

**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**

Patrícia Vianna da Rosa

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE PREVENÇÃO
DAS IST'S NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)**

Santa Maria, RS
2019

Patrícia Vianna da Rosa

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE PREVENÇÃO DAS IST'S NO
AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA
MARIA (HUSM)**

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: Profa. Dra. Sheila Kocourek

Santa Maria, RS
2019

Patrícia Vianna da Rosa

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE PREVENÇÃO DAS IST'S NO
AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA
MARIA (HUSM)**

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)

Mônica Tábata Heringer Streck, Esp. (HUSM)

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE PREVENÇÃO DAS IST'S NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)

AUTOR: Patrícia Vianna da Rosa
ORIENTADORA: Sheila Kocourek

Este artigo 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 com ênfase materno-infantil, tendo como objetivo realizar grupos de gestantes abordando a temática HIV e sífilis na gestação, diagnóstico e tratamento adequado através de ações de educação em saúde. Trata-se de um estudo descritivo-observacional com abordagem quanti-qualitativa realizado com 25 gestantes no pré-natal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período de dezembro de 2018. Os dados foram analisados pela aplicação de análise descritiva. Diante dos resultados obtidos foi possível observar que há falta de conhecimento e/ou informações errôneas por parte das gestantes sobre as formas de transmissão, diagnóstico e tratamentos necessários afim de evitar a transmissão vertical, assim como esclarecimento ínfimo acerca de seus direitos. Também ficou evidente que a qualidade da assistência do pré-natal realizado está aquém do ideal, uma vez que há demora no início das consultas de pré-natal e na realização dos testes sorológicos. Desta forma, conclui-se que é necessário que a equipe de saúde do pré-natal seja capacitada para desenvolver ações de educação em saúde abordando as IST de forma a complementar os saberes individuais de cada gestante. Também é de suma importância que os profissionais realizem as notificações dos agravos à saúde colaborando, assim, com estudos epidemiológicos, afim de subsidiar as políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Sífilis. HIV. Transmissão vertical.

ABSTRACT**HEALTH EDUCATION AS A DEVICE FOR THE PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN THE PRENATAL AMBULATORY AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF SANTA MARIA**

AUTHOR: Patrícia Vianna da Rosa

ADVISER: Sheila Kocourek

This article is a result of a research and intervention performed from the experience of three residents (Social Worker, Speech Therapist and Nutritionist) in the Post-Graduation Program in Multi-professional Residence Integrated in Hospital Management and Attention in the Public Health System with emphasis on maternal-child with the objective to create groups of pregnant women addressing the issue of HIV and syphilis in pregnancy, diagnosis and appropriate treatment through health education actions. This is a descriptive-observational study with a quantitative-qualitative approach performed with 25 pregnant women in the prenatal care from University Hospital of Santa Maria during December 2018. The data were analysed by the application of descriptive analysis. In the view of results obtained was possible to observe that there is a lack of knowledge and/or erroneous information on the part of the pregnant women about the forms of transmission, diagnosis and treatments that are necessary in order to avoid vertical transmission, as well as minimal clarification about their rights. Additionally it was evident that the quality of prenatal care performed is far from ideal, since there is a delay in starting prenatal consultations and in performing serological tests. Thus it concludes that is necessary that the prenatal health team be able to develop health education actions addressing sexually transmitted infections (STI) in a way that complements the individual knowledge of each pregnant woman. It is the most important for health professionals to report worsening health, in this manner collaborating with epidemiological studies, in order to subsidize public health policies.

Keywords: Health Education. Syphilis. HIV. Vertical Transmission.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 – Sinais e sintomas Sífilis primária	18
Imagem 2 – Sinais e sintomas Sífilis secundária.....	18
Imagem 3 – Sinais e sintomas sífilis secundária e terciária	18
Imagem 4 – Sinais e sintomas sífilis congênita	19
Imagem 5 – Sinais e sintomas sífilis tardia	19
Imagem 6 – Coleta do líquido	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dinâmica elaborada acerca do tema HIV e sífilis	17
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sócio demográfico. Santa Maria, RS/2019	21
---	----

LISTA DE ABRVIATURAS E SIGLAS

AGAR	Ambulatório de Gestantes de Alto Risco
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
SC	Sífilis congênita
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivo geral	13
1.2 Objetivo específico	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3 METODOLOGIA	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
5 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1 INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST), atualmente denominadas infecções sexualmente transmissíveis (IST) constituem um sério problema de saúde pública que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças (MAGALHÃES et al., 2013).

As IST são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão de uma IST ainda pode acontecer da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação (BRASIL, 2016).

No Brasil, em 2002, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que tem por objetivo assegurar a ampliação do acesso, da cobertura e da assistência pré-natal, parto e puerpério no país e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, estabelecendo critérios de atenção tais como a realização de um número mínimo de consultas (fixado em seis) e a realização de triagens sorológicas da gestante (BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal constitui-se em: cuidados, condutas e procedimentos visando promover a saúde do binômio mãe-bebê; identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover o bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal; e preparar o casal para o exercício da paternidade (BRASIL, 2013).

Contudo, muitos diagnósticos são realizados somente na triagem sorológica realizada no momento do parto (ROMANELLI et al., 2006). Entre as IST, dados epidemiológicos apontam que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a sífilis permanecem com altos índices de infecção, em especial, nas gestantes, e devido ao risco de transmissão vertical merecem atenção especial no pré-natal a fim de evitar a contaminação fetal.

No Brasil, atualmente, estima-se que 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para HIV são infectadas. A maioria da transmissão vertical ocorre durante o trabalho de parto (65%), outras ocorrem durante a gestação (35%), essencialmente durante as últimas semanas e no aleitamento materno, representando um risco adicional de transmissão de 7 a 22% (PASSOS et al., 2013).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS (2001), ocorrem 340 milhões de casos de IST no mundo por ano, entre as quais, 12 milhões são de sífilis, e em 90% dos casos, acontecem em países em desenvolvimento. No Brasil, a prevalência média varia

entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical ao redor de 25% (GALBAN; BENZAKEN, 2007).

O presente estudo faz parte do projeto guarda-chuva intitulado Epidemiologia das doenças infectocontagiosas passíveis de transmissão vertical e seus fatores associados na maternidade do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), elaborado pelas residentes do segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção hospitalar no Sistema Público de Saúde, da ênfase materno-infantil da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Seu desenvolvimento se deu através da atuação na maternidade do HUSM e inquietação das residentes da fonoaudiologia, nutrição e serviço social frente a elevada incidência de casos de gestantes com IST passíveis de transmissão vertical observada.

Os Programas de Residência Multiprofissionais e em área profissional da saúde, foram criados a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo profissionais da área da saúde e demais áreas afins (BRASIL, 2006a).

