

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL SOB  
A ÓTICA DE MULHERES COM SÍFILIS.**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Carolina Santos Altermann**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada  
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL SOB  
A ÓTICA DE MULHERES COM SÍFILIS.**

Elaborado por  
**Carolina Santos Altermann**

Orientado por  
**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Teresinha Heck Weiller**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde,  
ênfase Mãe – Bebê**

**Comissão Examinadora:**

**Dr<sup>a</sup>. Teresinha Heck  
Weiller**  
(UFSM) -Presidente

**Ms. Elenir Terezinha  
Rizzetti Anversa**  
(SMS)

**Ms. Helena Carolina  
Noal (HUSM-UFSM)**

Santa Maria, 18 de março de 2014.

A rede de atenção à saúde na assistência pré natal sob a ótica de mulheres com Sífilis.

The health care`s sectors in prenatal from the perspective of women with syphilis.

**Carolina Santos Altermann:** Nutricionista, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, ênfase Mãe-Bebê pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMIS- UFSM).

Rua José Barachini 267/casa 200. Bairro João Luiz Pozebon CEP: 97.060- 475 Santa Maria, Rio Grande do Sul – Brasil. E-mail: [carolina\\_altermann@hotmail.com](mailto:carolina_altermann@hotmail.com)

**Ailime Paim de Assis:** Fonoaudióloga, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, ênfase Mãe-Bebê pelo PRMIS - UFSM.

Rua João Attilio Zampiere nº 214. Bairro Camobi. CEP: 97.150- 490 Santa Maria, Rio Grande do Sul – Brasil. E-mail: [ailimepaim@gmail.com](mailto:ailimepaim@gmail.com)

**Juliana Lima da Silva:** Terapeuta Ocupacional, Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, ênfase Mãe-Bebê pelo PRMIS - UFSM.

Rua Pedro Santini nº 3331/ casa 34 TAPA 1B. Bairro Cerrito. CEP: 97.060- 480. Santa Maria, Rio Grande do Sul – Brasil. E-mail: [juli\\_lima5@hotmail.com](mailto:juli_lima5@hotmail.com)

**Helena Carolina Noal:** Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Coordenadora Hospitalar do PRMIS – UFSM e Membro da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Av. Roraima nº 1.000 – Cidade Universitária, Prédio 22 – HUSM, Térreo - DEPE, Bairro Camobi, CEP: 97.105-900 Santa Maria, Rio Grande do Sul – Brasil.

E-mail: [helenacnoal@gmail.com](mailto:helenacnoal@gmail.com)

**Elenir Terezinha Rizzetti Anversa:** Enfermeira, Mestre em Epidemiologia e Responsável Técnica da Política de Saúde da Mulher do município de Santa Maria/RS.

Av. Nossa Senhora Medianeira nº 355. Bairro Medianeira. CEP: 97060-001. Santa Maria, Rio Grande do Sul – Brasil. E-mail: [elianversa@hotmail.com](mailto:elianversa@hotmail.com)

**Teresinha Heck Weiller:** Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Professora Titular do curso de graduação e Pós Graduação em Enfermagem da UFSM, e Pró reitora de Extensão da UFSM.

Av. Roraima nº 1.000 – Cidade Universitária Administração Central, Prédio 47 – 9º andar/ sala 945. Bairro Camobi, CEP: 97.105-900 Santa Maria, Rio Grande do Sul – Brasil.

E-mail: [weiller2@hotmail.com](mailto:weiller2@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivos:** analisar o perfil sócio demográfico, e compreender o pré natal, incluindo fatores determinantes para o cuidado integral à saúde e para a construção das redes de atenção à saúde, a partir da ótica de mulheres com Sífilis na gestação.

**Metodologia:** Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, com coleta de dados através de entrevista semi estruturada a qual foi submetida à análise temática.

**Resultados:** Participaram da pesquisa 08 mulheres que apresentaram Sífilis na gestação. Observou-se que todas as mulheres acessaram o pré natal, foram diagnosticadas com Sífilis durante o período e realizaram o tratamento. Identificou-se fragilidades na assistência à saúde das mulheres atendidas na atenção básica, no que se refere às orientações em saúde, ao acolhimento, a formação de vínculo, aos registros no cartão da gestante, no tratamento do parceiro e na vinculação com a atenção básica em saúde.

**Conclusão:** A pesquisa evidenciou a importância do fortalecimento da atenção primária em saúde para a constituição das redes de atenção à saúde, e adequada assistência pré natal de mulheres com Sífilis na gestação.

**Palavras chave:** Sífilis; Cuidado Pré natal; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Objectives:** The objective of the research was to analyze the socio-demographic profile , and understand the prenatal care, including determinants factors for the comprehensive health care and build health care`s sectors, from women`s perspective with syphilis during pregnancy.

**Methods:** This is a exploratory research, of qualitative approach, with collected data through semi- structured interview which was subjected to thematic analysis.

**Results:** Participated in the survey 08 women with syphilis during pregnancy. We observed that all women have accessed the prenatal care, have been diagnosed with syphilis during this period and performed the treatment. We identified weaknesses in the women`s health care seen in primary health care, with regard to guidance on health , reception, bond formation , the records in the mother's card, the partner`s treatment and the monitoring with primary health care.

**Conclusion:** The research showed the importance of fortification the primary health care, for the establishment of health care`s sectors and adequate prenatal care of syphilis during pregnancy women`s .

**Key words:** Syphilis; Prenatal Care; Primary Health Care; Public Health.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a infecção pode ser adquirida através de contato sexual, transfusão de sangue, transplante de órgão, ou por transmissão congênita (Paez e Riveros, 2006). A Sífilis Congênita (SC) é o modo de transmissão de maior impacto para a saúde pública devido à alta frequência com que produz desfechos graves para a gestação e para a criança, a exemplo de prematuridade, óbito fetal e neonatal e infecção congênita do recém-nascido (Paez e Riveros, 2006).

