

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE CANDEIAS-BA

Ludimila França Alves¹
Fernanda Cardeal Mendes²

RESUMO

A sífilis em gestantes permanece um desafio de saúde pública com os altos índices de transmissão vertical, comprometendo a qualidade da assistência pré-natal. Este estudo objetivou identificar os desafios para a atuação do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical da sífilis no âmbito da assistência pré-natal e descrever as ações do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical. Foram entrevistados treze enfermeiros pré-natalistas da estratégia da saúde da Família do município de Candeias no período de Outubro/2014 através de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas. Os resultados mostraram que os enfermeiros realizam ações educativas como roda de gestantes e sala de espera; realização dos testes rápidos e solicitação do VDRL; as assistenciais através da convocação do parceiro para tratamento; administração da penicilina benzatina nas gestantes e parceiros; a notificação compulsória. Os desafios foram o não comparecimento do parceiro à unidade; a falta da administração da penicilina relatada atualmente como um desafio superado; inexistência de um protocolo específico no município para o manejo da sífilis; a não aceitação da prescrição do enfermeiro. Conclui-se que enfermeiro no âmbito da assistência pré-natal exercendo as ações educativas e assistenciais pode evitar a transmissão vertical da sífilis ofertando a gestante um pré-natal de qualidade.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Pré-natal. Enfermagem.

PREVENTING TRANSMISSION OF SYPHILIS UNDER VERTICAL OF PRENATAL CARE IN THE MUNICIPALITY OF CANDEIAS-BA

ABSTRACT

Syphilis in pregnant women remains a major public health challenge with high rates of vertical transmission, compromising the quality of prenatal care. This study aimed to identify challenges to the role of the nurse in the prevention of vertical transmission of syphilis as part of prenatal care and describe the actions of the nurse in the prevention of vertical transmission. Thirteen pre-natalist nurses of the Family Health Strategy of the municipality of Candeias were interviewed between October / 2014 through a questionnaire containing open and closed questions. The results showed that nurses conduct educational actions like wheel pregnant and waiting room; carrying out the rapid test and the VDRL request; the assistance through the convening partner for treatment; administration of penicillin G benzathine in pregnant women and partners; mandatory reporting. The challenges were not attending to the partner unit; the lack of administration of penicillin currently reported as a challenge overcome; absence of a specific protocol for managing the municipality of syphilis; non- acceptance

1 Graduada de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: ludifran@gmail.com

2 Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: fcardealmendes@yahoo.com.br

of nurse prescribing. We conclude that nurse within the prenatal exercising educational and charitable actions can prevent vertical transmission of syphilis offering pregnant women prenatal quality.

Keywords: Congenital Syphilis. Prenatal. Nursing.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE LA SÍFILIS BAJO VERTICAL DE CUIDADO PRENATAL EN EL MUNICIPIO DE CANDEIAS-BA

La sífilis en las mujeres embarazadas sigue siendo un importante problema de salud pública con altas tasas de transmisión vertical, lo que compromete la calidad de la atención prenatal. Este estudio tuvo como objetivo identificar los retos a la función de la enfermera en la prevención de la transmisión vertical de la sífilis como parte de la atención prenatal y describir la actuación de la enfermera en la prevención de la transmisión vertical. Trece enfermeras pre-natalidad de la Estrategia Salud de la Familia del municipio de Candeias fueron entrevistadas entre octubre / 2014 a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Los resultados mostraron que las enfermeras llevan a cabo acciones educativas como rueda habitación embarazada y esperando; la realización de la prueba rápida y la solicitud VDRL; la asistencia a través de la pareja de convocatoria para el tratamiento; administración de penicilina G benzatina en las mujeres embarazadas y los socios; notificación obligatoria. Los desafíos no asistían a la unidad de la pareja; la falta de administración de la penicilina en la actualidad reportado como un reto superar; ausencia de un protocolo específico para la gestión de la municipalidad de la sífilis; la no aceptación de la prescripción enfermera. Llegamos a la conclusión de que la enfermera en el ejercicio prenatal acciones educativas y de caridad pueden prevenir la transmisión vertical de la sífilis que ofrecen las mujeres embarazadas calidad prenatal.