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da UFSM tem como objetivo desenvolver nos profissionais capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional, pressupondo a articulação entre serviços e ações de saúde e com outras políticas públicas, como forma de assegurar a construção de caminhos para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

O HUSM caracteriza-se como um hospital de ensino geral, público, de nível terciário, atendendo 100% pelo SUS, tendo 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. O serviço de obstetrícia, com foco no atendimento à gestação de alto risco é o único com porta aberta para emergência obstétrica na região.

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).

1.1 Objetivo geral

Realizar uma intervenção através de grupos de gestantes no HUSM abordando a temática: HIV e sífilis na gestação, diagnóstico e tratamento adequado a fim de evitar a transmissão vertical.

1.2 Objetivo específico

Apresentar os resultados obtidos à equipe multiprofissional do HUSM que presta atendimento às gestantes a fim de contribuir com o aprimoramento de condutas frente ao tema abordado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença crônica infecciosa, causada pelo vírus denominado HIV. Os primeiros casos de AIDS no Brasil ocorreram na década de 80, considerados uma epidemia que se alastrou rapidamente, tornando-se um problema de saúde pública (CECHIM et al., 2007). Acreditava-se que essa contaminação ocorria apenas nos chamados grupos de risco: homossexuais, prostitutas, dependentes químicos e hemofílicos.

Porém, a contaminação atingiu outros grupos chamados de feminilização, que são mulheres de idade entre 20 a 34 anos. Essa faixa etária de mulheres contaminadas tornou-se preocupante, pois se encontram em idade sexual ativa e reprodutiva, ocasionando um aumento da exposição e transmissão vertical da mãe para o recém-nascido (SCHERER; BORENSTEIN; PADILHA, 2009).

Segundo o MS (2017a) dados epidemiológicos apontam que, desde 2000 até junho de 2016, foram notificados 99.804 casos de gestantes infectadas com HIV no país. Entre 2006 e 2015, houve aumento de quase 30% no número de casos detectados entre gestantes (2.1 casos de gestantes infectadas a cada mil nascidos vivos, em 2006 ante 2.7 casos a cada mil nascidos vivos, em 2015). Porém, nos últimos dez anos, observou-se uma tendência de queda estatisticamente significativa no Brasil com 35,7% de transmissão vertical.

Esta significativa redução nas taxas de transmissão vertical possivelmente, é decorrente das ações realizadas pelo Governo Federal através da implantação da Rede cegonha visando melhorar a qualidade da assistência do pré-natal e do nascimento, disponibilizando testes rápidos como estratégia de detecção e tratamento precoce; oferta universal de terapia antirretroviral (TARV) para a gestante HIV positivo até, no máximo, 14^a semana de gestação e uso do medicamento injetável durante o trabalho de parto; realização do parto cesariano eletivo

em pacientes a partir da 34ª semana com carga viral >1000 cópias/ml ou indisponível; orientação e uso de métodos supressores do aleitamento materno, oferecendo ao filho a fórmula infantil disponibilizada pelas unidades de saúde; indicação do uso do medicamento profilático oral ao recém-nascido até a 6ª semana e acompanhamento através de bateria de exames até os 18 meses (BRASIL, 2010; LOPES et al., 2016).

A sífilis na gestação é mais um grave problema de saúde pública à que segundo a OMS (2011), aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas pode sofrer abortamento espontâneo ou transmitir a doença ao concepto, levando a resultados adversos como óbito fetal ou neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e graves danos à saúde como comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico.

O SUS preconiza a prevenção da ocorrência desse evento sentinela e oferece diagnóstico e tratamentos gratuitos para a população, com destaque para as políticas públicas direcionadas às gestantes, seus parceiros sexuais e recém-nascidos.

No ano de 2008, segundo a OMS (2012), 1,4 milhão de gestantes em todo o mundo foram infectadas com sífilis, das quais 80% tinham frequentado serviços de cuidados pré-natais. Nesse mesmo ano, cerca de um quinto (20%) destas gestantes não compareceram ao serviço de referência para receber a assistência adequada no pré-natal. O não tratamento ou tratamento inadequado da infecção materna recente implica em contaminação do feto em 80 a 100% dos casos, enquanto a sífilis materna tardia não tratada pode acarretar infecção fetal com frequência de, aproximadamente, 30% (MAGALHÃES et al., 2011).

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005 (Portaria nº 33) sendo a ficha de investigação liberada para digitação na Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em 2007. Estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, refletindo uma importante deficiência na qualidade dos serviços de assistência ao pré-natal e ao parto (BRASIL, 2010).

A maioria das mulheres infectadas é identificada durante a gestação ou no momento do parto. No entanto, observa-se que entre 38 a 48% delas ainda chegam às maternidades sem resultados de sorologias importantes como sífilis, toxoplasmose e HIV do pré-natal (ROMANELLI et al., 2006).

A sífilis congênita (SC) é a infecção do concepto pelo *Treponema pallidum* por via transplacentária, a partir da mãe infectada não tratada ou inadequadamente tratada (BRASIL, 2006a). Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis materna e a duração da exposição do feto no útero (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A SC tornou-se um agravo de notificação compulsória em 1986. Embora seus registros sejam muito dependentes da qualidade das notificações e dos sistemas de vigilância epidemiológica de estados e municípios, os dados oficiais no Brasil mostram que entre os anos de 1998 a 2017 ocorreram 159.890 casos, com incidência bastante variável entre as diferentes regiões. Segundo dados do MS (2017b), houve um aumento da incidência que passou de 2,4 casos por mil nascidos vivos em 2010 para 3,5 casos em 2016.

As manifestações clínicas da SC se dividem em: precoces, quando ocorrem até os dois anos de idade, e tardias, quando surgem após essa idade. Cerca de 70% dos casos de SC precoce é assintomática, porém o recém-nascido pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsões, meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Na SC tardia, as manifestações clínicas são raras, porém irreversíveis e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce envolvendo vários órgãos (MAGALHÃES et al., 2011).

Seu diagnóstico depende da combinação de critérios clínicos, sorológicos, radiológicos e microscópicos. Sua possibilidade de erradicação encontra-se no diagnóstico precoce e tratamento adequado da sífilis gestacional que, embora de fácil diagnóstico, tratamento barato e eficaz, ainda se mantêm como um grave problema de saúde pública (CHINAZZO; LEON, 2015).

A profilaxia da sífilis congênita é feita através da solicitação do *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL) e do tratamento das gestantes infectadas juntamente com seus parceiros durante a consulta pré-natal, e realizada conforme o preconizado pelo MS. “Deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta de pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre” (MAGALHÃES et al., 2011). Deve-se ainda realizar um VDRL no momento do parto para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se reinfectado após o tratamento (BRASIL, 2005).