A análise da incidência de casos de SC, resultado da transmissão placentária pela gestante não tratada ou inadequadamente tratada, representa um importante indicador da qualidade da atenção pré natal (Magalhães e col., 2013), visto que mesmo sendo uma doença de agente etiológico conhecido, exame laboratorial disponível, tratamento simples e barato, e com normatização estabelecida pelo Ministério da Saúde, ainda constitui-se em um grave problema de saúde pública (Grumach e col., 2007).

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (Magalhães e col., 2013), fator essencial para redução dos índices de SC (Campos e col., 2010).

O Ministério da Saúde (2010), diante da necessidade de superação da fragmentação do cuidado e da reestruturação do sistema de saúde, tanto na sua organização, como qualidade e impacto da atenção, aponta as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de garantir a integralidade da atenção ao usuário e promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde.

Para tanto define as RAS, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, constituídas de relações horizontais entre os pontos de atenção e com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2010).

Tendo em vista a importância da constituição das RAS para assegurar uma adequada assistência pré natal, sobretudo no que diz respeito à Sífilis e a SC; o objetivo deste estudo foi analisar o perfil sócio demográfico de mulheres com Sífilis na gestação, e compreender o seu pré natal, incluindo fatores determinantes para o cuidado integral e para a construção das RAS, a partir da ótica de mulheres com Sífilis na gestação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, que integra o Trabalho de Conclusão de Programa de Pós-graduação (TCPs) do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, área de concentração Materno Infantil, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que buscou identificar a percepção das gestantes, puérperas e trabalhadores da saúde de um hospital e da atenção básica de um município do interior do Rio Grande do Sul sobre a sífilis congênita.

Os sujeitos participantes da pesquisa eram mulheres que residiam na cidade do estudo, as quais tiveram o diagnóstico de Sífilis no pré-natal ou através do teste rápido realizado no hospital, notificadas no ano de 2013 pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) de um hospital universitário do município, e que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da pesquisa as mulheres que foram notificadas pelo NVEH no ano de 2013, porém não residiam no município da pesquisa.

Os dados foram coletados através de entrevista semi estruturada, com questões elaboradas especificamente para o estudo (APÊNDICE 1), as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. A identificação dos sujeitos da pesquisa partiu das notificações de Sífilis em gestantes realizadas pelo NVEH no ano de 2013; e o contato com as mulheres foi realizado através de duas formas: a primeira durante a internação hospitalar das mulheres que realizaram seu parto no hospital do estudo no período de novembro e dezembro de 2013, e a segunda com visitas domiciliares.

O encontro com as mulheres internadas foi realizado, após convite e esclarecimento dos objetivos da pesquisa, em uma sala reservada do hospital, e o momento da entrevista foi estabelecido pelas mesmas, respeitando o período de 48 horas após o parto; e o encontro com as demais mulheres foi realizado em seu domicílio, com duração média de 30 minutos, decorrente de contato inicial realizado por telefone onde as mesmas foram convidadas a participar da pesquisa.

Os dados coletados resultante da transcrição das entrevistas foram submetidos à análise temática proposta por Minayo (2011). Além disso, foram coletados dados como, idade, escolaridade, ocupação e local de residência que permitiram caracterizar o perfil das mulheres com sífilis. Para preservar o sigilo e anonimato das participantes, ao final dos excertos de falas, utilizou-se a letra P, seguido de números ordinais de um a oito.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob parecer nº CAAE: 20881113.8.0000.5346, respeitando-se os preceitos éticos e legais da Resolução nº466 (2012). As participantes receberam o TCLE contendo informações relevantes do trabalho e esclarecendo a participação por livre e espontânea vontade, assegurando-lhes o anonimato, ficando uma via para as pesquisadoras e outra com o pesquisado. O contato com os sujeitos restringiu-se a realização de entrevistas, isto é, apresenta risco mínimo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram notificadas no ano de 2013 pelo NVEH do hospital do estudo 32 mulheres com Sífilis na gestação, destas 05 estiveram internadas no período de novembro a dezembro de 2013. Do total de 32 mulheres, 06 foram excluídas da pesquisa, pois não residiam no município do estudo, 13 não foram localizadas, através de contato telefônico e/ou endereço errado ou inexistente e 05 relataram estar trabalhando e sem disponibilidade de horário, não aceitando participar da pesquisa. Participaram do estudo 08 puérperas, destas 05 foram entrevistadas na internação hospitalar e 03 no domicílio.

A média de idade das puérperas foi de 26 anos. Quanto ao grau de escolaridade a metade apresentava Ensino Fundamental Incompleto, duas Ensino Médio Incompleto, uma com Ensino Médio Completo e uma com Ensino Superior Incompleto. Quanto à ocupação somente duas puérperas relataram ter atividade profissional antes da gestação.

Como principal resultado do estudo observou-se a dificuldade para localização das mulheres tendo em vista que os endereços/telefones fornecidos por ocasião da notificação na internação hospitalar na sua maioria, não foram identificados, e/ou as mesmas tinham mudado de endereço, fato que levou a um alto número de mulheres não encontradas.

Esses dados revelam a necessidade da qualidade do preenchimento das informações presentes nas fichas de notificação compulsória, como determinante para o planejamento de intervenções (Laguardia e col., 2004). Ademais se sabe da freqüente mudança de território de famílias em situações de vulnerabilidade, como alternativa para conquistar o sustento da família, fato que revela a necessidade de constituição de estratégias na rede de atenção de saúde para o acompanhamento longitudinal dessas mulheres.

De maneira geral, a migração resulta frequentemente em altos índices de desemprego e condições miseráveis de vida, expondo ao estresse social e a um risco maior de transtornos comportamentais, devido à ausência de redes de apoio social (Da Silva e col., 2006).

