

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

MICHELLE ANDIARA DE MEDEIROS ARAÚJO

**CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO PARA GESTANTES COM SÍFILIS  
A PARTIR DA VISÃO DE ENFERMEIROS**

CUITÉ  
2018

MICHELLE ANDIARA DE MEDEIROS ARAÚJO

**CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO PARA GESTANTES COM SÍFILIS  
A PARTIR DA VISÃO DE ENFERMEIROS**

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

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Janaína von Söhsten Trigueiro

CUITÉ  
2018

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

A663c Araújo, Michelle Andiana de Medeiros.

Construção de uma linha de cuidado para gestantes com sífilis a partir da visão de enfermeiros. / Michelle Andiana de Medeiros Araújo. - Cuité: CES, 2018.

76 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Janaina Von Sohsten Trigueiro.

1. Sífilis congênita. 2. Gestantes. 3. Linha de cuidado. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

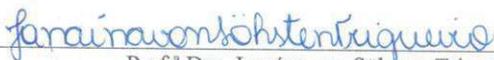
CDU 616.001

MICHELLE ANDIARA DE MEDEIROS ARAÚJO

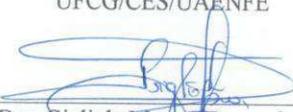
**CONSTRUÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO PARA GESTANTES COM SÍFILIS  
A PARTIR DA VISÃO DE ENFERMEIROS**

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

**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>a</sup> Dra. Janaina von Söhsten Trigueiro  
Orientadora  
UFCG/CES/UAENFE



Prof<sup>a</sup> Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima  
Membro examinador  
UFCG/CES/UAENFE



Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira  
Membro examinador  
UFCG/CES/UAENFE

Cuité – PB, 07 de fevereiro de 2018.

*A Deus, meu melhor amigo, guia e protetor,  
minha gratidão!*

*A minha preciosa família, eu os amo com toda  
minha alma e sempre farei o que puder para os  
ver felizes. Aos meus amigos e namorado, minha  
sincera gratidão por sempre me apoiarem e  
orarem por mim. A caminhada seria mais difícil  
sem vocês! Dedico.*

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente quero agradecer ao meu **Deus** a oportunidade que me concedeu de ingressar no ano de 2013 nesse curso tão lindo que sempre sonhei em cursar. Eu fui escolhida e com a misericórdia do meu Deus estou chegando ao fim de um sonho. Não foi fácil trilhar essa estrada, mas fui agraciada pelo meu Paizinho de chegar ao final dela. Vários espinhos quiseram furar meus pés, mas nenhum conseguiu tirar meu foco, pelo contrário, me fizeram crescer.

A minha **família**, eu não teria chegado até aqui sem a ajuda de vocês. Vocês acreditaram em mim! **Vó, mãe**, obrigada pela minha criação, obrigada por terem me criado na graça e conhecimento do Senhor, o melhor presente que os pais podem dar a um filho! Vocês duas são minha inspiração de vida. À **AJ, Martha, Marquinhos e Katiely**, meus irmãos preciosos, vocês são minha alegria constante! O preto vira colorido perto de vocês... Painho **Adriano**, eu amo você... o tempo nos uniu novamente e mesmo com as adversidades, você sempre será o meu velho amigo. Ao meu outro Pai, **Marcondes Mizamar**, Deus não poderia ter nos dado presente melhor que você. Obrigada pelo que sempre fez por nós e por sempre se preocupar comigo.

A minha **turma 2013.2!** Vocês foram por quase 5 anos minha segunda família! Começamos em grande número e terminamos em poucos... 15 pessoas completamente diferentes em suas personalidades e rotinas, porém unidos em um único propósito: cuidar do nosso próximo. Espero que todos alcancem voos mais altos e sejam todos bem sucedidos em todas as áreas da vida. **Kalyne Vitorino**, você me aguentou todo durante todo esse processo! Do projeto de TCC à defesa. Do choro ao riso... tudo valeu a pena. Obrigada “duplinha”! Deus irá recompensá-la.

Minhas amigas/irmãs **Andreza Agda, Haline Germano, Jaqueline Dantas e Melissa Isabel**, vocês são as flores do meu jardim! Nossa amizade sempre será adjetivo de união e cumplicidade. Obrigada por me incluir sempre nas orações de vocês e por sempre me acolherem tão bem. Eu sempre serei grata a vocês. Eu as amo muito. Á vocês, **Tereza Lucena** (minha irmã), **Laerte Targino, Júlia da Silva, Vivianny Beatriz**, vocês são os amigos que nunca me deixaram sozinha. Eu amo vocês. A estrada se tornou menos espinhosa com vocês do meu lado!

À **Ruan Alcantara**, meu amiguinho da alfabetização que se tornou meu grande amor... obrigada por tudo. Eu amo você.

**Rénea Kalayle**, minha preceptora de supervisionado I, você se tornou uma grande amiga! Não poderia esquecer de você nos meus agradecimentos... Você foi tão flexível comigo! Obrigada por confiar em mim e pelo espaço que me destes para exercer tudo que aprendi ao longo do meu curso. Você é exemplo. Serei eternamente grata!

À **Janáina von Söhsten**, minha mãe/orientadora/professora, eu não sei mensurar a importância que você teve no meu curso e na minha vida. Deus irá te recompensar, sem dúvidas! Que você seja sempre muito feliz. Obrigada por tudo.

Aos **Mestres da UFCG/CES**, especialmente à minha banca orientadora, obrigada por todos os ensinamentos repassados, pelos ensinamentos que me fizeram crescer na vida acadêmica e pessoal também. Além de formadores de bacharéis em enfermagem, vocês são formadores de seres humanos! Nós não saímos da mesma forma que entramos, é impossível! A vocês, todo meu respeito e gratidão.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

*(Arthur Schopenhauer)*

## RESUMO

ARAÚJO, M.A.M. **Construção de uma linha de cuidado para gestantes com Sífilis a partir da visão de enfermeiros**. Cuité, 2017. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por essa razão, sua evolução acontece, na maior parte dos casos, sem intercorrências. As infecções maternas provocadas por microrganismos passíveis de transmissão ao feto podem ocorrer durante a gravidez, com graves sequelas para o recém-nascido. Dentre as várias infecções que podem ser adquiridas durante o período gravídico-puerperal, a Sífilis é a que possui as maiores taxas de transmissão. Uma ferramenta útil para o planejamento das ações programáticas de prevenção e assistência dessa doença é a vigilância epidemiológica, a qual permite o controle de vários agravos à saúde nos diversos níveis de competência do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse estudo teve por objetivo construir uma linha de cuidado para a gestante com diagnóstico de Sífilis a partir da visão de enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Cuité-PB. A metodologia da pesquisa se encara numa abordagem qualitativa do tipo exploratório descritiva. Foi utilizado como instrumento de coleta o roteiro de entrevista semiestruturado. As informações coletadas foram analisadas mediante a Análise de Conteúdo, na modalidade temática de Bardin. Foi realizada uma amostra total de sete enfermeiras participantes. Os resultados apontam as enfermeiras entrevistadas são todas do sexo feminino; a idade prevalente foi de 23 a 42 anos; grande parte delas era casada; quanto ao tempo de formação a maioria concluiu recentemente e duas profissionais apresentaram tempo superior a 10 anos; tempo de atuação na APS, 3 das 7 entrevistadas alegaram pouco tempo de atuação; titulação, uma apresentou *Stricto Sensu* (mestrado) e 5 *Lato Sensu* (especializações); capacitação, apenas uma revelou ter feito alguma quanto ao manejo da Sífilis. Conformaram-se cinco categorias: O Sistema de Atenção à Saúde do binômio mãe/bebê; As dificuldades/potencialidades do cuidado à gestante com VDRL positivo; o processo de enfermagem como norteador do trabalho; Equipe multiprofissional e sua importância junto à gestante com Sífilis; e Um caminho de possibilidades para efetuação do cuidado. Percebeu-se por meio dos discursos, que algumas dificuldades foram apontadas, como: ausência do parceiro nas consultas, faltas corriqueiras das gestantes para a realização do teste rápido, escassez da caderneta da gestante e dificuldade de acesso daquelas que residem em zona rural para realização de exames. Foi possível perceber também, que as enfermeiras não possuíam capacitações quanto ao manejo da doença. A partir das falas da enfermeiras, tornou-se evidente a necessidade de criação de uma linha de cuidados à gestantes com Sífilis no município, buscando contribuir de maneira direta na melhoria dos problemas ora apresentados, lançando estratégias que agregam novos saberes e fazeres às práticas dos enfermeiros, tendo como foco central o bem-estar do binômio mãe-bebê, haja vista o número de desfechos obstétricos negativos terem aumentado nos últimos tempos. A construção dessa linha de cuidados vem para satisfazer não só as necessidades da população acometida, mas também do seu parceiro, família e comunidade.

**Descritores:** Gestante. Sífilis Congênita. Linha de cuidado.

## ABSTRACT

ARAÚJO, M.A.M. **Construction of a care line for pregnant women with syphilis from the perspective of nurses.** Cuité, 2017. 76f. Course Completion Work (Bachelor of Nursing) – Nursing Academic Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2017.

Gestation is a physiological phenomenon and, for this reason, its evolution happens, in most cases, without interurrences. Maternal infections caused by microorganisms that can be transmitted to the fetus can occur during pregnancy, with severe sequelae for the newborn. Among the various infections that can be acquired during the pregnancy-puerperal period, syphilis has the highest rates of transmission. A useful tool for planning the programmatic actions for the prevention and care of this disease is epidemiological surveillance, which allows the control of various health problems at the various levels of competence of the Unified Health System (SUS). This study aimed to build a care line for the pregnant woman diagnosed with Syphilis from the perspective of nurses working in Primary Health Care in the city of Cuité-PB. The research methodology is approached in a descriptive exploratory qualitative approach. The semi-structured interview script was used as a collection tool. The information collected was analyzed through Content Analysis, in the thematic modality of Bardin. A total sample of seven participating nurses was performed. The results indicate that the nurses interviewed are all female; the prevalent age was 23 to 42 years; most of them married; in terms of training time the majority have recently completed and two professionals have had more than 10 years; time of performance in the APS, 3 of the 7 interviewees claimed little time for performance; degree, one presented *Stricto Sensu* (master's degree) and five *Lato Sensu* (specializations); training, only one has revealed that they have done something about Syphilis management. Five categories were defined: the Health Care System of the mother / baby binomial; The difficulties / potential of care for pregnant women with positive VDRL; the nursing process as guiding the work; Multiprofessional team and its importance with the pregnant woman with Syphilis; and A path of possibilities for effecting care. It was noticed through the speeches, that some difficulties were pointed out, such as: absence of the partner in the consultations, habitual faults of the pregnant women to perform the rapid test, shortage of the pregnant woman's book and difficulty of access of those who live in rural area for accomplishment of exams. It was also possible to realize that the nurses did not have training in the management of the disease. Based on nurses' statements, the need to create a care line for pregnant women with Syphilis in the municipality became evident, seeking to contribute directly to the improvement of the problems presented here, launching strategies that add new knowledge and practices to the practices of nurses, focusing on the well-being of the mother-baby binomial, given the number of negative obstetric outcomes in recent times. The construction of this line of care comes to satisfy not only the needs of the affected population, but also of their partner, family and community.

**Keywords:** Pregnant. Congenital syphilis. Line of care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Preservação do anonimato das enfermeiras entrevistadas, nomeadas como jóias preciosas. ....	34
<b>Quadro 1</b> – Caracterização sociodemográfica das enfermeiras entrevistadas. Cuité – PB, 2017 .....	36
<b>Quadro 2</b> – Caracterização profissional das enfermeiras participantes. Cuité – PB, 2017.....	37
<b>Quadro 3</b> – Unidade temática central e respectivas categorias. Cuité – PB, 2017.....	39
<b>Figura 2</b> – Proposta de linha de cuidado à gestante com Sífilis. ....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
eSF – Equipe de Saúde da Família  
FR – Folho de Rosto  
FTA-Abs - Teste Fluorescente por Absorção de Anticorpos  
HIV – Human Immunodeficiency Virus  
HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro  
ISEA - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida  
IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde  
PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento  
PLATBR - Plataforma Brasil  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem  
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RN – Recém nascido  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SC - Sífilis Congênita  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TELELAB - Programa de Educação Continuada do Ministério da Saúde  
TPHA - Testes Treponêmicos por Aglutinação de Partículas  
TV – Transmissão Vertical  
UBSF's - Unidades Básicas de Saúde da Família  
VDRL - Venereal Disease Research Laboratory Test

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	Contextualização do Problema e Justificativa .....	17
1.2	Objetivos.....	19
1.2.1	<i>Objetivo geral</i> .....	19
1.2.2	<i>Objetivos específicos</i> .....	19
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
2.1	Sífilis: aspectos conceituais e epidemiológicos.....	21
2.1.1	<i>Sífilis na gestação: especificidades e consequências</i> .....	23
2.2	Assistência pré-natal à gestante com sífilis na APS e as linhas de cuidado.....	26
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>29</b>
3.1	Tipo de pesquisa .....	30
3.2	Local da pesquisa.....	30
3.3	População e amostra .....	31
3.4	Instrumento para coleta de dados .....	31
3.5	Procedimento para coleta de dados .....	32
3.6	Análise dos dados .....	33
3.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	33
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
4.1	Caracterização dos participantes do estudo .....	36
4.2	Unidade Temática Central .....	39
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>70</b>
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	71
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO .....	72
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>
	ANEXO A – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	74



## **1 INTRODUÇÃO**

## 1.1 Contextualização do Problema e Justificativa

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por essa razão, sua evolução acontece, na maior parte dos casos, sem intercorrências. As observações clínicas e as estatísticas demonstram que a maioria das gestações começa, evolui e termina sem complicações: são as conhecidas como sendo de baixo risco. Outras, contudo, iniciam com problemas – ou eles surgem durante o seu transcurso – e apresentam maior probabilidade de desfechos desfavoráveis, tanto para o feto quanto para a mãe. Essa parcela é a que constitui o grupo denominado gestantes de alto risco (COSTA et al., 2010a).

Desse modo, a assistência pré-natal tem papel decisivo no resultado da gestação, sobretudo a de alto risco, já que visa a promoção da saúde da gestante e do feto. Uma vez realizada de forma adequada, pode identificar as situações de risco para ambos, permitindo intervenções oportunas. Estudos apontam a associação entre a inadequação do pré-natal às altas taxas de mortalidade fetal, neonatal e infantil, maiores índices de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte materna (CHEN et al., 2007; REZENDE, 2014; ERO et al., 2009).

No intuito de oferecer um pré-natal de qualidade, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que sejam realizados os exames sorológicos de triagem para algumas doenças, tais como a Sífilis, a Hepatite B, a infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), a Toxoplasmose, além da sorologia para Rubéola quando houver sintomas sugestivos. Entretanto, não existe um consenso internacional a respeito de quais dessas infecções devem ser rastreadas, tendo em vista a diversidade de prevalências regionais e a falta de acesso ao tratamento específico (MIRANDA et al., 2012).

Segundo Miranda et al. (2012), as infecções maternas provocadas por microrganismos (bactérias, vírus, protozoários entre outros) passíveis de transmissão ao feto, podem ocorrer durante a gravidez, com graves sequelas para o recém-nascido (RN). Assim, podem aumentar a morbimortalidade perinatal caso não sejam diagnosticadas e tratadas em tempo. Logo, o rastreamento materno dessas doenças durante o pré-natal é fundamental, no sentido de acelerar diagnóstico e, por conseguinte, dar início ao tratamento, quando possível.

Souza e Santana (2013), afirmam que dentre as diversas infecções que podem ser adquiridas no período gravídico-puerperal, a Sífilis é a que possui as maiores taxas de transmissão, considerada uma doença multifacetada que, quando presente na gestação, pode causar efeitos danosos tanto para a mãe quanto para o feto, caso não seja diagnosticada e tratada o mais precocemente possível.