São consideradas adequadamente tratadas as gestantes que tenham sido medicadas com penicilina G benzatina, com dosagem adequada à fase clínica da doença, cujo tratamento tenha sido concluído pelo menos 30 dias antes do parto e que seu parceiro tenha sido concomitantemente tratado. No Brasil, estudos mostram que a falta de tratamento dos parceiros sexuais é um dos principais entraves para o controle de SC (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007). No ano de 2006, dentre os casos notificados de SC, havia informações sobre o tratamento dos parceiros sexuais em apenas 13,2% (BRASIL, 2007a).

Atualmente, as consultas de pré-natal têm se tornado cada vez mais rápidas e tecnicistas, ocorrendo fragmentação da assistência e, principalmente, das atividades de educação em saúde, sem escuta qualificada e diálogo aberto focados nas necessidades das gestantes, predominando a passividade da usuária no processo gestatório, desconsiderando todo o saber que esta possui e, conseqüentemente, deixando a desejar na assistência ofertada à mulher (ALBUQUERQUE; JORGE, 2010; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

De forma a complementar e subsidiar a assistência oferecida nas consultas de pré-natal, e com o objetivo de tornar eficaz a qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde, surgem os grupos de gestantes, espaços dinâmicos que objetivam promover a saúde das participantes de forma integral, individual e coletivamente, envolvendo gestante, família e comunidade, permitindo a troca de experiências e conhecimentos com informações passadas pelos profissionais de saúde, complementando o saber particular de cada indivíduo (FRIGO et al., 2012).

As atividades educativas junto às gestantes a serem realizadas em grupos devem ter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promoverem orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, assim como envolver o pai, na responsabilidade do cuidado (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Durante a vivência realizada na residência no campo da materno-infantil foi possível utilizar este tipo de tecnologia leve em prol da educação em saúde através de grupos de gestantes realizados diariamente, nos quais as gestantes eram convidadas a participar de uma roda de conversa abordando temáticas pertinentes ao contexto gestacional enquanto aguardavam a consulta médica.

3 METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo-observacional, em abordagem qualitativa. Conforme já informado, este artigo versa sobre a atividade que foi desenvolvida e coordenada pelas residentes do segundo ano do Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em gestão e atenção hospitalar no sistema público de saúde, com ênfase materno-infantil da UFSM.

Foram realizados quatro grupos de gestantes no período de dezembro de 2018. As participantes aguardavam consulta médica no ambulatório de gestantes de alto risco (AGAR) do HUSM e foram convidadas a participar da atividade.

As gestantes que aceitaram participar, informaram seu nome completo. Após a atividade, foi possível acessar o prontuário eletrônico através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) para verificar/confirmar algumas informações tais como: idade, estado civil, escolaridade, número de gestações, exames realizados no pré-natal, município de origem, etc.

A intervenção foi organizada abordando a temática do uso adequado dos protocolos instituídos pelo MS, tais como a Rede Cegonha, para prevenção, diagnóstico e tratamento das IST, fortalecendo as ações realizadas no serviço de atenção primária que visam proteger a saúde da comunidade, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar e reduzir os danos, reforçando a importância do pré-natal de qualidade e da responsabilidade de todos na prevenção de doenças e sequelas para os futuros bebês.

A dinâmica utilizada na atividade foi através da exibição de 14 afirmações elaboradas pelas autoras sobre mitos e verdades acerca do tema HIV e sífilis conforme quadro abaixo (Quadro 1). As participantes receberam placas com os dizeres “fala sério” e “com certeza” e após cada frase exibida deveriam opinar sobre.

Quadro 1- Dinâmica elaborada acerca do tema HIV e sífilis.

DINÂMICA: Fala sério X Com certeza
1º) Mãe com HIV pode amamentar?
2º) A única forma de transmissão do HIV é através do ato sexual?
3º) Pessoa com HIV pode engravidar?
4º) A medicação para o HIV é cara?
5º) Mãe soropositiva precisa comprar fórmula infantil?
6º) É possível ter HIV e não saber?
7º) A sífilis só é transmitida pelo ato sexual?
8º) A pessoa com sífilis não apresenta sintomas?
9º) Qualquer pessoa pode ter sífilis?
10º) A sífilis tem cura?
11º) A mãe com sífilis pode amamentar?
12º) Apenas a gestante precisa realizar o tratamento?
13º) Só é necessário realizar o teste de sífilis uma vez?
14º) É possível ter sífilis e não saber?

Fonte: elaborado pelas autoras.

Em um segundo momento, foram realizadas explicações e discussões sobre os assuntos abordados, acompanhadas da exibição de imagens dos sinais e sintomas da sífilis e da sífilis

congênita, assim como a forma de coleta de líquido através da punção lombar para realização de exames no bebê, etc. conforme demonstrado nas ilustrações abaixo:

Imagem 1 – Sinais e sintomas Sífilis primária (Cancro duro).



Imagem 2 – Sinais e sintomas Sífilis secundária (lesões palmares).



Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO, 2006.

Imagem 3 – Sinais e sintomas Sífilis secundária e terciária.



Sífilis secundária



Sífilis Terciária

Fonte: Science photo library, 2017.

Imagem 4 - Sinais e sintomas sífilis congênita.

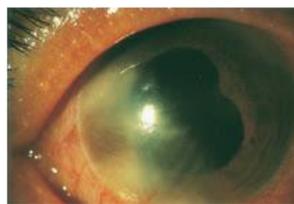


Fonte: Imagem retirada da internet.

Imagem 5 - Sinais e sintomas sífilis tardia.



Sequelas na dentição



Sequelas oftalmológicas



Sequelas ósseas

Fonte: Imagem retirada da internet.

Imagem 6 – Coleta do líquido.



Fonte: Imagem retirada da internet.

Para finalizar a atividade, foram apresentados vídeos das campanhas nacionais de prevenção do HIV/Aids e sífilis elaborados pelo MS no ano de 2018 disponíveis em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/>> e <<https://youtu.be/EVmcE21ncWY>>.

Durante a realização da intervenção, as residentes anotavam dados que julgaram relevantes, tais como: quantas participantes tinham conhecimento sobre as informações exibidas, os comentários e questionamentos realizados, as reações das gestantes, etc., e posteriormente redigiam um relatório de como tinha sido a atividade, incluindo estas informações.

Após a atividade, os dados obtidos foram tabulados e organizados com o auxílio do *software Excel* versão 2013. Para análise e discussão dos resultados foi empregada a estatística descritiva que procura descrever e avaliar o fenômeno mediante a análise de suas variáveis, com apoio de referencial teórico apropriado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da atividade 25 gestantes e 10 acompanhantes. Nenhuma possuía resultado reagente para sífilis e/ou HIV.