Após a interpretação do conjunto de falas obtidas por meio das entrevistas foi possível inferir sobre a assistência pré natal dessas mulheres, incluindo a percepção sobre o pré natal, o profissional de referência, os registros no cartão da gestante, o momento do diagnóstico da sífilis e o tratamento da mulher e do parceiro, além da constituição da rede de atenção á saúde vivenciada pelas puérperas.

### **Contextualizando o pré natal a partir da vivencia das mulheres**

No contexto do estudo, foi possível verificar que todas as puérperas realizaram pré natal, sendo que metade (04) o fizeram na Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu território e a outra metade refere ter realizado o pré-natal no hospital de referência para gestações de alto risco. Das mulheres que passaram a ser acompanhadas no pré natal de alto risco, 03 referiram ter iniciado o pré-natal na AB, e 01 nunca acessou os serviços da AB.

A Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde (2010), que estabelece as diretrizes para a organização das RAS, institui a APS como porta preferencial de entrada no sistema, a partir da qual coordena o cuidado em outros pontos de atenção à saúde e desempenha o papel de ordenadora da rede, através da responsabilização pela atenção contínua e integral à saúde dos usuários.

De acordo com a Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária a Saúde são equivalentes, nas atuais concepções; incluindo as UBS e as Estratégias Saúde da Família (ESF). Desta forma a mesma portaria, reafirma que a AB ou APS, deve ser preferencialmente o primeiro contato com os indivíduos, famílias e comunidade, através de acolhimento, vinculação, humanização e cuidado multiprofissional, exercendo um conjunto de ações integrais capazes de assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população (Brasil, 2011).

Partindo da premissa que a AB desempenha o papel de ordenadora da rede, ao identificar algum caso de maior complexidade é seu dever realizar a transferência do usuário para outra equipe de saúde de um serviço de maior densidade tecnológica (Brasil, 2011).

Diante do exposto, a fato de a maioria das mulheres durante a gestação ter acessado a AB no território, e quando necessário foi encaminhada para outro serviço de maior densidade tecnológica, neste caso ao hospital de referência para gestações de alto risco, constitui um resultado positivo no presente estudo.

Além disso, devido à importância da realização do pré natal para o diagnóstico precoce da Sífilis e adequado tratamento (Campos e col., 2010; Magalhães e col., 2013), observa-se que a

realização do pré-natal por todas as mulheres entrevistadas constitui-se em outro um resultado positivo no presente estudo.

Atualmente, Magalhães e col (2013), referem que da mesma forma que a ausência de pré natal, uma assistência pré-natal de baixa qualidade leva à ocorrência de falhas no tratamento de gestantes com sífilis e pode resultar na maior incidência de casos de sífilis congênita.

Com relação à percepção das mulheres sobre a qualidade da assistência recebida durante o pré-natal, foi consenso entre as mulheres que realizaram no hospital (serviço de maior densidade tecnológica) que a assistência neste ponto da rede é mais avançada e o acesso se dá de forma mais rápida. Apontaram ainda como fator positivo desta porta de entrada que os profissionais de saúde que as atenderam eram mais atenciosos. Em contra partida, as puérperas que realizaram o pré natal na AB relatam que se sentiram pouco examinadas e orientadas pelos profissionais.

*(...) eu preferi toda vida, as consultas do pré natal e tudo aqui (hospital). É porque, como vou falar, aqui (hospital) é avançado, por que uma coisinha que eles (médicos) acham procuram aprofundar mais, para melhorar, e ver o que dá para fazer. E se é pelo posto (UBS) normal assim, não que eles não façam, eles fazem, mas é tudo mais demorado. Um exame de sangue que tu faça, tu vai fazer daqui uma semana, e mais quinze dias pega o resultado. Aqui (hospital) dependendo do exame tu vais com urgência, faz hoje, e hoje mesmo tu já retiras o resultado (P1).*

*Eu prefiro também consultar aqui, é bem atencioso, eu gosto daqui (hospital)(P8).*

*Foi muito bom, porque comecei no CO (Centro Obstétrico). Ai eu fiquei internada uma semana por causa da diabetes. Tudo controladinho, com a nutricionista, os enfermeiros todos queridos (P3).*

*Bom... Fazer o pré natal pelos postinhos de saúde (UBS), ele não examinam a gente muito bem, não é que nem lá no hospital universitário tu fazer o pré natal lá, lá eles tipo assim, eles (médicos) fazem tudo, eles escutam os batimentos do coraçãozinho do bebê. Coisa que nos postinhos (UBS), eles não escutam (P5).*

Os dados apresentados permitem visualizar a fragilidade da atenção à saúde das mulheres no período gravídico puerperal no âmbito da atenção básica do SUS, na medida em que a

organização do processo de trabalho bem como a precariedade das estruturas e de profissionais do SUS, compromete a execução de programas de saúde para as mulheres (Cabral e col., 2013; Anversa e col., 2012).

Outros estudos, inclusive no cenário nacional, também encontraram resultados semelhantes, atribuindo como principais características que comprometem a qualidade do pré natal na atenção básica do SUS: a pouca articulação entre os serviços, resultando na fragmentação do cuidado, e as fragilidades quanto à integralidade do cuidado, a humanização, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo (Serruya e col., 2004; Almeida e Tanaka, 2009).

No ano de 2013, o município estudado notificou 32 casos de sífilis em gestante, fato que revela a gravidade da atenção dispensada às mulheres gestantes no território, evidenciando a fragilidade da rede de atenção à saúde local. Segundo Magalhães e col. (2013), a crescente ocorrência de SC demonstra a fragilidade dos serviços de saúde, particularmente da atenção pré-natal, já que o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante e seu parceiro são medidas simples e eficazes na prevenção dessa forma da doença.