Uma ferramenta útil para o planejamento das ações programáticas de prevenção e assistência a essa doença é a vigilância epidemiológica, a qual permite o controle de vários agravos à saúde nos diversos níveis de competência do Sistema Único de Saúde (SUS). No caso da Sífilis, sobretudo da Sífilis Congênita (SC), é importante mencionar que ambas são de notificação compulsória (SARACENI et al., 2007).

No âmbito da Saúde Pública, é visto que a SC é um problema grave e persistente. Com intenção da eliminação da SC nesse cenário, temos como suporte maior a realização do acompanhamento pré-natal. Aproximar as gestantes, ampliar o acesso e qualificar a assistência, são respostas imprescindíveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima 1 milhão de casos de Sífilis por ano entre as gestantes e recomenda a detecção e o tratamento oportuno, levando em consideração a transmissão da infecção ao feto, com graves complicações (BRASIL, 2014c).

Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos que só podem ser solucionados nos níveis secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas, alguns casos também podem ser resolvidos no nível primário. A definição do nível necessário para a solução dos problemas dependerá do agravo apresentado e qual intervenção será realizada. As normas para uma atuação eficiente da equipe de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresenta, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível os mesmos serão realizados, utilizando-se de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada (BRASIL, 2010b).

Na tentativa de qualificar a assistência, o MS indica a elaboração das linhas de cuidado. Essa é entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde (BRASIL, 2010a).

Tendo em vista a proporção dos danos da doença, sobretudo porque envolve o binômio mãe-bebê, é essencial oferecer um cuidado especializado pautado em ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das complicações, recuperação e manutenção da saúde. Essas ações estabelecem cuidados realizados pelo enfermeiro, que atua diretamente na assistência à saúde da mulher. Pode-se a partir daí, ser criada uma linha de cuidados que contemplem a multidimensionalidade de aspectos inerentes ao processo de cuidar, já que na Atenção Primária à Saúde (APS), o espaço de trabalho oferecido é ampliado, assumindo a

linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde, por ampliar as atividades assistenciais, administrativas e educativas (MORORÓ et al., 2015).

Ademais, ao reconhecer que a SC compõe o quadro de causas de morbimortalidade perinatal evitáveis, é notório a importância em criar uma linha de cuidado voltada as gestantes com *Venereal Disease Research Laboratory Test* (VDRL) positivo. Esse fato é justificado e comprovado por estudos atuais que revelam que as oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento não estão sendo aproveitadas. Sendo assim, as ações direcionadas à eliminação da SC dependem, nomeadamente, da qualificação na assistência, em especial dos profissionais inseridos na APS, a qual é porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa é definida como uma nova forma de organizar a atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população.

Frente ao exposto, emergiram alguns questionamentos: Quais cuidados são prestados pelos enfermeiros da APS às gestantes com VDRL positivo? Como está estruturada a rede de atenção à gestante com VDRL positivo no município de Cuité?

Sob esse prisma, o presente estudo norteou-se pelos questionamentos supracitados e foi desenvolvido com o escopo de alcançar os objetivos descritos a seguir.

## **1.2 Objetivos**

### ***1.2.1 Objetivo geral***

Construir uma proposta de linha de cuidado para a gestante com diagnóstico de Sífilis a partir da visão de enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Cuité-PB.

### ***1.2.2 Objetivos específicos***

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional das enfermeiras entrevistadas,
- Identificar os cuidados prestados por enfermeiras à gestante com Sífilis durante o pré-natal,
- Verificar a estrutura da Rede de Atenção à Saúde da gestante com Sífilis.



## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

## 2.1 Sífilis: aspectos conceituais e epidemiológicos

A Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo transmitida pelo contato sexual, transfusões sanguíneas e de órgãos ou via transmissão congênita. Tornou-se conhecida na Europa no final do século XV, decorrente da sua rápida disseminação por todo o continente, transformando-a em uma das principais pragas mundiais. A doença não tratada progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em Sífilis Primária, Secundária, Latente Recente, Latente Tardia e Terciária. Em geral, os sinais são voltados aos órgãos genitais, podendo ocorrer também manifestações extragenitais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; DANTAS et al., 2017; BRASIL, 2014a).

No que diz respeito à Sífilis Primária sua característica principal é a presença de uma mácula ou pápula vermelha escura que progride rapidamente para uma lesão chamada cancro duro. Ela permanece de 3 a 8 semanas e desaparece com ou sem tratamento. O estágio primário se caracteriza como aquele de difícil diagnóstico, por muitas vezes apresentar-se assintomático. Quanto à Sífilis Secundária, os treponemas são espalhados pelo organismo, ocorrendo de 6 a 8 semanas, após o desaparecimento do cancro duro. No caso da Sífilis Latente, essa possui fase de duração variável em que não se observam sinais e sintomas clínicos, sendo dividida em Latente Recente (até 1 ano de infecção) e Latente Tardia (mais de 1 ano de infecção). Em relação à Sífilis Terciária é conceituada como um período em que ressurge após 3 a 12 anos ou mais do contágio, os sinais e sintomas, porém, em estágios mais avançados (BRASIL, 2014a).

No caso de Sífilis Primária, deve ser administrado Penicilina Benzantina 2,4 milhões UI (Unidades Internacionais) IM (Intramuscular) dose única. Na Sífilis Secundária e Latente Recente, Penicilina Benzantina 2,4 milhões UI IM repetida após uma semana. E por fim, na Sífilis Tardia (Latente e Terciária), Penicilina Benzantina 2,4 milhões UI IM semanal, por 3 semanas (BRASIL, 2015b).

Na década de 1960, ocorreram algumas mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual, levando assim ao aumento de infecções pelo *T. pallidum*. Com o decorrer dos anos, os dados de prevalência mostravam altos índices de úlcera genital, sendo espalhados por várias regiões. Em outros países, a Sífilis era contraída principalmente por grupos vulneráveis, como homossexuais e profissionais do sexo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Segundo Santos e Gonçalves (2016), a detecção precoce das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) é importante tanto para o indivíduo como a nível de saúde pública, permitindo assim tratamento adequado, redução de transmissão entre parceiros, assim como diminuição de riscos e complicações a longo prazo.

O MS, por meio de portarias, definiu uma relação de doenças a serem tidas como doenças de notificação compulsória para o território nacional, onde algumas doenças de transmissão sexual encontram-se inseridas, entre elas, a Sífilis Adquirida, Sífilis em gestante e SC. A Sífilis na gestação tornou-se de notificação compulsória no ano de 2005 e a SC em 1986, na tentativa de criar dados para que os municípios pudessem traçar medidas para reduzir incidências para eliminação desta, sendo a SC evidenciada como problema de Saúde Pública, devido às altas frequências que são conduzidas a desfechos graves para a gestação e bebê. As informações sobre abortos, natimortos e nascidos vivos com SC devem ser inseridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fundamental monitoramento para também eliminação da SC, pois fornece subsídios para o planejamento e definição das intervenções necessárias. O controle desta moléstia no nosso país faz parte das metas do Pacto pela Saúde, onde mesmo com tais projeções em várias regiões, ainda são identificados estudos que mostram dificuldades no controle dessa infecção (DANTAS et al., 2017; BONI; PAGLIARI, 2016; BRASIL, 2005; LAFETÁ et al., 2016; SARACENI et al., 2017).

A prevalência de IST continua crescendo em todo o mundo, com estimativa que ocorra a cada ano 448 milhões de novos casos, e desses, 10 a 12 milhões somente no Brasil. A OMS estima 1 milhão de casos de Sífilis por ano entre as gestantes (ARAÚJO, 2015; BRASIL, 2015).

Destaca-se que há uma maior prevalência de Sífilis em mulheres de baixa condição socioeconômica, com antecedentes obstétricos de risco e com dificuldade de acesso a serviços de saúde, indica maior vulnerabilidade social e reprodutiva, o que torna mais complexo o desafio de controle da doença nessa população (ARAÚJO, 2015).

Conforme Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros, do ano de 2007 ao ano de 2016, por grau de escolaridade 1.738 mulheres analfabetas foram acometidas com sífilis; 1ª a 4ª série incompleta: 12.699; 4ª serie incompleta: 8.534; 5ª a 8ª serie incompleta: 34. 380; fundamental completo: 15.179; médio incompleto: 18. 897; médio completo: 21.180; superior incompleto: 1.505; superior completo: 1.086; ignorado: 49.036. No caso de gestantes com Sífilis no Estado da Paraíba, segundo Idade Gestacional (IG), de 2007 a 2016: 1º trimestre: 407; 2º trimestre: 695; 3º trimestre: 1.288; IG ignorada: 194 (BRASIL, 2016).

Dados da OMS (2008) revelam que 1,4 milhões de gestantes em todo o mundo foram infectadas com Sífilis, das quais 80% dividiam-se por frequentar o serviço de cuidados pré-natais. Dessa porcentagem, 20% não compareciam ao serviço para receber a assistência adequada. Quando esta é transmitida via intraútero, ocasiona a SC e, se não tratada, apresenta alta taxa de mortalidade. Em gestantes não tratadas, a transmissão nas fases primária e secundária são elevadas, cerca de 70% a 100%. O último levantamento sobre Sífilis entre parturientes no Brasil incluiu uma amostra de aproximadamente 36.000 gestantes, distribuídas entre as cinco regiões geográficas brasileiras. Ainda em 2013 observou-se uma taxa de detecção de 7,4 casos de Sífilis em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos. O número de casos de SC no Brasil ainda é crescente. São registrados 3.059.402 partos por ano e a prevalência de Sífilis na gestação é de 1,6%. (BONI; PAGLIARI, 2016; BRASIL, 2014c; LAZARINI; BARBOSA, 2017; SARACENI et al., 2017).

### ***2.1.1 Sífilis na gestação: especificidades e consequências***

Como já referido anteriormente, dentre as várias doenças infecciosas que podem ser adquiridas durante o período gravídico puerperal, a Sífilis se destaca como possuidora das maiores taxas de transmissão. Constituindo um sério problema de Saúde Pública por acarretar danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente na saúde materna quanto a fetal, dando-se sua transmissão no período gestacional, durante o parto e no pós-parto. Está presente em 1,6% das gestantes brasileiras, segundo aponta o Estudo Sentinela Parturiente e incide anualmente em 15 mil crianças com SC (COSTA et al., 2010b; FELIZ et al., 2016; MAGALHÃES et al., 2013).

É uma doença multifacetada de abrangência mundial, infecciosa e sistêmica, que quando ocorre na gestação é acompanhada por efeitos nocivos tanto para mãe quanto para o bebê, caso não seja tratado o mais precocemente possível. Sua evolução é vista por estágio sintomático e assintomático, podendo acometer qualquer órgão do corpo, sendo as alterações fisiopatogênicas na gestante, as mesmas acometidas em mulheres não gestantes (BRASIL, 2006).

Embora o diagnóstico e tratamento da Sífilis estejam plenamente acessíveis, a combinação da infecção materna com o óbito fetal são ainda fenômenos frequentes. As complicações vão de distúrbios hematológicos a neurológicos, ósseos até os cardiovasculares. É associada a ocorrência da Sífilis principalmente o baixo nível socioeconômico (embora não seja uma doença restrita às camadas mais baixas, os marcadores principais apontam baixa

escolaridade e baixa renda), coinfeção por HIV, uso de drogas, gravidez na adolescência, história de natimortalidade, comportamento sexual de risco e acesso limitado aos cuidados de saúde. (MAGALHÃES et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2011; SOUZA; SANTANA, 2013).

Quando a gestante adquire a infecção durante o período gestacional, ela inicia pelo primeiro estágio, denominado Sífilis primária, que se caracteriza pelo aparecimento do cancro duro, geralmente nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino, aparecendo entre 10 e 90 dias (média de 21 dias), após o contato sexual, sendo evidenciado também aumento dos linfonodos locais. No segundo estágio tanto a gestante que possuía a Sífilis quanto a que contraiu durante o período gestacional, pode transmitir. Os sintomas das fases primária e secundária regridem com o tempo, mesmo sem tratamento. Quanto mais antiga for a doença materna, menor o risco de transmissão para o feto. O risco de transmissão do *T. pallidum*, é dependente do estágio da infecção materna e da idade gestacional em que ocorre a exposição fetal, sendo de 70 a 100% a taxa de transmissão observada em gestantes com Sífilis Recente e de 30 a 40% nos casos de Sífilis Tardia. (BRASIL, 2014a; COSTA et al., 2010b; NASCIMENTO et al., 2011; SOUZA; SANTANA, 2013).

Souza e Santana (2013) relatam ainda que, mesmo com a regressão dos sintomas, é uma causa de grande mortalidade na vida intrauterina, levando a desfechos deletérios na gestação, remetendo-se a mortes fetais, abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, neonatos doentes e graves sequelas nos nascidos vivos.

No Brasil, a luta pelo controle da SC vem ocorrendo há anos. Além do controle desta doença encontrar inúmeras barreiras de origem demográfica, socioeconômica e comportamental, metas foram estabelecidas pelo MS, programas de incentivo ao rastreamento da Sífilis no pré-natal foram propostos, as campanhas são realizadas, manuais de orientações para profissionais de saúde foram divulgados, a doença foi incluída no registro do SINAN, entretanto, as taxas ainda permanecem elevadas. Souza ainda afirma que aproximadamente 40% dos conceptos infectados evoluem para aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal. Dentre as manifestações clínicas mais citadas da SC, destaca-se a prematuridade e o baixo peso ao nascer (BONI; PAGLIARI, 2016; HEBMULLER et al., 2015).

A transmissão vertical (TV) do agente etiológico por via transplacentária pode ocorrer em qualquer momento da gestação. A frequência da TV nas fases primária e secundária da doença varia entre 70 a 100%. Na presença de infecção recente não tratada, estima-se que 25% das gestações terminem em aborto tardio ou óbito fetal, 11% em óbito neonatal de recém-natos a termo, 13% em parto prematuro ou baixo peso ao nascer e 20% apresentando

sinais clínicos de Sífilis Congênita, calculando-se também cerca de 500.000 casos de óbitos fetais, globalmente registrados por ano, estando relacionados à Sífilis Congênita (FELIZ et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2011)

A maioria dos bebês que são acometidos pela Sífilis (principalmente no terceiro trimestre) são assintomáticos, levando a um diagnóstico complicado devido a presença de anticorpos maternos e pela impossibilidade de cultivar o *T. pallidum*. A dificuldade no fechamento do diagnóstico leva concomitantemente a falta de conhecimento da mãe acerca dos cuidados e medidas que devem ser tomadas com seu bebê que acabou de nascer e vai ser levado para sua casa (COSTA et al., 2010b; HEBMULLER et al., 2015).

Diante desses achados, fica comprovado que a mortalidade perinatal possui uma forte relação com a SC, ressaltando-se que o coeficiente de mortalidade infantil é um indicador de saúde, que além de informar a respeito dos níveis de saúde de uma determinada população, como a de gestantes com Sífilis, sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético. Vale salientar ainda, que a SC se insere no quadro de causa perinatal evitável, pois é possível fazer o diagnóstico e proceder ao tratamento efetivo e necessário, na gestação, visto que o neonato de uma gestante que teve Sífilis não é considerado, a princípio, infectado ou caso de SC, se o tratamento materno antes ou durante a gestação tiver sido adequado e devidamente documentado durante o acompanhamento pré-natal, com a realização de testes diagnósticos apropriados. Quando essas condições não forem cumpridas, o recém-nascido será investigado e tratado e a mãe iniciará o tratamento durante a estadia na maternidade (HEBMULLER et al., 2015; SOUZA; SANTANA, 2013).