Na tabela 1, são apresentados os principais fatores socioeconômicos das gestantes. A média de idade das participantes foi de 30 anos. A faixa etária das mulheres variou de 19 a 43 anos de idade, sendo que a maioria (88%) tinha entre 19 e 39 anos. Em relação à escolaridade, 40% possuía 1º incompleto. No que diz respeito ao estado civil, 52% era solteira. No que concerne ao número de gestações, a maioria (76%) era multípara. Já em relação ao município de origem, 68% das participantes reside na cidade de Santa Maria, das quais a maioria (29,42%) na região oeste da cidade.

Tabela 1- Perfil sócio demográfico. Santa Maria, RS/2019.

Variáveis do estudo	N	%
Idade		
≤ 18 anos	0	0
19 - 39 anos	22	88
≥ 40 anos	3	12
Gestações		
Primigesta	6	24
Múltipara	19	76
Estado civil		
Solteira	13	52
Casada	7	28
União estável	4	16
Não informado	1	4
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	10	40
Ensino fundamental completo	2	8
Ensino médio incompleto	2	8
Ensino médio completo	5	20
Ensino superior incompleto	3	12
Ensino superior completo	3	12

Fonte: elaborado pela autora.

No estudo realizado por Schwartz, Vieira e Geib (2011) foi verificada uma alta incidência de gravidez na adolescência, especialmente nas camadas mais pobres da população, em decorrência, geralmente, do pouco acesso à informação quanto aos métodos contraceptivos e ao planejamento familiar.

Tal cenário traz consigo aspectos preocupantes, pois está relacionado à maior ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer e pré-natal inadequado, o que acarreta menor número de consultas de pré-natal, início das consultas mais tardiamente e baixa realização de exames complementares. Somam-se a esses fatores a falta de informações sobre os benefícios do pré-natal e o sentimento de vergonha pela busca de cuidados por parte das adolescentes, sobretudo entre as mais pobres (CESAR et al., 2011). Dado este não encontrado no presente estudo.

Em contraponto é preciso registrar que a idade acima de 35 anos é um fator de alto risco na gestação. O aumento no número de mulheres que engravidam tardiamente é uma realidade no Brasil, como em todo o mundo, sendo esse fenômeno atribuído ao aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho (PARADA; TONETE, 2009).

Segundo o MS (2015) em geral, no país, a maior proporção dos casos de sífilis congênita ocorreu em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (50,2%), possuíam escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta (24,7%) e realizaram pré-natal (74,8%).

A educação da mãe tem sido uma das principais variáveis socioeconômicas que têm influenciado na obtenção de resultados positivos na redução dos índices de mortalidade infantil, em decorrência da maior percepção que a mãe adquire no trato e cuidado da saúde dos filhos (OMS, 2008).

Segundo Domingues (2012) a baixa instrução pode favorecer o desconhecimento quanto aos programas de saúde e, por conseguinte, pode contribuir com a desinformação para o autocuidado, corroborando assim, com Kitchenman (2012) ao considerar a relação do menor grau de instrução com o menos envolvimento das mulheres ao tratamento da transmissão vertical do HIV.

Entretanto, um aspecto que cabe ser destacado no estudo de Kitchenman (2012) é que mesmo as mulheres que não possuíam domínio acerca da doença e da prevenção da transmissão vertical, realizam a quimioprofilaxia. Parece que o envolvimento com o tratamento estava relacionado ao desejo de gerarem filhos saudáveis, uma vez que nas entrevistas realizadas, no geral, as mulheres demonstraram pouco conhecimento acerca da doença.

Em relação ao estado civil, achados nos estudos realizados por Fonte et al (2012) e por Costa et al (2013), são contrários ao observado no presente estudo, pois segundo os autores citados, a maioria das gestantes entrevistadas (63,4% e 85%, respectivamente) era casada ou possuía união estável, o que pressupõe segurança e confiança no relacionamento.

Esse resultado evidencia, pois, segundo as ideias de Domingues et al (2013) uma maior estabilidade das relações conjugais o que pode facilitar o apoio do marido/companheiro no compartilhar das responsabilidades e dificuldades cotidianas, além de considerar pouco provável que as mulheres de parceria fixa pensem na possibilidade de contaminar-se com IST, pois não se consideram promíscuas e creem na fidelidade conjugal.

A não utilização de preservativos também está associada à imprevisibilidade das relações, crença na diminuição do prazer, nível de conhecimento limitado sobre o uso do preservativo e questões reprodutivas, dificuldades em negociar o uso da camisinha, relações de poder, dependência emocional e financeira entre parceiros, tempo de relacionamento e desejo de ter filhos (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011).

Durante este estudo, foi observado que todas as participantes prestaram atenção, porém 15 gestantes e 2 acompanhantes participaram ativamente da atividade.

Sobre o tema HIV foram elaboradas 6 afirmações. Em relação a possibilidade da mãe com HIV poder amamentar, 80% (n=20 gestantes) tinha conhecimento da impossibilidade, uma vez que é uma das formas de transmissão do vírus. Achado contrário ao encontrado por Fonte et al (2012), no qual quando questionadas as vias de transmissão do HIV foi constatada a não menção da amamentação e da transmissão vertical como formas de contaminação.

Em relação a necessidade dos pais/responsáveis pelo recém-nascido de uma puérpera soropositiva para o HIV comprar a fórmula infantil, 76% (n=19 gestantes) tinha conhecimento do direito dos mesmos de poder retirar o leite infantil até o 1º ano de vida do bebê, fazendo comentários tais como: “Já que não pode amamentar tem direito de ganhar o leite pelo Estado”; “Já ouvi falar que sim, é um direito do bebê”.

Todas as participantes (n=25 gestantes) sabiam as formas de transmissão do vírus do HIV. Um viés desse dado pode ser explicado pelo fato das perguntas anteriores já terem sido comentadas, podendo influenciar na resposta desta questão. Assim como, 100% das participantes (n=25 gestantes) tinha conhecimento sobre a possibilidade da mulher com HIV poder engravidar, explicando, inclusive a diferença de ser portador (a) do vírus e ter a doença propriamente dita, incluindo a carga viral como um parâmetro para programar a gestação.

Entre as formas de contaminação por HIV apontadas pelas gestantes no estudo de Fonte et al (2012), 90,2% das participantes citaram as relações sexuais sem preservativo. Ainda pode-se observar a presença de informações equivocadas entre as gestantes, tais como: 9,75% citaram o beijo, 7,31% o contato com pele não íntegra e 2,44% mencionaram o assento do banheiro público e objetos de uso pessoal.

Em relação a aquisição da medicação utilizada no tratamento do HIV, 52% (n=13 gestantes) sabia que é um direito do usuário retirar gratuitamente nas unidades de saúde e 8% (n=2 gestantes) não soube opinar sobre o assunto, dado este preocupante, uma vez que esta informação deveria ser amplamente divulgada. Quando informadas adequadamente sobre este direito, muitas se mostraram surpresas.

