

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO  
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Tamires Dela Justina

**CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS COM INFECÇÕES  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA MATERNIDADE DO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Santa Maria, RS  
2019

**Tamires Dela Justina**

**CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS COM INFECÇÕES  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA MATERNIDADE DO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema público de Saúde, Área de Concentração: Materno-Infantil.**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS  
2019

**Tamires Dela Justina**

**CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS COM INFECÇÕES  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA MATERNIDADE DO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema público de Saúde, Área de Concentração: Materno-Infantil.**

**Aprovado em 27 de fevereiro de 2019:**

---

**Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Diego Fernando Dorneles Bilheri, Me. (UFSM)**

---

**Eliane Rodrigues, Esp. (HUSM)**

Santa Maria, RS  
2019

## RESUMO

# CARACTERIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

AUTORA: Tamires Dela Justina  
ORIENTADORA: Sheila Kocourek

Este artigo descreve as características sociodemográficas das puérperas infectadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou com sífilis. Trata-se de um estudo descritivo-observacional, do tipo quanti-qualitativo a partir de dados secundários da maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). É resultado de uma pesquisa e intervenção, realizadas a partir da experiência de três residentes (Assistente Social, Fonoaudióloga e Nutricionista) junto ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - Ênfase Materno-Infantil da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Foram incluídos na análise os prontuários de puérperas que tiveram sorologias reagentes para HIV e/ou sífilis no período de setembro de 2016 a agosto de 2017. O estudo identificou que na maioria das puérperas com diagnóstico de HIV ou sífilis, a faixa etária variou de 19 a 39 anos; são brancas; possuem menos de 8 anos de estudo; solteiras; procedentes do município de Santa Maria; pré-natal completo e paridade de 2 a 3 gestações. O estudo é exploratório, portanto exige futuros aprofundamentos.

**Palavras-chave:** Sífilis. HIV. Pré-Natal. Perfil Sociodemográfico.

## ABSTRACT

# CHARACTERIZATION OF PUERPERAL WITH SEXUALLY TRANSMISSIBLE INFECTIONS IN THE MATERNITY AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF SANTA MARIA

AUTHOR: TamiresDelaJustina

ADVISER: Sheila Kocourek

This article describes the sociodemographic characteristics of puerperae infected with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and / or with syphilis. This is a descriptive-observational study, with quantitative-qualitative type based on secondary data from the Maternity of the University Hospital of Santa Maria. It is the result of a research and intervention performed from the experience of three residents (Social Worker, Speech Therapist and Nutritionist) along with the Post-Graduate Program in Multi-professional Residence Integrated in Hospital Management and Attention in the Public Health System - Maternal and Child Emphasis from Federal University of Santa Maria. The analysis includes records of puerperae whose had serological tests for HIV and / or syphilis from September 2016 to August 2017. This study identified in the majority of puerperae diagnosed with HIV or syphilis, the age range ranged from 19 to 39 years; they are white; have less than 8 years of study; are single women; are citizen from Santa Maria; complete prenatal care and parity of 2 to 3 pregnancies. The study is exploratory, thus requires further study.

**Keywords:** Syphilis. HIV. Prenatal. Sociodemographic Profile.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das puérperas com sífilis conforme variáveis sociodemográficas no HUSM no período de setembro de 2016 a agosto de 2017.....	12
Tabela 2 - Distribuição das puérperas com sífilis conforme variáveis obstétricas no HUSM no período de setembro de 2016 a agosto de 2017.....	14
Tabela 3 - Distribuição das puérperas com HIV conforme as variáveis sociodemográficas no HUSM no período de setembro de 2016 a agosto de 2017.....	16
Tabela 4 - Distribuição das puérperas com HIV conforme variáveis obstétricas no HUSM no período de setembro de 2016 a agosto de 2017.....	19

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais universitários
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CNRMS	Comissão Nacional de residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FEBRASGO	Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 MÉTODO</b> .....	9
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	10
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	22
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	23



## 1 INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) passaram a ter a terminologia infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em conformidade com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pela sociedade científica e por alguns países (BRASIL, 2016), alertando a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas, se apresenta com frequência, possuindo múltiplas etiologias e apresentações clínicas, causando impactos na qualidade de vida, nas relações pessoais, familiares e sociais dos indivíduos (BRASIL, 2015).

As ISTs são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo o contato sexual a principal forma de transmissão e, de forma eventual, por via sanguínea e objetos contaminados. A transmissão de uma IST ainda pode acontecer da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação (BRASIL, 2015).

A OMS estima a ocorrência de aproximadamente um milhão de casos de ISTs por dia no mundo (BRASIL, 2018b). No caso das gestantes, a presença das ISTs é ainda mais significativa, pois algumas dessas doenças podem ser transmitidas para os bebês, acarretando sérios problemas de saúde e, nos casos mais graves, pode ocorrer aborto, parto prematuro, má formação do feto, doenças congênitas, morte fetal e/ou morte da criança (BRASIL, 2015).

As Residências em Saúde são modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, sendo um curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos. Podendo se organizar na modalidade de área específica e multiprofissional (CASTRO, 2013).

A Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2005). De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287/1998, a residência abrange as profissões da área da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), exceto a medicina (BRASIL, 1998).