Boni e Pagliari (2016) conceituam ainda a SC como um importante marcador da qualidade da Saúde Pública, devido a sua TV ser efetivamente reduzida quando o acompanhamento com as gestantes for satisfatória. Não há justificativa nas incidências anuais dos fatos ocorridos, visto que há intervenções destinadas a aumentar coberturas de triagem, tratamento e prevenção da doença.

Quando a SC não se insere no quadro de causa perinatal evitável, o bebê também é exposto ao agente etiológico, na maioria das vezes não apresentando manifestações clínicas da doença ao nascer, mas apresentando no decorrer dos primeiros anos de vida alterações como lesões progressivas articulares, dentárias e oculares, sequelas irreversíveis como surdez e déficit de aprendizagem, além do impacto na vida social e emocional da criança. É importante salientar que durante o pré natal os cuidados são mais eficientes e satisfatórios, enquanto que, os investimentos relacionados aos bebês infectados são mais caros por, por

muitas vezes, necessitarem de serviços especializados e alta complexidade (BONI; PAGLIARI, 2016; FELIZ et al., 2016).

Por essa razão, é fundamental enaltecer a importância da assistência pré-natal no sentido de obter o diagnóstico precoce e, assim, iniciar os cuidados desde a gestação, sendo um importante determinante na redução das taxas de SC e o controle da doença.

## **2.2 Assistência pré-natal à gestante com Sífilis na Atenção Primária à Saúde e as linhas de cuidado**

O MS aborda a assistência pré-natal desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, a questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez e de suas possíveis intercorrências, promoção da saúde, gestações em situações especiais e assistência ao parto/nascimento e puerpério (BRASIL, 2012a).

A oferta do serviço pré-natal altera os desfechos das gestações. Sua ausência pode elevar a mortalidade perinatal em até cinco vezes, além de ser determinante para a prevenção de morbimortalidade envolvendo mãe/bebê. Esse fato atrela-se a partir do cumprimento de procedimentos protocolados como básicos, a exemplo da realização de exames clínicos e laboratoriais e o acompanhamento da gestação por meio de consultas periódicas que permitem a detecção de alguma doença como também o tratamento oportuno de fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mãe e do bebê (MAGALHÃES et al., 2013; MELO et al., 2015).

Durante a realização do pré-natal pressupõe-se que haja uma avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável, sendo ainda um fator de proteção para a saúde da mãe por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde. Quando bem conduzida, pode contornar problemas obstétricos, prevenir danos e assegurar partos e nascimentos saudáveis (BRASIL, 2010a).

Estudos brasileiros sobre saúde perinatal mostram que o acesso das gestantes à atenção pré-natal, avaliado também pelo número de consultas realizadas e o mês do início do atendimento, protege contra a prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito perinatal (LEAL et al., 2015).

Leal et al. (2015) ainda afirmam que a avaliação direcionada à qualidade da atenção pré-natal é um passo crucial para medir sua efetividade e o impacto que a mesma causa nos indicadores de resultados maternos e neonatais. A construção dos índices que abrange todas os estados brasileiros deve ser baseada nos critérios estabelecidos pelo Programa de

Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que objetiva fornecer uma assistência de qualidade e humanizada à gestante e ao RN, estabelecendo bases referenciais para a promoção de uma assistência pré-natal de qualidade em todo Brasil e que associa também um conjunto de exames laboratoriais, administração de vacinas, realização de atividades educativas, classificação de risco e encaminhamento dos casos de riscos.

Para viabilizar a detecção precoce das doenças na gravidez, em especial a da Sífilis, o MS protocola procedimentos básicos para avaliação. É preconizado que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida à pelo menos dois exames de VDRL. Deve-se ainda realizar novo teste VDRL no momento do parto para garantir ao RN a possibilidade de tratamento, caso a gestante não tenha sido tratada ou se reinfected após a terapêutica medicamentosa (DANTAS et al., 2017; MAGALHÃES et al., 2013).

Contudo, embora haja uma maior oferta diagnóstica, sobretudo dos testes rápidos na APS para as gestantes e seus parceiros, a TV não tem diminuído da forma esperada. Evidencia-se que, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora da doença. O cuidado dispensado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) precisa somar tecnologias existentes à assistência de qualidade para a redução da SC. Quando usados adequadamente, os dados de notificação compulsória contribuem para essa redução (SARACENI et al., 2017).

Desse modo, o controle da SC se constitui em um dos desafios para a saúde pública. A OMS adverte que sua eliminação contribuirá para três dos grandes objetivos de desenvolvimento do milênio: a redução da mortalidade infantil, melhoramento da saúde materna e a luta contra HIV/AIDS dentre outras doenças (SOUZA; SANTANA, 2013).

Entretanto, a despeito do grande número de óbitos fetais registrados decorrentes da SC, o tema ainda tem sido pouco priorizado no que tange a atenção política e as iniciativas programáticas. Nascimento et al. (2011), ressaltam que a falha das ações de prevenção da Sífilis no pré-natal requer intervenções delineadas depois de uma análise adequada da situação voltada à saúde da população de gestantes, e da identificação das principais causas que levam o óbito fetal nas diferentes regiões geográficas.

No âmbito da APS o trabalho desenvolvido pelas ESFs, sobretudo do enfermeiro, é essencial no combate à SC. Por se configurar como àquele que é mais próximo da comunidade, pode colaborar para a mudança no quadro epidemiológico atual da doença. Porém, os profissionais que atuam diretamente com as gestantes necessitam de preparo técnico e um olhar interdisciplinar, dada sua complexidade diagnóstica e assistencial (CAVALCANTE et al., 2017).

Autores asseguram que para promover o cuidado à gestante com Sífilis, esse não deve ser direcionado somente à mãe e à criança infectadas, visto que a família também necessita ser assistida. Para tanto, é primordial o planejamento e execução de estratégias que envolvam a tríade mãe-bebê-família, uma vez que incentivam a formação de vínculos que auxiliam na adesão ao seguimento e oferta da assistência multidisciplinar, quando houver necessidade (FELIZ et al., 2016).

Nessa conjuntura, como contribuir com uma assistência adequada e humanizada para que os números de SC sejam reduzidos? É imperativo que haja compromisso com a comunidade, a fim de suscitar mudanças nos determinantes de saúde, ofertando atenção de qualidade e centrada na referida tríade. A sugestão é a construção de um trabalho em rede entre os diferentes profissionais envolvidos, nos diversos serviços de saúde e setores sociais. Assim, a continuidade do cuidado deve estar inserida numa linha de cuidados efetiva e acessível a todas as gestantes com Sífilis (ZAMPIERI et al., 2013).

Entende-se por linha de cuidado o conjunto de ações a serem desenvolvidas em cada unidade de atenção à saúde e de apoio diagnóstico que compõem um determinado sistema bem como os profissionais envolvidos e os recursos necessários, incluindo medicamentos e insumos. Deve ser expressa por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde em um dado sistema. Para que possa ser definida num sistema, há a necessidade de elaboração prévia de protocolos clínicos e/ou revisão crítica dos existentes em relação às patologias e às condições clínicas sob as quais se deseja atuar (BRASIL, 2010a).

A linha de cuidado deve ser capaz de promover a saúde, prevenir agravos e doenças, tratar e cuidar. A rede básica é tida como alicerce da promoção à saúde, de maneira que os outros níveis assistenciais se complementam no que se refere a outros níveis de cuidado. Dessa forma, a integralidade começa pela organização do processo de trabalho na APS, onde a assistência deve ser multiprofissional, e operada através de diretrizes em que a equipe se responsabiliza pelo cuidado prestado ao cliente. Esse cuidado é apontado como integral, cuidando do indivíduo como um todo, pois é exercido a partir de diversos saberes e práticas. Portanto, todos os recursos disponíveis devem ser seguidos por fluxos, sendo guiado pelo projeto terapêutico com acesso e garantia ao atendimento (LAGO et al., 2010; ZAMPIERI et al., 2013).



### **3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **3.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa em campo conta com o objeto/fonte e é abordado em seu meio ambiente próprio. A coleta de dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. Outra distinção, é a de que no estudo de campo, estuda-se um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ressaltando a interação de seus componentes (GIL, 2008).

Assim, o estudo de campo tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação. Minayo (2009) traz ainda o campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação. A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos, objetivando também maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses acerca do mesmo (GIL, 2008; SEVERINO, 2007).

Minayo (2009) define a abordagem qualitativa como uma pesquisa que trabalha com um universo de significados, ligados a valores, crenças, atitudes, onde fará com que o espaço se torne mais profundo em relações, processos e fenômenos. Gil (2008) ainda complementa a definição ao afirmar que a pesquisa qualitativa consiste na busca pela compreensão de um fenômeno específico em profundidade, em que o participante da pesquisa e o pesquisador, interagem lidando com comparações, interpretações e descrições.

### **3.2 Local da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) que compõem a ESF do município de Cuité-PB. Atualmente existem cinco USFs situadas na zona urbana e quatro na zona rural, respectivamente: Abílio Chacon Filho, Diomedes Lucas Carvalho, Ezequias Venâncio dos Santos, Luiza Dantas de Medeiros, Raimunda Domingos de Moura (zonas urbanas); Assentamento Retiro e Batentes, Catolé, Serra do Bombocadinho, Melo (zonas rurais).

A cidade de Cuité está localizada na microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano, com uma população estimada atualmente, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2016) em 20.337 habitantes, com densidade demográfica de 26,93 hab./Km<sup>2</sup>.

Optou-se em realizar o estudo no referido município na intenção de melhorar a assistência à gestante com VDRL positivo, em especial da enfermagem, partindo do princípio que a APS é a porta preferencial de entrada para os serviços da RAS.

### **3.3 População e amostra**

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuité, existem atualmente nove USF's no município. Entendendo que, segundo o MS, cada Equipe de Saúde da Família (eSF) é composta por um profissional enfermeiro, a população do estudo foi a mesma quantidade de Unidades. Portanto, foi considerada uma amostra inicial de nove enfermeiros atuantes no referido município, com base nos seguintes critérios de inclusão:

- I. Ser Enfermeiro;
- II. Atuar em uma das USFs do município de Cuité;
- III. Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e
- IV. Não estar de férias e/ou licença durante o período da coleta de dados.

Contudo, a amostra final totalizou em sete enfermeiras, uma vez que, embora a pesquisadora tenha ido ao âmbito laboral de todas na intenção de realizar a coleta, duas delas recusaram participar da pesquisa (uma enfermeira da zona urbana, e uma da zona rural).

### **3.4 Instrumento para coleta de dados**

O instrumento de coleta utilizado no estudo foi o roteiro de entrevista (APÊNDICE B), elaborado pela pesquisadora participante junto à orientadora da pesquisa, de forma que este, foi implementado exclusivamente na investigação, contendo questionamentos acerca do tema proposto.

Para guiar o processo de coleta foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada. Nesse tipo de entrevista o pesquisador faz perguntas pré-estabelecidas que considera principais, mas está livre para ir além, podendo elaborar novas perguntas que tornem as respostas mais completas. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversa informal (MARCONI; LAKATOS, 2010).

### 3.5 Procedimento para coleta de dados

Inicialmente foi realizado o cadastro na Plataforma Brasil (PLATBR), no qual foi gerada a Folha de Rosto (FR), documento que comprova, por meio de assinaturas específicas, a responsabilidade para com o estudo. Simultaneamente, foram providenciadas as assinaturas do Termo de Autorização I (ANEXO A), Termo de Autorização II (ANEXO B), Termo de Compromisso dos Pesquisadores (ANEXO C), Termo de Submissão do Projeto de TCC na PLATBR (ANEXO D) e Declaração de Divulgação dos Resultados (ANEXO E).

Em seguida à autorização por escrito, os termos mencionados foram anexados juntamente à FR na página *online* da PLATBR e o projeto encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Após a aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), Parecer de nº 2.382.256, perante certidão (ANEXO F) e sob o número CAAE: 76904417.3.0000.5182, a coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2017, em horários previamente agendados.

A princípio, foi feita a busca dos enfermeiros atuantes na ESF e que não estivessem de férias ou algum tipo de licença. De posse dessas informações, foram marcadas e feitas as visitas às USF's, quando foram convidados a participarem da pesquisa, sendo explicitada a sua finalidade e o modo de realização. Ademais, foram solicitadas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no APÊNDICE A, quando foi dada a oportunidade de esclarecer sobre a garantia do anonimato da identidade.

Dado início as entrevistas, a primeira parte, referente aos dados sociodemográficos, foi registrada junto ao roteiro. A segunda parte foi direcionada às questões específicas, sendo utilizado um gravador de voz para registrá-las e, posteriormente, transcrevê-las. A duração total das entrevistas variou entre 5 e 10 minutos.

Vale lembrar que a pesquisa em tela apresentou riscos considerados mínimos, pois as participantes podem, porventura, terem ficado inibidas no momento da realização da entrevista. Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar a assistência à gestante com VDRL positivo na Atenção Primária à Saúde no referido município. Os riscos se justificam, porque, mesmo ficando inicialmente inibidas com a presença da pesquisadora participante, tiveram a oportunidade de tirar suas dúvidas a respeito do assunto abordado.

### 3.6 Análise dos dados

Para analisar as informações colhidas, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática, tida como um método característico da natureza qualitativa, quando o pesquisador tem a chance de olhar atentamente para os dados da pesquisa e obtém respostas teórico-metodológicas (MINAYO, 2009).

Bardin (2011, p. 48 apud MINAYO, 2009) acrescenta-se a essa técnica como sendo:

[...] a Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

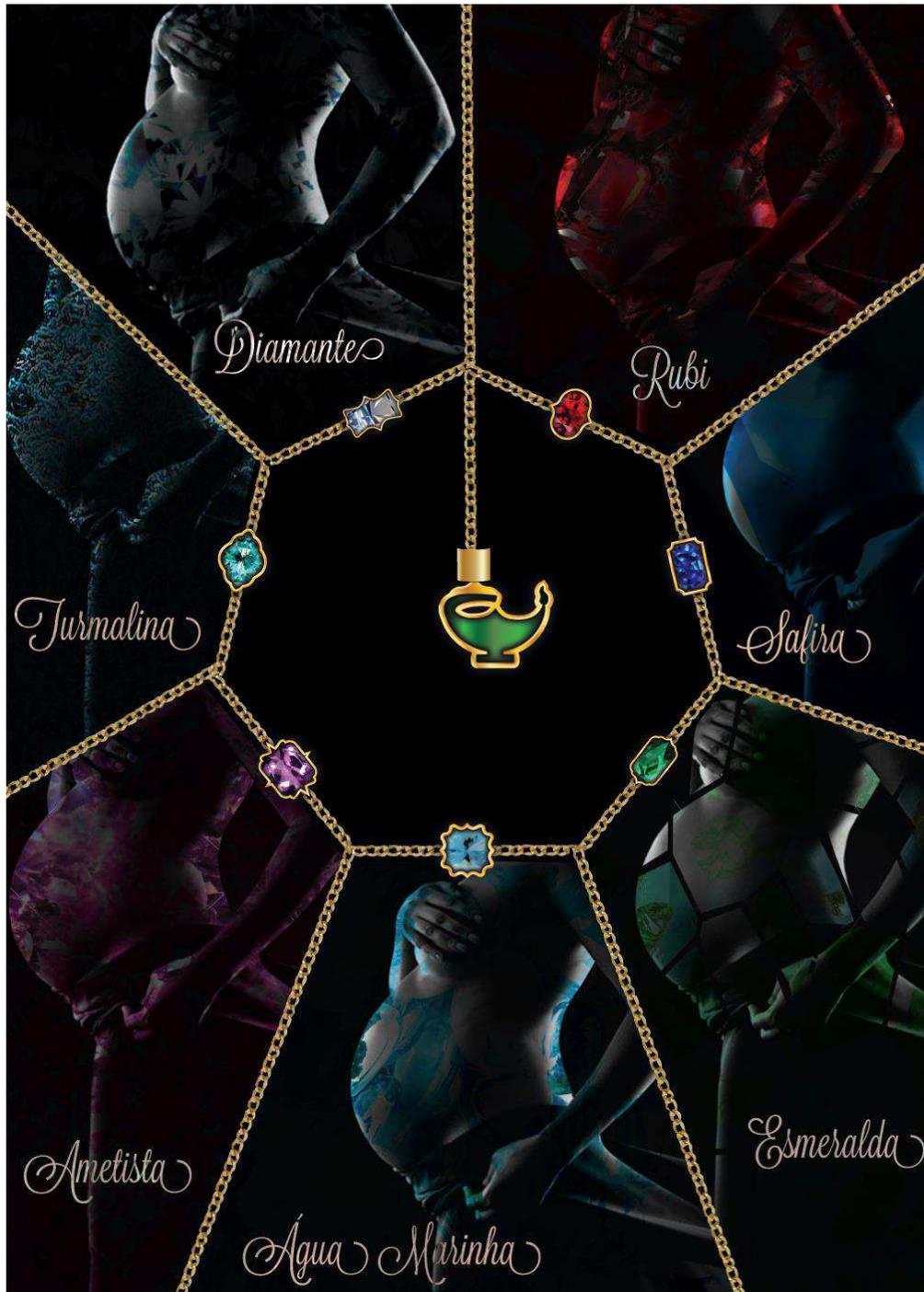
É oportuno destacar que, após a coleta das informações, a partir dos discursos obtidos, houve o agrupamento dos dados para, em seguida, serem analisados. Os mesmos foram explorados por meio da leitura flutuante e exaustiva, seguindo o passo a passo orientado por Bardin.