Em estudo realizado no mesmo município, que avaliou o processo da atenção pré natal comparando a qualidade do pré natal ofertado nas UBS e nas ESF, considerando entre outros critérios os procedimentos preconizados pelo Manual Técnico do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), as orientações recebidas no período, os registros no cartão da gestante, e os exames realizados, evidenciou que neste município a assistência pré natal dispensada pelas ESF tem qualidade superior às UBS (Anversa e col., 2012).

As ESF foram adotadas em 2006 no Brasil, como modelo assistencial para reorganizar a APS (Brasil, 2012). Neste sentido, devido ao processo de trabalho centrado no acolhimento da família, presença de agentes comunitários, busca ativa das gestantes, formação de vínculo com os profissionais, trabalho em equipe e adscrição da clientela, a ESF se coloca em condição favorável para o diagnóstico precoce da Sífilis na gestação, adequado tratamento, e consequente eliminação da SC (Saraceni e Miranda, 2012).

Tal discussão se faz necessária, pois no presente estudo a maioria das puérperas entrevistadas que foram atendidas na AB acessou as UBS, desta forma uma maior cobertura por ESF no município, constitui-se em uma das propostas apontadas para uma melhor assistência pré natal e combate da Sífilis. Entretanto, de acordo com o estudo realizado no mesmo município apesar da ESF ter sido identificada com qualidade superior às UBS no pré natal, nos dois modelos de atenção a assistência pré natal foi considerada insatisfatória, ratificando a necessidade do fortalecimento da AB (Anversa e col., 2012).

Deve-se salientar que o espaço hospitalar evidenciou mudanças quando passou a desempenhar serviços até então atribuídos às unidades de APS, como as relacionadas à educação em saúde e às intervenções de natureza multidisciplinar, com acolhimento, escuta, responsabilização e vínculo, ampliando sua missão e assistência (Alves, 2005) e assumindo o seu papel como uma das portas de entrada do sistema e integrante da rede de atenção à saúde.

*Eu acho que os médicos lá do postinho (UBS) deviam ter mais atenção nessas coisas, de doenças, de exames, de prestar mais atenção e dar mais atenção para as grávidas nessa questão. A questão de explicar... de deixar bem explicado a situação pras pessoas (P4).*

*(...) ali no postinho (UBS), todas as quartas tem um grupo de gestantes, nesse grupo de gestantes que são recebidas até orientações dentárias (...). Tem que participar pra ti ter as orientações, senão tu também não tens. Daí tu recebes orientação sobre amamentação também... Mas na consulta não (P5).*

Assim como o encontrado por Cabral e col. (2013), os relatos do presente estudo identificam ainda a desvalorização das orientações e informações oferecidas no pré natal pelos profissionais de saúde; comprometendo diretamente a atenção e a promoção de saúde, tendo em vista que o pré natal é um importante momento para o desenvolvimento de ações educativas nas unidades de saúde, através de grupos, na sala de espera ou individualmente (Anversa e col., 2012). Pois, esses espaços permitem a integração de profissionais e gestantes, constituindo um momento de acolhimento, escuta, vínculo, compartilhamento de experiências e esclarecimento de dúvidas (Anversa e col., 2012).

Em estudo sobre a percepção de mães com Sífilis na cidade do Rio de Janeiro a cerca dos aspectos culturais e pré natal, as mulheres também relataram a demora para serem atendidas e a dificuldade de acessar o serviço de saúde (Da Silva e col., 2006).

Diferentemente dos achados no estudo anterior, a presente pesquisa identificou que todas as puérperas entrevistadas acessaram o serviço e realizaram o pré natal, e sua queixa incidiu basicamente sobre a qualidade do serviço prestado na atenção básica.

Entretanto, a acessibilidade aos serviços e ações de saúde como fundamento para assegurar a resolutividade da rede de atenção à saúde, ultrapassa as barreiras geográficas, financeiras, socioculturais e organizacionais, e constitui-se também na satisfação dos usuários quanto ao atendimento prestado e quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (Brasil, 2010; Engel e col., 2013).

Neste contexto, o acolhimento e o vínculo tornam-se importantes dispositivos para a reorganização da atenção à saúde, visando à integralidade, humanização e a qualificação da atenção no período gravídico puerperal (Souza e col., 2008).

Segundo a Cartilha da Política Nacional de Humanização do SUS (2010), o acolhimento não é um local, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, e implica em aceitar, dar ouvidos e receber o usuário com suas demandas, com a responsabilidade e a resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

O estudo permitiu identificar que as puérperas que realizaram o pré natal na atenção básica, identificavam o médico da unidade como o seu profissional de referência. Enquanto que as puérperas que realizaram o pré natal no hospital não identificavam um profissional de referência.

*Fiz com o Doutor... (na UBS) (P7).*

*É o médico, o Doutor... (na UBS) (P4).*

*Eu não me lembro, porque cada vez que eu ia às consultas (no hospital) era um (profissional) diferente (P5).*

Ressalta-se que parte das mulheres entrevistadas acessou o pré-natal de um hospital universitário, em que grande parte dos serviços compõe um campo de estágio de acadêmicos da área da saúde. No local muitas vezes são os estudantes ou os residentes que prestam atendimento e discutem o caso com o professor; devido à rotatividade dos estudantes e residentes fica evidente a dificuldade da construção de vínculo com o usuário neste hospital.

Cabe refletir também que apesar de as mulheres identificarem um profissional de referência na AB, não podemos afirmar que tenha existido vínculo com o usuário, já que conforme relatado anteriormente as puérperas atendidas na AB sentiram pouco orientadas, e o vínculo se constitui justamente no acolhimento e na escuta do usuário.