O interesse pelo tema foi despertado através da experiência vivenciada no primeiro ano do Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Materno-Infantil, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) campo de referência para cumprimento da carga horária prática que compreendeu o período de março de 2018 a fevereiro de 2019.

Muitos diagnósticos são constatados somente na triagem sorológica realizada no momento do parto (ROMANELLI et al., 2006). Para isso, a identificação do perfil epidemiológico, bem como os aspectos sociodemográficos de puérperas com soropositividade para HIV/sífilis, possibilita compreender o contexto social e os determinantes sociais que mais se relacionam com estas infecções. Nessa perspectiva de propor ações que minimizem os índices de contaminação vertical, torna-se importante considerar o perfil de puérperas, admitidas em uma maternidade pública, que apresentam sorologias positivas para as ISTs.

Através das inquietações, discussões multidisciplinares entre os cursos de Fonoaudiologia, Nutrição e Serviço Social sobre o número elevado de puérperas com diagnóstico de ISTs, sobressaindo-se os casos de HIV e sífilis, objetivou-se a pesquisar mais sobre o assunto a fim de analisar a prevalência das ISTs supracitadas com potencial de transmissão vertical, sua relação com os fatores sociodemográficos com vistas a contribuir com o fortalecimento da política de saúde materno-infantil.

Este artigo é parte de um projeto guarda-chuva que tem por objetivo geral analisar a ocorrência de doenças infectocontagiosas em puérperas com potencial de transmissão vertical e sua relação com os fatores sociodemográficos e clínicos e as consequências no cuidado dos bebês, com vistas a contribuir com o fortalecimento da política de saúde materno-infantil.

## **2 MÉTODO**

Este trabalho objetivou realizar um estudo de descritivo-observacional, do tipo quanti-qualitativo a partir de dados secundários na maternidade do HUSM que se caracteriza como hospital de ensino, público, nível terciário, atendendo 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde. É referência no atendimento de urgência e emergência para a população de 45 municípios da Região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. Salientando-se a relevância e posição estratégica deste hospital já que o

serviço de obstetrícia, com foco no atendimento a gestação de alto risco, é o único com porta aberta para emergência obstétrica na região.

A amostra estudada é constituída por puérperas com sorologias reagentes para HIV e/ou sífilis em qualquer momento da gestação e/ou na ocasião do parto e seus respectivos recém-nascidos, que permaneceram internados em alojamento conjunto durante o período de setembro de 2016 a agosto de 2017. Os dados analisados encontram-se armazenados nos prontuários físicos e eletrônicos (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU).

As informações foram coletadas e tabuladas em um arquivo do Microsoft Office Excel 2013, analisadas por meio de estatística descritiva simples, por meio do software STATISTICA® 7.0. Para referência teórica, foram consultadas bases de dados como MEDLINE/PubMed, Lilacs/SciELO, além dos protocolos e manuais do Ministério da Saúde, Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

As variáveis maternas investigadas foram: procedência; idade; estado civil (solteira, união estável, casada, separada, divorciada ou viúva); escolaridade (1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); raça (branca, parda, negra, indígena); paridade (1 gestação; 2 a 3 gestações; >3 gestações), número de consultas no pré-natal (sem pré-natal - 0 consultas; pré-natal incompleto - 1 a 5 consultas e; pré-natal completo  $\geq$  6 consultas).

Os critérios de exclusão abarcam prontuários com menos de 100% de informações preenchidas que serão necessárias para o delineamento do estudo; puérpera com diagnóstico de doença infectocontagiosa inconclusivo durante o período de internação; puérpera cujo recém-nascido tenha sido encaminhado a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e evolução crônica causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, sendo o ser humano, seu único hospedeiro, transmissor e reservatório (BRASIL, 2018d). A transmissão pode ocorrer de forma sexual (sífilis adquirida) e vertical (sífilis congênita) através da placenta da mãe para o feto. Outras formas de transmissão podem ocorrer por via indireta (objetos contaminados) e por transfusão sanguínea (BRASIL, 2018d).

Ainda se referindo a dados mundiais, a sífilis é responsável por mais de 300.000 mortes fetais por ano, além de aumentar o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças (BRASIL, 2018b). No Brasil, aumentou, na última década, o número de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Tal aumento pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e a ampliação da cobertura de testes rápidos no pré-natal no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2015).

A sífilis é um problema grave de saúde pública que, nos últimos anos, vem apresentando tendência de crescimento no Brasil, e na maioria dos demais países de renda média (BRASIL, 2018d). De acordo com o último Boletim Epidemiológico sobre a taxa de sífilis, publicado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 119.800 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 58,1 casos/100 mil habitantes); 49.013 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 17,2/1.000 nascidos vivos); 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos); e 206 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 7,2/100 mil nascidos vivos) (BRASIL, 2018b).

Ainda em 2017, observou-se taxa de detecção de 17,2 casos de sífilis em gestantes/1.000 nascidos vivos (28,4% superior à taxa observada no ano anterior). A taxa de detecção nacional foi superada pelas regiões Sudeste (20,8/1.000 nascidos vivos) e Sul (20,1/1.000 nascidos vivos). Além disso, foi constatado que, no último ano, as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores aumentos em suas taxas de detecção, e a Região Sul foi a que apresentou o menor acréscimo (BRASIL, 2018b).

