).

“Bom, elas procuram a unidade geralmente com dois meses pra iniciar o pré-natal.” (Violeta).

Segundo Coutinho et al. (2003) com o evoluir da gestação existe uma maior adesão ao pré-natal, com a procura espontânea da mulher, seja pela confirmação tardia ou pela maior aceitação da gravidez, a pressão familiar ou a captação pelas unidades de saúde.

Nos diálogos citados, as enfermeiras “Rosa Chá” e “Violeta” relataram que nas USF em que atuam não existem dificuldades quanto a captação das gestantes para o pré-natal. As mulheres costumam buscar o serviço de saúde para iniciar o acompanhamento, dispensando a busca ativa pelo ACS.

5.2.1.3 Subcategoria: Dupla captação da gestante ao serviço de pré-natal

No decorrer da análise das narrativas, observou-se ainda que parte das enfermeiras vivencia as duas formas de captação da gestante, sendo esta intermediada pelo ACS ou pela busca espontânea da mulher, mediante de indícios ou certeza de gravidez, como é observado a seguir:

“A Gestante é encaminhada geralmente pelo agente comunitário de saúde [...] Como aqui nós já temos um certo tempo de... trabalho desenvolvido, em alguns casos quando descobrem a gestação elas já se dirigem ao posto, independente do ACS ser comunicado ou não.” (Flor de Lótus)

“É através da demanda espontânea e também pelos agentes de saúde, eles fazem visitas mensais, e a partir delas eles fazem encaminhamento para as unidades de saúde.”
(Margarida)

“A captação se dá através do ACS ou da procura voluntária da mulher a unidade por amenorréia.” (Lavanda)

Os ACS, através de apoio social e de ações intersetoriais, garantiram sua forte identificação com a comunidade, constituindo-se como um trabalhador singular em saúde. A sensibilidade para compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades do ACS, o que lhe ajuda a criar o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação (BRASIL, 2009).

Independente da forma de captação, o importante é que a mulher inicie o pré-natal o mais precoce possível, objetivando fortalecer a adesão dessa gestante ao acompanhamento sistemático e, dessa forma, rastrear possíveis fatores de risco. O acompanhamento da gestante deve ter cobertura universal e ser realizado de forma periódica, além de estar integrado com as demais ações preventivas e curativas. O sucesso no acompanhamento depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas (GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008).

Neste sentido, independente da busca pelo acompanhamento de pré-natal ser incentivada pelo ACS ou se dá voluntariamente pela gestante, é imprescindível que essa mulher inicie o pré-natal o mais breve possível, para que possa ampliar as suas possibilidades de usufruir de uma assistência completa e eficiente. Por meio desta estará se prevenindo das afecções comuns no período gestacional. De acordo com a pesquisa, algumas das enfermeiras presenciam as duas formas de acesso da gestante ao iniciarem o acompanhamento de pré-natal, o que denota um comprometimento compartilhado entre os autores da AB, sendo o ACS, enquanto trabalhador e da gestante, enquanto usuária do SUS, protegendo a sua saúde e a do seu filho.

5.2.2 Categoria 2: Cronometrando a Consulta de pré-natal

Esta categoria relata a respeito do tempo que as enfermeiras consideram suficiente para realizar uma consulta de pré-natal completa. Neste aspecto, as profissionais informaram que a consulta de pré-natal pode ser realizada no período entre 30 e 50 minutos, por até 30 minutos ou de acordo com as necessidades individuais da gestante.

De acordo com Benigna et al. (2004), na consulta pré-natal o enfermeiro costuma realizar os seguintes procedimentos: verificar peso, altura, pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíaco-fetais, além de estarem alerta para o aparecimento de edemas e buscarem saber a respeito da alimentação da gestante. Sendo imprescindível que as informações obtidas sejam anotadas pelo profissional no cartão da gestante, assim como o resultado dos exames laboratoriais preconizados. Quando se trata do calendário vacinal da gestante, este também deve ser verificado e atualizado.

Neste sentido, a primeira consulta ainda demanda um tempo maior que as subsequentes, devido às inúmeras fichas a serem preenchidas pelo (a) enfermeiro (a), além dos demais procedimentos comuns a consulta de pré-natal. No entanto, para realizar um acompanhamento de qualidade, deve haver uma assistência sistemática, que atenda as necessidades individuais da mulher. Neste contexto, foram identificadas as subcategorias representadas abaixo:

5.2.2.1 Subcategoria: Tempo de duração da consulta de pré-natal de 30 a 50 minutos

Nesta subcategoria, o período de 30 a 50 minutos, foi considerado por cinco enfermeiras como o tempo suficiente para realizar as suas consultas de pré-natal. Levando em consideração todas as práticas assistenciais a serem desenvolvidas durante o acompanhamento da gestante. Como é possível identificar em seus discursos, a seguir:

“A primeira consulta leva em média 50 minutos, devido o cadastro, da ficha que são quatro folhas frente e verso, mais uma quinta folha que é o registro geral na unidade e a evolução, sem falar em peso, estatura, PA [...] (Lavanda).

“Geralmente uma consulta de pré-natal se for uma primeira consulta, ela é mais extensa, digamos... 30 minutos, 40 minutos, ou até mais, depende do caso [...] Depende da gestante, se

for uma gestante que tenha uma gestação mais complicada ela vai precisar de um tempo maior de atenção [...]” (Flor de Lótus).

Em média quarenta minutos [...]”(Margarida).

“[...] Dá mais de 30 minutos pra cada.” (Violeta)

“Levamos em média 30 minutos para cada atendimento de pré-natal. O tempo é suficiente já que todas elas são encaminhadas para a médica da equipe.” (Rosa Chá)

“30 minutos eu gasto, muitas vezes eu faço mais, de 30 a 40 minutos o suficiente para atender as necessidades, as demandas das gestantes.” (Orquídea)

No entanto, percebeu-se nos discursos das enfermeiras que, para desenvolver uma consulta de pré-natal completa o profissional precisa fazer uso de um tempo considerável. Quando questionadas acerca do tempo que dispõem para realizar as consultas de pré-natal, estas julgam o tempo disponível suficiente. Para tanto, a organização do serviço é essencial, e neste caso compreende a distribuição dessas consultas pelo tempo de trabalho, e neste aspecto o agendamento é aplicado como uma excelente ferramenta de organização.

5.2.2.2 Subcategoria: Tempo de realização da consulta atrelado à necessidade individual da mulher

Ainda foi verificado nas falas de cinco das entrevistadas, que não existe um tempo determinado para a realização da consulta de pré-natal, ficando este a critério da necessidade individual da mulher. Neste sentido, o que algumas das enfermeiras consideraram de grande importância foi em relação à resolutividade da assistência. Como podemos identificar a seguir:

[...] o importante é que seja solucionado todos os problemas que elas estejam enfrentando, né?! Porque pra que se previna qualquer complicação que possa vir a ter essa gestante, então a gente não pode deixar passar é... despercebido alguns problemas que possam complicar essa gestação.” (Flor de Lótus)

“[...] varia muito de paciente para paciente né?! Principalmente as primeiras consultas, que é sempre mais demorada porque tem a entrevista, cadastro, enfim... mas assim varia realmente de paciente pra paciente.” (Margarida)

“É, porque na realidade não é um tempo determinado. A gente faz pré-natal num dia, só pré-natal então é o tempo que for necessário de cada paciente, dependendo da paciente, de como ela está.” (Crisântemo branco)

“[...] o meu tempo é bem... assim como posso dizer... eu acho que seja adequado, porque eu faço a consulta, às vezes converso com elas, vejo as necessidades... e dá pra fazer um pré-natal bem feito como são quatro ou cinco gestantes [...]” (Violeta)

“[...] Também devem ser ouvidas as queixas e orientando para IG inicial e agendamento para consulta médica. Estes passos devem ser desenvolvidos sempre na primeira consulta, nas subsequentes o tempo é de acordo com a necessidade individual da mulher, sempre seguindo os passos preconizados de consulta de pré-natal. (Lavanda)

Neste sentido Souza et al. (2008a) relatam que, em alguns casos pode ser necessário um número maior de consultas, a repetição de exames complementares ou a realização de exames específicos, dependendo das necessidades individuais da mulher ou de intercorrências apresentadas durante a o período gestacional.

