

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL PARA O CUIDADO COM GESTANTE NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO

EVALUATION OF PRENATAL ACTIONS FOR THE CARE OF PREGNANT WOMEN IN THE SCOPE OF PREVENTION TO REDUCE CONGENITAL SYPHILIS IN THE MUNICIPALITY OF PALMAS-TO

Andrea Siqueira Montalvão 1
Kat Helayne dos Santos Rodrigues 2

Resumo: Esse artigo apresenta achados de pesquisa realizada no segundo semestre de 2018, na qual buscou-se compreender como as ações de pré-natal nas unidades básicas de saúde estão contribuindo para redução da sífilis congênita no município de Palmas-TO. Para realização desta pesquisa, foi utilizada uma abordagem em pesquisa de campo, na perspectiva de avaliação. Os resultados da pesquisa mostraram que as ações para evitar a sífilis e sífilis congênita a partir do pré-natal, que é preconizado pelo Ministério da Saúde, ainda apresentam muitos desafios, conforme o identificado por meio de entrevistas e aplicação de questionários com gestantes que realizaram pré-natal nas UBS em Palmas; sendo evidenciada a necessidade de implementação de estratégias que potencializem a utilização do teste rápido; tratamento adequado para mulheres, além de parceria (s) e oferta de saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Serviço de Saúde Materno Infantil. Pré-natal.

Abstract: This article presents findings from research carried out in the second half of 2018, in which we sought to understand how prenatal actions in basic health units are contributing to the reduction of congenital syphilis in the city of Palmas-TO. To carry out this research, a field research approach was used, from the perspective of evaluation. The research results showed that actions to prevent syphilis and congenital syphilis from prenatal care, which is recommended by the Ministry of Health, still present many challenges, as identified through interviews and questionnaires with pregnant women who underwent prenatal care at UBS in Palmas; the need to implement strategies that potentiate the use of the rapid test is evidenced; adequate treatment for women, in addition to consultation(s) and provision of sexual and reproductive health.

Keywords: Women's Health. Maternal and Child Health Service. Prenatal.

1 Assistente Social concursada da Secretaria de Estado da Saúde no Tocantins. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Apoiadora do Ministério da Educação (MEC) no Programa Mais Médicos pelo Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3492797639019227>. E-mail: andrea.montalvao@hotmail.com

2 Assistente Social no Hospital Bartolomeu Bandeira Barros no município de Lagoa da Confusão Tocantins. Graduada pela Unitins. Especialista em Serviço Social e Educação Infantil pela faculdade FAVENI. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5468313400176745>. E-mail: skathelainy@gmail.com

Introdução

A proposta desta discussão traz à tona a sífilis como uma questão que já deveria ter sido superada, considerando, entre outras coisas, o aumento da cobertura do pré-natal que permite o acesso ao teste rápido e ao tratamento de baixo custo; o que poderia evitar a transmissão vertical e, conseqüentemente, à sífilis congênita. No entanto, a representatividade desta doença no cenário epidemiológico do Brasil ainda é visualizada de forma preocupante e coloca indagações sobre a qualidade do controle da sífilis durante as ações do pré-natal, no âmbito da atenção primária.

Nesta linha de entendimento, Victora *et al.* (2011) destaca que a sífilis congênita ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil; mesmo sendo uma doença considerada totalmente evitável, tendo em vista as possibilidades de intervenção no tocante à atenção primária em um país onde assistência ao pré-natal é praticamente universal.

Nos últimos cinco anos, registrou-se um aumento significativo no número de sífilis em gestantes, sendo a sífilis congênita e adquirida; em 2016 o quantitativo foi de 87.593 casos notificados de sífilis adquirida; 37.436 de sífilis em gestantes e 20.474 de sífilis congênita, entre eles, 185 óbitos (BRASIL, 2017).

No período de 2010 até 2016 foi observada uma evolução nas taxas de detecção de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente; sendo a taxa de detecção para sífilis em gestante considerada parâmetro para o Ministério da Saúde e a taxa nacional de 6,5 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2017).

Observou-se a seguir a situação da região Norte. Em 2015 o total de sífilis congênita no Brasil gerou uma taxa de 7,4% localizados na região norte. Nessa mesma região no ano de 2005 a junho de 2016 a taxa subiu para 9,8% (BRASIL, 2017).