Em relação à taxa de detecção de sífilis em gestantes e a taxa de incidência de sífilis congênita, abarcando o ano de 2017, o Rio grande do Sul foi um dos estados que apresentou taxas maiores que a média nacional (BRASIL, 2018b). Também se observa que o estado apresenta taxa de incidência de sífilis congênita mais elevada que as taxas de detecção de sífilis em gestantes (BRASIL, 2018b).

Em consonância com o último Boletim Epidemiológico da sífilis, quando, em uma unidade federativa ou capital, as taxas de incidência de sífilis congênita são superiores às taxas de detecção de sífilis em gestantes podem estar relacionadas a algumas variáveis, por exemplo, lacunas na assistência ao pré-natal, a prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis; desafios referentes à notificação oportuna ou subnotificação da sífilis em gestantes; dificuldades de compreensão dos critérios que envolvem casos de sífilis congênita (BRASIL, 2018b).

A assistência ao pré-natal é uma oportunidade de diagnóstico das ISTs, propiciando tanto a prevenção da transmissão vertical dessas infecções quanto o acesso das gestantes e seus parceiros as práticas assistenciais de saúde (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012). Salienta-se que além dos procedimentos técnicos recomendados, o atendimento demanda cuidados especiais na abordagem do diagnóstico, a fim de orientar de maneira que o usuário entenda a doença, os riscos e a importância de adesão ao tratamento. (ROMANELLI et al., 2006).

Fatores sociais, econômicos e culturais, fatos relacionados com os profissionais e/ou serviços de saúde, com a doença em si e demais comorbidades e com a medicação prescrita são barreiras que influenciam a adesão terapêutica, demonstrando a necessidade de haver intervenções adaptadas às singularidades dos pacientes (BRASIL, 2007). Aderir um tratamento e/ou mudar comportamentos e rotinas é um processo influenciado simultaneamente por vários fatores em que o sujeito deve ser ativo no processo de conviver com a doença e o tratamento, seja uma doença que tenha cura ou que necessite de acompanhamento regular de saúde por toda a vida (BRASIL, 2007).

As atividades dos serviços de saúde devem ser organizadas de forma que facilitem a adesão dos usuários não só ao tratamento em si, mas também oferecendo alternativas de atendimento, flexibilidade de horário e garantia de cuidado multidisciplinar (BRASIL, 2007). A participação ativa do usuário no seu processo saúde-doença é imprescindível para o sucesso de sua promoção da saúde. Não existe um modelo ideal que possa ser seguido por todos e para todos para adesão ao tratamento. Existem estratégias que podem e devem ser adotadas, mediante as circunstâncias dos usuários, da sua totalidade e singularidade, visando à melhoria da adesão ao tratamento.

Contempla este estudo a análise de 107 prontuários de puérperas com diagnóstico de HIV e/ou sífilis, sendo que, 62 (57,9%) apresentaram diagnóstico de sífilis, 39 (36,4%) com sorologia positiva para HIV e 6 (5,6%) com coinfeção de HIV e sífilis. A tabela 1 apresenta a distribuição das puérperas com sífilis de acordo com as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas com sífilis conforme variáveis sociodemográficas no HUSM no período de setembro de 2016 a agosto de 2017.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
14-18	8	12,9
19-39	53	85,4
≥40	1	1,6
Raça/cor		
Branca	48	77,4
Parda	9	14,5
Preta	4	6,4
Indígena	1	1,6
Escolaridade		
1º grau incompleto	28	45,1
1º grau completo	10	16,1
2º grau incompleto	5	8,1
2º grau completo	15	24,1
Ensino superior completo	2	3,2
Ensino superior incompleto	1	1,6
Não registrado	1	1,6
Estado Civil		
Solteira	41	66,1
União Estável	8	12,9
Casada	7	11,2
Desquitada	2	3,2
Não registrado	4	6,4
Procedência		
Santa Maria	46	74,1
Demais municípios	16	25,8

Fonte: Elaborado pela autora.

A média de idade das usuárias varia de 12 a ≥40 anos. As idades mais acometidas variam de 19 a 39 anos (85,4%) período em que se encontram sexualmente ativas e em plena idade reprodutiva, constituindo o grupo etário de maior incidência da doença, convergindo com os achados de estudos realizados em outras regiões do Brasil (CHAVES et al., 2014; DOMINGUES; LEAL, 2016; MAGALHÃES et al., 2013).

Em relação à raça/cor predominou a categoria branca com representação de 77,4%, dado em concomitância com outro estudo realizado no município de Santa Maria/RS (SANTOS et al., 2016) e com outro elaborado no estado do Rio Grande do Sul (RS) que

abrangeu os anos de 2001 a 2012 (TEIXEIRA et al., 2018). Contudo, em artigo realizado com base nacional, a raça/cor de maior predominância foi parda (57,5%) (DOMINGUES; LEAL, 2016). Ao encontro deste dado, também está em publicação realizada no estado da Bahia (AZEVEDO; REIS; TELES, 2019). Os dados que diferem do presente estudo, pode justificar-se em razão de nem sempre a definição da raça ser auto declarada e ainda pela diversidade encontrada em diferentes regiões.