### 3.7 Aspectos éticos da pesquisa

O referido estudo teve como âncora as resoluções nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que regulamentam todos os princípios éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos e fundamentação do código de ética dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2012c; COFEN, 2007).

Com base em tais resoluções, alguns aspectos foram respeitados: os participantes da pesquisa em sua dignidade reconhecendo sua vulnerabilidade e sua vontade assegurada de permanecer ou não de qualquer fase da pesquisa; ser adequada aos princípios científicos; a garantia do sigilo de informações colhidas, assim como a obtenção do TCLE por ambas as partes, a partir da aquiescência do participante (BRASIL, 2012c).

Assim, com o intuito de manter o anonimato das participantes, foram utilizados codinomes de joias preciosas, conforme explicitado abaixo na Figura 1. O uso dessa denominação emergiu da reflexão acerca do valor do trabalho do enfermeiro na APS, visto que, sem a atuação desse profissional, o cuidado às gestantes apresentaria lacunas que, provavelmente, fragilizariam a continuidade dos serviços ofertados na RAS.



**Figura 1** – Preservação do anonimato das enfermeiras entrevistadas, nomeadas como jóias preciosas.  
Fonte: Dados da pesquisa, 2017.



#### **4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo abarca todas as informações coletadas e transcritas, obtidas a partir das entrevistas realizadas com as enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) das zonas urbana e rural do município de Cuité-PB. Ressalta-se que, das nove enfermeiras atuantes no município, apenas sete concordaram em participar da pesquisa.

Os dados concernentes às características sociodemográficas e profissionais dos entrevistados estão apresentados no item a seguir.

#### 4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Os colaboradores do estudo responderam a questionamentos quanto ao sexo, idade e estado civil, sendo demonstrado no Quadro abaixo:

**Quadro 1** – Caracterização sociodemográfica das enfermeiras entrevistadas. Cuité – PB, 2017

<b>Entrevistada</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>
<b>Diamante</b>	Feminino	42	Casada
<b>Rubi</b>	Feminino	-	Casada
<b>Ametista</b>	Feminino	23	Casada
<b>Água Marinha</b>	Feminino	28	União não oficializada
<b>Esmeralda</b>	Feminino	26	Casada
<b>Turmalina</b>	Feminino	30	União não oficializada
<b>Safira</b>	Feminino	33	Casada

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Com base nas informações do Quadro acima, verifica-se que todos os participantes da pesquisa são do sexo feminino. Autores afirmam que a predominância feminina na classe da Enfermagem é justificada com base no histórico da construção da profissão. E ainda, que a atuação de enfermeiros do sexo feminino é predominante nas APS, sendo comum encontrar profissionais do sexo masculino nos níveis secundários de atenção à saúde (FARIA et al., 2016; FREIRE et al., 2016; SILVA et al., 2015).

No que concerne à idade, apresenta-se entre vinte e três a quarenta e dois anos. Convém salientar que uma delas negou-se a verbalizar a idade, sendo respeitada assim sua

decisão. Segundo Faria et al. (2016), a concentração de profissionais jovens na APS é compatível com a disponibilidade de vagas de emprego. Tal âmbito, nos últimos dez anos, ampliou para 61% o número total de atendimento da população.

Quanto ao estado civil, grande parte era casada e, apenas duas mencionaram ter união não oficializada. Segundo Corrêa et al. (2012), as mulheres/enfermeiras que atuam na APS, além de exercerem tal função assumem papel de chefe da família. Os autores ressaltam a dupla jornada que as mulheres vêm assumindo ao longo das décadas e, também, a relevante conquista com a sua grande inserção no mercado de trabalho, sendo assim reconhecidas como profissionais que somam no cuidado à saúde da população, seja na esfera pública ou privada.

A segunda parte da entrevista foi direcionada aos dados profissionais das enfermeiras, como tempo de formação, tempo de atuação na APS, titulação e capacitação relacionada à Sífilis, como evidenciado no Quadro 2.

**Quadro 2** – Caracterização profissional das enfermeiras participantes. Cuité – PB, 2017.

<i>Entrevistada</i>	<i>Tempo de formação</i>	<i>Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde</i>	<i>Titulação</i>	<i>Capacitação relacionada à Sífilis</i>
<b>Diamante</b>	17 anos	17 anos	Mestre em ciências da saúde	DST/AIDS, abordagens sindrômicas voltada a sintomatologia de DST's
<b>Rubi</b>	15 anos	15 anos	Especialista em saúde pública	-
<b>Ametista</b>	1 ano	11 meses	-	-
<b>Água Marinha</b>	2 anos	11 meses	Pós em obstetrícia em curso	-
<b>Esmeralda</b>	3 anos	11 meses	Especialista em auditoria e sistemas de	-

			saúde	
<b>Turmalina</b>	6 anos	3 anos	Especialista em urgência e emergência	-
<b>Safira</b>	8 anos	11 meses	Especialização em oncologia	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Quanto ao tempo de formação, a maioria concluiu recentemente a graduação e apenas duas profissionais apresentaram tempo superior a 10 anos de formadas. No que compete ao tempo de atuação na APS, os resultados variaram entre 11 meses a 17 anos. Ressalta-se que três das sete entrevistadas alegam pouco tempo de atuação, revelando algumas dificuldades quanto à rotina do serviço. Haja vista esse nível de atenção requerer bastante do profissional que nele atua, sobretudo no manejo das diversas situações, fica claro a necessidade de capacitação contínua dos seus recursos humanos.

Estudos apontam que o maior tempo de formação na enfermagem associado ao longo período de tempo de trabalho na ESF pode elevar o conhecimento e melhorar a prática profissional no serviço, levando a crer que serão profissionais capacitados assim como terão um bom relacionamento com a comunidade e equipe de saúde. Por outro lado, a ampliação das ESF's e, conseqüentemente, a inserção de novos enfermeiros no serviço, foi aberto um novo nicho para os profissionais jovens, com poucos anos de experiência, apresentando assim, uma mescla nos tempos de serviços de diferentes APS de todo o país (FARIA et al., 2016; SILVA et al., 2015).

Em relação à titulação das enfermeiras, uma apresenta *Stricto Sensu* (mestrado), cinco *Lato Sensu* (especialização), sendo uma em andamento. Corrêa et al. (2012) mencionam a preocupação dos recém formados em relação à continuidade dos estudos, sendo evidente o empenho dos profissionais para aprimoramento e capacitação. Já Costa et al. (2014, p. 1479) dizem que a “pós-graduação pode ter um reflexo positivo na prática dos profissionais da área da saúde. Benefícios como maior reconhecimento profissional, recompensa financeira, maior criticidade e exigência do mercado de trabalho” são aspectos citados pelos autores.

Um dado que merece ênfase é quanto à capacitação direcionada à Sífilis, pois somente uma colaboradora verbalizou ter realizado. O restante afirmou ter feito o curso para capacitação à realização dos testes rápidos – o TELELAB (Programa de Educação

Continuada do Ministério da Saúde, que disponibiliza cursos gratuitos, tendo como público alvo os profissionais da área da saúde).

Pesquisas demonstram que a necessidade de capacitação dos enfermeiros é crucial para uma prática de serviço voltado ao pré-natal de qualidade no que se refere à Sífilis na gestação. Ao sair da graduação, os profissionais devem investir em especializações, para que atuem na Rede de maneira mais efetiva. As capacitações visam justamente o aprimoramento profissional da classe, apresentando uma boa resolutividade dos serviços (CARVALHO; BRITO, 2014; CORRÊA et al., 2012).

Nesse estudo, considera-se preocupante a falta de capacitação das enfermeiras, uma vez que tal lacuna impede que melhorias no que tange ao manejo da Sífilis na gestação sejam realizadas. Percebe-se a carência de estudos que abordem o cuidado voltado a gestante com VDRL positivo, refletindo em algumas deficiências na qualidade do serviço de assistência pré-natal e pós-parto, que contribuem para elevadas incidências da SC. Dessa forma, propõe-se a implementação de ações com o intuito de superar esses casos, reduzindo assim o número de SC, hospitalizações e ampliando a qualidade de vida do binômio mãe-bebê (SUTO et al., 2016).

#### 4.2 Unidade Temática Central

Mediante análise minuciosa das falas das participantes da pesquisa, foram nomeadas a Unidade Temática Central e suas respectivas categorias, as quais estão detalhadas a seguir no Quadro 3.

**Quadro 3** – Unidade temática central e suas respectivas categorias. Cuité – PB, 2017.

UNIDADE TEMÁTICA CENTRAL	CATEGORIAS
Conhecimento das enfermeiras da APS acerca da Sífilis na gestação	<p>O Sistema de Atenção à Saúde ao binômio mãe/bebê</p> <p>As dificuldades/potencialidades do cuidado à gestante com VDRL positivo</p> <p>O processo de enfermagem como norteador do cuidado</p> <p>Equipe multiprofissional e sua importância junto ao cuidado da gestante com Sífilis</p>

Um caminho de possibilidades para  
efetivação do cuidado

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Quando nos referimos ao conhecimento dos enfermeiros da APS acerca da Sífilis na gestação, estamos questionando como os profissionais lidam com os casos de gestantes com VDRL positivo em suas respectivas Unidades. Se, porventura, não estiverem acompanhando uma gestante com tal diagnóstico no momento, como iriam atender um possível caso. Autores ressaltam a importância do enfermeiro conhecer a doença como um todo, atentando para o rastreamento durante o pré-natal, a realização de atividades educativas bem como a captação dos parceiros sexuais para o tratamento. Em outras palavras, medidas que sejam necessárias para modificar a realidade e minimizar os riscos às gestantes, contribuindo diretamente no controle de sua incidência (FIGUEIREDO et al., 2015; NUNES et al., 2017).

**Categoria 1: O Sistema de Atenção à Saúde ao binômio mãe/bebê**

O cuidado adequado associado ao pré-natal é apontado como fator determinante na prevenção da morbimortalidade materno/infantil. Desfechos são tidos como desfavoráveis nas condições em que o descumprimento de procedimentos básicos são evidenciados, como a demora na adesão, a não realização de exames clínicos trimestrais, acompanhamento de consultas periódicas as quais permitem detecção precoce e tratamento oportuno, trazendo em conjunto complicações à saúde da mãe/bebê, se não seguidas de maneira correta. A Sífilis em gestantes, quando inadequadamente tratada, pode acarretar em diversas consequências para o conceito, a exemplo do abortamento, prematuridade e óbito (MAGALHÃES et al., 2013; MELO et al., 2015).

Tal cuidado deve ser ofertado pelo Sistema de Atenção à Saúde, no Brasil conhecido como SUS. Esse Sistema pode ser também definido como RAS, tendo por objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para oferecer o cuidado de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada e baseada nos princípios e diretrizes do SUS.

A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 ainda designa a RAS como:

“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado“ (BRASIL, 2010a, p.4).

É importante dizer que a RAS funciona também como forma de prevenção às doenças e promoção da saúde, assim como a diminuição de agravos. O Sistema de Atenção à Saúde deve ser ofertado pelos profissionais de maneira contínua, de forma que o atendimento não seja fracionado. A eliminação da Sífilis depende da qualificação na assistência, principalmente da equipe inserida na APS, o qual se direciona como porta de entrada dessa Rede. Tais afirmações se enquadram nas falas das entrevistadas, a seguir:

*“Bom... é... a porta de entrada né como atenção básica [...] o PSF ele tem esse poder de ter o acesso e o acompanhamento a todas essas gestantes e aquelas que não têm o acompanhamento, que porventura elas, as faltosas, as que não querem fazer pré natal, se recusa... a gente consegue ter esse domínio [...] Então no momento que a gente faz o pré natal, que a gente solicita os exames, né... que é, tanto os testes rápidos, o VDRL quando dá positivo, né... [...] como enfermeiro eu encaminho para o profissional médico do próprio PSF, né... que aí é o encaminhamento que a gente chama encaminhamento interno... então a gente encaminha, é... mediante o resultado [...] o caso de sífilis é uma característica de pré natal em algumas situações que a gente vai acompanhando que precise e que necessite encaminhar... aí a gente faz um encaminhamento para a rede de assistência né? os encaminhamentos mesmo, de alto risco, de acompanhamento mesmo, de tratamento, é o ISEA, certo?” (Diamante)*

*“Surgiu um caso, por exemplo, é... no teste rápido deu... sífilis positivo, então o que é que a gente vai fazer? Vai repetir o teste, é... vai... caso seja positivo novamente, a gente vai enviar pra o exame laboratorial, nesse exame laboratorial a gente marca no hospital, esse exame é marcado a gente comunica a gestante, essa gestante faz! Caso seja confirmado através do exame laboratorial a gente vai encaminhar ela pra o tratamento [...]” (Ametista)*

*“[...] a gente tem o diagnóstico né, o VDRL positivo, aí a gente vai fazer a notificação dessa gestante pra entrar no sistema né como como notificação e iniciar o tratamento mais precocemente possível que é a base de penicilina... aí o médico é que vai ajustar a dose e como vai ser tomada...” (Turmalina)*

Analisando as falas, constata-se que existe sim um caminho no qual a gestante com Sífilis percorre no município de Cuité. As enfermeiras possuem conhecimento sobre como funciona e como deve ser seguida, em casos de VDRL positivo. Evidencia-se ainda que todas realizam os testes rápidos durante o acompanhamento pré-natal, sabendo como agir caso o exame apresente-se reagente, no sentido de encaminhar essas gestantes aos setores de referência, para dar continuidade ao atendimento em conjunto com sua Unidade.

A reorganização das práticas de saúde nas Unidades como condição da equipe coordenar o cuidado na RAS deve ser estimulada, para que sejam capazes de acompanhar os

usuários em todo o seu fluxo de atendimento dentro do Sistema, até que a demanda do usuário seja efetivada (UNA/SUS, 2015).