Em se tratando de sífilis congênita, até junho de 2016, o registro de casos em menores de 1 ano de idade, isso representado em números sem porcentagem, foi de 8.363, com a porcentagem de 5,5% na região norte (BRASIL, 2017).

Em 2013, o Tocantins apresenta-se entre os Estados com incidência de sífilis congênita superior à média nacional (4,7 casos por 1.000 nascidos vivos), com uma taxa de 5,2 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015). No Estado do Tocantins, no ano de 2010, foram notificados 76 casos de sífilis congênita e, em 2014, 172 casos. Quanto ao número de óbitos por sífilis congênita, notificaram-se 2 casos em 2010 e 13 óbitos em 2014 (TOCANTINS, 2015). Uma primeira apreciação destes dados permite questionar que o aumento do número de casos pode estar relacionado à melhoria no registro dos mesmos e que o aumento do número de óbitos pode guardar relação com possíveis falhas nas ações de cuidado no pré-natal.

O município de Palmas tem apresentado um cenário desfavorável em relação à assistência à saúde da mulher no âmbito do pré-natal, evidenciando dados preocupantes referentes à sífilis congênita. Considerando esses dados constantes no Sistema de Informação de Agravos de Notificações - SINAN sobre casos de sífilis congênita, a região Capim Dourado, que abrange o município de Palmas, capital do Estado, apresenta o maior percentual em casos notificados no SINAN, em residentes no Tocantins, no período de 2007 até 2014, com o total de 677 casos no Tocantins e 228 casos na Região Capim Dourado, sendo 188 casos em Palmas, nesse período.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST). Uma pessoa quando é infectada pela a bactéria não apresenta sintoma algum, podendo ficar dias, meses ou até anos sem nada interferir no seu dia-a-dia. Pensando nisso, o departamento de vigilância, prevenção e controle dessas infecções, do MS considerou ideal uma nova nomenclatura: **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** já que “doenças” implicam sintomas e sinais visíveis no organismo, enquanto “infecções” referem-se a períodos sem sintomas.

Mudança que já vem sendo utilizada pelo MS por meio do Decreto nº 8.901/2016 publicado no Diário Oficial da União em 11.11.2016, Seção I, páginas 03 a 17. (BRASIL, 2016). Assim passa a se utilizar do termo IST.

É necessário repensar as possíveis deficiências no sistema de tratamento e prevenção das IST, visto que é grande a variação de números com dados muito recentes. Trazendo para o estado do Tocantins, a situação não é diferente. O mesmo está entre os que possuem a taxa de incidência de sífilis congênita superior a taxa nacional, como já mencionada anteriormente, de 6,5 por mil

nascidos vivos, Tocantins está apresentando 9,1 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2016).

Sendo assim, considera-se o pré-natal imprescindível na hora da execução das demandas direcionadas à gestante, afinal, é através dele que será articulado o processo de acompanhamento de todo o período de gestação.

Ressalta-se ainda, que, junto ao pré-natal, a caderneta da gestante é essencial, pois configura-se como um instrumento fundamental para o registro de informações que permite a inclusão de dados do pré-natal, consultas, exames, vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento em todas as etapas da gestação (BRASIL, 2014).

Considerando que toda mulher tem direito a atendimento seguro, humanizado e de qualidade durante a gravidez, no parto e no pós-parto, o Programa Rede Cegonha surgiu como uma iniciativa do SUS para fortalecer os direitos das mulheres e das crianças.

Deste modo, essa pesquisa colabora para dar maior visibilidade aos fatores que tem contribuído para o cenário negativo da sífilis congênita no município de Palmas, com intuito de instrumentalizar as equipes da gestão estadual, gestão municipal e da assistência para que possam aperfeiçoar o processo de trabalho das equipes com vistas a reorganizar o serviço, para melhorar a qualidade do pré-natal no que se refere aos cuidados, e ao controle da sífilis congênita na atenção básica, na busca pela garantia do direito à saúde integral a mulher e a criança.

Política de saúde da mulher e sua situação no Brasil

Depois da implantação SUS, foram incorporadas diversas redes de atendimento para atenção a todos os usuários por segmentos como crianças, homens, mulheres, idosos e adolescentes. Analisando os movimentos pela saúde como o movimento da reforma sanitária, neste momento mulheres também buscavam reconhecimento e muitas causas em comum com a reforma da saúde. E assim, os resultados dessas mobilizações intensificaram os movimentos feministas, incorporando ainda mais o sistema, que indicava a busca por uma atenção maior a saúde reprodutiva da mulher (BRASIL, 2004).