Sobre ser portador do vírus do HIV e não saber, 80% (n=20 gestantes) sabia dessa possibilidade, uma vez que a doença, na maioria das vezes, inicialmente, é silenciosa. Algumas participantes relataram ter o conhecimento que muitos pacientes só têm conhecimento da soropositividade para o vírus quando a doença já está presente e se manifestando.

No estudo realizado por Fonte et al (2012) quanto aos conhecimentos sobre sinais e sintomas decorrentes do HIV, 26,8% das entrevistadas relataram que não sabiam informar, o que sugere uma procura de atendimento hospitalar tardio e uma provável piora do quadro clínico. Os sinais/sintomas mais conhecidos decorrentes do HIV apontados por 21,9% das

gestantes do estudo foram a perda de peso e corrimento vaginal, 19,51% citaram verrugas e 17,07% prurido. A perda de peso referida pode estar associada às imagens veiculadas na mídia, dos indivíduos acometidos pelo HIV, ao início da epidemia. Observou-se, também, o desconhecimento de uma entrevistada ao citar plaquetopenia, como alusão ao quadro de imunodepressão ocasionado pelo HIV.

Já quando abordadas questões referentes à sífilis, 24% (n=6 gestantes) tinha conhecimento correto e 40% (n=10 gestantes) não soube responder sobre as suas formas de transmissão, dado este preocupante, visto que todas estão realizando o pré-natal e já deveriam ter sido orientadas acerca do tema.

No estudo realizado por Victor et al (2010) com puérperas que estavam internadas acompanhando seus filhos no tratamento da sífilis congênita, nenhuma relatou ter conhecimento de que a doença é transmitida pelas gestantes com VDRL positivo aos filhos. As participantes relataram que o seu conhecimento sobre sífilis é incipiente, apenas duas puérperas (10%) citaram claramente que se trata de uma IST. Todavia, vale ressaltar que todas as depoentes relacionaram a prevenção da sífilis ao uso do preservativo, o que indiretamente vincula a sífilis com uma IST. Dado este preocupante, uma vez que, além de dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce, aumenta os gastos com a internação prolongada e com os exames realizados.

Sobre os sintomas da sífilis, 24% (n=6 gestantes) sabia descrever os sintomas apresentados pela doença. Esse baixo percentual de informação é um dado preocupante, uma vez que a sífilis é uma infecção sistêmica e de evolução crônica, e por caracterizar-se por sintomas pouco específicos, os quais geralmente não causam tantos desconfortos ao paciente, torna-se difícil o seu diagnóstico precoce. Dessa forma, verifica-se o quão é complexo sensibilizar a gestante e seu parceiro quanto à importância da prevenção da sífilis por meio da utilização do preservativo e da adesão ao tratamento e as repercussões da ausência do mesmo (COSTA, 2016).

Todas as participantes deste estudo (n=25 gestantes) tinham conhecimento sobre a possibilidade de qualquer pessoa ser infectada pela bactéria que transmite a sífilis. Da mesma forma, 100% das participantes (n=25 gestantes) tinha ciência de que realizando o tratamento adequado, a sífilis tem cura.

Porém, segundo Silva et al (2010), nos relatos das mulheres estudadas, evidenciou-se, sobretudo, o mal-estar e a tristeza após a constatação da doença. Elas manifestaram sentimentos e expressões de temor, desespero e impotência diante da internação hospitalar e dos

procedimentos aos quais seus filhos tiveram que ser submetidos. Além disso, ao serem comunicadas sobre sua infecção e a de seu filho, relataram sentimento de solidão e desprezo.

Em estudo semelhante, Silva e Santos (2004) também observaram que a maioria dos sujeitos culpou seus parceiros por sua contaminação e, conseqüentemente, a de seu filho. Esse comportamento pode revelar a passividade das mulheres diante do cuidado com a sua própria saúde.

Quando questionadas sobre a possibilidade da mãe com sífilis poder amamentar, 40% (n=10 gestantes) tinha conhecimento que a mãe infectada pode amamentar seu bebê sem risco de transmissão vertical e 44% das participantes (n=11 gestantes) não quis/não soube opinar.

Em relação ao tratamento realizado para sífilis, 96% (n=24 gestantes) sabia como o mesmo deve ser realizado. O conhecimento acerca do tratamento, seus benefícios e os resultados é primordial para o envolvimento das pessoas na terapêutica. No entanto, na pesquisa realizada por Kitchenman (2012) as entrevistadas consideram as informações prestadas pelos profissionais da saúde como insuficientes, e por isso, buscam outros meios para tal apropriação. Segundo Victor et al (2010) a complexidade do tratamento para sífilis congênita, somada ao desconhecimento sobre a doença, pode explicar a limitação das puérperas quanto a terapêutica adequada.

É interessante notar que o conhecimento das mulheres é parte importante quando se deseja o sucesso do tratamento. Saber dos benefícios e entender o jeito certo de fazer é essencial quando se reconhece o papel da mulher para um resultado desejável na não transmissão vertical da IST. Pode-se dizer que a pessoa que tem mais conhecimento acerca do tratamento, envolve-se mais e adere-se melhor a qualquer terapêutica (KITCHENMAN, 2012).

No presente estudo, 92% (n=23 gestantes) sabia da necessidade de realizar os testes sorológicos, em especial, VDRL, durante o pré-natal e 8% (n=2 gestantes) não opinou. Quando as participantes foram questionadas sobre a realização dos testes rápidos, 92% (n=23 gestantes) relatou já ter realizado e 8% (n=2 gestantes) não soube informar. Porém, quando verificada esta informação no prontuário eletrônico, constatou-se que todas as participantes já haviam realizado tais exames, ao menos uma vez, durante a atual gestação. Um viés dessa informação pode ser explicado pelo fato de muitas vezes os exames serem realizados sem aviso/explicação prévia da sua importância e para que serve.

No estudo de Silva et al (2010), algumas mulheres revelaram que fizeram todas as consultas e exames solicitados durante a gestação, sem, contudo, terem recebido qualquer informação sobre o tema. Observou-se também que algumas chegaram a expressar conhecimentos bastante equivocados sobre a doença.

No momento do pré-teste é necessário que o profissional avalie o conhecimento da gestante sobre o assunto, informando-lhe sobre o que ela não souber, especialmente acerca de seu agente etiológico e meios de transmissão. É essencial explicar o que é o teste, como é feito, o significado dos seus resultados, a importância do tratamento do parceiro concomitantemente e os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para a mãe, quanto para o bebê, reforçando desta maneira, as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, parto e puerpério garantindo caráter confidencial (BRASIL, 2005).

Sobre a possibilidade de ter contraído sífilis e não saber, 84% (n=21 gestantes) sabia referir que a doença muitas vezes não é diagnosticada no estágio inicial e, portanto, a pessoa pode ter contraído a doença e não saber. Algumas participantes relataram que às vezes o surgimento de uma ferida não recebe a importância adequada e “passa despercebida”.