Quanto à escolaridade, se sobressaiu puérperas com 1º grau incompleto (45%) estando ao encontro com os dados apresentados em outros estudos (AZEVEDO; REIS; TELES, 2019; SANTOS et al., 2016). Porém em estudo com representação nacional, prevaleceu taxa de escolaridade de ensino médio completo (39%), seguido de 1º grau incompleto (26,6%) (DOMINGUES; LEAL, 2016).

O estado civil que predominou foi solteira (66,1%), seguido de união estável (12,9%) e casada (11,2%). Os dados encontrados condizem com achados dos estudos de outros autores (CHAVES et al., 2014; MAGALHÃES et al., 2013; SANTOS et al., 2016). Contudo, ressalta-se que o apoio do parceiro na fase gestacional é importante, pois contribui para tornar a mulher mais segura diante de suas emoções e seus receios. Durante a gravidez, a mulher passa por várias mudanças fisiológicas, psicológicas e emocionais, e a presença de um companheiro que lhe dê apoio e suporte, contribui na realização de estratégias para uma gestação mais saudável.

O maior percentual de procedência foi do município de Santa Maria (74,1%), sendo que as demais puérperas são procedentes de municípios que abarcam a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), são eles: São Sepé 9,6%, Restinga Seca 4,8% e Cacequi, Faxinal do Soturno, Itaara, Jaguari, Júlio de Castilhos, Santiago e Toropi com 1,6% cada.

Se referindo somente as puérperas procedentes do município de Santa Maria, observa-se que 32,6% residem na região administrativa Oeste, seguido das regiões Centro Leste, Leste, Norte e Sul com percentual de 10,8% cada. Os achados deste estudo vão ao encontro com outro estudo realizado no município de Santa Maria que abarcou dados do ano de 2007 a 2012, onde a região que obteve maior número de sífilis em gestantes também foi a Oeste (SANTOS et al., 2016).

Na Tabela 2 consta a distribuição das puérperas com diagnóstico de sífilis de acordo com variáveis obstétricas. Nesta tabela foram utilizadas as variáveis pré-natal ( $\geq 6$  consultas;

<6 consultas e nenhuma consulta) e número de gestações (1 gestação; 2 a 3 gestações e >3 gestações).

Tabela 2 - Distribuição das puérperas com sífilis conforme variáveis obstétricas no HUSM no período de setembro de 2016 a agosto de 2017.

Variáveis	N	%
Pré-natal		
≥6 consultas	43	69,3
<6 consultas	14	22,5
Nenhuma Consulta	5	8,1
Nº de gestações		
1 gestação	22	35,4
Até 3 gestações	27	43,5
>3 gestações	13	20,9

Fonte: Elaborado pela autora.

No que concerne a realização do pré-natal, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza o mínimo de seis consultas (BRASIL, 2015). Os dados sobre o pré-natal, mostram que 69,3% das puérperas realizaram 6 consultas ou mais, dado que converge com outras publicações. Um estudo realizado na Bahia e outro no Distrito Federal apontam que mais de 90% das puérperas realizaram pré-natal completo (AZEVEDO; REIS; TELES, 2019; MAGALHÃES et al., 2013), respectivamente.

Quanto ao número de gestações, a taxa de maior percentual foi de 2 a 3 gestações (43,5%), seguido de 1 gestação (35,4%) e mais que 3 gestações (20,9%). Já em outra publicação, realizada no estado do Rio Grande do Sul, prevaleceu o número de primíparas (91,6%) (CHAVES et al., 2014).

Outra IST abordada no artigo é a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), possuindo como meio de transmissão sexual, as vias parenteral e vertical (BRASIL, 2018c). De acordo com o último boletim epidemiológico lançado pelo Ministério da Saúde, que se refere aos dados de julho de 2017 a junho de 2018, no período que compreende do ano de 1980 a junho de 2018, foram notificados 926.742 casos de AIDS no Brasil. Esses dados correspondem a 65,5% casos de AIDS em homens e 34,5% em mulheres. Em relação ao HIV, no período do ano de 2007 até junho de 2018, foram notificados 247.795 casos (BRASIL, 2018a).



Nos últimos cinco anos, o país tem registrado, a cada ano, uma média de 40 mil novos casos de AIDS. Sendo que, o número anual de casos de AIDS vem decrescendo desde 2013, quando foram notificados 43.269 casos, em contrapartida, no ano de 2017 foram registrados 37.791 casos (BRASIL, 2018a). Em relação aos casos de infecção pelo HIV, no ano de 2017, foram notificados 42.420 casos, sendo 4.306 (10,2%) na região Norte, 9.706 (22,9%) na região Nordeste, 16.859 (39,7%) na região Sudeste, 8.064 (19,0%) na região Sul e 3.485 (8,2%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2018a).

No Brasil, em relação às gestantes, no período de 2000 até junho de 2018, foram notificadas 116.292 mulheres infectadas com HIV, das quais 7.882 somente no ano de 2017, correspondendo a uma taxa de detecção de 2,8/1.000 nascidos vivos. Em relação a região de residência destas gestantes, constatou-se que 38,6% residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,4%), Nordeste (17,2%), Norte (8,0%) e Centro-Oeste (5,8%). No ano de 2017, sete estados apresentaram a taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional, dentre eles, o Rio Grande do Sul (BRASIL, 2018a).