Em 1984 tem-se a criação e implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, onde preconiza a assistência de forma integral a ações de saúde da mulher, seja ela em qualquer fase da sua vida, garantindo a promoção, proteção e recuperação da saúde. Garante que o atendimento prestado seja bom e de qualidade. Os dados desse programa apontam que a mulher é a maior parte da população brasileira com 50,77% e as principais usuárias do SUS (BRASIL, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984, p. 16).

A importância da evolução da política de saúde da mulher foi por meio da incorporação dentro das políticas nacionais, ocorrendo uma atenção maior para as questões de gravidez e do parto. (BRASIL, 2004)

Assim, o programa contemplava as ações de maternidade e infantis em grupos de risco com situações de maior vulnerabilidade. Mas algumas falhas eram notórias no sentido da falta de integração com os demais programas e políticas no que acabava definindo metas sem saber as necessidades de saúde existentes (BRASIL, 2004).

Isso acabou gerando inconsistência na execução e nos resultados dessas ações implementadas. Uma das consequências dessa prática é a fragmentação da assistência e, segundo Costa (1999), o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. É algo que os movimentos das mulheres ainda questionam, pois é um ponto no qual deve se analisar o contexto como um todo.

E que fatos como esses também podem afetar a qualidade de vida e saúde da mulher em todo o seu processo de sociabilidade (BRASIL, 2004).

O programa estabelecia a saúde da mulher e incorporava ações de prevenção, diagnósticos

ações educativas, tratamento e recuperação, além de reunir a assistência à mulher em clínica ginecológica no pré-natal, parto, puerpério, no planejamento familiar, nas IST, câncer do colo do útero e de mama, e outros fatores identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Contudo, ainda sim, permaneceram as falhas no decorrer do processo, visto que não depende apenas de profissionais ou espaços institucionais. O contexto demanda de maior participações e atores sociais como estado, representantes políticos, financiamento entre outros. "Se no primeiro plano diz-se buscar a garantia de atendimento integral, no plano prático, ainda se reproduz ações fragmentadas dos programas e campanhas tradicionais, não repercutindo na melhoria do atendimento às mulheres" (SANTOS, 2005, p. 07).

Sabendo que o Brasil é um país desigual com características de gêneros, raças, etnias e modelos de vida bem diferentes, tanto em condições socioeconômicas quanto culturais, isto leva à reflexão de que a implantação de políticas e programas para saúde da mulher revela a discrepância nos dados epidemiológicos de uma região a outra do país, tendo vista que não se considerava as singularidades e as necessidades de cada região, dificultando a efetividade e eficácia da implementação desta política (BRASIL, 2004).

Estudos relacionados à saúde da mulher marcam que os problemas de saúde associados a relações sexuais, estão cada vez mais afetadas por diversos fatores, sejam eles o não uso do preservativo, fatores genéticos ou biológicos. A mulher possui uma particularidade biológica muito diferente, o que acaba gerando complicações na transmissão vertical de doenças, como a sífilis e o Vírus Da Imunodeficiência Humana (HIV), ocasionando a mortalidade materna e, mesmo com os avanços, os índices permanecem elevados e pouco mencionados ou até mesmo silenciados (BRASIL, 2004).

Coelho (2003) pontua que o estudo realizado sobre a mortalidade materna da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos.

As IST estão presentes entre mulheres e homens, embora sendo evitáveis os números não demonstram a efetividade das ações que são lançadas pelas organizações e programas de saúde, persistindo entre os problemas de saúde pública mais comum do mundo. E, na maioria dessas infecções, podem evoluir para casos de doenças assintomáticas, tais como uretrites, úlceras, sífilis e verrugas genitais (BRASIL, 2004).

[...] Se, por um lado, não é possível conhecer a real magnitude das DST no Brasil, a sua transcendência é por demais conhecida: são consideradas, atualmente, o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV; algumas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito; durante a gestação [...] (BRASIL, 2004, p.34).

E quando se fala no atendimento integral à saúde da mulher reprodutiva, não podemos deixar de observar que dentro dessa integralidade está: o local de acesso à saúde, a família, o transporte, os profissionais na hora de prestar o atendimento, pode ser uma série de fatores que, no fim, contribuem para a efetividade da saúde integral (BRASIL, 2004).