*“[...] eu tive um caso de VDRL no passado, né... mesmo depois da gravidez, é, a gente ficou acompanhando ela pós gravidez e, dava positivo... até a semana passada ela veio, pra retornar, depois de vários anos ela retornou ao PSF, e ela, essa paciente continuou dando positivo, porque ela tem essa questão da sorolo... da cicatriz sorológica mesmo... o bebê nasceu bem, sabe... graças a Deus, foi feito o exame dele... e tá tudo, deu tudo bem graças a Deus [...]” (Diamante)*

O acompanhamento realizado pela eSF à gestante com VDRL positivo é essencial, pois dispõe de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de complicações, recuperação e manutenção da saúde. Esses cuidados se tornam mais efetivos e especializados, quando o sistema de referência/contrarreferência funciona. Esse sistema de integração de Redes de Saúde proporciona aos usuários um encaminhamento mútuo entre níveis de complexidade de serviços (MENDES, 2011).

Convém destacar ainda que a RAS é desenvolvida como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população (BRASIL, 2012b).

Os sistemas integrados fazem com que as referências e contrarreferências funcionem, tornando-se um mecanismo articulado e eficaz de fluxos de atendimento, em diferentes níveis de atenção. A referência se caracteriza quando um serviço de menor complexidade (UBSF) encaminha um cliente a outro de maior complexidade. A contrarreferência acontece quando o cliente retorna da média ou alta complexidade para APS, isto é, quando a sequência do tratamento requer menos recursos tecnológicos e terapêuticos (PEREIRA; MACHADO, 2016; BRONDANI et al., 2016).

A necessidade de referência/contrarreferência nos casos de Sífilis na gestação é organizada por meio da RAS, onde graças a esta, os casos de mortalidade infantil foram diminuídos, devendo-se a uma boa assistência pré-natal e pós-parto. É recomendada a participação dos diferentes pontos de atenção, tendo-os como mecanismos importantes no processo do cuidado, que deve ser contínuo entre os níveis primário, secundário e terciário (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

Para Mendes (2011), um dos objetivos principais dos sistemas de atenção à saúde, é a qualidade. Segundo ele, os serviços têm qualidade quando são ofertados para atender as necessidades das pessoas, quando são proporcionados em tempo oportuno, oferecem

segurança e equidade, tanto para os profissionais de saúde quanto para os usuários, sendo realizados de forma humanizada.

Mendes (2011, p.80), ainda ressalta que a RAS contém seis modalidades de integração:

um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial.

Com base no exposto, a assistência à gestante com VDRL positivo, deve ter como principal objetivo evitar o comprometido do feto e do RN, com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), onde todas as mulheres devem ser assistidas de forma integral e adequada as suas necessidades (MAGALHÃES et al., 2011).

Segundo os autores supracitados, inúmeras evidências indicam que um acompanhamento pré-natal adequado é determinante para a diminuição da incidência de agravos da SC. Para que desfechos negativos sejam evitados, a assistência oferecida ao binômio mãe/bebê deve ser cumprida em seus requisitos mínimos, promovendo um conjunto de ações a serem executadas desde as primeiras consultas do pré-natal até a garantia de uma vida sem sequelas, tanto para a mãe quanto para o bebê.

### **Categoria 2: As dificuldades/potencialidades do cuidado à gestante com VDRL positivo**

Na ESF, é recomendada a prevenção da ocorrência da Sífilis, sendo oferecidos diagnóstico e tratamento gratuitos, com base no que preconiza as políticas direcionadas às gestantes e respectivos parceiros sexuais. Resultados recentes demonstram mudanças e melhorias importantes, tanto no manejo à Sífilis gestacional e congênita quanto na diminuição da TV (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

O número de consultas realizadas no acompanhamento pré-natal é um dos critérios de qualidade no cuidado à gestante. Além disso, as informações dadas pelos profissionais criam possibilidades para que as mães compreendam melhor os eventos que podem ser considerados normais ou não, durante a gestação. Assim, podem auxiliar na identificação e tratamento precoce de eventos considerados deletérios (TABISZ et al., 2012).

Para o bom acompanhamento do pré-natal é necessário que a equipe de saúde utilize ferramentas para a captação precoce das gestantes para início do pré-natal, garantindo a realização do número mínimo de seis consultas, acesso a métodos diagnósticos e monitoramento da mãe e do bebê. Algumas propostas dadas pelo MS visam melhorar a

qualidade do atendimento, propondo também outras estratégias, como detecção precoce das gestantes para possíveis constatações de casos de Sífilis na gestação (LOPES et al., 2016; SUTO et al., 2016). Vejamos as falas a seguir:

*“A gente fazer essa captação precoce da gestante... realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, porque que tem gestante que a gente sabe que são, são bem... né certinhas vem pras consultas conforme agendado e tem gestantes que são mais trabalhosas... então a gente tentar ter essa parcerias com os agentes de saúde também pra comunicar [...] pra facilitar que eu acho que é uma potencialidade eu criei um grupo no whatsapp com todas as gestantes da unidade e aí na primeira consulta eu já pergunto a elas se eu posso adicionar... nenhuma nunca disse não né? então eu tenho esse contato de telefone todos na agenda e as que não tem whatsapp, tem o contato, então faltou aí eu consigo tento conseguir um, um contato com elas, porque aí eu não perco essa gestante [...] as potencialidade são essas né, da gente tem uma parceria boa com os agentes de saúde, sempre a gente tá conversando, a questão dos grupos nas redes sociais que hoje em dia é muito fácil muito bom da gente se comunicar [...]” (Água Marinha)*

*“[...] eu consigo meus agente de saúde detectar essas, todas as gestantes que eu tenho no meu território, e assim, eu consigo 100% de acompanhamento delas [...]” (Esmeralda)*

*“Detecção precoce. Essa detecção precoce vai começar... é, nas mulheres que fazem planejamento familiar, é... fazendo os testes ainda... ainda durante os... quando elas manifestam o desejo de... de engravidar... se elas já estão grávidas, pra que esse pré-natal seja começado no primeiro trimestre [...]” (Ametista)*

Evidencia-se que as enfermeiras utilizam diversas maneiras para incentivar as gestantes a comparecerem nas consultas, as quais se configuram como potencialidades existentes em suas Unidades, são elas: captação precoce por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a criação de grupos de gestantes no *whatsapp*, uma ótima estratégia para manter a comunicação com as pacientes visto que estamos em um mundo repleto de tecnologia e facilidades.

Estudos indicam que a captação precoce dos casos de Sífilis em gestantes tem melhorado ao longo do tempo, permitindo que essas tenham maiores oportunidades de receber cuidados preventivos e de promoção da saúde (MARTINELLI et al., 2014). Saraceni et al. (2007) acrescentam que o acesso privilegiado à família pode facilitar o diagnóstico e o tratamento dos pais, em conjunto com as ferramentas utilizadas como forma de busca ativa de casos de Sífilis.

Mesmo com a variedade de dispositivos que facilitam a adesão das gestantes às consultas, as enfermeiras queixam-se de muitas dificuldades, que acabam interrompendo a continuidade do cuidado durante o pré-natal, conforme os discursos abaixo:

*“[...] o que a gente encontra de dificuldade ainda no diagnóstico da sífilis é.. mas em questão do parceiro não vir fazer o teste... a mulher geralmente ela participa mais, mas o homem é... ele tem essa dificuldade de vim fazer, principalmente o teste rápido e se caso no teste rápido der positivo, aí é mais difícil ainda ele fazer o de sífilis... o, o... o teste convencional da sífilis né porque as vezes o, pode positivar no teste rápido e ser apenas uma cicatriz por isso que a gente pede um teste complementar.” (Turmalina)*

A inclusão do parceiro no pré-natal é uma excelente estratégia quando se refere à continuidade do trabalho e abordagem do problema, sendo um determinante para a cura da mãe e, conseqüentemente para o fim do agravo. Porém, a taxa de comparecimento da população masculina aos serviços de saúde ao longo dos anos, é inferior ao comparecimento de mulheres, sendo justificado pelo aspecto fundamental da masculinidade socialmente construída, como apontado por Ferreira et al. (2012).

Contudo, a sensibilização quanto à participação do pai nas consultas do pré-natal já é pauta de discussões, sobretudo após a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), sendo, atualmente, comum o incentivo de tal presença desde o planejamento reprodutivo, conforme diz Figueiredo e Marques (2016).

Em contraponto, Suto et al. (2016) referem que o principal entrave para o controle da SC no Brasil, é o não tratamento ou tratamento inadequado dos parceiros das gestantes. Eles afirmam que os serviços de saúde devem obter uma nova postura, a fim de favorecer o acolhimento e traçar estratégias junto ao casal, uma vez que a reinfecção pode perpetuar a doença e, o aconselhamento e tratamento adequados, são determinantes para a quebra de cadeias das IST's.

Dando continuidade a discussão, outra dificuldade foi mencionada:

*“[...]é quando a paciente não comparece para o teste rápido agendado. Teve um caso de sífilis congênita, porque ela não compareceu ao teste rápido agendado...” (Rubi)*

Os Testes Rápidos consistem em medidas custo-efetivas, que permitem uma maior agilidade no rastreamento da Sífilis, levando a construção de um projeto terapêutico que inclui tratamento em tempo oportuno (LOPES et al., 2016)

É visto por meio da fala da enfermeira participante, que as gestantes faltam no dia do Teste Rápido. Porém, indagações devem ser levantadas pela própria eSF. Uma busca ativa pela gestante faltosa deve ser realizada. A eSF deve fazer visitas domiciliares como forma de rastrear algum problema na vida da gestante e buscar ajudá-la dentro dos limites da sua atuação profissional. Silva et al. (2015) garantem que, o próprio ACS, por ser o elo entre a equipe e o usuário, pode ter papel decisivo nesse processo de busca.

A estratégia de agendamento para a realização da testagem rápida para Sífilis visa organizar o serviço, porém, em alguns casos, o agendamento pode levar a perda da oportunidade pelo profissional, à oferta e realização do teste no tempo oportuno (BAGATINI et al., 2016).

Ainda foram mencionados outros tipos de dificuldades no que concerne ao cuidado das gestantes no âmbito de APS no município de Cuité, como pode ser verificado nos depoimentos a seguir:

*“Uma dificuldade é justamente essa questão da área descoberta, porque aqui pelo menos no meu setor tem muita área descoberta [...] e também uma dificuldade que a gente enfrenta é que, é a questão da caderneta da gestante. Que aí na caderneta da gestante, acho que tu conhece né? a azulzinha? ela é bem detalhadazinha, dá pra gente realmente colocar tudo direitinho inclusive o tratamento que foi realizado, dá pra destacar fazer alguma coisa, e aí a gente só tem esses cartões aqui que são horríveis de preencher, é muito resumidinho, quando a gente vai colocar alguma coisa fica tudo muito apertadinho e as vezes por exemplo, gestantes que são acompanhadas no pré-natal de alto risco, aí alguma informação que a gente coloca passa batido porque é tanta informação num cantim tão pequenininho que é ruim... então essa falta dessa caderneta também é horrível, é uma dificuldade que a gente encontra...” (Água Marinha)*

*“[...]a dificuldade que a gente encontra, é com alguns exames treponêmicos... a gente as vezes tem essa, essa maior dificuldade a acesso a alguns exames mais específicos...” (Diamante)*

Malta et al. (2016) revelam que a ESF tem papel fundamental no primeiro contato com o usuário, devendo garantir a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, atuar como base na estruturação da RAS, sendo suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar. A própria estrutura da Unidade, a acessibilidade, localização geográfica do serviço, os horários de atendimento, dias de funcionamento bem como a utilização dos serviços por parte da população, são elementos primordiais para que a APS seja considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, o primeiro passo dado para o estabelecimento da comunicação com toda a RAS.

Recentemente, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) informou a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual passou por revisão em suas diretrizes. Com mudanças aprovadas, haverá implantação do prontuário eletrônico em todas as UBS, podendo os usuários buscar qualquer Unidade para exames. Dentre as várias modificações, merece destaque o aumento dos ACS em regiões de vulnerabilidade social (BRASIL, 2017).

Quanto a essa ampliação dos ACS nas regiões consideradas vulneráveis, percebe-se que é algo de grande necessidade. Carvalho e Brito (2014) dizem que mulheres que vivem em baixas condições sociais contam com pouco acesso à informações sobre a Sífilis, não sabem como evitar a infecção e, quando são diagnosticadas com a doença, não têm conhecimento sobre o tratamento oferecido pela APS. Clemente et al. (2012) complementam ressaltando que a população mais afetada por doenças infecciosas é, sem dúvida, a menos favorecida. Nessa perspectiva, a Saúde Pública deve lançar novas estratégias que contemplem a triagem dessas enfermidades, facilitando o manejo clínico de gestantes e contribuindo, desse modo, na redução da morbimortalidade materno fetal.

Com algumas atualizações, foi lançada em 2016 a nova Caderneta da Gestante. A principal diferença para as antigas são as informações sobre a prevenção contra algumas doenças causadas por mosquitos e também orientações sobre proteção e tratamento de patologias como Sífilis e SC. Novos espaços de preenchimento foram adicionados, onde são destinados aos profissionais da referência/contrarreferência e, no final da caderneta, para dados específicos do parceiro.

Verifica-se por meio da fala de uma colaboradora, que está faltando a nova Caderneta no município onde foi realizado o estudo. A enfermeira afirma que esse é um problema do MS, pois em conversa com profissionais de ESF, eles também não recebem há muito tempo. Mas o que pode ser feito, já que é um problema a nível Federal? Medidas mínimas podem ser tomadas pela Secretaria Municipal de Saúde ou pelas próprias enfermeiras. Como sugestão, a confecção de uma caderneta mais completa que seja usada temporariamente, ou o próprio *download* da Caderneta no site do MS, podendo ser impresso e distribuído entre as UBSF. O trabalho pode ser facilitado, ajudando assim na rotina de atendimento dos profissionais.

Outra enfermeira destacou como dificuldade o acesso ao exame laboratorial. A falta de acesso contribui de maneira direta no controle da doença e na interpretação das sorologias requisitadas. Melo et al. (2015) ressaltam que a inadequação do oferecimento dos exames laboratoriais, essenciais para o diagnóstico e tratamento de doenças que atingem a saúde da mãe/bebê, há muito tempo vem sendo discutida, e frisa que desde a criação do Programa de

Atenção ao Pré Natal e Puerpério (2000), havia sinais de que a realização dos exames apresentaria desafios e falhas, junto a atenção. Os autores supracitados asseguram ainda, que a realização e registro desses exames proporciona a detecção de doenças que porventura evolua para algum agravo de repercussão de graus variados de gravidade no binômio mãe/bebê.

No Brasil é utilizado até o momento o teste não treponêmico (VDRL para triagem), que possui menor sensibilidade analítica que o teste treponêmico. Caso o resultado seja positivo, é dado seguimento terapêutico e controle para cura. A confirmação laboratorial da doença é realizado por meio de Testes Treponêmicos por Aglutinação de Partículas (TPHA) ou Teste Fluorescente por Absorção de Anticorpos (FTA-Abs), testes treponêmicos nos quais fazem exclusão dos falsos positivos, mostrando assim a necessidade de sua realização pela equipe local (BONI et al., 2016; MAGALHÃES et al., 2013).

*“[...] às vezes a gente quer passar tipo, FTA-ABS, né. que são exames assim às vezes mais específicos para ver como é que tá a negativi..., se esse exame tá negativo. Porque, às vezes, fica essa questão da cicatriz imunológica, o paciente tá tratado e fica, a cicatriz imunológica ainda dando positivo... a dificuldade do município as vezes é até esses exames, certo? Que detecta mesmo o treponema padum, né, eles geralmente são exames não treponêmicos [...] (Diamante)*

De acordo com Hebmuller et al. (2015), gestantes e puérperas na condição de VDRL positivo, precisam ser ativamente buscadas pelo sistema de saúde, a fim de verificar a evolução dos seus testes sorológicos e fornecimento de informações acerca da Sífilis.