No entanto, não existe um tempo preconizado para a realização da consulta de pré-natal, esse tempo pode variar de um profissional para outro e de acordo com as necessidades de cada gestante. O imprescindível é que essa mulher receba um atendimento de qualidade e individualizado.

5.2.3 Categoria 3: É proibido faltar ao pré-natal

Nesta categoria estão os discursos nos quais as entrevistadas afirmaram que as gestantes costumam comparecer ao serviço de pré-natal com frequência, e ainda contempla a sua opinião quanto aos aspectos, que favorecem o retorno da gestante ao serviço. O agendamento da consulta de pré-natal; a realização de busca ativa pelo ACS; a satisfação da gestante com a consulta; a premiação pela assiduidade e a resolutividade no acompanhamento de pré-natal foram citados como agentes facilitadores e contribuintes para uma maior

frequência das gestantes nos serviços de AB.

O número de consultas do pré-natal está preconizado para no mínimo, 6 (seis) consultas, e este é um índice de qualidade da assistência à gestante, pois os vários fatores que levam à prematuridade, ao número de nascidos com baixo peso e aos óbitos, por afecções do período perinatal, poderiam ser evitados com um bom acompanhamento neste período. O número de consultas, assim como a realização de exames de rotina, oferecem subsídios para o rastreamento das gestações de alto risco, possibilitando um acompanhamento adequado com ações específicas (JUSTO; TOLEDO; TAVARES, 2009).

Foi baseando-se nas falas das enfermeiras a respeito da assiduidade da gestante no pré-natal e nos fatores contribuintes para que essa gestante retorna-se ao serviço, que foram desenvolvidas as subcategorias seguintes:

5.2.3.1 Subcategoria: A importância do agendamento da consulta de pré-natal

Durante a pesquisa as enfermeiras Margarida, Crisântemo branco e Flor de Lótus relataram que recorrem ao agendamento da consulta de pré-natal, como forma de organizar o serviço, servindo como agente facilitador para o acesso regular das gestantes a AB. Como é possível identificar em seus discursos abaixo:

“Bem, nós tentamos atender nossas gestantes com qualidade, vamos dizer assim boa. Fazemos o agendamento mensal, quando ela sai daqui no dia da consulta com a data da próxima consulta, então isso facilita muito, então quando o agente de saúde passa a visita já tem lá agendado de lápis grafite o agendamento do próximo dia [...] mas que seja compatível com o nosso cronograma e com a agenda da gestante [...]” (Margarida)

“Elas costumam vim frequentemente, e o que favorece é que elas já saem da primeira consulta com a próxima marcada. Ela só volta antes caso haja uma intercorrência, caso contrário ela já sai com seu dia marcado, isso favorece a frequência.” (Crisântemo branco)

“Sim, elas frequentam bem o pré-natal... graças a Deus existe essa conscientização, né?! Ao longo de um bom tempo a gente vem desenvolvendo esse trabalho, então existe uma maior conscientização, e eu não tenho tido tantos problemas com relação a elas frequentarem não. Eu trabalho com consultas e desde o primeiro atendimento eu faço o agendamento do retorno delas, então eu tenho esse controle [...]” (Flor de Lótus)

Neste sentido, de acordo com Souza et al. (2008b) é função do médico generalista e enfermeiro da USF a realização da primeira consulta, com vinculação à maternidade de referência, solicitação dos exames protocolados e agendamento do retorno com garantia de vaga. Ao ser confirmado o diagnóstico da gestação, deve ser feito o cadastro e agendamento imediato da primeira consulta.

Os autores supracitados acrescentam que, existem municípios com muitas dificuldades de acessibilidade e acesso devido à desproporção entre demanda e oferta de serviços. Em uma unidade de saúde da família estudada pelo autor, os usuários reconheceram fatores facilitadores, como marcação de alguns atendimentos pelo agente comunitário de saúde. No entanto, como a equipe prioriza o agendamento para usuários vinculados a ações programáticas, parte da população fica sem assistência, dependente de vagas e, devido à grande demanda, persistem filas e insatisfação, no tempo em que os problemas que chegam na unidade sequer são resolvidos. Essa situação, em parte, foi atribuída à escassez de médicos na unidade e à falta de especialistas.

Contudo, as enfermeiras entrevistadas não demonstraram dificuldades quanto à frequência da gestante as consultas de pré-natal e ao agendamento das mesmas. Enquanto que de acordo com outros estudos, como o citado acima, existem comunidades que demandam uma realidade diferente, apresentando fragilidades quanto ao acesso a atenção básica.

5.2.3.2. Subcategoria: A busca ativa da gestante pelo ACS

Nos casos em que a gestante por algum motivo falta à consulta de pré-natal, as enfermeiras Margarida e Flor de Lótus disseram em seus discursos que recorrem ao ACS, para que ele realize a busca ativa dessa mulher, procurando saber quais os motivos que a levaram a se ausentar da consulta. Os discursos a seguir mencionam a respeito:

“[...] se tiver alguma falta [...] aí eu já pego o prontuário e comunico ao agente de saúde para que ele tente saber o que está acontecendo [...] Os agentes de saúde também distribuem um mini-cronograma em todas as casas, para que as pessoas saibam os dias de atendimento de gestante e outros atendimentos [...]” (Margarida)

[...] quando por acaso elas faltam a consulta imediatamente eu procuro o ACS, eu aciono o ACS pra que seja feita a busca ativa, porque pode ter ocorrido dessa gestante ter se mudado,

então o que aconteceu pra ela não aparecesse naquele dia. E agendar novamente o retorno dela pra o posto.[...] (Flor de Lótus)

É possível observar no cotidiano das USF que são depositadas expectativas de várias naturezas no ACS como: observação, identificação, iniciativa, busca, difusão dos conhecimentos, incorporação de valores, produtividade, dentre outras, que quando não correspondidas, parecem afetar significativamente o profissional estrutural do programa, no que diz respeito a exposição à vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho. A sobrecarga de trabalho sobre esses profissionais geralmente ocorre quando existe relações intra-equipe inadequadas e relacionamento interpessoal conflitivo, havendo uma compreensão equivocada do trabalho interdisciplinar (MARTINES; CHAVES, 2007).

Dessa maneira, cada profissional tem que desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo resultado deve ser a consequência de um trabalho que é desenvolvido de forma completa a partir da contribuição específica das diversas áreas de conhecimento. Assim, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar em todos os níveis de atenção à saúde, visto que é a partir deste que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população, atingindo com maior eficiência dos programas e serviços oferecidos à comunidade (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Observou-se nos diálogos que as enfermeiras desempenham sua profissão em um processo de trabalho coletivo, no qual contam com a ajuda do ACS como uma peça chave na assistência a saúde durante o pré-natal. Neste sentido, os ACS supervisionados pelas enfermeiras Margarida e Flor de Lótus, são orientados a fazer a busca ativa das gestantes em caso de não comparecimento às consultas, além de manter essas mulheres informadas a respeito das datas e horário de realização das demais consultas para o acompanhamento de pré-natal.