A ausência de vínculo com os profissionais implica na fragmentação da atenção e a não responsabilização pela promoção do cuidado dessas mulheres pelos profissionais (Cabral e col., 2013; Brasil, 2010). Desta forma, uma relação terapêutica eficaz, além de um simples atendimento, requer a produção de vínculo, a capacidade de acolhimento, a escuta às demandas apresentadas pelo usuário, e a corresponsabilização pela produção do cuidado, ratificando os pressupostos da humanização e da integralidade da atenção à saúde (Cabral e col., 2013).

Quanto ao registro das informações no cartão da gestante, o estudo revelou que na atenção básica existe maior fragilidade em relação ao registro e a qualidade das informações prestadas, uma vez que, as mulheres relatam que consultas realizadas não foram registradas em seu cartão de gestante, e em uma situação específica identificou-se a falta de registro do tratamento da Sífilis

*A enfermeira que faz as carteirinhas... Antes de entrar pra sala do doutor. Ela nunca tá lá no posto (UBS). Então, eu fiz cinco consultas e não foi anotada na carteira. Foi anotada só duas, que foi as duas que eu mostrei os exames pra ele (médico). Que ele anotou (P2).*

*Não, não esta na caderneta, eu recebi tipo receita, e fui ao posto (UBS) tomar, só que eu perdi, devo ter deixado em casa, para comprovar que eu tomei as injeções, as duas (P1).*

A fragilidade no registro das consultas pré natal, é um grave problema na assistência, sobretudo quando se trata de SC (Magalhães e col., 2013). Segundo o protocolo de tratamento e seguimento clínico e laboratorial preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a ausência ou inadequação do tratamento da gestante com Sífilis, da mesma forma que a inexistência de documentação que comprove o tratamento, implica em submeter o recém nascido a todos os procedimentos de rastreamento e em tratamento para SC. Tendo como referencia esta realidade pode-se inferir que exista uma parcela de crianças que tenham sido tratadas sem necessidade, decorrentes da falta de documentação da gestante.

A anotação clara e precisa dos resultados dos testes de triagem para Sífilis no cartão da gestante, e caso seja positivo, da realização do tratamento pela gestante e parceiro, com o qual ela dará entrada na maternidade é de fundamental importância para estabelecer as condutas a serem tomadas (Saraceni e Miranda, 2012).

Em estudo realizado com usuárias de maternidades públicas do Distrito Federal, Brasil, com Sífilis na gestação, 37,3% necessitaram de novo tratamento no momento do parto por falta de documentação e/ou documentação incompleta do tratamento realizado no pré-natal (Magalhães e col., 2013). No mesmo estudo as informações que constavam tanto no cartão da gestante (quando disponível), quanto nas informações do prontuário, não faziam referência ao tratamento do parceiro (Magalhães e col., 2013).

Pesquisa que avaliou a qualidade do pré natal na AB no município do presente estudo, revela que as equipes de saúde desvalorizam os registros; situação preocupante na medida em que se considera a importância da produção de indicadores que venham a alimentar de forma

adequada os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), para o estabelecimento do perfil epidemiológico da população do referido município. Além disso, o registro da atenção à saúde dispensada a população constitui um instrumento legal para usuários e profissionais de saúde mediante a avaliação e a discussão da qualidade da assistência prestada (Anversa e col., 2012)

O ponto positivo identificado no estudo decorre do fato de que todas as puérperas entrevistadas tiveram o diagnóstico de Sífilis estabelecido no pré natal e todas realizaram o tratamento. Referem ainda que realizaram o tratamento na UBS do território, e as atendidas no hospital, as primeiras doses da medicação foi nesse espaço sendo as mesmas encaminhadas à UBS ou à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para continuidade da atenção como revelam as falas a seguir:

*Quando eu fui fazer o exame de sangue, o doutor pediu e daí deu um negócio lá, VDRL. Daí ele pediu de novo, eu fiz, daí deu que tava (P7).*

*(...) Eu cheguei lá, até foi numa das minhas últimas consultas que eu vim a saber. Percebi no meu corpo que tava com a minha barriga toda pintadinha (...) daí eles me encaminharam pra fazer o exame. Porque como eu fiz só os primeiros exames de primeiro trimestre de gestação, não foi pedido; porque na verdade eu não apresentava nada. Foi pedido (UBS) o exame Anti HIV, mas não esse exame particular, de Sífilis (P5).*

*É, ele (médico) me explicou sobre o quê que era mais ou menos e disse pra mim que eu teria que fazer o tratamento, daí ele me deu duas injeções pra eu tomar no dia que eu descobri, uma em cada polpa da bunda. E eu tomei e aí uma semana depois eu tomei mais duas. Depois eu repeti o exame (...). Ele (médico) falou que não tinha mais (P2).*

*(...) eu fiz o tratamento em injeções, a primeira injeção eu fiz no hospital universitário, aí depois eu fiz mais duas doses, eu e o pai da... Nós fizemos as outras injeções nos dias bem certinho aqui no PA(Pronto Atendimento) (P5).*

Os dados encontrados estão em consonância com o preconizado pelo Ministério da Saúde, em que o processo de investigação da Sífilis na gestante deve acontecer durante o pré natal na atenção primária, e garantir o tratamento apropriado da gestante e do parceiro (Saraceni e Miranda, 2012; Brasil, 2006). A cada gestante adequadamente tratada, teremos um caso a

menos de SC registrado; confirmando a relevância do cuidado pré natal na eliminação da SC (Saraceni e Miranda, 2012).

Entretanto, ao abordarmos este cenário deve-se levar em consideração que sempre existe a possibilidade de falha no tratamento da gestante (Magalhães e col., 2013; Grumach e col., 2007).

Da mesma forma que o encontrado por outros estudos, a principal falha no tratamento da gestante foi a falta e/ou a inadequação do tratamento do parceiro (De Loranzi e Madi, 2001; Donalísio e col., 2007; Figueiró - Filho e col., 2007).