Em um período de dez anos (2007 a 2017), houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2007, a taxa foi de 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2017, passou para 2,8/mil nascidos vivos. A tendência de aumento também é verificada em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sudeste, que apresenta poucas variações numéricas ao longo do período. Na totalidade da série histórica, a região que apresentou as maiores taxas de detecção no país foi à região Sul. Em 2017, apresentou taxa de 5,8 casos/mil nascidos vivos, o que correspondeu o valor de mais de duas vezes superior à taxa nacional.

Em relação aos dados coletados neste estudo, na tabela 3, consta a distribuição das puérperas com HIV conforme as variáveis sociodemográficas. Desde o ano 2000, se referindo ao número total de gestantes soropositivas notificadas no Sinan, a faixa etária que representa o maior número é entre 20 e 24 anos representando 28,3% (BRASIL, 2018a). Neste estudo, em relação à variável da faixa etária, o maior índice foi de 19 a 39 anos (87,1), achado semelhante a outras publicações (CARVALHO; SILVA, 2014; LIMA et al., 2014; SILVA et al., 2016). Assim como nos dados da sífilis, a maior taxa de incidência é na época em que se encontram sexualmente ativa e em plena idade reprodutiva.

Quanto à raça/cor, se referindo a dados nacionais, há predomínio de casos entre mulheres pardas (48,5%), seguidas de brancas (36,3%). A proporção de gestantes brancas era superior à de pardas de 2000 a 2012. No momento, segue apresentando tendência de queda.

Em contrapartida, a tendência entre as mulheres pardas vem crescendo desde o início da série, as quais em 2012 se tornaram a maioria dos casos no país (BRASIL, 2018a).

Tabela 3 - Distribuição das puérperas com HIV conforme as variáveis sociodemográficas no HUSM no período de setembro de 2016 a agosto de 2017.

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
14-18	4	10,2
19-39	34	87,1
≥40	1	2,5
Raça/cor		
Branca	33	84,6
Parda	2	5,1
Preta	4	10,2
Escolaridade		
1º grau incompleto	14	35,8
1º grau completo	11	28,2
2º grau incompleto	4	10,2
2º grau completo	7	17,9
Ensino superior completo	2	5,1
Ensino superior incompleto	1	2,5
Estado Civil		
Solteira	28	71,7
União Estável	4	10,2
Casada	5	12,8
Viúva	1	2,5
Não registrado	1	2,5
Procedência		
Santa Maria	32	82
Demais municípios	7	18

Fonte: Elaborado pela autora.

No presente estudo, foi verificado que a raça/cor que prevaleceu foi a branca (84,6%) seguido da preta (10,2%) e da parda (5,1%). Em estudo realizado em um hospital de referência para doenças infectocontagiosas no período de janeiro de 2007 a agosto de 2015, também prevaleceu à raça branca (46,1%) e subsequente a parda com (36,5%) (LIMA et al., 2017). Porém em publicação realizada com dados de 2000 e 2009 em um estado do Nordeste do Brasil, predominou a raça parda (50,4%) LIMA et al., 2014). A divergência de dados pode

ser atribuída à pluralidade das regiões brasileiras, onde se diferenciam a raça/cor da população de uma região para outra.

Em relação à escolaridade, o maior índice foi de 1º grau incompleto (35,8%) seguido de 1º grau completo (28,2%). Os achados do presente estudo convergem com outro estudo realizado no Espírito Santo, onde prevaleceu escolaridade 1º grau incompleto (47,6%) (VIEIRA et al., 2011). A baixa escolaridade dificulta os saberes e a adesão às práticas comportamentais seguras, aumentando o risco obstétrico e expõe cada vez mais estas mulheres a outros fatores de exclusão social (JORDÃO et al., 2016).

Em âmbito nacional, a maioria das gestantes com HIV possui ensino fundamental incompleto 36,8%. Ressalta-se que a proporção de mulheres com escolaridade de nível médio completo vem apresentando tendência acentuada de crescimento, em 2007 representava 7,8% e, em 2017, 25,7%. Ao mesmo tempo, a faixa mais prevalente (ensino fundamental incompleto) segue em declínio: 2007, a taxa era de 39,1%, e em 2017, foi de 27,3% (BRASIL, 2018a).

Prevaleceu o número de mulheres com estado civil solteira (71,7%), dado que vai ao encontro com publicação realizado no estado do Rio Grande do Norte, onde sobressai o percentual de solteiras (42,3%) (LIMA et al., 2017), mesmo caso de estudo realizado no Rio Grande do sul, prevaleceu estado civil solteira (75%) (ZIEBELL; FEIL; RENNER, 2017). Contudo, outro artigo revela que o número maior foi de união estável (28,9%) no Piauí (SILVA et al., 2016).

Quanto à procedência das puérperas com HIV, verificou-se que 82% residem em Santa Maria, 7,6% em São Sepé e nos municípios de Restinga Seca, São Francisco de Assis, São Gabriel e São Pedro do Sul possuem representação de 2,5% cada. Se referindo as regiões administrativas do município de Santa Maria, observa-se que, diferentemente dos casos de puérperas com sífilis em que se destacava algumas regiões com maior percentual, o número de mulheres com HIV é semelhante em todas as regiões variando de 3 a 6 casos. A tabela 4 apresenta as variáveis obstétricas das puérperas com diagnóstico de HIV.