5.2.3.3 Subcategoria: Satisfação da gestante com a consulta

De acordo com a pesquisa, quatro das enfermeiras entrevistadas relataram que as gestantes comparecem frequentemente às consultas de pré-natal na USF em que atuam. Além disso, destacaram o acolhimento como fator contribuinte para a assiduidade das gestantes às consultas de pré-natal, como pode ser identificado nos discursos a seguir:

“[...] Se ela vem, é bem atendida...e além de tudo aqui nós temos uma oferta de exame imensa [...] toda exigência do Ministério da Saúde nós hoje fazemos aqui, então a qualidade do serviço é muito boa e acolhemos da melhor forma nossa gestante pra que ela sempre esteja vindo aqui, pra que ela não sinta falta de nada, para ela então retornar.” (Margarida)

“Com certeza, todas as minhas gestantes, o pré-natal é corretamente, todos os meses. E o que favorece eu acho que é o atendimento, interagir com elas e não só ser aquela coisa mecânica, e sim você ser amiga como enfermeira também.” (Violeta)

“Sim, de acordo com agendamento. O que favorece é fazer um bom acompanhamento, saber o estado atual da gestante e acompanhar e orientar quanto aos sintomas e queixas.” (Lavanda)

“Sim, elas comparecem frequentemente [...] E com relação ao que favorece eu acredito que é a consulta mesmo sabe...e as orientações que são fornecidas tanto por mim quanto pelo agente de saúde sabe, eu acho que isso favorece a vinda dela pra o serviço, a importância assim...que a gente dá a essa gestante...é isso.” (Orquídea)

A satisfação da gestante com a consulta pré-natal está associada principalmente ao acolhimento que esta mulher recebe ao procurar o serviço de saúde. Segundo Solla (2005) o acolhimento significa a humanização do atendimento, com a garantia de acesso a todas as pessoas. Também refere-se à escuta de problemas de saúde do usuário, fornecendo sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema.

De acordo com Ferreira (2010, p. 13) acolher significa: “1. Dar agasalho ou acolhida a; 2. Atender, Receber; 3. Tomar em consideração; 4. Dar crédito a; dar ouvidos a”. Para Brasil (2005), o acolhimento é um aspecto essencial da política de humanização, que trata da recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, garantindo atenção resolutiva e a interação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. Deve-se admitir que a gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são momentos carregados de sentimentos profundos, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. E neste momento, é essencial acolher não somente a gestante, mas também seu acompanhante, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto.

Podemos perceber através dos discursos das quatro enfermeiras, que estas prezam por acolher bem as gestantes que acompanham, o que contribui significativamente para a continuidade do acompanhamento, enquanto reflexo da satisfação dessas mulheres. Todavia, é importante destacar que o acolhimento é responsabilidade de toda equipe de saúde, e que esses profissionais devem prestar um atendimento receptivo, não somente a esse grupo de mulheres, como também ao seu acompanhante e comunidade em geral.

5.2.3.4 Subcategoria: Premiação pela assiduidade

Uma das enfermeiras entende que as premiações pela assiduidade, fornecidas pelo município, é uma forma de suscitar a frequência da gestante no serviço, como pode-se constatar em sua fala:

“As gestantes comparecem sim a unidade, mas em alguns casos frequentam pelo incentivo do recebimento de kits de enxoval do bebê, que é fornecido pelo município.” (Rosa Chá)

Neste caso, a premiação tornou-se um incentivo para que a gestante frequente o serviço. Muitas vezes pela dificuldade de manter, seja por limitações quanto ao deslocamento, ou outras ocupações o acesso, por esquecimento da data da consulta ou mesmo pela falta de interesse em prosseguir com o acompanhamento pré-natal, as gestantes acabam não comparecendo as consultas. Assim, havendo um estímulo adicional, elas se veem instigadas a comparecer ao serviço, com intuito não só de receber a assistência, mas também de serem premiadas pela assiduidade. Essa é uma forma de manter um bom acompanhamento dessa gestante e é um momento para instruí-la sobre a importância das consultas pré-natal e puerperal. É imprescindível que além desse tipo de estímulo, o enfermeiro utilize outros meios para atrair essa gestante a unidade, neste sentido o bom acolhimento e a educação em saúde configuram-se como pilares importantes para a adesão da mulher ao serviço.

5.2.3.5 Subcategoria: Resolutividade no acompanhamento de pré-natal.

Segundo a enfermeira “Flor de Lótus”, o que realmente favorece a frequência da gestante a unidade de saúde é a resolutividade que o serviço garante, ou seja, a capacidade da equipe em resolver os problemas dessa usuária, o que culmina para a satisfação das mesmas. Podemos observar, este fato no discurso a seguir:

[...] O que favorece a frequência no serviço, é a resolutividade né?! Se você tem uma boa resolutividade no acompanhamento de pré-natal, a gestante vai lhe procurar e vai querer fazer o acompanhamento com você, se você tem bons resultados então você consegue isso.” (Flor de Lótus)

Segundo Degani (2002), a saúde do ser humano está intimamente ligada a sua realidade de vida. E é frente às necessidades de saúde que o indivíduo aceita ou rejeita novas informações, novos serviços ou comportamentos, objetivando resolver os problemas de sua realidade. Porém, há um limite na capacidade dos serviços em resolver problemas, considerando a natureza complexa dos mesmos, que muitas vezes transcendem a questão individual. Somente associando ações coletivas que possibilitem identificar os problemas de saúde abrangendo determinada área populacional, será possível buscar respostas reais e concretas para alterar de forma positiva o quadro da saúde do público para o qual estão direcionadas as ações praticadas no sistema.

O mesmo autor complementa que a resolutividade refere-se ao desejo do sistema de saúde, dentro de seus limites de complexidade e capacidade tecnológica de resolver os problemas de saúde que levaram os usuários a buscar os seus serviços, em cada nível da assistência, no intuito de adquirir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso. Para a obtenção da resolutividade dos problemas de saúde, deve-se considerar a abordagem integral e a ênfase na prevenção e na participação comunitária para qualificar os serviços, resultando em uma maior resolutividade e satisfação dos usuários. No entanto, com as demandas individuais e urgentes, definidas pela necessidade de cada indivíduo, seja profissional ou usuário, esses propósitos podem se perder. Nestes casos, o cuidado adquire uma forma desarticulada, havendo uma perceptível dissociação entre prevenção, tratamento, cura e reabilitação.

Diante do discurso, Flor de Lótus considerou a resolutividade como uma forma eficaz para manter a procura pelos serviços de atenção básica pela gestante, funcionando como porta de entrada preferencial do serviço. Neste aspecto, é necessário conhecer a realidade da população, para que se tome as decisões cabíveis a fim de solucionar os problemas de saúde dessa comunidade.

5.2.4 Categoria 4: Diga não a Sífilis congênita

Considerando a relação da prevenção da SC com uma assistência de pré-natal de qualidade, foi questionado a respeito das ações que as enfermeiras costumam desenvolver para prevenir a TV desta doença. Dentre as ações destacou-se a solicitação do VDRL e a Educação em Saúde, uma delas também citou a busca ativa do parceiro como um aspecto relevante.

5.2.4.1 Subcategoria: Exames e suas interfaces

Para cinco das enfermeiras a ação direcionada a prevenção da sífilis congênita baseia-se na realização de exames, como o VDRL ou de testes rápidos, durante o acompanhamento de pré-natal. E é através do diagnóstico precoce que é dado início ao tratamento da doença, neste sentido uma delas ainda citou a busca ativa do parceiro como um aspecto relevante, como podemos ver a seguir:

“[...] tem o exame, o teste rápido, que é feito aqui na unidade e eu procuro fazer em todas as minhas gestante explicando porque eu tô fazendo aquele exame, tanto o de sífilis como o de HIV.” (Violeta)

[...] aqui além da ação educativa eu tenho a ferramenta importante aqui que é o teste rápido [...] (Orquídea)

“Desde o início é solicitado o VDRL e se detectado alguma coisa então essa gestante imediatamente ela é encaminhada para fazer tratamento, e também a gente faz a busca ativa do parceiro pra que se trate os dois, porque se você não tratar a gestante e o parceiro você não tem uma resolutividade nesses casos, então a gente tem que conscientizar os dois de que é necessário que se faça precocemente tanto o diagnóstico como o tratamento.” (Flor de Lótus)

“Eu acho assim a forma mais eficiente realmente é a questão do VDRL, que são feitos duas vezes no mínimo durante o pré-natal. E quando ela vai a maternidade nós temos a garantia que é feito uma terceira vez, então nossa gestante é feito esse acompanhamento três vezes durante o pré-natal [...] Na primeira consulta quando ela vem fazer o cadastro inicial, que é

solicitado o VDRL então há garantia de que se ela for diagnosticada com sífilis ela será tratada.” (Margarida)

“A gente sempre solicita os exames se for o caso de vim alguém positivo, a gente vai fazer o tratamento, orienta pra que o parceiro venha e fica acompanhando pra ver se foi curada, como é que está.” (Crisântemo branco)

Estudiosos como Araujo et al. (2006) explicam que o VDRL é um teste laboratorial, não treponêmico de baixo custo e rápida negativação em resposta ao tratamento sendo, portanto, o ideal para o rastreamento da sífilis. Como uma medida eficaz para prevenir a SC, a realização desse rastreamento durante o pré-natal, através do teste VDRL deve acontecer o mais rápido possível, sendo realizado três vezes durante esse período.