Frequentemente, as mulheres dão pouca importância à doença e, em decorrência do estágio da sífilis em que se encontram, os sinais e sintomas podem estar ausentes ou não perceptíveis o que as levam a não considerar a doença como um agravo importante para a sua saúde e a de seu filho. Por essa razão, não se motivam para aderir ao tratamento e adotar práticas sexuais seguras, mesmo depois da definição do diagnóstico (SILVA et al., 2010).

Em relação a explicação do que é a sífilis, suas manifestações e tratamento adequado necessário, todas as participantes se mostraram atentas e interessadas, e no momento em que foram exibidas algumas fotos dos estágios da doença, todas demonstraram desconhecer os sinais clínicos da doença nos seus diferentes estágios.

Posteriormente foram mostradas imagens das manifestações da sífilis congênita, momento este, o qual as participantes aparentaram maior interesse e se mostraram ainda mais perplexas frente às imagens. Também foi explicado sobre como é realizado o exame no bebê (coleta do Líquor através da punção lombar), o tratamento necessário e o que pode acontecer com o recém-nascido caso a sífilis não seja tratada adequadamente. Nesse momento, 4% (n=1 gestante) desviou o olhar das imagens exibidas.

Segundo Silva et al (2010) a partir do diagnóstico da sífilis, as mulheres passaram a fazer parte de um mundo antes desconhecido. Seus depoimentos evidenciam que o impacto foi maior ao saberem que seus filhos nasceram infectados do que no momento em que tiveram a informação do próprio diagnóstico.

Quando abriu-se o espaço para questionamentos, as participantes trouxeram dúvidas referentes à sintomatologia da sífilis, amamentação nos casos de puérperas com sífilis e como ocorre a aquisição da fórmula infantil no caso de mulheres como sorologia positiva para o HIV.

Em relação aos vídeos divulgados, todas as participantes demonstraram interesse e relataram nunca os ter assistido anteriormente. Dado julgado relevante, uma vez que se trata de vídeos de cobertura nacional que deveriam estar sendo amplamente divulgados na mídia como forma de informação e prevenção.

Diante do observado através da intervenção realizada e com base no referencial teórico consultado, pode-se verificar que a incidência do HIV e da sífilis durante a gestação está diretamente associada a qualidade da assistência do pré-natal.

Um das lacunas importantes nesse processo e na adesão por parte das gestantes e seus companheiros consiste na demora da captação destas. Em uma análise preliminar dos fatores que levam à perda da oportunidade de prevenção em 187 puérperas, identificadas por teste rápido no parto em 11 maternidades do Rio de Janeiro, mostrou que 30% sequer chegaram ao pré-natal, 44% tiveram de uma a cinco consultas, e apenas 24% tiveram, pelo menos, seis consultas de pré-natal (MARTINS et al., 2008).

Entre os motivos citados, alguns eram relacionados ao sistema de saúde, e outros, às próprias gestantes tais como: demora para fazer o exame confirmatório da gravidez e dificuldade de aceitação da gestação. Assim como no trabalho de Cechim et al (2007), onde foi atribuída a falta de planejamento familiar e a descoberta tardia da gestação como fator importante para retardar a entrada da mulher no pré-natal. Outros problemas de acesso disseram respeito à distância dos serviços de saúde, aos gastos de passagens, ao medo de perder o emprego e à falta de suporte para deixar os demais filhos.

As atividades dos serviços de saúde devem ser organizadas de forma a facilitar a adesão dos usuários não só ao tratamento, oferecendo alternativas de atendimento diversificadas e estabelecendo fluxo diferenciado para pessoas com maiores dificuldades, tais como flexibilidade de horário, atenção diferenciada para grupos populacionais e garantia de cuidado multidisciplinar (BRASIL, 2007b). Além disso, os profissionais precisam assumir seu papel de educador em saúde e utilizar recursos e metodologias ativas que proporcionem um maior envolvimento do usuário no seu processo saúde-doença.

No estudo de Darmont et al (2010), nos grupos de mulheres com baixa ou nenhuma adesão ao pré-natal, surgiu nos relatos, de forma muito intensa, a falta de acolhimento nas unidades de saúde. As entrevistadas se queixaram do mau humor dos profissionais, da falta de diálogo com médico e falta de atenção por esse profissional, que, não raro, é mostrado como apressado e agressivo. Além disso, algumas mulheres se sentem discriminadas por terem muitos filhos e estarem grávidas, por estarem infectadas pelo vírus do HIV e engravidarem, por serem usuárias de drogas ou mesmo por não terem feito o pré-natal.

A dificuldade de comunicação e a pouca clareza na linguagem do profissional também foram citadas. Entender o contexto socioeconômico no qual as mulheres estão inseridas é fundamental para que as indicações e prescrições do médico possam ser seguidas. A falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde da realidade social e das dificuldades que as mulheres vivenciam contribui para que essas não aderirem ao pré-natal (DARMONT et al., 2010).

Embora haja uma elevada cobertura de pré-natal no país, a qualidade da assistência à gestante está aquém do preconizado pelas políticas ministeriais, visto que contraditoriamente se mantém elevada a incidência de sífilis congênita, demonstrando o comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2007c).

O estudo de Fonte et al (2012) revela que aproximadamente 50% das gestantes, não receberam orientações sobre DST/AIDS durante o pré-natal. Vale lembrar que as sorologias para sífilis e HIV são exigências de procedimentos mínimos, que devem ser ofertadas na assistência pré-natal, conforme orientação do Ministério da Saúde. Para realização destes exames é imprescindível que sigam orientações, como o aconselhamento pré-teste.

Constata-se que, embora seja imprescindível garantir a realização de um número mínimo de consultas e a precocidade destas, é importante que se avalie a qualidade de seu conteúdo, bem como as ações a serem executadas entre as consultas e o rastreamento de infecções de transmissão vertical ((LIMA; COSTA; DOURADO, 2008).

Segundo Amaral (2012) o aumento da incidência da sífilis congênita, no Brasil evidencia falhas na assistência pré-natal relacionadas ao controle de uma infecção, cujo protocolo clínico é bem definido, com triagem sorológica e tratamento de baixo custo, fato que contrasta com a redução da transmissão vertical do HIV demonstrada no Brasil, apesar de possuir protocolos clínicos bem mais complexos e de custo mais elevado.

É preciso reforçar a necessidade de valorização e melhoria da qualidade do aconselhamento em casos de gestantes com sífilis. O aconselhamento, quando bem executado, é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das IST, pois proporciona à pessoa avaliação das condições de risco (BRASIL, 2006b). Pessoas que recebem o aconselhamento para IST têm maior chance de o parceiro comparecer ao serviço de saúde para tratamento (ALAM et al., 2011).