Tabela 4 - Distribuição das puérperas com HIV conforme variáveis obstétricas no HUSM no período de setembro de 2016 a agosto de 2017.

Variáveis	N	%
Pré-natal		
≥6 consultas	33	84,6
<6 consultas	5	12,8
Nenhuma Consulta	1	2,5
Nº de gestações		
1 gestação	6	15,3
Até 3 gestações	18	46,1
>3 gestações	15	38,4

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao acompanhamento do pré-natal, certificou-se que, 84,6% realizaram pré-natal completo que, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde é, no mínimo, conforme supracitado, 6 consultas. Em outros estudos também se verifica que a maioria do percentual está concentrado em quem realizou pré-natal. Em publicação realizada com dados do estado do Rio Grande do Norte, apontam que 65,9% realizaram pré-natal completo (CARVALHO; SILVA, 2014). E, em estudo realizado no Rio de Janeiro, 84,5% realizou pré-natal (LIMA et al., 2014).

Quanto ao número de gestações, o maior percentual é entre 2 a 3 gestações (46,1%) seguido de mais de 3 gestações (38,4%) e primíparas com 15,3%. Em outros dois estudos, o maior percentual também é de 2 a 3 gestações (CARVALHO; SILVA, 2014; JORDÃO et al., 2016).

Se referindo as puérperas com coinfeção de HIV e sífilis, apresentaram os seguintes dados epidemiológicos e de variáveis obstétricas: 100% idade entre 19 a 39 anos; 66,6% raça/cor branca; 50% escolaridade com 2º grau incompleto; 50% estado civil solteira; 83,3% era procedente do município de Santa Maria; 66,6% pré-natal completo e, em relação ao número de filhos, 50% possuía de 2 a 3 gestações e as demais, também com percentual de 50%, mais de 3 gestações

Apesar da política brasileira de enfrentamento ao HIV/AIDS ser atuante, se reconhece as intervenções de prevenção isoladas não são suficientes para reduzir novas contaminações. Ao mesmo tempo, diferentes aspectos de risco de exposição, transmissão e infecção atuam em diversas condições sociais, econômicas, culturais e políticas (BRASIL, 2018e). Deve-se ofertar estratégias abrangentes de intervenção nas ações de prevenção para garantir maior

diversidade de métodos que correspondam as condições de vida, a totalidade e a singularidade dos usuários.

Alguns fatores são determinantes na conjuntura de novos casos de ISTs. Entre eles, destaca-se a importância sociocultural sobre a sexualidade, a desigualdade de gênero, os conflitos sociais, etc. A diminuição das taxas de ISTs exige articulação de saberes e práticas dos trabalhadores da saúde atuando no desenvolvimento de ações dentro e fora dos serviços para implementação de políticas públicas em concomitância com os princípios do sistema público de saúde (BRASIL, 2015).

A experiência da maternidade para as mulheres com ISTs pode ser contraditória, pois a possibilidade de gerar e criar um filho se contrapõe ao medo da transmissão vertical e ao estigma que esta mulher poderá ser submetida em decorrência da aquisição desta infecção, muitas vezes, diagnosticada na gestação ou no momento do parto (ROMANELLI et al., 2006). Ressalta-se que não se questiona o direito à maternidade, mas se essas mulheres estão tendo o direito à prevenção e ao planejamento de sua vida reprodutiva, bem como acesso aos métodos contraceptivos disponíveis pelo sistema público de saúde. (ROMANELLI et al., 2006).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento têm o objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos. Entre as ações desse programa está a realização de exames laboratoriais básicos e os procedimentos obstétricos considerados essenciais (BRASIL, 2002).

Todavia, a assistência do pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos culturais, sociais e econômicos, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando compreendê-las a partir do contexto em que vivem (DUARTE; ANDRADE, 2006).

O pré-natal é um conjunto de ações voltadas à mulher grávida, ao bebê e ao parceiro, visando a manutenção da saúde, onde são levados em consideração os aspectos biológicos, psicológicos sociais e culturais das gestantes, seja através do diagnóstico de complicações evitáveis ou por meio da vigilância à saúde, estabelecida entre as gestantes e os profissionais envolvidos (DUARTE, 2012). Na perspectiva de uma atenção integral humanizada, o MS preconiza em sua política de promoção à saúde da gestante uma atenção pautada no acolhimento da mulher e sua família, de modo que prevaleça a escuta qualificada das

demandas dessas usuárias e que a assistência seja planejada a partir de suas principais necessidades (BRASIL, 2002).

É fundamental que os profissionais criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, principalmente à gestante trabalhadora que contribui para a manutenção financeira da família e dividindo o tempo com o emprego, afazeres domésticos e a assistência à saúde (DUARTE, 2012).

É relevante que a equipe esteja sensibilizada e compreenda a importância dos profissionais que têm disponíveis na assistência ao pré-natal, criando oportunidades para que os sejam incluídos no atendimento, dado que nutricionistas, psicólogos, dentistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, além do médico e enfermeiro, também apresentam contribuições para a manutenção do bem estar materno e fetal (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008).