Quando se trata do diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, além do VDRL, que é o mais utilizado, podem ser aplicados testes treponêmicos de rápida execução. Nos quais o sangue é coletado por punção digital ou venosa e o resultado está disponível entre 10 e 15 minutos. O uso do mesmo é recomendado nos locais onde não se dispõe de sorologias não treponêmicas para as testagens usuais durante a gravidez ou por ocasião do parto (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

Dessa maneira, independente do exame diagnóstico aplicado na USF, é imprescindível que o mesmo seja realizado o mais breve possível, para que possa suceder o tratamento de forma eficaz considerando a fase da doença. Neste sentido, acredita-se que as enfermeiras buscam realizar um diagnóstico precoce e o tratamento adequado, voltado também para o parceiro da mulher.

5.2.4.2 Subcategoria: Ações de Educação em Saúde

Neste sentido, quatro das enfermeiras mencionaram as ações de educação em saúde como um recurso para a prevenção da SC. Estas costumam realizar na USF em que atuam, por meio de palestras, discussões em grupos de gestantes e /ou orientações a mulher durante as consultas de pré-natal, como visualiza-se nos seus discursos.

“Realizamos Grupo para Gestantes, abordando os riscos que a sífilis congênita apresenta para a criança. No momento da consulta também explico a importância da realização dos exames de controle.” (Rosa Chá)

“[...] a gente procura sempre fazer palestra[...]” (Violeta)

“A gente costuma falar em palestras, já foi falado em prevenção, da importância dos exames no acompanhamento pré-natal, para descobrir várias doenças durante a gestação, e a importância do acompanhamento da gestante na unidade [...] Também alerta-se a gestante quanto a importância do tratamento do parceiro.” (Lavanda)

“A única ação, é através da ação educativa mesmo sabe, falando sobre a sífilis, a forma de transmissão da sífilis e tentar sensibilizar essa gestante com relação ao uso de camisinha. Essa ação específica eu faço na realização do teste rápido de sífilis [...] Essa é uma oportunidade que tenho de passar informação e de sensibilizar essa gestante pra evitar a transmissão vertical, então assim muitas aderem, mas existe a grande dificuldade do uso.” (Orquídea)

Segundo Rios e Vieira (2007) o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) deu ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacou a importância das ações educativas no atendimento à mulher, além de estimular a participação do enfermeiro nas ações de saúde da mulher, em especial com a assistência pré-natal.

Os mesmos autores afirmam ainda que a educação em saúde na atenção básica deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre o profissional de saúde e o usuário, com o intuito de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção, além de realizar mudanças nos hábitos de vida. E a realização de ações educativas, no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal, é de extrema importância, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa vivenciar o parto positivamente, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais êxito na amamentação. Ainda deve-se considerar que o pré-natal e o nascimento são momentos únicos para cada mulher, portanto, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

Diante do exposto, verifica-se no conteúdo dos discursos das enfermeiras, que as mesmas seguem as orientações supracitadas pelos autores. Tal fato demonstra a observância destas profissionais quanto ao seguimento das medidas previstas para a prevenção da sífilis

congênita, por meio do diagnóstico precoce. Contudo, o fato das enfermeiras oferecerem essas medidas educativas, não assegura que as gestantes compreenderão as informações e seguirão as recomendações, mas amplia as oportunidades de discussão do tema.

5.2.5 Categoria 5: Desafios para o enfrentamento da Sífilis congênita

Na prevenção da SC, os profissionais de saúde podem se deparar com alguns desafios e, por tal motivo, durante a entrevista, as enfermeiras foram interrogadas quanto a esse aspecto. Neste sentido, elas emitiram em seus discursos vários entraves encontrados no enfrentamento da SC. E a partir de seus discursos emergiu esta categoria e suas respectivas subcategorias.

De acordo com Amaral e Milanez (2008), a sífilis e sua forma congênita nunca deixaram de ser um problema de saúde pública para os países subdesenvolvidos. No Brasil, a sífilis durante a gestação ainda ocorre em uma proporção significativa de mulheres, o que tem favorecido o número relevante de casos de SC. Como estratégia de redução da SC, o Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, dois testes sorológicos durante a gestação, sendo o primeiro no início do pré-natal e o segundo no terceiro trimestre gestacional. É realizada, ainda, a triagem para sífilis na admissão para o parto. Esse fato se justifica pela alta prevalência da doença nas gestantes e pela facilidade de diagnóstico e tratamento, sobretudo, porque o diagnóstico precoce associado ao tratamento adequado, abaixo das 16 semanas, são premissas indispensáveis para a redução dessa prevalência. No entanto, é necessário que o tema seja esclarecido nas iniciativas de educação continuada de profissionais para instruí-los quanto às oportunidades de prevenção e tratamento.

De acordo com Hamannii (2012) há uma maior incidência de SC em grupos sociais de menor escolaridade e em estratos raciais tradicionalmente mais desfavorecidos socioeconomicamente, como os negros. No Brasil, a maioria das gestantes tem tido acesso a pelo menos quatro consultas de pré-natal; mas, ainda são importantes as variações de acesso segundo características socioeconômicas, como nível de instrução e raça/cor. Portanto, as desigualdades no acesso e qualidade do pré-natal explicariam, parcialmente, a maior exposição das crianças de classes menos privilegiadas ao risco de contraírem a SC. Apesar de grande proporção de casos de SC notificados terem sido diagnosticados durante o pré-natal (57%), também existe falha na qualidade desse atendimento.

O autor supracitado informa quanto a considerável dificuldade no uso da penicilina, observada na rede de unidades básicas do SUS, é uma resistência à realização do tratamento

da sífilis no serviço básico de saúde. Tal problemática justifica-se pela falta de condições técnicas para manejar casos de anafilaxia, mas a baixíssima incidência de reações letais após o uso da penicilina não justificaria o imenso custo social que a dificuldade de acesso a essa medicação representa. Nesta perspectiva, segundo a última Avaliação Normativa sobre as condições de funcionamento da ESF, ocorrida no ano de 2008, cerca de metade das equipes avaliadas não dispunham da penicilina benzatina em suas unidades.

Destarte, os estudiosos acima ainda citaram como entraves para a prevenção da SC as desigualdades no acesso e qualidade do pré-natal, como também fragilidades do serviço quanto ao uso da penicilina benzatina no tratamento da sífilis. Já as enfermeiras entrevistadas relataram como principais desafios encontrados para prevenir à sífilis congênita questões inerentes a relação diagnóstico/ tratamento, ao comportamento sexual e comunicação com as gestantes. Neste sentido, surgiram as subcategorias que seguem.

5.2.5.1 Subcategoria: Tratamento do parceiro

O tratamento do parceiro foi mencionado por Flor de Lótus, Rosa Chá e Lavanda como um entrave na prevenção da SC. Tendo em vista que estes usuários dificilmente frequentam o serviço de saúde, tornando difícil dar início e continuidade ao seu tratamento nos casos de infecção pela doença. Este aspecto pode ser verificado nos discursos das enfermeiras:

“[...] é a questão da recusa do parceiro em se tratar, é o maior nó que nós temos, não só com relação a sífilis, mas com outras DST's também [...] o homem é muito trabalhoso pra se tratar. Então não só com relação a sífilis, eu acho que o nó maior é conseguir tratar o parceiro.” (Flor de Lótus)

“[...] E também o tratamento para o parceiro é difícil, pois eles não procuram o serviço de saúde. Sempre nesses casos requisito o exame VDRL enviando através da gestante.” (Rosa Chá)

“Um dos entraves é o tratamento do parceiro [...]”(Lavanda)

Segundo Cavalcante (2007) as mulheres constituem a maioria da população nos serviços públicos de saúde, levando e buscando seus filhos, e também buscando atendimento

de saúde para si. No entanto, no acompanhamento pré-natal é comum que a mulher vá desacompanhada, sendo sempre rara a presença de um acompanhante, quando não desestimulada ou até mesmo proibida.