Em uma análise da assistência pré-natal no Brasil, utilizando dados da pesquisa *Nascer no Brasil*, destaca-se que a cobertura do pré-natal no país é praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do mesmo e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas; contudo o mesmo estudo mostra mulheres que iniciaram o pré-natal tardiamente (16ª semana), sendo que nas recomendações do Programa Rede Cegonha, o início do pré-natal deve ser realizado até a 12ª semana gestacional, e que em relação aos procedimentos recomendados sobre a primeira rotina de exames e resultados, as regiões Norte e Nordeste apresentaram a menor proporção de registro de exames (VIELLAS *et al.*, 2014).

Por meio do Programa Rede Cegonha são preconizadas ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, estas são: vinculação da gestante à unidade de

referência, o transporte seguro, implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto (BRASIL, 2013).

Estas ações estão estabelecidas em quatro elementos estruturantes da estratégia: pré-natal, parto e nascimento puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico, transporte sanitário e regulação.

Todas as maternidades devem prestar o atendimento de forma humanizada e condizente com as ações da rede cegonha, mesmo em situações singelas o profissional poderá garantir o direito e a efetivação dessa rede.

Portanto, é preciso buscar cada vez mais as falhas e identificar como melhorar para que futuramente possa reduzir estatísticas negativas a respeito da mortalidade materno infantil, que é um dos ciclos da vida em que as mulheres se sentem realizadas. É preciso compreender se realmente estratégias de atenção à saúde da mulher reprodutiva, segue os parâmetros da atuação e os protocolos das diversas formas de cuidados (BRASIL, 2013).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional, tendo como princípios a humanização do parto e do nascimento, a organização dos serviços de saúde, enquanto uma rede de atenção à saúde, o acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, a vinculação da gestante à maternidade, a gestante não peregrina e existe a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

O componente pré-natal da Rede Cegonha de acordo com a Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011, estabelece, entre outras, a realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e alto risco com acesso aos resultados em tempo oportuno, incluindo a disponibilização do teste rápido para triagem de sífilis, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites, implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

A Política de Saúde da Mulher reflete a implementação de ações de saúde que deveriam contribuir para garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzir os agravos, as doenças e a mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, como a questão da sífilis, que é uma doença totalmente evitável, pois diversos estudos mostram aumento significativo de Unidades Básicas de Saúde em todos os Estados do Brasil, isto deveria favorecer e permitir o acesso ao teste rápido e ao tratamento que é de baixo custo.

Metodologia

A escolha pelo município de Palmas ocorreu pelo fato da cidade apresentar um índice crescente em relação à sífilis, durante as buscas e pesquisa de dados foi a que mais apresentou e vem apresentando uma alta taxa de sífilis congênita, além disso ter sediada a Maternidade pública que é referência no estado. A maternidade também funciona como campo de pesquisa e estágios supervisionados, o que também possibilitou o interesse pela discussão do tema.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, direcionada ao Conselho de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos – CEP da Universidade Estadual do Tocantins, a qual foi aprovada pelo parecer consubstanciado de Nº 2.939.812.

O processo de avaliação deste trabalho não teve finalidade em interferir em nenhum procedimento no âmbito das ações internas já realizadas nas unidades de saúde, mas identificar o objetivo proposto em relação à pesquisa. Obtendo apenas aspecto de análise de informações.

A análise das informações pode ser feita por meio de matriz comparativa entre informações registradas nos documentos e aquelas obtidas nas entrevistas com informantes-chave e na observação (SILVA, 2014, p. 24).

A amostra proposta inicialmente foi de nove mulheres, que estiveram no período gestacional no ano de 2016 a 2017 que foram acompanhadas pelas Unidades Básicas de Saúde de Palmas, porém, somente foi possível entrevistar cinco mulheres, tendo em vista que duas não foram localizadas e duas não aceitaram participar da pesquisa.

Palmas possui um total de 34 UBS que estão distribuídas por regiões de saúde, sendo 9 unidades básicas de saúde na região norte, 16 na região sul e nove unidades básicas na região central. Para definir o quantitativo das mulheres participantes foram sorteadas seis UBS, considerando a quantidade populacional de moradores de cada região, de acordo com mapeamento da Secretaria Municipal de Palmas.