A integralidade é uma das bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e foi inserido como um dos princípios do SUS: o atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas e sem prejuízos dos serviços assistenciais, ou ainda, o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (SILVA, 2018).

Em conformidade com Paim (2008), o conceito de integralidade adquire múltiplos aspectos, acometendo no trabalho dos profissionais e no trabalho produzido pela própria organização do SUS, tendo como panorama as determinações sociais em curso. A busca por um atendimento ao usuário que considere as múltiplas necessidades de saúde, o trabalho coletivo e uma ação interdisciplinar pode resultar em uma interação intersetorial das políticas públicas e sociais. Esse movimento de tirar o foco da atenção às patologias e voltar-se para às múltiplas áreas de atuação a partir das diversas necessidades de saúde são estratégias cotidianas na construção das práticas de integralidade (SILVA, 2018).

[...] a construção da prática interdisciplinar tem o potencial de contribuir para a superação de uma visão/ação compartimentada, fragmentária e individual em saúde. Esta construção pressupõe que cada uma das categorias profissionais ofereça sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e conceitos. Preserva-se, portanto, a autonomia das áreas do saber envolvidas, ao mesmo tempo que se pressupõe a socialização de conhecimentos com o objetivo da (re)construção das ações das equipes de saúde (SILVA; MENDES, 2013, pág. 59).

Nas estratégias da interdisciplinaridade busca-se “a substituição de uma Ciência fragmentada por uma Ciência unificada, ou melhor, pleiteia-se por uma concepção unitária contra uma concepção fragmentária do Saber científico [...]” (SEVERINO, 2010, p. 15-16). Assim, se estabelece, entre as diferentes áreas que compõem a equipe interdisciplinar, uma

relação de troca de conhecimento, vislumbrando estratégias de ação diferentes, porém com objetivos em comum.

A interdisciplinaridade situa-se, portanto, em um nível avançado de cooperação e coordenação, de forma que todo conhecimento seja valorizado, com relações de intersubjetividade e de co-propriedade baseadas em uma atitude de diálogo. Nesta interação e articulação entre as diversas áreas do saber envolvidas, é preciso haver respeito à autonomia e à criatividade inerentes a cada uma destas áreas, para que não sejam influenciadas ou excluídas deste processo (ELY, 2003, p. 114).

A interdisciplinaridade enquanto processo de integração recíproca entre várias disciplinas e campos de conhecimento, capaz de romper as estruturas de cada uma delas para alcançar uma visão unitária e comum do saber, trabalhando em parceria, é sem dúvida, uma tarefa que demanda, de nossa parte, um grande esforço no rompimento de uma série de obstáculos (SIQUEIRA; PEREIRA, 1995).

Trabalhar de forma interdisciplinar não significa negar as especificidades e objetividade de cada ciência. A interdisciplinaridade se constitui como entendimento de uma nova forma de institucionalizar a produção do conhecimento nos espaços da pesquisa, da extensão, na articulação de novos paradigmas curriculares e na comunicação do processo, nas determinações do domínio das investigações, na pluralidade dos saberes, nas possibilidades de trocas de experiências e nos modos de realização da parceria (NICOLUESCU, 2000).

De nada adianta proceder por decomposição, análise e recomposição de aspectos: esta soma não dará a totalidade humana. É preciso, pois, no âmbito dos esforços com vistas ao conhecimento da realidade humana, praticar intencional e sistematicamente, uma dialética entre as partes e o todo, o conhecimento das partes fornecendo elementos para a construção de um sentido total, enquanto o conhecimento da totalidade elucidará o próprio sentido que as partes, autonomamente, poderiam ter (SEVERINO, 2010, p. 17).

Por tanto, a interdisciplinaridade é um modo de se trabalhar o conhecimento onde se busca uma reiteração de aspectos que ficaram isolados, para abranger uma visão mais ampla e adequada da realidade que, muitas vezes, aparece fragmentada pelos meios que se dispõe para conhecê-la.

#### **4 CONCLUSÃO**

O pré-natal se configura como meio fundamental para o rastreamento e posterior diagnóstico de comorbidades em gestantes, a fim de proporcionar tratamento e acompanhamento pertinente às mulheres com diagnóstico de ISTs e seus bebês. Assim,

quanto antes for realizado o diagnóstico do HIV na gestação, maior assistência poderá ser proporcionada e melhor prognóstico para o binômio mãe-bebê.

A atenção ao pré-natal adequada, de qualidade com diagnóstico precoce de forma a garantir a minimização do tempo de exposição ao treponema é uma ferramenta ímpar para a diminuição da sífilis congênita, considerando-se suas diversas oportunidades de intervenção. Além disso, tanto no HIV quanto na sífilis, a realização dos exames para o diagnóstico e o tratamento são disponibilizados pelo SUS.

Mostra-se necessário adotar um trabalho contínuo por parte de toda a equipe multidisciplinar, visando à promoção da saúde e à implementação de ações educativas pertinentes. Vale destacar que este estudo comporta limitações como dados não registrados e a existência de informações não exploradas nos prontuários. Um prontuário preenchido de modo adequado é importante para a qualidade da assistência, além de ser objeto de ensino e pesquisa em saúde.