O autor supracitado informa ainda que na atenção pré-natal, são raras as situações em que se solicita a presença do marido ou companheiro durante as consultas. Quando são solicitados, geralmente o assunto resume-se a comunicação de intercorrências como, por exemplo, a existência de DST's ou outras que demandam tratamento não apenas para a mulher. Ainda é importante destacar que nos consultórios dos serviços públicos, o ambiente não é convidativo ao homem ou outro familiar, o ambiente quase sempre é sóbrio e limitado, além dos horários serem pouco flexíveis.

Acredita-se que muitos serviços de saúde não aceitam bem a presença de um acompanhante durante o atendimento de pré-natal, mas estes tem o dever de receber a gestante e seus familiares com dignidade e respeito, tendo em vista que eles fazem parte da história de vida dessa mulher e merecem compartilhar esse momento com a mesma. Para tanto, o profissional de saúde deve agir de forma ética, além de proporcionar um ambiente acolhedor para a gestante e seus familiares.

A presença do pai nas consultas deve ser estimulada durante todo período gestacional, tendo em vista que a sua participação nestes momentos proporciona um maior vínculo com a mulher e o bebê, fazendo com que o homem participe mais intimamente do momento único que representa cada gestação, além de ajudar a mulher na prática das recomendações e entender o momento delicado que ela está passando. Com a presença do parceiro, a maioria das mulheres se sentem mais seguras e amadas, tendo uma gravidez mais tranquila. Mas, muitas vezes a pouca flexibilidade no horário de atendimento nas unidades de saúde, chocam com o período de trabalho do homem, dificultando a presença daqueles que possuem interesse em participar das consultas.

De acordo com Sutter e Maluschke (2008), o sentido dado à paternidade é o da amorosidade, da intensidade emotiva, da sensibilidade e do prazer na relação com os filhos. Assim, se admitirmos que homens podem ser ternos e acolhedores, então estes serão atributos também masculinos. Neste sentido, o pai cuidador demonstra ser aquele que recupera em si a capacidade de amar, acolher e cuidar, suprimida por um passado patriarcal, que nega ao homem essa dimensão própria do seu desenvolvimento humano e psicobiológico. São esses homens que se enquadram no que reconhecemos como um modelo de paternidade participativa, na qual o pai compartilha igualmente com a mãe a função de cuidar das crianças e atende-las, tanto física quanto emocionalmente.

Contudo, a presença do homem durante o pré-natal e não somente para comunicar intercorrências, amplia as oportunidades de adesão e continuidade ao tratamento de doenças como a sífilis, por exemplo. Ademais, promove a ruptura da cadeia de transmissão de doenças como esta, minimizando, sensivelmente, o risco de reinfecção da gestante e da transmissão vertical.

5.2.5.2 Subcategoria: Multiplicidade de parceiros

Neste aspecto, uma das participantes da pesquisa enfatizou que as mulheres com múltiplos parceiros, consideradas mais vulneráveis para contrair as DTS's, são as que apresentam maiores dificuldades em aderir ao pré-natal. Além disso, essas mulheres geralmente não apresentam residência fixa, o que compromete o seguimento das consultas de pré-natal e a busca ativa da gestante, tendo em vista que o profissional de saúde acaba perdendo o contato com as mesmas.

“É quando aquelas mulheres de maior risco, que são mais susceptíveis, são as que tem mais resistência, por exemplo mulheres que tem múltiplos parceiros, mulheres da vida como se diz assim né...que elas não tem a consciência de que precisa fazer o pré-natal. As mulheres mais conscientes, a que tem menos risco é a que mais participa, quando tem aquelas pessoas que por exemplo que muda muito de área, tá com um marido, depois já tá com outro e arranja outro e vai pra outra cidade...e a gente perde o contato, e essa é a questão de perder o contato. A dificuldade que nós temos realmente é essa.” (Margarida)

Existem alguns fatores comportamentais considerados de risco para as DST, dentre eles podem se destacar: a idade da primeira relação sexual, a multiplicidade de parceiros e a não adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais (SILVA et al., 2006).

Desse modo, de acordo com o discurso de Margarida, a multiplicidade de parceiros configura-se como um dos maiores desafios para o controle da SC, tendo em vista que a gestante que tem esse comportamento geralmente tem maiores dificuldades para seguir o acompanhamento de pré-natal.

5.2.5.3 Subcategoria: Adesão e continuidade ao tratamento

Entre os discursos dos enfermeiros observou-se que uma das enfermeiras afirmou que

a adesão ao tratamento, assim como sua continuidade, é um dos desafios que vivencia para a prevenção da SC, na USF da qual faz parte. Como verificamos no fragmento a seguir:

“Os principais desafios encontrados nos dia a dia, é a adesão quanto o tratamento medicamentoso com a Penicilina. E quando a criança nasce com sífilis, algumas mães não querem dar continuidade ao tratamento, porque acreditam estar causando sofrimento à criança[...]”(Rosa chá)

Segundo Avelleira e Bottino (2006), o objetivo do controle da sífilis é a interromper a cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos. Nessa perspectiva, evitar a transmissão da doença consiste no diagnóstico e no tratamento precoce e adequado do paciente e do parceiro, ou parceiros sexuais. Para a detecção de casos, a introdução de testes rápidos nos parceiros de pacientes ou de gestantes poderá ser muito importante. O tratamento adequado consiste no emprego da penicilina como medicamento de primeira escolha, utilizada nas doses adequadas ao estágio da doença.

Dessa maneira, a dificuldade apresentada pela enfermeira no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis trata das fragilidades encontradas no tratamento da doença. No entanto, acredita-se que um dos aspectos que levam a essa dificuldade é a falta de conhecimento das mães acerca da necessidade de realizar o acompanhamento medicamentoso do seu filho. Neste contexto, é indispensável que o bebê receba as injeções de penicilina quando apresentam uma taxa de VDRL igual ou maior que a da mãe, ou em casos em que a mãe possui diagnóstico da doença, mas não tenha sido devidamente tratada (AVELLEIRA;BOTTINO, 2006).

5.2.5.4 Subcategoria: Resistência ao uso de preservativo nas relações sexuais

As enfermeiras Crisântemo branco e Orquídea ao serem questionadas sobre as dificuldades que enfrentam na USF em que atuam para prevenir a TV da sífilis, expressaram sentir resistência das gestantes ao tentar convencê-las quanto à necessidade do uso do preservativo, em especial quando essas mulheres possuem parceiro fixo, como podemos identificar nos discursos abaixo:

“[...]todas tem parceiro fixo e na mente delas com parceiro fixo não há necessidade de proteção né?” (Crisântemo branco)

“A resistência das mulheres quanto a aderir a algumas práticas de sexo seguro, por exemplo, como eu falei há uma resistência muito grande por parte das gestantes para o uso da camisinha. É bem difícil, é uma das grandes dificuldades, por exemplo, na hora do teste rápido eu digo: uma das formas de prevenção é o uso da camisinha. Como fazer que a gestante use camisinha? Essa é uma das grandes dificuldades, elas tem um parceiro fixo e tudo, então tem a questão da confiança e de que o parceiro ter problema de usar camisinha com a esposa. Então essa é a grande dificuldade, a prática do sexo seguro.” (Orquídea)

A assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro. Temas como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos. Neste contexto um diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e de seus familiares (BRASIL, 2005).