A partir do sorteio que foram definidos por regiões de saúde:

Quadro 1. Região de Saúde

Região de Saúde em Palmas	Nº de UBS por Região	Nº de Mulheres entrevistadas
Região Norte	2	1
Região Central	1	1
Região Sul	3	3
Total	06	05

Fonte: Autoras (2018).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário de perguntas fechadas, construído por meio de pesquisa documental em consonância às normativas e protocolos do Ministério da Saúde. No questionário continham questões acerca das distintas dimensões avaliadas, quais sejam:

- Faixa etária
- Planejamento reprodutivo se a gravidez foi desejada
- Se a gravidez possuía risco
- Número de consultas de pré-natal
- Vínculo familiar
- Ações da UBS em relação a busca ativa
- Atendimento pela equipe de saúde
- Oferta de exames e teste rápido para a detecção inicial da sífilis
- Tratamento adequado a gestante e suas parcerias sexuais.

A coleta de informações foi realizada em cada unidade de saúde sorteada, no qual um enfermeiro (a) representante do local fez as indicações através da análise de documentos e registros, das respectivas mulheres atendidas na unidade para que se fizesse a busca para aplicação do roteiro de entrevista.

Todas as mulheres entrevistadas tiveram sífilis congênita nos anos de 2016 a 2017, sendo acompanhadas pelas unidades de saúde de suas referências.

A avaliação dos dados foi por meio de um comparativo entre as normativas e protocolos do Ministério da Saúde que preconizam as boas práticas para o pré-natal e o tratamento da sífilis e sífilis congênita, buscando visualizar de maneira comparativa, como esses documentos do MS estão sendo aplicados de acordo com atendimento prestados diretamente a mulher gestante com sífilis.

Resultados e discussão

CRITÉRIO PARA AVALIAÇÃO	PRECONIZADO PELO MS	AÇÕES REALIZADAS DE ACORDO COM INFORMAÇÕES DAS MULHERES PARTICIPANTES	AVALIAÇÃO DO RESULTADO
<i>Teste rápido</i>	Deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal na UBS referência.	Das cinco entrevistadas todas Relataram não ter realizado o teste rápido na primeira consulta na UBS, e duas afirmaram ter realizado na maternidade.	O teste rápido não vem sendo realizado de modo oportuno, deixando de estabelecer uma das práticas normatizadas pelo ministério da saúde. Fragilizando a lógica de cuidados e tratamento a esse grupo específico, dificultando a identificação da sífilis no tempo oportuno.
<i>Oferta De Testes Rápidos E Exames De Sangue A Suas Parcerias(o)</i>	É estabelecido que todos os exames realizados na gestante devem ser realizados em seus parceiros(a)	Somente duas gestantes tiveram suas parcerias(o) com os exames e o teste rápido, solicitados aos parceiros.	Das cinco entrevistadas, três não sabiam da possibilidade do parceiro realizar os exames para a detecção da sífilis; o que demonstra uma grande lacuna na continuidade do cuidado, sendo que suas parcerias (o) se não tratadas (o) a gestante terá o tratamento inadequado, mesmo com a oferta na UBS para ambos.
<i>Acompanhamento De 0 A 24meses Após O Nascimento Da Criança</i>	Preconiza acompanhamento até a criança completar 02 anos de idade solicitando e encaminhando aos cuidados necessários.	Duas das cinco mulheres identificaram que não foram acompanhadas durante o processo até os dois anos de idade da criança, Foi realizado apenas a vinculação da gestante em sua unidade referência e acompanhada nos 06 primeiros meses.	É importante não só a vinculação da mulher com a sua maternidade, mas sim completar o ciclo de cuidados que perpassa da mulher ao bebe principalmente aqueles que tiveram a sífilis por meio da placenta, para eles estima-se cuidados a longo prazo
<i>Registro na caderneta gestante</i>	A caderneta da gestante deve ser preenchida tanto para os atendimentos médicos e equipe de saúde quanto para a mãe sendo necessário explicitar todo o processo de cuidado realizado	Três mulheres apresentaram a caderneta preenchida de forma completa, obtendo todas as informações das consultas e cuidados realizados durante toda a gestação.	A caderneta da gestante tem todo o fluxo de atendimento que deve ser registrado é importante o registro ter informações não só para uso dos médicos e sim para entendimento da própria gestante sobre sua real situação