Também são consideradas limitações a fonte secundária das informações, pois não se tem como verificar, ao certo, a credibilidade dos dados registrados. Apesar de tais entraves, mostra-se relevante a realização de pesquisas desse tipo, pois evidenciam a realidade local, possibilitando aos gestores e profissionais envolvidos, a avaliação da problemática em análise e o planejamento e execução de medidas preventivas direcionadas. Além disso, a pesquisa abre viés para novos questionamentos que dão margem a realização de novos estudos que possam incluir os profissionais, os gestores, as mulheres infectadas e as crianças expostas.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Débora Maria Santos; REIS, Rosilaine Barbosa Silva; TELES, Mauro Fernandes. **Incidência e Caracterização dos Casos de Sífilis Congênita na Maternidade de um Hospital do Sudoeste Baiano**. Rev. Mult. Psic. V.13, N. 43, p. 387-397, 2019. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1542/2263>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 out. 1998. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_98.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder



Executivo - FCPE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8901.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8901.htm)>. Acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-Atualizada-pl.html>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV Aids - 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de hiv, sífilis e Hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde Brasil. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria da Saúde de São Paulo. **Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS – Manual de Prevenção**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes->

download/diretrizes\_para\_implementacao\_da\_rede\_de\_cuidados\_em\_ist\_hiv\_aids\_-\_vol\_ii\_-\_manual\_de\_prevencao.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2019.

CARVALHO, Camila Fernandes da Silva; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. **Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres soropositivas em um pré-natal de alto risco.**

Cogitare Enferm. Natal, Abr./Jun. 2014. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36981/22750>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. **O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS.** In: Revista Temporalis, ano 13, n. 26, p. 153-171, jul./dez. 2013. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309/4944>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

CHAVES, Jéssica et al. **Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 58 (3): 187-192, jul.-set. 2014.

COSTA, Sérgio H Martins et al. **Rotinas em obstetrícia.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

DOMINGUEZ, Rosa Maria Soares Madeira; HART, Zulmira Maria de Araújo; LEAL, Maria do Carmo. **Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a07v12n3.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2019.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique. **Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais.** Revista Ciencia y Enfermeria XVIII, 2012.

Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n2/art\\_08.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n2/art_08.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2019.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a16.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ELY, Fabiana Regina. **Serviço Social e Interdisciplinaridade.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 113-117, jan./jun. 2003. Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/7123/6625>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

FIGUEIREDO, Paola Pereira; ROSSONI, Eloá. **O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes.** Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23595>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

JORDÃO, Bruna Amato et al. **Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 18(2): 26-34, abr-jun, 2016. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15081/10683>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

LIMA, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa et al. **Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV.** Acta Paul Enferm. Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0311.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

LIMA, Suzyanne Kadydja Silva Soares et al. **Caracterização das gestantes com HIV/AIDS admitidas em hospital de referência.** SANARE, Sobral - V.16 n.01, p. 45-51, Jan./Jun. -

2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1093/604>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1109-1120, jun, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

NICOLESCU, Basarab. **Um novo tipo de conhecimento: transdisciplinaridade.** In: Educação e transdisciplinaridade. Tradução de Judite Vero, Maria de Mello e Américo Sommerman. Brasília: UNESCO, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

ROMANELLI, Roberta Maia de Castro et al. **Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, jul./set., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n3/31904>>. Acesso em: 03 jan. 2019.

SANTOS, Tamires Daros dos et al. **Perfil da sífilis gestacional e congênita no município de Santa Maria - RS: vivências multidisciplinares para troca de saberes.** Saúde (Santa Maria), Vol. 42, n. 2, p. 215-224, Jul./Dez, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/download/20691/pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade.** In: Serviço Social e Interdisciplinaridade. SÁ, Jeanete Liasch Martins de (Orgs.). 8ª Edição. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Laise Ramos et al. **Variáveis epidemiológicas da infecção pelo HIV em gestantes.** Rev Enferm UFPI. Jan-Mar, 2016. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3428/pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

SILVA, Letícia Batista. **Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica.** R. Katálysis, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v21n1/1414-4980-rk-21-01-00200.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

SILVA, Letícia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. **Serviço Social, saúde e interdisciplinaridade.** In: Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. (Org.). São Paulo: Papel Social, 2013. p. 49-64.

SIQUEIRA, Holgonsi Soares Gonçalves; PEREIRA, Maria Arleth. **Uma nova perspectiva sob a ótica da interdisciplinaridade.** Caderno de Pesquisa n° 68. Santa Maria: Programa de pós-graduação em Educação da UFSM, 1995.

TEIXEIRA, Lisiane Ortiz et al. **Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(8):2587-2597, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2587.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

VIEIRA, Anne Caroline Barbosa Cerqueira et al. **Prevalência de HIV em gestantes e transmissão vertical segundo perfil socioeconômico, Vitória, ES.** Rev Saúde Pública,

Vitória, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2487.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

ZIEBELL, Nágila Simon; FEIL, Angélica Cristine; RENNERT, Fabiani Waechter. **Perfil epidemiológico das gestantes HIV positivas e de seus recém-nascidos em um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul no período de 2012-2013**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 61 (1): 84-87, jan.-mar. 2017. Disponível em: <[www.amrigs.org.br/revista/61-01/17\\_1660\\_Revista%20AMRIGS.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/61-01/17_1660_Revista%20AMRIGS.pdf)>. Acesso em: 02 jan. 2019.