O preservativo é um recurso disponível a homens e mulheres, atendendo à dupla função de proteção contra a gravidez e contra as DST. Mas, são comuns as resistências quanto ao seu uso tanto por parte de homens como de mulheres. Neste sentido, o preservativo é considerado um elemento estranho na situação conjugal, e a introdução de seu uso poderia abalar a confiança depositada na(o) parceira(o) (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

Nesta contextualização, em pesquisa realizada com adolescentes casadas ou em união consensual identificou-se que estas apresentaram maior chance de uso inconsistente do preservativo do que as adolescentes solteiras. Nestes casos, o uso do preservativo com esposo ou parceiro regular é baixo e consideraram que seu uso pode ser percebido como confissão de comportamento promíscuo ou falta de confiança no companheiro. E essa confiança no parceiro provavelmente está relacionada com o tipo de vínculo e o envolvimento emocional no momento do ato sexual, e o fato de manter uma relação estável produz a sensação de que se trata de um encontro sexual seguro. A mulher, ao abandonar o uso preservativo, abre mão da segurança fornecida por este método como forma de afirmar o dever do outro de não ter outros parceiros sexuais e de assegurar seu compromisso de confiança e respeito. Diante disso, a presença do preservativo numa relação sexual indica que o compromisso não está estabelecido. Esse domínio dos homens em relação à utilização ou não do método procede das desigualdades nas relações de poder e de gênero (VIEIRA et al., 2004).

No entanto, é necessário que as enfermeiras continuem a tentar sensibilizar essas mulheres quanto à relevância da prática do sexo seguro, tanto para si, como ao seu bebê de possíveis afecções. Ainda neste sentido, ressalta-se a importância da participação do companheiro nas consultas de pré-natal, facilitando o entendimento do homem acerca do verdadeiro sentido da proteção nas práticas sexuais, e a adesão ao tratamento quando necessário. Contudo, compreende-se que esta questão é muito delicada, e deve ser tratada com cautela, visto que, para o mesmo levantar a possibilidade do uso do preservativo, seria o mesmo que pôr sua fidelidade à prova.

5.2.5.5 Subcategoria: Informação/ Comunicação entre profissional e usuária

Para facilitar a adesão a prática do sexo seguro pelas mulheres, a educação em saúde deve ser estendida ao seu parceiro, para que o mesmo se sensibilize em relação aos possíveis riscos que o casal sofre ao manter relações sexuais desprotegidas. Podemos perceber nos seguintes discursos as dificuldades expressadas pelas enfermeiras neste sentido:

“É a comunicação mesmo, incentivar elas a procurar fazer os exames, e quando tem caso né, ficar em cima para que não venha a acontecer nada de pior.”(Violeta)

“Eu diria que a própria informação, não a falta de informação. A gente informa, mas a própria cultura, por mais que você oriente uma paciente que tenha uma vida sexual sem proteção ela não vai passar a ter uma vida sexual com proteção, só porque ela tá grávida ou porque a gente orientou[...] (Crisântemo branco)

O enfermeiro é o profissional de saúde que tem maior contato com a mulher e deve estar atento aos fatores que interferem na assimilação das orientações dadas, incentivar a gestante por meio de uma boa interação, conversando, ouvindo com atenção, valorizando atitudes conducentes à saúde e envolvendo o parceiro e a família no pré-natal. A atividade de enfermagem direta e sistematizada junto à gestante, proporciona um ambiente de confiança e oferece o suporte emocional necessário para que esta verbalize suas dúvidas. Quando se trata das ações educativas de enfermagem, ao assistir cada mulher, estas tendem a diminuir a incidência de danos redutíveis e a desenvolver uma atitude responsável quanto à proteção de sua saúde e do seu filho (MARQUES; PRADO, 2004).

Como referem Nadal e Manzione (2003), os próprios profissionais de saúde, que

deveriam estar preparados para orientar sobre o assunto, os aspectos que envolvem o sexo, a anticoncepção e as doenças decorrentes, são constrangedores e proibitivos.

No entanto, a prevenção de novos casos de sífilis deverá ter como estratégia a informação para a população, especialmente, para as mais vulneráveis, como profissionais do sexo e usuários de drogas, por exemplo. Essas informações podem explicar sobre a doença e as formas de evitá-la. É imprescindível o aconselhamento ao paciente procurando mostrar a necessidade da comunicação ao parceiro e o estímulo ao uso dos preservativos na relação sexual (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Conforme Brasil (2006b), algumas orientações gerais devem ser aplicadas antes e durante a gestação, como: o enfoque à promoção em saúde através de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às DST's em geral, e mais especificamente quanto à sífilis, além disso, também deve haver a prática de sexo protegido, com o uso regular de preservativos.

Entretanto, durante as entrevistas algumas das enfermeiras expressaram essas mesmas orientações como sendo entraves na prevenção da SC, quando relataram que a própria comunicação é uma dificuldade, tendo em vista que essas mulheres não mudam seus hábitos de manter relações sexuais desprotegidas, apesar de serem informadas pela enfermeira quanto à importância do sexo seguro tanto para o casal como para o feto. Mas, não existe a educação em saúde sem a comunicação, apesar da resistência dessas mulheres é preciso que o profissional de enfermagem continue a enfatizar o quanto esse cuidado é importante, explicando sempre as possíveis consequências da não realização ou descontinuidade do tratamento da sífilis. Para uma melhor aceitação das orientações de enfermagem, deve-se atender a população de forma acolhedora e promover um cuidado contínuo, sendo a educação em saúde voltada para todas as fases de vida da mulher, não apenas ao ciclo gravídico-puerperal.

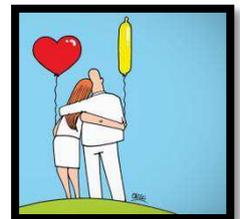
5.2.5.6 Subcategoria: Fragilidades para a realização do VDRL

A enfermeira “Lavanda” ainda relatou que vivencia fragilidades em relação à realização do VDRL, tendo em vista que a não disponibilização de exames diagnósticos faz com que o diagnóstico da doença seja tardio.

“[...]e a disponibilização de exames, porque se faltar o VDRL o diagnóstico será tardio.”
(Lavanda)

A falta de realização de exames para o diagnóstico da sífilis, assim como as falhas na interpretação dos resultados de testes sorológicos e a ausência de tratamento da mãe e/ou do parceiro, são fatores relacionados ao pré-natal inadequado. No acompanhamento pré-natal os exames laboratoriais básicos são imprescindíveis, tendo em vista que complementam a análise dos dados clínicos e obstétricos, favorecendo a adoção de diagnósticos e as condutas a serem adotadas de acordo com os mesmos. Portanto, existe uma lacuna na oferta de serviços laboratoriais que para ser superada precisa de investimentos em todas as esferas de governo (GRANGEIRO; DIOGENES; MOURA, 2008).

Desse modo, a realização do VDRL objetiva prevenir à SC, através de um diagnóstico precoce, possibilitando o início de um tratamento específico e eficaz. Mas, a enfermeira demonstrou em seu discurso, que vivencia dificuldades nesse sentido, o que prejudica no enfrentamento da doença na USF em que atua.



Fontes: <http://www.oestadoce.com.br/noticia/sabado-22-tem-teste-rapido-de-hiv-e-sifilis-na-praca-jose-de-alencar>;
<http://adeledoula.blogspot.com.br/2011/10/mas-afinal-o-que-e-um-go-humanizado.html>;
<http://enfermagemprehospitalar.blogspot.com.br/2008/11/trauma-na-grvida.html>; <http://www.spdm.org.br/blog/dia-nacional-de-combate-a-sifilis/>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida apresentou traços da realidade vivenciada pelas enfermeiras que conduzem a atenção ao pré-natal em algumas USF's de Cuité- PB e Picuí-PB. Vale salientar que este serviço representa uma das principais ferramentas de controle da sífilis congênita, sobretudo, quando se constata a redução do número de casos da doença notificados no Brasil. Diante disso, o presente estudo foi desenvolvido, com o intuito fortalecer as práticas assistenciais da Enfermagem nos serviços de pré-natal do SUS, além de contribuir com as ações de prevenção, tratamento e controle da transmissão vertical da sífilis, nas USF.