<p><i>Orientações gerais, antes e durante a gravidez (Manual da sífilis)</i></p>	<p>Promoção prevenção e orientação a saúde em relação a sífilis</p>	<p>Das cinco entrevistadas três receberam orientações, e foram convidadas a participar de ações nas UBS sobre cuidados no âmbito de prevenção através do uso da camisinha. Mas não consideraram uma ação de forma clara, deixando ainda algumas dúvidas em relação à transmissão vertical da sífilis.</p>	<p>É necessário mapear as necessidades e queixas dessas mulheres para poder intervir. As campanhas que vem sendo realizadas não tem buscado o verdadeiro diagnóstico do público que se quer trabalhar</p>
<p><i>Realização do Pre natal</i></p>	<p><i>11 ° é o Número máximo de consultas de pre-natal que devem ser realizadas</i></p>	<p>Das cincos entrevistadas todas realizaram mais de sete consultas de pré-natal o que está de acordo com o indicado pelo MS.</p>	<p>O número de consultas foi efetuado de acordo com o esperado, porém as falhas nos atendimentos refletem em questões como orientações e tratamentos adequados, onde as participantes explicitaram em outro momento da entrevista.</p>

Fonte: As autoras.

A faixa de idade das 05 mulheres entrevistadas era entre 25 a 30 anos de idade. Nesse momento, todas relatam vida sexual ativa e que usam preservativos, mas não houve relato das mesmas sobre ter participado de ações de prevenção sobre IST's nas UBS e sobre o uso do preservativo especificamente, isto demonstra que há poucas informações sobre as questões relacionadas às IST's. O manual da sífilis elaborado pelo ministério da saúde aponta objetivos e formas de prevenção de diversas IST antes e durante a gravidez sendo a sífilis uma delas, o manual traz em seus objetivos:

Enfoque à promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis, em geral, e mais especificamente quanto à sífilis. Prática de sexo protegido (uso regular de preservativos - masculino ou feminino) (BRASIL, 2006, p. 36).

Apesar das 05 mulheres possuírem uma idade maior que 18 anos, todas afirmaram não ser uma gravidez planejada, apenas três delas poderia contar com o total apoio da família, e esses fatores podem ter contribuído para a busca tardia pela primeira consulta.

Destas, duas afirmaram procurar a UBS com apenas dois meses de gestação, já perdendo um mês que poderia ser evitado diversos fatores de infecção.

A sífilis congênita ainda é um problema de saúde pública no Brasil, com taxa de 1,7 por 1.000 nascidos vivos em 2006, taxa que está, talvez, subestimada,72 devido a subnotificação, e considerada inadmissível para uma doença totalmente prevenível,73 em um país onde a atenção pré-natal é praticamente universal (THE LANCET, 2011, p. 38).

Em relação ao teste rápido das cinco mulheres entrevistadas, todas informaram que não fizeram na primeira consulta, como é preconizado pela Rede Cegonha, sendo que apenas duas destas informaram que seus parceiros sexuais tiveram os exames e o teste rápido solicitados ; também preconizado e incluso na caderneta da mulher gestante, demonstrando pouco alcance do público masculino, o que impossibilita de forma expressiva contribuir para a redução da sífilis

uma vez que a infecção pode não estar presente na mulher e sim no homem, talvez também a falta de insumos nas unidades reduzem a oferta de diversos serviços à comunidade, mas que de certa forma não impedem de solicitar por outros caminhos para esses mesmos procedimentos.

Os testes rápidos são utilizados para o diagnóstico de HIV e sífilis, visando identificar a sífilis no tempo oportuno no campo da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Esses testes rápidos estão inseridos no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam qualificar o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2013).

O tratamento da sífilis é um direito que deve abranger tanto a gestante quanto a sua parceria(s). Muitas dessas mulheres procuram o tratamento na rede de atenção básica, porém suas parcerias por motivos diversos não atribuem a responsabilidade do cuidado para com o casal; foram registrados com os dados epidemiológicos de 2016 que 62,3% dos casos o parceiro não foi tratado, 13,9% fizeram tratamento e para 23,8% dos casos essa informação é ignorada (Brasil, 2016). Todos os documentos e normativas preconizam atendimento para ambos.