O estudo revelou que dentre as mulheres com sífilis na gestação entrevistadas, apenas três dos parceiros foram tratados, estes eram parceiros das mulheres (03) que estavam em acompanhamento no hospital de referência para pré natal de alto risco. Os demais parceiros (05) cujas mulheres estavam em acompanhamento na UBS não realizaram o tratamento, tendo em vista que, ou não receberam indicação médica para o tratamento, ou estavam separados das mulheres no período da gestação, ou ainda cumpriam pena em regime fechado, e por fim, identificaram-se situações em que o parceiro negou-se a realizar o tratamento.

*Ele (parceiro) fez os exames junto comigo e não(o exame)... o dele não constatou nada. Não. O doutor disse que não precisava (realizar o tratamento) (P2).*

*Ele falou (médico) e me deu o encaminhamento para ele (parceiro) fazer também, os exames, só que daí acabou que meu marido não fez e a gente continuou mantendo relações e eu fiz o tratamento, mas não adiantou muita coisa, por que o médico me explicou que mesmo eu fazendo o tratamento eu continuei pegando porque ele (parceiro) não tratou (P4).*

*Não, meu marido estava preso. É, porque lá em cima a saúde é muito pobre (...) não existe plano de saúde para os presos, então ficou por isso, porque eles não dão muita bola pra isso lá em cima, pra essa questão de saúde (P4).*

*(...) Ele (parceiro) pegou e ficou brabo e rasgou o papel, ai depois eu falei com ele (parceiro) mais tranqüilo. (...) Ai ele foi junto e fez também. Não positivou só que o médico pediu outro pra ver se ia dar positivo, e ele não fez até hoje. (...) Mas é que a gente não tá mais junto. É ele sabe... também ele sempre foi bem mulherengo (P7).*

Destaca-se que mesmo que a gestante seja tratada adequadamente, o não tratamento do parceiro implica em alto risco de re-infecção da gestante, aumentando a probabilidade de transmissão vertical da doença (Lima e col., 2013). Conforme o protocolo de tratamento e seguimento clínico e laboratorial preconizado pelo Ministério da Saúde (2006) é caracterizado como tratamento inadequado para Sífilis na gestante quando o parceiro não for tratado ou o tratamento for inadequado ou quando ainda não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento (Brasil, 2006).

Desta forma, observa-se uma inadequação na condução do tratamento da Sífilis de uma das entrevistadas na rede de atenção de saúde na medida em que seu parceiro não recebeu indicação para o tratamento. Embora a sífilis tenha sido descoberta há séculos e com tratamento eficaz e de baixo custo comprovado desde 1943, ainda observam-se dúvidas e falhas dos profissionais na prescrição do tratamento (Grumach e col., 2007; Magalhães e col., 2013), reafirmando que a sífilis, constitui-se em uma doença negligenciada na atenção a saúde da população.

Pode-se analisar no contexto estudado a complexidade acerca da efetivação do tratamento do parceiro, visto a vulnerabilidade das mulheres entrevistadas e de seus parceiros, pois, a não realização do tratamento dos parceiros implica na possibilidade da continuidade da cadeia de transmissão da doença, fator preponderante na disseminação da Sífilis.

Historicamente na construção da identidade de gênero, os homens assumiram o papel de provedor da família, impedido de adoecer ou de simplesmente se cuidar, sendo esta uma fragilidade que ameaça o seu papel e a sua sensação de invulnerabilidade. Além disso, a dificuldade de deixar o trabalho para ir ao médico, é alegada como justificativa para não procurar os serviços de saúde (De Paula e col., 2012).

Sabe-se que os homens não possuem uma cultura de prevenção e que os mesmos acessam preferencialmente serviços de urgência para resolução de suas demandas imediatas de saúde os quais não garantem a captação de casos de sífilis (De Paula e col., 2012).

A dificuldade dos homens em comparecer as UBS, ou de não ver necessidade em realizar o tratamento, faz com que um dos maiores entraves para a eliminação da sífilis congênita seja a dificuldade de tratar os parceiros das mulheres grávidas com sífilis, uma vez que atribuem a AB um espaço feminino (Brasil, 2008).

Observa-se ainda que a estratégia utilizada pelas UBS de fazer a convocação do parceiro pela própria mulher é ineficaz devido às relações de poder entre os gêneros, que pode inclusive resultar em situações de violência, fragilizando as mulheres (Bonfim e col., 2010; Schraiber e col., 2009).

Para reverter o atual cenário, sugere-se estimular quando possível a participação do parceiro nas consultas de pré natal da mulher, este desafio precisa ser tema de discussão na equipe de saúde. O comparecimento ao serviço de saúde em um momento tranquilo, com acolhimento, pode desencadear a mudança da relação dos homens com os serviços de saúde (De Paula e col., 2012). Os resultados encontrados no estudo colaboram com a constatação da baixa qualidade do pré natal na AB, pois somente os parceiros de mulheres atendidas no hospital foram captados para realizar o tratamento.