Neste contexto, ao investigar as práticas assistenciais seguidas pelas Enfermeiras das USFs, dos municípios de Cuité e Picuí, percebeu-se que as respectivas profissionais desenvolvem ações durante o acompanhamento de pré-natal, voltadas à prevenção da transmissão vertical da sífilis. Tais ações são de cunho diagnóstico e educativo. Além disso, verificou-se que as enfermeiras buscam seguir as normatizações e protocolos técnicos do Ministério da Saúde, no que tange a assistência pré-natal, com enfoque na prevenção da sífilis congênita. No entanto, de acordo com a literatura, os estudos apontam que nem sempre estas orientações e protocolos técnicos são aplicados, o que prejudica consideravelmente a quebra da transmissão da doença.

Segundo o discurso das enfermeiras, as gestantes apresentaram uma boa adesão ao pré-natal, que está vinculada a organização do serviço, a oferta de exames e ao acolhimento dessas mulheres. Acredita-se que estes aspectos se configuram como agentes contribuintes para a assiduidade da gestante ao acompanhamento de pré-natal. Contudo, não assegura o seguimento das orientações prestadas pelas profissionais, o que expressa à necessidade de investir em métodos educativos, que ampliem a apreensão do conhecimento e suscitem a corresponsabilidade pela sua saúde.

Além do mais, é relevante frisar a importância da extensão da assistência pré-natal ao companheiro dessas mulheres, compreendendo que esta seja uma estratégia de ampliação da adesão das gestantes e redução da transmissão vertical da sífilis e de outras doenças. Neste contexto, temos o que podemos entender como o modelo de paternidade participativa, na qual o pai como cuidador demonstra ser aquele que recupera em si a capacidade de amar, acolher e cuidar, compartilhando igualmente com a mãe a função de cuidar do filho e atende-las, tanto física quanto emocionalmente. Entretanto, as enfermeiras revelaram dificuldade para atender esta questão, ao considerar que a maioria dos homens não costuma frequentar os serviços de saúde. Diante disso, se expressa um complexo desafio a ser superado pelos gestores, profissionais e usuários, visando o controle da transmissão vertical da sífilis e de outras doenças.

Ainda destacam-se outras dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras, neste contexto, que comprometem a oferta de uma assistência integral e de qualidade no pré-natal. Entre estas, apontam-se a resistência quanto à prática do sexo seguro e dificuldades de comunicação entre profissional e usuários. Deve-se ainda enfatizar que algumas fragilidades para a realização de exames, transcende o papel da enfermagem, estando relacionada a ações pertinentes a esfera gestora. E para que seja alcançada a resolutividade e qualidade na assistência de saúde é imprescindível que as políticas estejam direcionadas ao cuidado integral, com o enfoque na atenção primária.

Destarte, acredita-se que o enfermeiro deve estar atento a importância do atendimento individual e coletivo, compreendendo a complementaridade da assistência diante das especificidades do público atendido. Neste sentido, destaca-se que os usuários têm direito à informação, à participação e tomada de decisão, permitindo a verdadeira efetivação do cuidado em sua plenitude, o que refletirá na humanização da assistência.

Logo, ao investigar as práticas assistenciais das enfermeiras que atuam no pré-natal das referidas cidades do interior da Paraíba, quanto à prevenção da transmissão vertical da sífilis congênita, verifica-se o desenvolvimento de ações condizentes com os direcionamentos ministeriais. Todavia, visualizaram-se algumas lacunas que podem ser preenchidas com maiores desdobramentos das atividades inerentes a assistência qualificada. Neste sentido, aponta-se a importância do envolvimento da equipe multidisciplinar, nas ações para o enfrentamento da doença, destacando-se a captação do companheiro das gestantes e, sobretudo, maiores investimentos na educação em saúde.

Ressalta-se que este estudo não responde a todos os questionamentos envolvidos na prevenção e controle da doença em foco, portanto, outras pesquisas em outros cenários poderão apontar novos desdobramentos capazes de responder questões intrigantes quanto à temática.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E.; MILANEZ, H. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 7, p. 325-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a01v30n7.pdf>> Acesso em: ago. 2013.
- ARAÚJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100008&lng=pt&nrm=iss> Acesso em: set. 2013.
- ARAÚJO, M.R.N.; ASSUNÇÃO, R.S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 1, p. 19-25, 2004.
- AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>> Acesso em: ago. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. Revisada. Edições 70, 2011.
- BARRAVIERA, S.R.C. S.; BARRAVIERA, B. **DSTs. Doenças Sexualmente Transmissíveis**. AME, CEVAP, UNESP. Sífilis, pág.58-86., CD-ROM.[s.d.].
- BENIGNA, M.J.C. et al. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare enferm**, v. 9, n. 2, p. 23-31, 2004. Disponível em: <<http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2004/vol9/no2/3.pdf>> Acesso em: mar. 2014).
- BRASIL, CNS. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: ago. 2013.
- BRASIL, M.S. **Boletim epidemiológico sífilis 2012**. Ano I número 1. 2012b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2012/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2012> Acesso em: jul. 2013.
- BRASIL, M.S. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, M.S. **Saúde aumenta em 34% notificação de sífilis congênita**. A melhoria da vigilância epidemiológica, avanço no diagnóstico e tratamento adequado são medidas essenciais para a eliminação da doença .2012a. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7762/785/saude-aumenta-em-34-notificacao-de-sifilis-congenita.html>> Acesso em: jul. 2013.
- BRASIL, M.S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, M.S. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília, 2006a.

BRASIL, M.S. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. – Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> Acesso em: mar. 2014.

CAVALCANTE, M.A.D.A. **A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-23012008-135656/en.php>> Acesso em: mar. 2014.

COFEN, Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf> Acesso em: ago. 2013.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 25, n. 10, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n10/19009>> Acesso em: mar. 2014.

DEGANI, V.C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. 2002. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf?sequence=1>> Acesso em: mar. 2014.

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O.D. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saude soc**, v. 17, n. 2, p. 132-9, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/13.pdf>> Acesso em: mar. 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa**. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. et al. Sífilis Congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande-MS. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3-4, p. 139-143, 2007. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/5.pdf>> Acesso em: jul. 2013.

FRAZÃO, D.G.; CABRAL, P. **Significados.com.br**. 2011. Disponível em: <<http://www.significados.com.br/flores/3/>> Acesso em: mar. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2002.

GRANGEIRO, G.R.; DIÓGENES, M.A.R.; MOURA, E.R.F. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **REVISTA-ESCOLA DE ENFERMAGEM UNIVERSIDADE DE SAO PAULO**, v. 42, n. 1, p. 105, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/14.pdf>> Acesso em: mar. 2014.

HAMANNII, E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-86, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n3/3477.pdf>> Acesso em: mar. 2014.

IBGE. Cidades. Informações completas.2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=251140&search=||info%EF5es-completas>> Acesso em: dez. 2013

JUSTO, M.T; TOLEDO, F.D.R.D; TAVARES, B.B. Assistência pré-natal: cuidados executados e opinião da usuária do SUS. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 8, n. 3, p. 262-269. Salvador, 2009. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4457/3314>> Acesso em: mar. 2014.

KAUARK ,F., et al. **Metodologia da pesquisa : guia prático**. Itabuna/ Bahia : Via Litterarum, 2010.

KOMKA, M.R.; LAGO, E.G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Sciméd**, v. 17, n. 4, p. 205-11, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2115/2630>> Acesso em: ago. 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. Bibliografia ISBN 85-224-3397-6. São Paulo : Atlas 2003.

LEONEL, V; MOTTA, A.D.M. **Ciência e Pesquisa: Livro didático**. Disciplina na modalidade a distância. Universidade do Sul de Santa Catarina. 2º ed. rev. Atual. Palhoça-SC, UnisulVirtual. 2007. Disponível em: < <http://pt.slideshare.net/JASFARIAS/cincia-e-pesquisa> > Acesso em: mar. 2014.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. Supl 1, p. 1463-72, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf> > Acesso em: mar. 2014.