Quando a gestante mora distante da zona urbana, onde são oferecidos os exames sorológicos pelo município, observa-se mais uma dificuldade no depoimento de uma das enfermeiras. É apontado que algumas vezes as gestantes apresentam barreiras como a falta de transporte para locomoção até o local do exame e, conseqüentemente, para a realização dos exames.

*“Uma dificuldade que a gente tem por ser zona rural, é porque muitas vezes ela não tem o meio de transporte pra ir fazer o teste rápido no dia certo... então, atrasa o diagnóstico, é... muitas vezes quando a gente marca o teste laboratorial aqui no hospital ela tem dificuldade também de chegar... esse exame demora a chegar, porque são cerca de 15 dias... então tudo isso, 15 dias numa gestação é muito tempo! Né? [...] é uma comunidade muito distante...” (Ametista)*

Na pesquisa de Martinelli et al. (2014) é enfatizado que o envolvimento da mulher surge a partir do momento em que ela tem acesso adequado ao serviço de pré-natal. Isso, sem

dúvida, contribui para a humanização da atenção obstétrica, quando a mesma se sente amparada, integrada e responsável pelo cuidado. Entretanto, essa realidade ainda está longe de ser alcançada, pois o atendimento a essas gestantes encontra-se fragmentado, podendo ser revertido com a sistematização, tendo a humanização como base do atendimento.

### **Categoria 3: O Processo de Enfermagem como norteador do cuidado**

De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, de 25 de junho, é de papel privativo do enfermeiro, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. A mesma também dispõe como atividade privativa a consulta de enfermagem, em que o enfermeiro desenvolve o plano de cuidado por meio do processo de enfermagem. A Resolução do COFEN 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados (COFEN, 1986; COFEN, 2009).

O processo de enfermagem é representado como uma ferramenta que aproxima o profissional do cliente, sendo entendido como um instrumento metodológico de trabalho, que possibilita a análise crítica sobre o estado de saúde do paciente. O mesmo é realizado por meio de uma estrutura sequencial, que aborda a coleta de dados, a análise, o julgamento clínico, o planejamento da ação, a intervenção e por fim, a avaliação dos resultados (SOUZA; SANTANA, 2013).

Considerando a problemática atual da Sífilis na gestação, o profissional enfermeiro possui um papel relevante quanto ao manejo adequado do cuidado às gestantes assim como o controle do agravo. Nesse caso específico, a sistematização do cuidado é desenvolvida por meio da consulta do pré-natal (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

As entrevistadas foram questionadas acerca de como o processo de enfermagem é desenvolvido no acompanhamento a gestantes com VDRL positivo. Em seguida são expressas as respostas:

*“No cuidado né... a questão do cuidado. Tem que ter o planejamento do plano de cuidado dela juntamente com o médico, pra gente saber como é que vai proceder porque se for uma gestante que seja trabalhosa vai ter que ir uma pessoa na casa dela fazer busca ativa, o agente de saúde tem que tá presente nesse, nesse momento...” (Turmalina)*

*“Através das consultas, é... do pré-natal, mas também através do acompanhamento familiar... a gente tem que... é, investigar o parceiro é... fazer as prescrições necessárias, as requisições dos exames, fazer o acompanhamento, é... dessa gestante... e... deixe eu ver o que mais...”*

*garantir que ela faça o tratamento corretamente... acho que é isso!”*  
(Ametista)

*“Se caso der... positivo né... a gente repete, o teste rápido... deu positivo no segundo teste, pede o laboratorial, o VDRL laboratorial... se caso der positivo, essa gestante passa a ser acompanhada por uma gestação de alto risco, que ela é acompanhada na unidade por mim, pelo médico e, na... na maternidade de referência do município que é Campina Grande [...]”*  
(Safira)

*“Vou tá fazendo o teste rápido ou VDRL do parceiro acompanhamento dos sintomas dessa paciente, checando o tratamento dessa paciente, se ela tomou conforme a prescrição médica [...] orientação quanto a doença, dos riscos que a criança corre se não tratada a doença, reavaliação dos exames [...]”*  
(Rubi)

*“Eu não tenho como responder essa agora [...] o processo de enfermagem seria mais o, o acompanhamento né [...]”*  
(Esmeralda)

Conforme exposto nos discursos das colaboradoras, o processo de enfermagem não é efetivamente implementado junto as suas Unidades, dificultando assim, a assistência integral e de qualidade à gestante com VDRL positivo.

Segundo Soares et al. (2015), apesar de não implementar o processo de enfermagem no cotidiano de trabalho, o enfermeiro tem consciência que, por meio dela, é planejado e organizado todo o cuidado. Mesmo tendo sido implantada há muito tempo atrás, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, tendo sido legalizada e exigida dentro das Instituições de saúde brasileiras, percebe-se que tal instrumento de assistência ainda não é seguido à risca pelos profissionais.

Segundo os autores supracitados, o processo de enfermagem promove o planejamento de ações, o desenvolvimento de metas e os resultados, bem como de um plano de cuidado destinado a assistir o paciente conforme sua necessidade.

Além disso, a enfermagem que incorpora a SAE junto a sua prática de atuação profissional é dotada de conhecimento científico e visão holística. Assim, muitas são as barreiras para fazer com que essa aconteça, pois não há capacitação daqueles que a deveriam fazer funcionar, refletindo na falta de compromisso com a saúde do usuário (MARINELLI et al., 2015).

Marinelli et al. (2015) ainda aludem que a aplicabilidade da sistematização nos serviços de saúde funcionam abaixo do esperado. São apontadas diversas falhas, a exemplo da falta de conhecimento dos profissionais em como realizar corretamente a sistematização do cuidado em cada usuário e deficiência na formação acadêmica. Esse fato se configura como

uma atividade descompromissada do método assistencial, quando o desconhecimento gera desinteresse a não adesão do processo de enfermagem, em sua rotina de trabalho.

Sendo assim, os enfermeiros, sobretudo da APS, devem se comprometer em articular novas práticas, reavaliando assim os seus processos de trabalhos. Em contrapartida, Andrade et al. (2011), asseguram que um programa de Educação Permanente em Saúde é indispensável para o desenvolvimento de práticas baseadas em princípios científicos.

Apenas uma enfermeira participante falou como funciona a implementação da SAE no cuidado à gestante com VDRL positivo:

*“[...] fiz todos os acompanhamentos no próprio prontuário de enfermagem, com a solicitação dos exames, com o acompanhamento... a gente fez toda a sistematização da assistência de enfermagem, também porque era um caso muito específico e de gestante né? A SAE é importante em todos os momentos, mas em alguns eu vejo ela assim, fundamental, porque a partir daquele, né, da, da... sistematização que eu fiz ali, é que vai ficar também registrado, né... até para outros profissionais que chegarem, que foi que aconteceu com essa minha gestante, ela teve uma segunda gravidez e já não era mais eu... era uma outra enfermeira [...] então todo esse processo ele é dado exatamente em cima disso né, no momento que a gente detecta, que chegou com um resultado positivo, né, eu tento fazer uma abordagem dela, clínica, ver se tem alguma sintomatologia da sífilis, né? Se já tem alguma, alguma lesão né aparente pra poder a gente tentar identificar como tá o grau de, da severidade dessa doença, e e... fazer os diagnósticos de enfermagem, e fazer o encaminhamento, e... continua com o acompanhamento né? Tudo muito registrado [...] (Diamante)*

Indubitavelmente, a sistematização do cuidado é considerada uma metodologia de trabalho que facilita a troca de informações entre profissionais de diferentes níveis de atenção. A SAE proporciona maior autonomia ao enfermeiro e respalda ações por meio do registro, garantindo assim a continuidade do serviço, além de exercer uma aproximação entre enfermeiro/usuário e enfermeiro/equipe multiprofissional (SOARES et al., 2015).

A necessidade de implementação do processo de enfermagem na APS, junto às gestantes com Sífilis é evidente, pois o cuidado consiste no plano terapêutico individual. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) está voltado como estratégia multidisciplinar no tratamento de doenças, onde é realizado um conjunto de propostas por diversos profissionais, tendo como foco a recuperação do cliente. A sugestão feita pelo profissional enfermeiro é elaborada tendo como base a SAE. Essa ferramenta funciona como um facilitador da humanização de cuidados, de maneira que todo usuário que necessite do sistema seja contemplado em sua totalidade, gerando assim resultados positivos na sua saúde (SILVA et al., 2013).

Freire et al. (2016) citam que a classe da enfermagem deve ter conhecimentos, competências e habilidades, para realizar suas atividades rotineiras, seja em nível secundário ou primário. Os autores ainda relatam que a prática profissional não é sistematizada, e que devem sistematizar não só em decorrência as diretrizes profissionais preconizadas, mas também para aumentar a visibilidade no nosso relevante papel na sociedade.

Os enfermeiros devem colocar o paciente no centro do cuidado, para assim fazerem uma análise holística não só sua, mas de um todo, como família, grupos e comunidades em que está inserido, para assim especificar suas necessidades de cuidado. O enfermeiro é apresentado como elemento ativo da APS, pois exerce um papel educativo e tenta contribuir de maneira direta na mudança concreta de algumas situações, o que leva a consulta de enfermagem a crescer em sua importância. É por meio de consultas e protocolos assistenciais que é reforçada a importância do tratamento, enfatizando que estas podem servir de meios para evitar desfechos perinatais, principalmente na fase ativa da doença (FREIRE et al., 2016; NUNES et al., 2017; SILVA et al., 2015).

#### **Categoria 4: A equipe multiprofissional e sua importância junto ao cuidado da gestante com Sífilis**

Entende-se por equipe multiprofissional o grupo de trabalhadores que se comunica constantemente, tendo como foco o respeito e a atenção à saúde de usuários dos serviços. O objetivo de solicitar a equipe multiprofissional em determinado caso é prestar o serviço certo em tempo oportuno, no lugar adequado e pelo profissional correto. No contexto da APS, para que haja a obtenção de relações mais produtivas entre a equipe de saúde e os usuários, são necessárias mudanças na atenção que possui um caráter uniprofissional, a qual é centrada no médico, para uma oferta de atenção multiprofissional (MENDES, 2011).

Para tanto, ao abordar o atendimento multiprofissional realizado na APS, o conceito de integralidade logo vem à tona. Nele são evocadas uma gama de sentidos, os quais convergem para a necessidade de um cuidado que requer diferentes profissionais e especialidades concomitante ao olhar para o ser singular e ao mesmo tempo pluralizado. Um ser individual, mas coletivo, que carece de uma RAS resolutiva, eficaz e integrada.

E é com base nessa reflexão que se insere a gestante com VDRL positivo, já que também necessita de cuidados especializados que vão desde o resultado reagente do exame. A mesma pode apresentar sintomas de angústia e medo frente ao diagnóstico, portanto, deve ser

amparada e acompanhada integralmente por profissionais capacitados em suas respectivas especialidades.

Diante o exposto, as entrevistadas, por meio dos depoimentos, evidenciam a relevância do apoio de outros profissionais que extrapolam as paredes das Unidades. No caso da APS, essa realidade se torna possível a partir do trabalho realizado pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

*“[...] a gente já tem que ter um preparo daquela gestante, tem que pegar um suporte com o NASF, um acompanhamento psicológico dessa gestante pra que ela consiga né trabalhar esse, esse problema [...]” (Turmalina)*

*“[...] também encaminha pra... pra outros serviços como, por exemplo, a psicóloga, pra que essa gestante se sinta amparada [...] é...precisa do apoio psicológico pelo medo que a doença trás mesmo com as informações que a gente dá [...] (Ametista)*

Percebe-se que o apoio psicológico é fundamental para que o paciente descubra novos sentidos para o enfrentamento da doença. O profissional psicólogo deve ainda procurar avaliar a singularidade do cliente, de forma a descobrir se o tratamento a ser implementado vai apresentar sinais de negação ou não. Ao realizar a integração da equipe ele deve facilitar a comunicação entre os membros, favorecendo assim o funcionamento efetivo da interdisciplinaridade (XAVIER et al., 2016).

O pré-natal é um dispositivo importante para a detecção de doenças e agravos que acometem a saúde do binômio mãe-bebê. Desse modo, há a necessidade de inclusão de toda equipe, para que sejam discutidos casos, possíveis orientações em saúde, tendo como foco o processo do cuidar dedicado a gestante em sua totalidade, envolvendo o biológico, psicossocial e cultural. Convém enfatizar que, além da ESF permitir um atendimento integral no pré-natal por meio do serviço prestado pela equipe, tem um forte apoio do NASF (CARVALHO; BRITO, 2014).

Convém enfatizar que o NASF deve ser constituído por profissionais de diversas áreas de conhecimento, onde estes devem trabalhar em conjunto com os profissionais inseridos na APS, compartilhando e apoiando as práticas de saúde realizadas em suas respectivas áreas de abrangência. O mesmo deve ser estruturado priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, abordando metodologias como discussão de casos em equipe e projetos terapêuticos (BRASIL, 2010a).

A respeito do trabalho multiprofissional Gelbcke et al. (2012) mencionam que muitos são os desafios a serem enfrentados para efetivar essa prática. Nesse sentido, apontam como

alternativa repensar a formação acadêmica, os cenários de atuação, além do desenvolvimento e aprimoramento das competências e habilidades para o trabalho em equipe. Os autores sugerem uma quebra de paradigmas, a ruptura do saber formal e pré-determinado pelos currículos, abrindo portas para os saberes subjetivos, suscitando, em suas entrelinhas, o agir em equipe articulado ao mundo do trabalho.

Nessa conjuntura, quando nos referimos à equipe multiprofissional inserida no cuidado à gestante com Sífilis, há a escassez de artigos que se voltem à temática. Na maioria dos estudos encontrados, apenas o profissional enfermeiro e médico são protagonistas nesse processo. Sendo assim, percebe-se a necessidade de inclusão de outros profissionais no cuidado a mãe e ao bebê, pois o acompanhamento não deve ser somente voltado à administração de medicamento caso o exame VDRL se apresente reagente, existe todo um aparato que dever ser ofertado para a efetivação do cuidado integral.

### **Categoria 5: Um caminho de possibilidades para a efetivação do cuidado**

Segundo o principal objetivo do estudo em tela, o foco é dado à criação de uma linha de cuidado a gestante com Sífilis, a partir da visão dos enfermeiros do município de Cuité-PB. Foi questionado às enfermeiras o que elas adicionariam a essa (equipamentos/elementos/cuidados), frente as suas necessidades junto ao referido município.

Compreende-se como linha de cuidado toda reorganização do processo de trabalho que visa construir projetos terapêuticos, vínculos, responsabilização pela gestão do cuidado na RAS, integração dinâmica com os demais pontos dessa rede, etc (BATISTA, 2012).

Sob esse prisma, é necessário planejar a organização do cuidado à gestante com VDRL positivo, garantindo o acesso e acolhimento a todas as mulheres com o diagnóstico durante a fase gravídico-puerperal, desenvolvendo ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, cura e reabilitação. Porém, é preciso haver integração entre profissionais, gestão e unidades de referência. Vejamos a seguir algumas das sugestões dadas pelas colaboradoras.