O baixo percentual de parceiros tratados demonstra umas das principais lacunas no controle da sífilis congênita no país, visto que é injustificável o fato de a maioria das mulheres ter acesso ao pré-natal, ser diagnosticada, mas dar à luz a uma criança com sífilis congênita.

Além disso, segundo Campos et al (2012) 4,7% das avaliadas em seu estudo revelaram ter sofrido violência física no momento que comunicaram o diagnóstico de sífilis ao parceiro, fato que evidencia a possibilidade de a mulher sofrer violência pela revelação do diagnóstico. De acordo com Araújo e Silveira (2007), no contexto das IST, o receio da reação do parceiro está relacionado a não comunicação do diagnóstico, o que pode trazer como consequência falhas no tratamento.

A dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de IST pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde e as relações de gênero, que sempre foram excludentes em relação ao homem, provocando a baixa procura por atendimento. Pode também estar associada à visão que os homens têm em relação à saúde, pois atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado (NASCIMENTO et al., 2011).

Outro problema relacionado ao diagnóstico e ao tratamento diz respeito às informações fornecidas na caderneta de gestante. Em um estudo realizado por Coutinho et al (2003), que avaliou a adequação da assistência pré-natal entre usuárias do SUS, no município de Juiz de Fora, foi detectado que exames laboratoriais considerados básicos como, por exemplo, VDRL, não estavam registrados em 23% dos cartões de gestantes no momento da internação. Assim como há também a falta ou subnotificação de registros nas fichas de notificações de agravos.

Capacitação técnica dos profissionais que realizam o acompanhamento das gestantes, especialmente na atenção primária em prol da prevenção da doença e conseqüentemente da melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e fetal é necessária (ANDRADE et al., 2011). Em pesquisa realizada com 171 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza, por exemplo, verificou-se que a maioria possui conhecimento adequado acerca do controle da sífilis na gestação, entretanto, foram identificados déficits no conhecimento, como sobre as formas de transmissão, as manifestações clínicas e o diagnóstico da sífilis em gestantes. Também merece destaque o fato de 19,9% (34 enfermeiros) não serem conhecedores de que o VDRL deve ser realizado no primeiro e no terceiro trimestres de gestação (COSTA, 2012).

Nesse contexto, tem-se a assistência pré-natal como um período oportuno para a atuação da equipe multiprofissional como educador em saúde e, por meio de intervenções educativas eficazes e condizentes com a realidade e com os determinantes sociais de sua clientela, estimular a autonomia dos usuários e capacitá-los para que os mesmos se tornem sujeitos ativos na promoção de sua saúde (COSTA, 2016).

A realização de ações educativas em salas de espera objetivam facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação de pacientes a respeito das doenças e do autocuidado, além de proporcionar a formação de possíveis agentes multiplicadores de conhecimento.

Além do mais, as ações educativas durante o pré-natal no grupo de gestantes podem ainda abordar uma variedade de temas, como a importância do acompanhamento pré-natal, alimentação saudável, cuidados de higiene, cuidados com as mamas, atividade física, sexualidade, benefícios legais a que a mulher tem direito, importância do planejamento familiar, importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e abordar questões escolhidas pelas próprias participantes (SECRETÁRIA DE SAÚDE, 2010).

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, fica evidente a importância da melhora da assistência do pré-natal no Brasil. Realizar acolhimento e atendimento integral e humanizado facilita a adesão dos usuários nas consultas e tratamentos necessários. Outro ponto importante é a captação das gestantes tão logo se tenha a confirmação da gravidez, aderindo aos protocolos definidos, realizando todas as avaliações e exames necessários a fim de diagnosticar e tratar adequadamente os agravos à saúde detectados, tais como o HIV e a sífilis.

É de suma importância que a equipe de saúde seja capacitada para transmitir todas as informações pertinentes sobre as IST, seus diagnósticos e tratamentos adequados tanto para a gestante quanto para o seu parceiro, com a finalidade de evitar a transmissão vertical ao conceito e/ou reinfecção.

Considerando a experiência apresentada neste artigo, destaca-se que os grupos de gestantes são espaços ideais para que ocorram tais ações de educação em saúde, permitindo trocas de informações e experiências. Isso se confirma por meio das manifestações das gestantes que participaram dos grupos as quais destacaram a importância do momento vivenciado, acenando positivamente para trabalhos desta natureza.

Portanto, o diagnóstico precoce, associado ao acompanhamento clínico adequado e aos cuidados multiprofissionais são importantes para prover a apropriada adesão ao tratamento e a redução das taxas de transmissão vertical. Dessa forma, entende-se que a inserção da Residência Multiprofissional no espaço hospitalar é fundamental na construção da integralidade do cuidado no pré-natal, contribuindo com o fortalecimento das políticas públicas da saúde da mulher e da criança.

Além disto, os profissionais de saúde precisam ter consciência do quão é importante realizar a notificação de agravos à saúde, contribuindo para as estatísticas dos dados epidemiológicos de dada população, garantindo assim, que novas ações sejam criadas para erradicação destes agravos que podem ser evitados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAM, N. et al. Efeito do aconselhamento sobre o encaminhamento de parceiros para o manejo de infecções sexualmente transmissíveis em Bangladesh. *Sex Transm Infect*, v.87, n.1, p. 46-51, fev. 2011.

ALBUQUERQUE, R.A; JORGE, M. S. B. **Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitoado?** *Rev Baiana de Saúde Pública*, v.34, n.2, p.397-408, abr./jun. 2010.

AMARAL, A. **Nível de conhecimento das gestantes atendidas em uma UBS no município de Livramento de Nossa Senhora – BA sobre a importância do pré-natal.** 55p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Tecnologia e Ciências, Vitória da Conquista/BA. (2012).

ANDRADE, R. F. V. et al. **Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente.** *J Bras Doenças Sex Transm*, v.23, n. 4, p. 188-193. 2011.

ARAÚJO, M. A. L; SILVEIRA, C. B. **Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST.** *Esc Anna Nery R Enferm*, v.11, n. 3, p. 479-486, dez. 2007.

AVELLEIRA, J. C. R; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** *An Bras Dermatol*, v. 81, n.2, p. 111-126, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/Aids.** Brasília, Distrito Federal, 2017a. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>> Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico Sífilis.** Brasília, Distrito Federal, 2017b. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>> Acesso em: 03 jan. 2019.