LORENZI, D.R.S.; FIAMINGHI, L.C.; ARTICO, G.R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento; **Vertical transmission of syphilis: prevention, diagnostic and treatment. Femina**, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2009/fevereiro/Femina37n2p83-90.pdf>> Acesso em: jul. 2013.

MADUREIRA, V.S.F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n6/a15v13n6.pdf>> Acesso em: mar. 2014.

MARQUES, R.G.; PRADO, S.R. L. D.A. Consulta de enfermagem no pré-natal. **Rev. Enferm. UNISA**, n. 5, p. 33-6, 2004. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-07.pdf>> Acesso em: mar. 2014.

MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf> > Acesso em: mar. 2014.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C.R. Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas. **Rev Bras Coloproct**, v. 23, n. 2, 2003. Disponível em: < http://www.jcol.org.br/pdfs/23_2/12.pdf > Acesso em: mar. 2014.

NETO, B.G. et al. A sífilis no século XVI—o impacto de uma nova doença. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 17-9, 2009. Disponível em: < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ5.pdf > Acesso em: ago. 2013.

NIGHTINGALE, F. **Frases de Florence Nightingale**. [s.d]. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/frase/MzUzOTU3/>

PRODANOV, C.C.; DE FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Bibliografia-ISBN 978-85-7717-158-3. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. **Ciência & Saúde Coletiva**. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Centro*, v. 65020, p. 660, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf> > Acesso em: fev. 2014.

SILVA, Â.C. et al. **Tratamento da sífilis**. 2011. Disponível em: < http://fug.edu.br/2010/pdf/tcc/enf_tratamento_sifilis.pdf > Acesso em: set. 2013.

SILVA, P.D.B et al. Comportamentos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, 2006. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/884> > Acesso em: mar. 2014.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Cuidados aos pacientes com doenças infecciosas. Sífilis. p.2123. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 11^a ed., v.4. 2009.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768> > Acesso em: mar. 2014.

SOUZA, A.S.R.D. et al. Assistência ao pré-natal. **Protocolos de atenção à saúde da mulher**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura BH. 2008b. Disponível em: < <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/protocoloprenatal.pdf> > Acesso em: mar. 2014.

SOUZA, E.C.F.D. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. Sup 1, p. S100-S110, 2008a. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>> Acesso em: mar. 2014.

SUTTER, Christina; MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico**, v. 39, n. 1, 2008. Disponível em:< <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/1488>> Acesso em: mar. 2014.

TAVARES, L.H.L.C. et al. **Enfermagem em foco: Revista Oficial dos Conselhos de Enfermagem**. Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na rede pública do Distrito Federal. Brasília, 2012.

VIEIRA, M.A.S. et al. Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 16, n. 3, p. 77-83, 2004. Disponível em:< <http://www.dst.uff.br/revista16-3-2004/10.pdf> > Acesso em: mar. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitulada “**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**”, cujo objetivo geral é investigar as práticas assistenciais seguidas pelos Enfermeiros da ESF, durante o acompanhamento de pré-natal, visando à prevenção da transmissão vertical da sífilis, está sendo desenvolvida por Pollyana Justino de Brito, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob orientação da Prof^a. MsC. Édija Anália Rodrigues de Lima.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, na qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Participante

_____, ____/____/2013

Prof^a. MsC. Édija Anália Rodrigues de Lima.
Pesquisadora Responsável

Pollyana Justino de Brito
Pesquisadora Colaboradora

Comitê de Ética e Pesquisa

End. Profissional da Pesquisadora Responsável: UFCG-Campus Cuité. Sítio Olho D'água da Bica, S/N. Bloco F. Sala 22, centro. CEP.: 58175-000 Cuité-PB. Contato: (83) 3372-1900/Ramal: 7253
E-mail: edijaprof@hotmail.com. Cel: (83)96131231

End. da Pesquisadora Colaboradora: Travessa São Miguel, N° 59, apt. 03, centro. CEP: 58175-000 Cuité-PB. Contato: (81) 3631-1637, cel. (83) 9802-3866. E-mail: polly_debrito@hotmail.com.

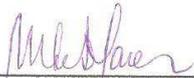
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DE PICUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE PICUÍ
CNPJ: 08.619.650/0001-21
RUA. SÃO SEBASTIÃO, S/N CENTRO
PICUÍ-PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, M^{te} Lucía D. Xavier, Secretário (a), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA”**, que será realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Picuí no mês de novembro de 2013, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora Prof^a. MsC. Édija Anália Rodrigues de Lima e colaboradora Pollyana Justino de Brito, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Picuí, 26 de setembro de 2013



Secretário (a) de Saúde do Município
MARIA LÚCIA DANTAS XAVIER

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DE CUITÉ



PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE CUITÉ
CUIITÉ-PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde, Secretário (a), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA”**, que será realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité no mês de novembro de 2013, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora Prof^a. MsC. Édija Anália Rodrigues de Lima e colaboradora Pollyana Justino de Brito, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Cuité, ____ de setembro de 2013

Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde

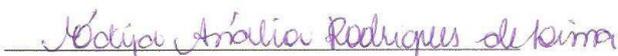
Secretário (a) de Saúde do Município.

APÊNDICE D- TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)**Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)**

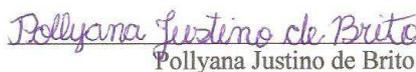
Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora e orientandos da pesquisa intitulada, “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 19 de setembro de 2013.



Prof (a).Msc. Édija Anália Rodrigues de Lima.
Pesquisadora responsável



Acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem

APÊNDICE E - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

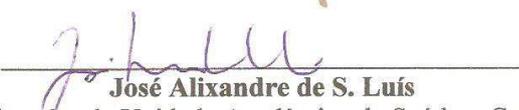
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Pollyana Justino de Brito, matrícula nº 509120123, RG: 7821509 SDS- PE, CPF: 07679828431, está realizando uma pesquisa intitulada por: **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA”**, sob a orientação da Prof^a. MsC. Édija Anália Rodrigues de Lima, SIAPE 1446937.

Desta forma, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e como esta Unidade Acadêmica de Saúde tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Cuité, 29 de agosto de 2013.


José Alixandre de S. Luís
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB

APÊNDICE F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

Ilmo. Sr. José Alixandre de S. Luís

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande no Centro de Educação e Saúde *campus* Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Pollyana Justino de Brito, matrícula nº 509120123, RG: 7821509 SDS-PE, CPF: 07679828431 está realizando uma pesquisa intitulada por: **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ENFOQUE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos profissionais enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde do município de Picuí e Cuité na Paraíba.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição, centro e unidade acadêmica.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 29 de agosto de 2013.

Pollyana Justino de Brito
Pollyana Justino de Brito
(Orientanda - Pesquisadora)

Edija Anália R. de Lima
Prof. MsC. Edija Anália Rodrigues de Lima.
(Orientadora - Pesquisadora)

J. Alixandre de S. Luís
José Alixandre de S. Luís
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB

APÊNDICE G – ROTEIRO PARA A COLETA DE DADOS

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS
Nome: _____ _____
Pseudônimo: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Tempo de Atuação na ESF: _____
QUESTIONAMENTOS INERENTES AOS OBJETIVOS DO ESTUDO
<ol style="list-style-type: none">1. Como se dá a captação da gestante para o acompanhamento de pré-natal nesta USF? Fale um pouco.2. Quanto tempo, em média, você dispõe para atender cada gestante nestas consultas? Você acha que este tempo é suficiente? Fale um pouco.3. As gestantes atendidas nesta unidade costumam comparecer frequentemente as consultas? Em sua opinião o que favorece ou não a frequência no serviço?4. Considerando a relação da prevenção da sífilis congênita com uma assistência de pré-natal de qualidade, quais ações você costuma desenvolver? Fale um pouco.5. Em sua opinião, quais os principais desafios enfrentados pelos Enfermeiros para prevenir à sífilis congênita?