*“O que poderia como linha de cuidado seria o acompanhamento com equipe multidisciplinar que envolve uma ginecologista, um psicólogo, médico, enfermeiro da unidade... fosse um... como é que chama? Uma terapia comunitária! Só pra mulheres que tem a sífilis congênita. Daí entraria nessa terapia também uma pediatra, para ajudar nas informações do cuidado ao recém-nascido com sífilis congênita. Um projeto terapêutico singular pra essa gestante! Equipamento teria que existir um impresso dessa terapia singular a essas gestantes com sífilis, onde todos os profissionais tivessem acesso! Onde quando fossem diagnosticadas já entrassem nesse grupo de terapia!” (Rubi)*

*“[...] eu acho que tem que vim da secretaria de saúde, eu creio que tem que vim de lá... treinamento, cartilha...” (Safira)*

*“Detecção precoce. Essa detecção precoce vai começar... é, nas mulheres que fazem planejamento familiar, é... fazendo os testes ainda... ainda durante os... quando elas manifestam o desejo de... de engravidar... se elas já estão grávidas, pra que esse pré natal seja começado no primeiro trimestre... por que? Porque quanto... quanto mais rápido se inicia o tratamento, mais rápido pode... mais rápido, é... é... é... menos danos vai causar a gestação e ao bebê.” (Ametista)*

Um ponto relevante levantado na fala de uma das participantes foi a questão do treinamento que a Secretaria de Saúde deveria oferecer para capacitação ao manejo da Sífilis na gestação. Estudos indicam que a OPAS incentivou justamente a introdução de treinamentos locais, com objetivo de melhorar a qualidade de trabalho dos profissionais da APS, estendendo também a comunidade e usuários do sistema (LAZARINI; BARBOSA, 2017). Em contrapartida, é primordial que o profissional busque meios para se capacitar, independente do oferecimento dos treinamentos pela gestão do município.

Observou-se ainda que a detecção precoce também é uma das sugestões para ser inserido na linha de cuidado a gestante. Segundo Suto et al. (2016), a APS é responsável pelo diagnóstico, notificação e investigação dos casos de Sífilis, sendo o pré-natal constituído como espaço de cuidado favorável à prevenção da SC. Cavalcante et al. (2017) afirmam que o profissional deve exercer seu papel em sua total consciência, de forma que este venha minimizar riscos evitáveis mediante um diagnóstico oportuno e tratamento adequado.

Uma proposta pertinente dada pelas enfermeiras entrevistadas para aprimorar a linha de cuidado foi a realização de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), em que todos os profissionais seriam participantes na construção do cuidado à gestante com VDRL positivo. Sabe-se que o PTS é um conjunto de condutas terapêuticas realizadas para um determinado fim, para uma ou mais pessoas, sendo resultado de uma discussão coletiva interdisciplinar. Assim, depois de uma detalhada discussão acerca do caso do usuário, são pactuados procedimentos a cargo dos membros da equipe multiprofissional. Os membros da equipe devem acompanhar o usuário em seu tratamento, podendo providenciar outros serviços de apoio ou profissionais no caso, se necessário (SILVA et al., 2013).

O PTS como pilar do cuidado à gestante com Sífilis, sem dúvida, seria um subsídio importante para as Unidades de Saúde do município, garantindo a mãe/bebê um cuidado integral e resolutivo. Acredita-se que, ao ser assistida por uma equipe multiprofissional, todas as necessidades apresentadas serão sanadas por meio da sistematização da assistência ofertada

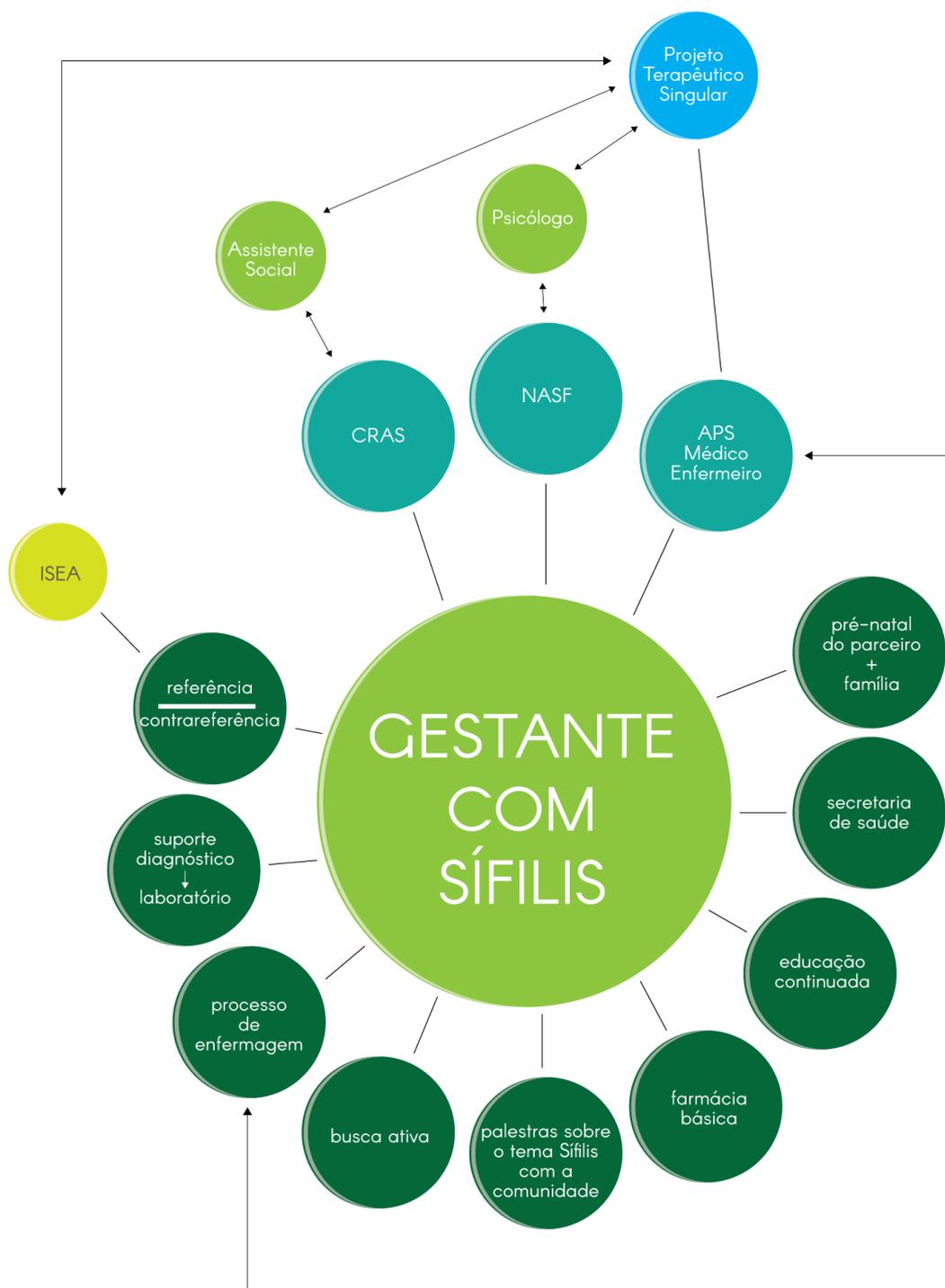
por cada profissional, sendo estas planejadas e estudadas com fins de assegurar o bem estar do binômio mãe/bebê.

Destaca-se também a necessidade do assistente social na construção do PTS, ajudando a gestante enquanto cidadã e usuária do SUS na busca dos seus direitos como assistência à saúde de qualidade. Com a ansiedade, medo e desgastes envolvidos no processo de reconhecimento do diagnóstico de Sífilis, esse profissional deve ser o mediador na equipe, diminuindo também conflitos que, porventura, venham ocorrer com a gestante e sua família e/ou comunidade (LOPES; XAVIER, 2016).

Tendo como base todas as sugestões apresentadas, surge a necessidade da implementação do processo de enfermagem voltado a gestante com VDRL positivo como instrumento metodológico dos profissionais, visto que não há a utilização desse como norteador do cuidado.

Propõe-se que a linha de cuidado aconteça da seguinte forma: no momento em que o enfermeiro e o médico da APS registram um caso de Sífilis na gestação, deve ser encaminhado primeiramente ao Centro de Referência de Alto Risco da região (ISEA). Uma vez confirmado o diagnóstico, a gestante, juntamente com o parceiro, deverão ser acompanhados por uma equipe multiprofissional que, em conjunto, irão traçar o PTS.

O enfermeiro da Unidade norteará seu cuidado à gestante por meio do processo de enfermagem, traçando diagnósticos e implementando intervenções conforme seu estado de saúde atual, com a finalidade de obter resultados e atender as necessidades da usuária. A Secretaria Municipal de Saúde deve ser inserida nesse processo a partir da oferta de treinamentos que promovam melhorias no manejo ao cuidado das gestantes com VDRL positivo. A intenção é que a Educação Permanente em Saúde (EPS) seja o pilar para a efetivação da prática dos profissionais da APS do município. A eSF deve realizar também palestras que envolvam toda a comunidade, passando a eles o real significado da Sífilis e suas implicações, e enquanto comunidade, o que deve ser feito para preveni-la.



**Figura 2 – Linha de cuidado à gestante com Sífilis.**  
 Fonte: Dados da pesquisa, 2017.



## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo, se propôs à construir, a partir da visão dos enfermeiros atuantes na APS, uma linha de cuidado para gestantes com Sífilis do município de Cuité-PB. Pode-se afirmar que ainda há caminhos sinuosos, que apresentam entraves que impedem o percurso da gestante na RAS, mas algumas alternativas estão aqui explicitadas no intuito de deixá-lo linear e livre de obstáculos.

Quanto aos dados sociodemográficos e profissionais, constatou-se que todas as enfermeiras entrevistadas são do sexo feminino, com idade entre 23 e 42 anos e a maioria casada. Quanto ao tempo de formação a maior parte delas concluiu recentemente e duas apresentaram tempo superior a 10 anos; no que se refere ao tempo de atuação na APS, 3 das 7 entrevistadas alegaram pouco tempo de atuação; no que tange à titulação, a maioria é especialista e somente uma referiu ter mestrado acadêmico; no quesito capacitação, apenas uma revelou ter sido capacitada quanto ao manejo da Sífilis.

Para análise dos discursos obtidos, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, nomeando a Unidade Temática Central como: Conhecimento dos enfermeiros da APS acerca da Sífilis na gestação, conformando-se cinco categorias, sendo elas: O Sistema de Atenção à Saúde do binômio mãe/bebê, As dificuldades/potencialidades do cuidado à gestante com VDRL positivo, o processo de enfermagem como norteador do trabalho, Equipe multiprofissional e sua importância junto à gestante com Sífilis, Um caminho de possibilidades para efetivação do cuidado.

Notou-se na primeira categoria que existe sim uma RAS direcionada a gestante com VDRL positivo no município. As colaboradoras possuem conhecimento sobre como funciona e como recorrer, seguindo à risca todas as etapas, desde os exames preconizados pelo MS como a realização dos testes rápidos à referências/contrarreferências.

Ao analisar os depoimentos da segunda categoria, verificou-se que existem potencialidades e dificuldades. Pôde-se constatar a detecção precoce como potencialidade do cotidiano laboral das entrevistadas, tendo como apoio o trabalho desenvolvido pelo ACS, em conjunto com a utilização de tecnologias, a exemplo do *whatsapp*, como meio facilitador do contato em tempo real com as mães.

Como dificuldades, as enfermeiras revelaram alguns motivos que impedem a continuidade do cuidado ao pré-natal. Dentre eles, merecem destaque a ausência do parceiro nas consultas, as faltas corriqueiras das gestantes para a realização do teste rápido, a escassez da caderneta da gestante e a dificuldade de acesso daquelas que residem em zona rural, para a realização de exames treponêmicos na zona urbana.

Sobre a terceira categoria, observa-se por meio das falas, a ausência do processo de enfermagem direcionado as gestantes com VDRL positivo em suas Unidades. Apenas uma enfermeira citou como foi realizada a SAE a uma gestante com Sífilis.

Em relação à quarta categoria, as enfermeiras enalteceram a importância de outros profissionais para apoiá-las, a exemplo do NASF. Foi ressaltado que as gestantes precisam de uma atenção especial frente as suas necessidades psicológicas, valorizando a necessidade do trabalho multiprofissional nesses casos.

Na quinta e última categoria, foram dadas sugestões para serem inseridas na linha de cuidado direcionada a gestantes com VDRL positivo, são elas: a realização do PTS, de treinamento por meio da secretaria de saúde para os profissionais acerca da Sífilis, detecção precoce e a inserção de uma equipe multiprofissional no cuidado à essa gestante.

Nesse interim, a linha de cuidado à gestante com Sífilis se torna um diferencial, uma vez que busca contribuir de maneira direta na melhoria dos problemas ora apresentados e, assim, potencializar a operacionalização dos serviços ofertados na RAS. A mesma apresenta estratégias que agregam novos saberes e fazeres às práticas dos enfermeiros, tendo como foco central o bem-estar do binômio mãe-bebê, haja vista o número de desfechos obstétricos negativos ter aumentado nos últimos tempos.

A construção da proposta de linha de cuidados vem para satisfazer não só as necessidades da população acometida, mas também do seu parceiro, família e comunidade. Além disso, não se trata somente do fluxo da gestante, mas também da troca de informações a respeito do seu estado clínico entre os diversos profissionais dos diferentes níveis de atenção ofertados na RAS.



**REFERÊNCIAS**

ANDRADE, R.F.V. et al. Conhecimento dos enfermeiro acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 23, n.4., 2011. Disponível em:< <http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/8.Conhecimento%20dos%20Enfermeiros%20acerca%20do%20Manejo.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2018.

ARAÚJO, M.A.L. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**. v. 23, n.4. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-347.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-347.pdf)>. Acesso em: 21 jun 2017.

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002)>. Acesso em: 04 maio 2017.

BAGATINI, C.L.T. et al. Teste rápido para sífilis no pré- natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Rev. Saúde em Redes**. v.2, n.1, 2016. Disponível em:< <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/670>>. Acesso em: 19 jan 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, K.B.C. Linha de Cuidados da Gestante e Puérpera e Rede Cegonha: a integralidade na oferta do cuidado no Estado de São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. Jul, 2012. Disponível em:< [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/noticias/cafe-com-saude/objetivos-do-milenio-olhar-de-sao-paulo/linha\\_de\\_cuidados\\_da\\_gestante\\_e\\_puepera\\_no\\_sus\\_sao\\_paulo\\_e\\_rede\\_cegonha.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/noticias/cafe-com-saude/objetivos-do-milenio-olhar-de-sao-paulo/linha_de_cuidados_da_gestante_e_puepera_no_sus_sao_paulo_e_rede_cegonha.pdf)>. Acesso em: 20 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à **relação de notificação compulsória**, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033\\_14\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html)>. Acesso em: 07 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2006. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_sifilis\\_bolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf)>. Acesso em: 17 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010a. Disponível em:< [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 09 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco: manual técnico**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª ed. Brasília, 2010b. Disponível em:<  
[bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 09 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis: estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2010c. Disponível em:<  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis\\_estrategia\\_diagnostico\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf)>. Acesso em: 09 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica – Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em:<  
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>>. Acesso em: 10 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). **Curso de autoaprendizado – Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012b. Disponível em:<  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod\\_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS\\_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf)>. Acesso em 09 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012c. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em:<  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 20 jun 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde, 2014b. Disponível em:<  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)>. Acesso em: 09 jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Secretaria de Atenção à Saúde. 2014c. Disponível em:<  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_prevencao\\_transmissao\\_verticalhivisifilis\\_manualbolso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivisifilis_manualbolso.pdf)>. Acesso em: 13 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica – Saúde das mulheres**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2015a. Disponível em:<  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>. Acesso em: 09 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2015b. Disponível em:<  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pessoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmissiveis.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf)>. Acesso em: 13 fev 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros**. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília DF, 2016. Disponível em:< <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 09 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em:< <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2018.

BONI, S.M.; PAGLIARI, P.B. incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. **Rev. Saúde e Pesquisa**. v.9, n.3. Set/Dez, 2016. Disponível em:< <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5530>>. Acesso em 18 de agosto de 2017. Acesso em: 19 ago 2017.

BRONDANI, J.E. et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Rev. Cogitare Enfermagem**. v. 21, jan/mar, 2016. Disponível em:<[revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/43350/27700](http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/43350/27700)>. Acesso em: 19 jan 2018.