### **A constituição da rede de atenção à saúde percebida através das vivências das mulheres**

Os dados revelam que antes da gestação, a maioria das mulheres procurava a UPA e passaram a ser acompanhadas na UBS ou no hospital somente quando gestante como revelam as falas a seguir:

*Tem a...(UBS), mas não é aqui perto. Nunca fui lá. Eu já fui lá na...(UBS), quando eu descobri que tava grávida. A primeira vez que eu fiz o pré-natal que foi lá e viu que eu tava grávida (...). Eu vou no PA (pronto atendimento) que é aqui pertinho (P3).*

*Aqui na... (bairro) não possui (UBS), o pessoal daqui consulta acho que tudo ali no PA (pronto atendimento). Por que eu sei que tem um postinho (UBS) aqui pra cima, mas eu nem sei onde que fica. Quando eu preciso de consultas e coisas eu vou aqui ao PA (pronto atendimento), daí marcam sempre consulta de um dia para o outro (...). (P5).*

*(...) eu gosto mesmo é de consultar aqui (hospital). Qualquer coisa que dá no meu gurizinho eu venho pra cá (P8).*

A fragmentação do cuidado, a dificuldade de acesso, a insuficiente promoção da integralidade, a demora para os atendimentos, e a carência de profissionais na AB do SUS, reflete na crescente procura das UPA pela população, mesmo em casos mais simples, que não se caracterizam em emergência (Carret e col., 2009). A procura das UPA para todo o tipo de agravo à saúde constitui um problema na reorganização da rede de atenção à saúde, pois ocasiona a superlotação da unidade, prejudicando tanto o atendimento de casos mais graves de urgência e emergência, como os casos não graves, pois não têm garantido o seu seguimento (Carret e col., 2009).

Esta porta de entrada do sistema não permite a construção de vínculos com o usuário, visto que não se trata de uma unidade de acompanhamento. Além disso, um dos problemas contemporâneos advém do enfrentamento das doenças crônicas do mesmo modo que as doenças agudas, através da atenção à demanda espontânea, principalmente nas UPA ou hospitais (Brasil, 2010).

O acompanhamento da população nas condições crônicas, com a prerrogativa da promoção e prevenção da saúde, contribui para o controle destes agravos e organização da rede de atenção à saúde, para tanto, se faz necessário o fortalecimento da APS para que esta assuma seu papel como coordenadora do cuidado da rede de atenção (Brasil, 2010).

Outro tema abordado refere-se aos encaminhamentos após a alta hospitalar das mulheres, sobre este aspecto a maioria das entrevistadas ainda estava internada, e não possuíam informações sobre quais encaminhamentos receberiam. Quanto às demais puérperas entrevistadas no domicílio, identificou-se que duas estavam em acompanhamento na UBS e uma estava em acompanhamento somente para a criança no hospital como revelam as falas abaixo:

*O dia que eu ganhei alta, o doutor que me atendeu no plantão e disse assim, tu vai no posto de saúde da onde tu mora e daí tu consulta pra fazer o teu pós parto (...) (P8)*

*(...) ela (criança) consulta ainda naquela parte de infectologista. Como todos os meses eu ia lá na infectologia, eu achei que como eu tava sendo atendida lá, não haveria necessidade de eu também ser atendida no posto (UBS). Eu recebi orientação, no caso assim, que ela teria que ir, no caso, fazer as vacininhas no posto (UBS) mais próximo e que eu teria que ver uma pediatra. Logo depois que ela nasceu e consultei (na UBS), a doutora não me disse nada (P5).*

Duas questões podem ser observadas a partir do estudo, a primeira refere-se ao fato de que as mulheres não participam do planejamento e elaboração das condutas clínicas, permanecendo na expectativa sobre a continuidade do cuidado, e atuando como coadjuvante no seu próprio processo de adoecimento e reconstituição do bem estar.

O desafio que identifica-se neste momento diz respeito a necessidade do profissional da saúde incluir o usuário para a elaboração do projeto terapêutico singular, incentivando a autonomia do cuidado e permitindo que o sujeito assuma seu papel como protagonista da atenção.

A segunda questão identificada no estudo refere-se a não vinculação das crianças com sífilis congênita à UBS decorrente da dependência que as mães possuem ao atendimento no ambulatório especializado. A transferência dos usuários para outra equipe de referência (UBS) é estratégico para que a continuidade do cuidado/atenção seja garantida e que a rede de atenção seja constituída (Brasil, 2011).

## CONCLUSÃO

A abordagem do presente estudo promoveu a compreensão do tema através da captação e interpretação do relato das experiências vividas pelos próprios sujeitos do estudo, desta forma os resultados não se configuram em uma avaliação sobre a qualidade da assistência pré natal dispensada no município, na medida em que foge do escopo desta abordagem. Mas a partir da percepção das próprias mulheres com Sífilis na gestação, foi possível realizar reflexões para contribuir para a formulação e planejamento de estratégias e políticas públicas que visem à constituição da rede de atenção à saúde e garantia da integralidade da atenção, como alicerce para a promoção da saúde às mulheres com Sífilis na gestação, e redução dos casos de Sífilis Congênita.

Neste contexto, o presente estudo observou que todas as puérperas entrevistadas acessaram o pré natal na atenção básica ou no hospital, foram diagnosticadas com Sífilis neste período e realizaram o tratamento. Entretanto pode-se identificar, a partir do olhar das mulheres, a fragilidade da atenção básica como um dos fatores que comprometeram a assistência pré natal e o tratamento adequado para Sífilis na gestação, demonstrada através da desvalorização da educação em saúde pelos profissionais, da pouca constituição de vínculo, da carência de registros no Cartão da Gestante, e da ausência ou inadequação do tratamento do parceiro de mulheres atendidas na atenção básica.

Além disso, a qualidade do preenchimento das fichas de notificação compulsória, a constante mudança de território da população, a procura pelas unidades de pronto atendimento para qualquer demanda e a não vinculação das usuárias a uma unidade básica de saúde, são outros fatores que interferem na garantia da integralidade, longitudinalidade do cuidado e consolidação das redes de atenção à saúde do SUS.

Para tanto, identifica-se como um ponto chave para a construção da rede, estratégias que visam o fortalecimento da atenção básica, como maior investimento em profissionais de saúde, a maior cobertura por ESF no município, promoção de capacitações com os profissionais para o acolhimento e vínculo com o usuário, bem como para o preenchimento do

cartão da gestante, estimular a adesão aos protocolos clínicos, programar avaliações e monitoramentos sistemáticos dos processos de trabalho, e a discussão sobre a captação do parceiro para o tratamento de Sífilis e a sua inclusão nas consultas de pré natal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.1, p.98-104, 2009.