As cinco entrevistadas demonstraram total desconhecimento, dessa abrangência, mesmo as que tiveram o parceiro incluído no tratamento não soube responder com autonomia sendo um direito delas mesmas. O protocolo de atenção integral à saúde da mulher tocantinense pelo MS da ênfase nas primeiras consultas, apresenta que:

A Consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetiva identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. A consulta traz fatores como: respeitar o desejo de gestar; Orientar o casal sobre os riscos presentes na gestação, tanto para a mulher quanto para o bebê; Encaminhar para a referência para acompanhamento por médico gineco-obstetra, com o intuito de detectar precocemente, prevenir e tratar possíveis complicações (BRASIL, 2012, p. 12).

Fazendo essa observação entre os pacotes de ações e normativas elaboradas pelo MS e as ações nas unidades básicas o número de infecção da sífilis ainda é muito alto, visto que obteve alguns avanços e principalmente no que diz respeito ao registro e notificações compulsórias.

A notificação compulsória foi instituída por meio da Portaria Nº 33 de 14 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, que obriga a notificação de todas as doenças e agravos por meios dos exames laboratoriais, sendo registrados tanto pelos laboratórios nacionais como regionais, assim permite acompanhar o número de infecções e doenças em grande escala. Esses dados são representados através dos boletins epidemiológicos publicados e de fácil acesso para todos pelo portal do MS. O boletim epidemiológico de 2016 traz em relação a essa notificação:

No Brasil, na última década, observou-se um aumento de notificação de casos de sífilis em gestante que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do Sistema de vigilância epidemiológica e a ampliação da distribuição de testes rápidos (BRASIL, 2016, p. 3).

Em relação a notificação compulsória no âmbito nacional:

A notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria no 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestante foi instituída pela Portaria no 33, de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria no 2.472, publicada em 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2016, p. 3).

É preciso que todos os profissionais de saúde compreendam a relevância da notificação para redução e combate à sífilis, pois as evidências desses quantitativos representam um conjunto de informações que irão contribuir e direcionar significativamente a implementação das ações e os instrumentos implantados pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Política de Saúde, principalmente reduzir os agravos na saúde sexual e reprodutiva da mulher, assim como a mortalidade materno

infantil.

Os dados do estudo nascer Brasil de 2013, foram notificados em âmbito nacional cerca de 21.382 desses casos no país, com uma taxa de detecção de 7,4 por mil nascidos vivos. (Domingues e Leal, 2013). No decorrer do processo possibilita uma reflexão de que não está obtendo tanta eficiência como o esperado em relação ao tratamento da sífilis, pois se passaram 05 anos e a diferença no quantitativo não tem sido muito significativa.

O Boletim epidemiológico expõe a taxa de infecção de acordo com os dados obtidos pelas notificações compulsórias, no ano de 2015 observou-se que 32,8% das gestantes com sífilis, foram diagnosticadas no 3º trimestre de gestação, percentual maior na região Norte (49,7%) (Brasil, 2016).

O Estado do Tocantins está entre os estados com maior taxa de incidência apresentando, 9,1 casos/mil nascidos vivos, o que condiz com o percentual maior na região norte (Brasil, 2016). Essa informação pressupõe e reforça a necessidade de uma avaliação periódica das ações nas unidades de saúde, visando identificar não somente as falhas no atendimento no pré-natal, mas fatores (sociais, culturais e políticos) que podem se relacionar ao aumento de casos de sífilis em gestantes e a sífilis congênita.

Além disso, relacionado ao estudo Nascer Brasil a notificação da gestante com sífilis ainda está abaixo do esperado, visto que muitos lugares possuem deficiência e falta de condições de trabalhos adequadas para tais ações (Domingues e Leal, 2013).

Nos parâmetros estabelecidos na Rede Cegonha para o acompanhamento das gestantes no período de puerpério até a criança completar dois anos de idade, não houve a aplicação desta demanda para duas das participantes, algo não complexo, mas que, mesmo assim, deixou de ser ofertado, ou seja, foi realizada apenas a vinculação da gestante em sua unidade referência e acompanhada somente até os seis primeiros meses.

Das cinco entrevistadas, nenhuma relatou que participou de ações de saúde sexual e reprodutiva e pelo menos três destas não contaram com o apoio da família durante a gestação. É importante destacar que a garantia do pré-natal, a assistência ao parto e a saúde sexual e reprodutiva se constituem um direito da mulher respeitando as diferenças, os princípios da igualdade e a promoção da cidadania.

A Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004, p. 19).

O contexto da saúde sexual e reprodutiva da mulher era algo totalmente distante, nem todas podiam refletir suas condições físicas e psicológicas, para uma gestação, principalmente segura, gratuita e saudável.