CARVALHO, I.S; BRITO, R.S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 23, n.2. Abr/Jun, 2014. Disponível em:< <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n2/v23n2a10.pdf>>. Acesso em: 16 dez 2017.

CAVALCANTE, P.A.M. et al. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 26, n.2. Abr/Jun, 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00255.pdf>>. Acesso em: 18 ago 2017.

CHEN et al. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. **Rev. Obstet. Gynaecol**. v. 47, n.2, 2007. Disponível em:< <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-9-31>>. Acesso em: 09 mai 2017.

CLEMENTE, T.S. et al. A importância do pré-natal como ferramenta na prevenção da sífilis congênita: revisão bibliográfica. **Rev. Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 1, n.1. Maceió, out, 2012. Disponível em:< <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/download/455/188>>. Acesso em: 21 jan 2018.

COSTA, M.C. et al. Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. **Rev. Enfermeria Global**. n. 20. Out, 2010a. Disponível em:< [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/pt_clinica5.pdf)>. Acesso em: 02 abr 2017.

COSTA, M.C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962010000600002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962010000600002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 18 ago 2017.

COSTA, C.M.M. et al. Contribuições da pós graduação na área da saúde para formação profissional: relato de experiência. **Rev. Saúde e Sociedade**. v. 23, n.4. São Paulo, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1471.pdf>>. Acesso em: 17 jan 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:< [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)>. Acesso em: 10 jan 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:< [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 10 jan 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498/86. **Dispõe sobre a regulação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em:< [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)>. Acesso em: 10 jan 2018.

CORRÊA, A.C.P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros na atenção básica à saúde de Cuiabá – Mato Grosso. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 14, mar, 2012. Disponível em:< <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf><https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf>>. Acesso em: 23 dez 2017.

DANTAS, L.A. et al. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. **Rev. electrónica trimestral de Enfermería**. v. 46, abr, 2017. Disponível em:< <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/229371>>. Acesso em: 01 mai 2017.

ERO et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 31, 2009. Disponível em:< [http://www.academia.edu/7055798/Risk\\_factors\\_for\\_inadequate\\_prenatal\\_care\\_use\\_in\\_the\\_metropolitan\\_area\\_of\\_Aracaju\\_Northeast\\_Brazil](http://www.academia.edu/7055798/Risk_factors_for_inadequate_prenatal_care_use_in_the_metropolitan_area_of_Aracaju_Northeast_Brazil)>. Acesso em: 09 mai 2017.

FARIA, M.G.A. et al. Perfil de enfermeiros fluminenses da estratégia de saúde da família participantes de um curso de especialização. **Rev. Enfermagem Foco**. v. 7, p. 52-55, 2016. Disponível em:< <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/667/285>>. Acesso em: 23 dez 2017.

FELIZ, M.C. et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**. v. 19, n.4. Out/Dez, 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400727&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400727&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 jun 2017.

FERREIRA, J.A. et al. Comunicação com os homens no programa saúde da família: estratégias de elucidação pelos enfermeiros. **Rev. de Enfermagem**. v. 6, set, 2012. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>>. Acesso em: 14 jan 2018.

FIGUEIREDO, M.S.N. et al. Percepção de enfermeiros sobre adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev. Rene**. v. 16, mai, 2015. Disponível em:< <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1971/pdf>>. Acesso em: 09 jan 2018.

FIGUEIREDO, M.G.A.V.; MARQUES, A.C. Pré-natal: experiências vivenciadas pelo pai. **Rev. Cogitare Enfermagem**. v. 16, out/dez, 2016. Disponível em:< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26126/17395>>. Acesso em: 19 jan 2018.

FREIRE, R.M.A. et al. Um olhar sobre a promoção de saúde e a prevenção de complicações: diferença de contextos. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. v. 24, 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02749.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02749.pdf)>. Acesso em: 23 dez 2017.

GELBCKE, F.C, et al. Desafios para atuação multiprofissional e interdisciplinar. **Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 6, n.4. Disponível em:< <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1202/1087>>. Acesso em: 22 jan 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEBMULLER, M.G. et al. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000902867&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000902867&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 19 ago 2017.

LAZARINI, F.M; BARBOSA, B.A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 25, 2017. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-02845.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02845.pdf)>. Acesso em: 09 mai 2017.

LAGO, T. et al. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera**. Governo de São Paulo, Secretaria da Saúde, 2010.

LAFETÁ, K.R.G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**. v.19, n.1. Jan/Mar, 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-790X2016000100063&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-790X2016000100063&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 01 jun 2017.

LEAL, M.C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**. v.15, n.1. Jan/Mar. Recife, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000100091&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292015000100091&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 21 ago 2017.

LOPES, A.C.M.U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 69, jan/fev, 2016.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0062.pdf>>. Acesso em: 19 jan 2018.

LOPES, P.R.H, XAVIER, S.M.B. As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba. **Serviço Social em Revista**. v. 18, n.2. Jan/jun, 2016. Disponível em: [www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/18507/19107](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/18507/19107)>. Acesso em: 21 jan 2018.

MAGALHÃES, D.M.S. et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 22, 2011. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis\\_gestacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf)>. Acesso em: 19 jan 2018.

MAGALHÃES, D.M.S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**. v.26, n.2, jun, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008)>. Acesso em: 18 ago 2017.

MALTA, D.C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Ciências & Saúde Coletiva**. v. 21, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>>. Acesso em: 19 jan 2018.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINELLI, N.P. et al. Sistematização da assistência de enfermagem – desafios para a implantação. **Rev. Enfermagem Contemporânea**. v. 4, n.2. Jul/dez, 2015. Disponível em:< <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/523/553>>. Acesso em: 19 jan 2018.

MARTINELLI, K.G. et al. Adequação do processo da assistência pré natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 36, n.2. Jan/2014. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032014000200056&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jan 2018.

MELO, E.C. et al. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**. v.49, n.4. São Paulo, 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt\\_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf)>. Acesso em: 06 jul 2017.

MENDES, E.V. **A rede de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília 2011.

MIRANDA, M.M.S. et al. Rastreamento das infecções perinatais na gravidez: realizar ou não? **Femina**, v.40, n.1. Jan/Fev 2012. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n1/a3075.pdf>>. Acesso em: 01 abr 2017.

MINAYO, C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28 ed. Petrópolis RJ, Vozes, 2009.

MORORÓ, R.M. et al. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. **Rev. Saúde.Com.** v.11, n.2, 2015. Disponível em:< <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11N3a06.pdf>>. Acesso em: 02 abr 2017.

NASCIMENTO, M.I. et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Brasileira de Ginecologia Obstétrica.** v.34, n.2, 2011. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200003)>. Acesso em: 18 ago 2017.

NUNES, J.T. et al. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev. de Enfermagem.** v. 11, dez, 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23573/25297>>. Acesso em: 09 jan 2018.

OLIVEIRA, D.R.; FIGUEIREDO, M.S.N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Rev. Enfermagem em Foco.** v.2, n.2, 2011. Disponível em:< <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/106/88>>. Acesso em: 19 jan 2018.

PEREIRA, J.S.; MACHADO, W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. de Saúde Coletiva.** v. 26, n.3. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-01033.pdf>>. Acesso em: 19 jan 2018.

REZENDE, Montenegro ACN. **Obstetrícia Fundamental.** 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

SANTOS, J.R.; GONÇALVES, E. Rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis não víricas nos adolescentes: qual o estado da arte. **Nascer e Crescer-Rev. de Pediatria do Centro Hospitalar do porto.** v. 25, n. 3, 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542016000300007](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542016000300007)>. Acesso em: 23 mai 2017.

SARACENI, V. et al. Vigilância da sífilis na gravidez. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde.** v.16, n.2, jun. Brasília, 2007. Disponível em:< [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742007000200005](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200005)>. Acesso em: 20 jul 2017.

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev. Panamericana Salud Publica.** v. 41, 2017. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/rpssp/v41/1020-4989-RPSP-41-e44.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2017.

SILVA, E.P. et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde.** v. 17, n.2. 2013. Disponível em:<

[http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Projeto\\_Terap%C3%AAAutico\\_Singular\\_como\\_Estrat%C3%A9gia\\_de\\_Pr%C3%A1tica\\_da\\_Multiprofissionalidade\\_nas\\_A%C3%A7%C3%B5es\\_de\\_Sa%C3%BAde.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Projeto_Terap%C3%AAAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf)>. Acesso em: 21 jan 2018.

SILVA, T.C.A. et al. Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Interdisciplinar**. v. 8, n.1. Mar 2015. Disponível em:< <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Prevencao-da-sifilis-congenita-pelo-enfermeiro-na-Estrategia-Saude-da-Familia.pdf>>. Acesso em: 17 dez 2017.

SOARES, M.I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Ana Nery – Rev. de Enfermagem**. v. 19, jan/mar, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>>. Acesso em: 19 jan 2018.

SOUZA, B.G. et al. As consequência da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. **Interfaces Científicas-Saúde e ambiente**. Aracaju. v.1, n.3. Jun 2013. Disponível em:< <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/746>>. Acesso em: 20 abr 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. rev. e atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.

SUTO, C.S.S. et al. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Rev. de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v.5, ago/dez, 2016. Disponível em:< <http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1544>>. Acesso em: 16 jan 2018.

TABISZ, L. et al. Sífilis, uma doença reemergente. **Rev. do Médico Residente**. v. 14, n.3. jul/set, 2012. Disponível em:< <http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/263/251>>. Acesso em: 19 jan 2018.

UNA-SUS/UFMA – **Redes de Atenção à Saúde: a atenção a saúde organizada em redes**. São Luís, 2015. Disponível em:< <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>>. Acesso em: 09 jan 2018.

XAVIER, L.P. et al. O trabalho do psicólogo junto à Equipe de Saúde. **Rev. Ciências em Saúde**. v. 6, n.1, 2016. Disponível em:< [http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit\\_zero/article/viewFile/455/292](http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/viewFile/455/292)>. Acesso em: 25 jan 2018.

ZAMPIERI, M.F.M. et al. **Linhas de Cuidado em Enfermagem: Enfermagem na atenção à saúde materno-fetal: pré natal**. Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC Florianópolis, 193p. 2013. Disponível em:< [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12089/mod\\_resource/content/3/Modulo6\\_SaudeMaterna.pdf](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12089/mod_resource/content/3/Modulo6_SaudeMaterna.pdf)>. Acesso em: 14 jun 2017.



**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### APÊNDICE A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada Construção de uma linha de cuidado para gestantes com sífilis a partir da visão de enfermeiros. Está sendo desenvolvida por Michelle Andiana de Medeiros Araújo, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da Profª Dra. Janaina von Söhsten Trigueiro. Tem como objetivo geral construir uma linha de cuidado para gestante com diagnóstico de sífilis a partir da visão de enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde no município de Cuité-PB.

O desenvolvimento desse estudo justifica-se pela possibilidade de diminuir a proporção de danos da sífilis ao binômio mãe-bebê a partir da construção de uma linha de cuidados, a qual servirá de norte para a prática do enfermeiro e demais profissionais que integram a Rede de Atenção à Saúde.

A participação do (a) Sr (a) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância. Porém, o (a) Sr (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo.

Vale lembrar que a pesquisa apresenta riscos considerados "mínimos", pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da realização da entrevista. Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar a assistência às gestantes com sífilis. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS.

Os dados serão coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado que, posteriormente, farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado e defendido, podendo ser divulgado na íntegra ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

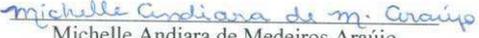
Os pesquisadores<sup>1</sup> estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessários em qualquer etapa da pesquisa. Vale ressaltar que durante todas as etapas serão cumpridas as determinações constantes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité-PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017.

  
Janaina von Söhsten Trigueiro  
Pesquisadora responsável

<sup>1</sup>Endereço profissional da pesquisadora responsável: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde (CES), Rua Olho D' Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil CEP: 58175-000. Telefone: (83) 33721900; e-mail [janavs\\_23@hotmail.com](mailto:janavs_23@hotmail.com); CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

  
Michelle Andiana de Medeiros Araújo  
Pesquisadora Participante

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa/Testemunha

**APÊNDICE B**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO**

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Iniciais do nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Tempo da entrevista: \_\_\_\_\_

**\*PARTE I: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo ( ) outro

**\*PARTE II: DADOS PROFISSIONAIS**

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Fez algum tipo de capacitação relacionada à Sífilis: ( ) sim ( ) não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**\*PARTE III: QUESTÕES NORTEADORAS**

- 1) Fale para mim como está estruturada a Rede de Atenção à gestante com VDRL positivo no município de Cuité.
- 2) Como enfermeiro desta USF, quais cuidados você presta à gestante com VDRL positivo? Aponte as dificuldades e/ou potencialidades existentes na sua prática junto ao município.
- 3) Como o Processo de Enfermagem é desenvolvido no acompanhamento de gestantes com VDRL positivo?
- 4) Na sua opinião, quais elementos/equipamentos/cuidados são necessários para a criação de uma linha de cuidado à gestante com VDRL positivo?



**ANEXOS**

## ANEXO A

### CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Construção de uma linha de cuidado para gestantes com sífilis a partir da visão de enfermeiros

**Pesquisador:** JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 76904417.3.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.382.256

##### Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa que será realizado com enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Cuité-PB. Será utilizado como instrumento de coleta o roteiro de entrevista semiestruturado. As informações coletadas serão analisadas mediante a Análise de Conteúdo, na modalidade temática de Bardin.

##### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir uma linha de cuidado para a gestante com diagnóstico de sífilis a partir da visão de enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Cuité-PB.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros;
- Identificar os cuidados prestados por enfermeiros à gestante com sífilis durante o pré-natal;
- Verificar a estrutura da Rede de Atenção à Saúde da gestante com sífilis.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos considerados "mínimos", pois os (as) participantes podem ficar

<b>Endereço:</b> Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n	<b>CEP:</b> 58.107-670
<b>Bairro:</b> São José	
<b>UF:</b> PB	<b>Município:</b> CAMPINA GRANDE
<b>Telefone:</b> (83)2101-5545	<b>Fax:</b> (83)2101-5523
	<b>E-mail:</b> cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.382.256

inibidos (as) no momento da realização da entrevista. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS.

- Benefícios:

Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar a assistência às gestantes com VDRL positivo na Estratégia Saúde da Família

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância científica e social

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

A pesquisadora apresentou a seguinte documentação:

- Projeto detalhado;
- Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos;
- Termo de consentimento livre e esclarecido;
- Termo de Autorização Institucional da secretaria de saúde de Cuité;
- Termo de Autorização Institucional da coordenadora da atenção básica de Cuité;
- Termo de compromisso dos pesquisadores;
- Termo de submissão do projeto de TCC na Plataforma Brasil;
- Termo de compromisso de divulgação dos resultados.

**Recomendações:**

Sugestão: Substituir inibição por constrangimento, nos riscos da pesquisa.

"Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos considerados "mínimos", pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da realização da entrevista..."

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

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

**UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.382.256

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_988238.pdf	14/11/2017 17:47:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.docx	02/11/2017 11:29:04	JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	19/09/2017 09:04:54	JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	30/08/2017 16:03:12	JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO	Aceito
Outros	AE.pdf	30/08/2017 15:44:10	JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO	Aceito
Outros	AD.pdf	30/08/2017 15:43:49	JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO	Aceito
Outros	AC.pdf	30/08/2017 15:43:27	JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO	Aceito
Outros	AB.pdf	30/08/2017 15:43:00	JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO	Aceito
Outros	AA.pdf	30/08/2017 15:42:35	JANAÍNA VON SÖHSTEN TRIGUEIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 14 de Novembro de 2017

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Januse Nogueira de Carvalho**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br