ALVES, A.C.R. Reflexões sobre o processo de trabalho na área da saúde: o cotidiano das profissões na realidade do Hospital Universitário de Juiz de fora. Monografia (especialização em Saúde Coletiva). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2005.

ANVERSA, E.T.R. e col. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, Abr, 2012.

BONFIM, E.G.; LOPES, M.J.M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in) visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 97-104, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf) Acesso em: 05 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf)> Acesso em: 07 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 05 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf) Acesso em: 05 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CBVE\\_sifilis.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CBVE_sifilis.pdf)> Acesso em: 06 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em: 04 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de setembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 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: 05 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> > Acesso em: 05 mar. 2014.

CABRAL, F.B. HIRT, L.M.; VAN DER SAND, I.C.P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Revista da escola de enfermagem da USP, São Paulo, v. 47, n. 2, Abr, 2013.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G.; DOMINGUES, M.R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n. 1, p.7-28, 2009.

CAMPOS, A.L.A. e col. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Brasil: um agravamento sem controle. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, p.1747-56, 2010.

DA SILVA, L.R. e col. Os aspectos culturais na história de vida de mães com sífilis: a enfermagem desvendando as influências para o cuidado. Enfermería Global, Murcia, n.8, may, 2006.

DE LORANZI, D.R.S.; MADI J.M. Sífilis congênita como indicador da assistência pré-natal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v.23, p.647-52, 2001.

DE PAULA, I.P. e col. Homem faz pré-natal? Precisa? Isso não é coisa de mulher? O pré-natal do homem: uma nova estratégia de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita. In: MASCULINIDADES E PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: < [http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-crt/livro\\_masculinidade\\_final.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-crt/livro_masculinidade_final.pdf) > Acesso em: 07 mar. 2014.

DONALÍSIO, M.R.; FREIRE, J.B.; MENDES, E.T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v.16, p. 165-73, 2007.

ENGEL, R.H. e col. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria*, v. 3, p. 307, 2013.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. e col. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. *DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro*, v.19, p.139-43, 2007.

GRUMACH, A.S. e col. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. *DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro*, v. 19, n. 3-4, p.120-127, 2007.

LAGUARDIA, J. e col. Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília*, v.13, p.135-46, 2004.

LIMA, M.G. e col. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 18, n. 2, Fev, 2013.

MAGALHÃES, D.M.S. e col. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 29, n. 6, Jun, 2013 .

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. São Paulo: Vozes (edição digital), 2011.

PAEZ, M.; RIVEROS, M.I.R. Situación epidemiológica de la sífilis materna y congênita en el sub sector público a nível nacional, Paraguay – 2000-2004. *DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Rio de Janeiro*, v.18, p 117-23, 2006.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 28, n. 3, Mar, 2012 .

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.25, n.2, p. 205-16, 2009.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré -natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife*, v.4, n.3, p.269-79, 2004.

SOUZA, E.C.F. e col. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.24, n. S1, p. S100-10, 2008.

**APÊNDICE 1 - Roteiro para entrevista semi estruturada às mulheres com o diagnóstico de sífilis na gestação, municípios de Santa Maria.**

1. Quantos anos você tem?
2. Qual é a sua escolaridade?
3. Qual a sua ocupação?
4. Qual o local que você mora/ Município/Bairro?
5. Você realizou pré-natal?
6. Na sua comunidade existe serviço de atenção básica?
7. Você costuma buscar atendimento na Atenção básica?
8. Qual foi o serviço em que você fez acompanhamento da sua gestação?
9. Poderia me relatar como foi seu Pré-natal.
10. Em que momento você soube que estava com Sífilis?
11. Que você fez a partir dessa informação.
12. Seu parceiro foi tratado? Se sim, em qual serviço?
13. Após alta hospitalar você recebeu algum encaminhamento para continuar o tratamento?
14. Quais são os cuidados que você está dispensando para sua saúde e de seu filho?

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES



ISSN 0104-1290 *versão impressa*  
ISSN 1984-0470 *versão on-line*

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

### Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de instituições de ensino e pesquisa que desenvolvem pesquisa interdisciplinar e contam com o concurso de diferentes áreas do saber (ciências exatas, biológicas e sociais) e socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de pesquisadores e de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos de pesquisa, avaliação de programas, etc., com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de idéias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

Áreas de interesse: Desde sua criação, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da emergente ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos: Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) artigos de atualização de literatura;
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) comunicações de estudos, pesquisas ou experiências

práticas em andamento, assim como resultados preliminares;

g) cartas à redação com comentários sobre idéias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

h) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área;

i) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse; e

j) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados *ad-hoc*, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

### **Forma e preparação de manuscritos**

Formato: Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura:

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da

pesquisa.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, e apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de e col.

#### Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos (mais detalhes no site da revista):

#### Livro

MINAYO, M. C. de S.; e DESLANDES, S. F. (Org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

#### Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

#### Artigo de Periódico

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFVRE, F. A prescrição de medicamentos sob a ótica do paciente idoso. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.2, p. 207-213, abr. 2001.

Tese

LIMA, R. T. Condições de nascimento e desigualdade social. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

Documentos Eletrônicos

SALES, A. C. C. L. Conversando sobre educação sexual. Disponível em: <[http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando\\_ed\\_sexual\\_ana\\_carla.pdf](http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando_ed_sexual_ana_carla.pdf)>  
Acesso em: 13 jan. 2003.

### Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde esta identificado, esta licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Av. dr. Arnaldo, 715  
Prédio da Biblioteca, 2º andar sala 2  
01246-904 São Paulo - SP - Brasil  
Tel./Fax: +55 11 3061-7880**



[saudesoc@usp.br](mailto:saudesoc@usp.br)