Destaca-se que, mesmo com algumas lacunas existentes o SUS, em 2005 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que estabelece como principais diretrizes e ações, entre outras, a ampliação de oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS e incentivo a implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva, que representa um grande avanço que poderia viabilizar à mulher o direito de viver plenamente sua sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e o direito de ter relação sexual, sendo a reprodução uma escolha (BRASIL, 2013).

A partir dos resultados apresentados, considerando o comparativo com o que de fato é preconizado pelo Ministério da Saúde, valorizando a perspectiva do olhar da gestante usuária do pré-natal nas UBS em Palmas, foi possível evidenciar que ações acontecem, porém há ainda muito para avançar no cuidado integral a gestante no âmbito da garantia do tratamento da sífilis, na prevenção da sífilis congênita e na garantia da saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Considerações Finais

Os achados deste estudo permitem concluir que existem ações sendo desenvolvidas para

controle da sífilis nas unidades básicas de saúde, entretanto, apesar do investimento do Estado na qualificação da Rede Cegonha, estas ações ainda precisam ser ampliadas e aperfeiçoadas para seu pleno desempenho. Alguns aspectos, em específico, podem ser ressaltados, como a inclusão da (s) parceria (s) sexual (s) no tratamento, que ainda se constitui um desafio, e a melhoria da oferta do teste rápido para sífilis na primeira consulta.

O fortalecimento de uma rede de cuidados que vise assegurar à mulher e criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal e parto/nascimento, deve considerar ainda a valorização de atividades educativas de saúde sexual e saúde reprodutiva na atenção primária como espaço prioritário, que é uma demanda crescente da sociedade e, se for ampliada e qualificada como práticas de cuidado, pode colaborar para garantia dos direitos humanos das mulheres e de suas famílias.

Neste particular, destaca-se também que a oferta dos testes rápidos para sífilis, deve ser garantida para todas as mulheres durante o pré-natal no tempo oportuno e a garantia do tratamento da mesma e de parceria (s) sexual (s), por meio do provimento regular dos insumos que é de fundamental importância para assegurar a qualidade das ações e efetividade do cuidado e, conseqüentemente, evitar a sífilis congênita.

Diante do exposto, recomenda-se que, além de criar os documentos e normativas para a saúde materno infantil, também elaborem-se estratégias e meios para acompanhar a execução desses documentos e a sua efetivação nas diversas regiões de saúde. Bem como, propor ações conjuntas com temáticas envolvendo promoção à saúde e prevenção das IST, trazendo e promovendo um maior vínculo da comunidade para com suas unidades referencias, sendo elas a primeira porta de entrada ao tratamento de saúde, olhando para as pessoas como cidadãs e a quem a saúde é um direito no âmbito das diversidades.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Tiragem: 1. Ed. - 5.000 exemplares. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde - Sífilis, 2015**. ISSN: 1517-1159. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 2 ago.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde - Sífilis, 2016**, v. 47, n.35, 2016. ISSN online: 2358-9450. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Sífilis, 2017**. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. ISSN online: 2358-9450.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3 ed. Brasília, DF: Governo Federal, Edição eletrônica 2014. Disponível em:[http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca./Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca./Caderneta-Gest-Internet(1).pdf). Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 26. Saúde sexual e saúde reprodutiva 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2013. 300 p.

COSTA, Maria Dalva Horácio Da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. Pernambuco: 1998

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEA, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.6, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>. Acesso em: 1 mar. 2018.

CESAR VICTORA *et al.* Em última análise o desafio é político, exigindo um engajamento contínuo pela sociedade brasileira como um todo, para assegurar o direito à saúde para todos os brasileiros. **THE LANCET**, maio/2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2018.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Pré- concepção, Pré-natal, Parto e Puerpério. Protocolos de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense**. (Org.): Flávia Pedreira Pereira, Margarida Araújo Barbosa Miranda, Marudiney Brasil César Rodrigues. Palmas-TO, Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.saude.to.gov.br>. Acesso em: 2 fev. 2018.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, 2011. Disponível em: www.thelancet.com. Acesso em: 2 fev. 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro, Ed: Fiocruz, 2014.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência ao Pré-Natal no Brasil . **Cadernos de Saúde Pública Nascido Brasil**, Rio de Janeiro, 2014.

Recebido em 05 de outubro de 2019.
Aceito em 29 de julho de 2022.