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, Distrito Federal, 2016. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf> Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Boletim Epidemiológico da Sífilis.** Brasília, Distrito Federal, 2015. Disponível em:< http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/88/boletim_sifilis_2015_0.pdf?file=1&type=node&id=88&force=1> Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 1ª ed. rev. Brasília, Distrito Federal, 2013. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf > Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília, Distrito Federal, 2010. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/recomendacoes-para-profilaxia-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-terapia-antirretroviral-em>> Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids.** Boletim epidemiológico Aids e DST. Brasília, Distrito Federal, 2007a. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/81>> Acesso em: 18 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids.** Brasília, Distrito Federal, 2007b. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf> Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília, Distrito Federal, 2007c. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsisifilis_manualbolso.pdf> Acesso em 12 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília, Distrito Federal, 2006a. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em: 03 fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis.** 4ª ed. Brasília, Distrito Federal, 2006b. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf> Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Manual técnico, 3ª ed. rev. Brasília, Distrito Federal, 2005. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em: 27 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento.** Brasília, Distrito Federal, 2002. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2018.

CAMPOS, A. L. A. et al. **Sífilis em parturiente: aspectos relacionados ao parceiro sexual.** Rev Bras Ginecol Obstet, v.34, n.9, p. 397-402, 2012.

CECHIM, P. L; PERDOMINI, F. R. I; QUARESMA, L.M. **Gestantes HIV positivas e sua não adesão à profilaxia no pré-natal.** Rev. Bras. Enferm, v.60, n, 5, p. 519-523, set./out. 2007.

CESAR, J. A. et al. **Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.27, n.5, p. 985-994, mai. 2011.

CHINAZZO, L. K; LEON, C. A. **Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário.** Boletim científico de Pediatria, 4(3), 2015. Disponível em:<
http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234110bcped_v4_n3_a4.pdf> Acesso em: Jan. 2019.

COSTA, C. C. **Elaboração, validação e efeitos de intervenção educativa voltada ao controle da sífilis congênita.** Tese de Doutorado em Enfermagem na Promoção da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

COSTA, C. C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, 2012. Disponível em:<
http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4636/1/2012_dis_cccosta.pdf> Acesso em: 05 jan. 2019.

COSTA, M.S. et al. **Exame anti-HIV: saberes, significados e vivências de gestantes.** Rev. Pesqui. Cuid. Fundam, v.5, n.3, p. 10-17, jul./set. 2013.

COUTINHO, T. et al. **Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG.** Rev Bras Ginecol Obstet, v.25, n.10, p. 717-724, 2003.

DARMONT, M. Q. R. et al. **Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde.** Cad. Saúde Pública, v. 26, n.9, p. 1788-1796, set. 2010.

DOMINGUES, H.D. L. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.28, n.3, p. 425-437, mar. 2012.

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.** Epidemiol. Serv. Saúde, v.16, n.3, p.165-173, jul./set. 2007.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v.10, n.1, p.121-125, abr. 2006.

FONTE, V. R. F. et al. **Conhecimento das gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/Aids.** Rev Enferm UERJ, v. 20, n.4, p. 493-499, out./dez. 2012.

FRIGO, L. F. et al. **A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência.** Rev Epidemiol Control Infect, v. 2, n.3, p. 113-114, 2012.

GALBAN, E; BENZAKEN, A. S. **Situação da sífilis em 20 países da América Latina e Caribe: ano de 2006.** J Bras Doenças Sex Transm, v. 19, n.3-4, p. 166-172, 2007.

KITCHENMAN, S. R. S. **“Quando eu descobri, tive um baque” – os desafios de prevenção da transmissão vertical do HIV.** Dissertação de mestrado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <
http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3612> Acesso em: 15 dez. 2018.

LIMA, B. G. C; COSTA, M. C. N; DOURADO, M. I. C. **Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal.** Epidemiol. Serv. Saúde, v. 17, n.2, p. 123-153, abr./jun. 2008.

LOPES, A. C. M. U. et al. **Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará.** Rev. Bras. Enferm, v. 69, n.1, p. 62-66, 2016.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.** Cad. Saúde Pública, v. 29, n. 16, p. 1109-1120, jun. 2013.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.** Com. Ciências Saúde – 22 sup. 1: S43-S54, 2011.

MARTINS, H.S. et al. **Perfil de uma coorte de puérperas HIV-positiva identificadas por teste rápido no parto e que não receberam profilaxia para a transmissão vertical do HIV durante o pré-natal acompanhadas no Hospital dos Servidores do Estado do RJ.** 2008. Disponível em: <
http://sistemas.aids.gov.br/congressoprevencao/2008/dmdocuments/trabalhos_aprovados.pdf> Acesso em: 18 nov. 2018.

NASCIMENTO, A. R. A. et al. **Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte/MG.** Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n.1, p. 182-194, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems.** Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en/>> Acesso em: 05 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis e elimination within existing systems.** Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503020/en/>> Acesso em: 19 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação.** Washington, 2008. Disponível em: <
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/pt/>> Acesso em: 10 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates.** Geneva: WHO, 2001. Disponível em: < https://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf > Acesso em: 28 nov. 2018.

PARADA, C. M. G. L; TONETE, V. L. P. **Experiências da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda.** Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 13, n.2, p. 385-392, abr./jun. 2009.

PASSOS, S. C. S. et al. **Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes.** Rev. Bras. Epidemiol, v.16, n.2, p. 278-287, 2013.

RIBEIRO, K. C. S; SILVA, J; SALDANHA, A. A. W. **Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens.** J bras Doenças Sex Transm, v. 23, n.2, p. 84-89, 2011.

ROMANELLI, R. M. C. 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, v. 6, n.3, p. 329-334, jul./set. 2006.

SAÚDE, Secretaria do Estado de São Paulo. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério.** São Paulo, 2010. Disponível em < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicooii.pdf > Acesso em: 29 dez. 2018.

SCHERER, L. M; BORENSTEIN, M. S; PADILHA, M. I. **Gestantes/puérperas com HIV/Aids: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado.** Esc. Anna Nery. Rev Enferm, v.13, n.2, p. 359-365, abr./jun. 2009.

SCHWARTZ, T; VIEIRA, R; GEIB, L. T. C. **Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 5, p. 2575-2585, 2011.

SCIENCE PHOTO LIBRARY, 2017. Disponível em: < https://www.sciencephoto.com/search?q=syphilis&media_type=images > Acesso em: 30 nov. 2018.

SILVA, L. R; SANTOS, R. S. **O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem.** Esc Anna Nery R Enferm, v.8, n.3, p. 393-401, dez. 2004.

SILVA, M. R. F. et al. **Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceptos.** Rev APS, Juiz de Fora, v. 13, n.3, p. 301-309, jun./set. 2010.

SOUZA, V. B; ROECKER, S; MARCON, S. S. **Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR.** Rev. Eletr. Enf, v. 13, n.2, p. 199-210, 2011.

VICTOR, J. F. et al. **Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos.** Rev. Eletr. Enf, v. 12, n.1, p. 113-119. 2010.

ZAMPIERI, M. F. M; ERDMANN, A. L. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, v. 10, n.3, p. 359-367 jul./set. 2010.