Claves de la Contraseña: la sífilis congénita. Prenatal. Enfermería.

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal e puerperal tem como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, garantindo que no fim da gestação nasça uma criança saudável e que o bem-estar materno e neonatal esteja garantidos (BRASIL, 2005).

Desde que corretamente diagnosticada e tratada a sífilis congênita é uma condição evitável. O continuo crescimento da incidência da doença e das altas taxas de transmissão vertical, mesmo com o aumento considerável da cobertura da assistência pré-natal e do número médio de consultas, indica que a qualidade da assistência insatisfatória (DOMINGUES et al, 2013).



**Direitos Humanos,
Ética e Dignidade**

18 a 24 de outubro de 2015

Desse modo, a ocorrência da sífilis congênita no Brasil e no exterior tem evidenciado falhas na assistência pré-natal relacionadas ao controle de uma infecção, cujo protocolo clínico é bem conhecido, com triagem sorológica e tratamento de baixo custo (AMARAL,2012).

Segundo Araújo et al (2006), os principais fatores que estariam relacionados ao aumento dos casos de Sífilis Congênita seriam: relaxamento das medidas preventivas por parte das autoridades de saúde e agentes de saúde; a precocidade e promiscuidade sexual; aumento de número de mães solteiras e adolescentes; automedicação; desconhecimento por parte da população sobre a gravidade da doença; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); uso de drogas; e a falta ou inadequação da assistência pré-natal.

Em 2011, foi lançada no Brasil a Rede Cegonha, visando implementar uma rede de cuidados para que as mulheres tenham o direito do planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis(BRASIL,2005).

Essa perspectiva sinaliza que uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL,2005).

Nesse sentido, os profissionais da área da saúde, entre eles o enfermeiro, devem estar sensibilizados para a humanização da assistência prestada à clientela, como proposto pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. O enfermeiro deve compreender os seus fundamentos e a importância de ofertar uma atenção à gestante humanizada e qualificada, a fim de obter sua maior adesão ao pré-natal, garantindo uma assistência de



qualidade e melhores resultados obstétricos e perinatais com mãe e recém-nascido saudáveis (BARBOSA et al, 2005).

Zampier (2008) ressalta que o enfermeiro precisa perceber a gestante como um ser humano que tem seus sentimentos, crenças, dúvidas e que as práticas tomadas são determinantes para o sucesso do tratamento. Quando ocorrer a suspeita de DST o profissional de saúde deve focar a educação para redução dos riscos; realização dos testes, aconselhamento, estímulo ao tratamento, uso do preservativo, convocação dos parceiros sexuais e notificação compulsória.

No que diz respeito à sífilis, vale salientar que o diagnóstico e tratamento podem ser realizados com baixo custo. Segundo dados do Ministério da Saúde (BAHIA,2013), no Brasil, de janeiro de 2005 a junho de 2012, 57.700 casos de sífilis em gestantes (SG) foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Na Bahia em 2011, a taxa de incidência foi 2,6 casos por 1.000NV. De 2007 a 2012, a região de Salvador concentrou 40% do número de casos do estado, apresentando taxa de incidência superior à da Bahia. Em 2011 e 2012, Candeias destacou-se com as maiores taxas de incidência registradas da região com 13,0 e 12,3 casos por 1.000 NV, respectivamente (BAHIA, 2013).

Os dados mostram a complexidade e gravidade do problema do que decorre a urgente necessidade de qualificação da atenção às gestantes. Desse modo, a assistência pré-natal estendida a todas as grávidas seria a maneira mais lógica de se eliminar a sífilis materna e suas consequências. Nesse sentido, Araújo et al (2006) asseveram que uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e



**Direitos Humanos,
Ética e Dignidade**

18 a 24 de outubro de 2015

assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL,2005).

Diante desse quadro alarmante, percebe-se que na atenção básica encontra-se um dos focos essenciais para a quebra da cadeia da transmissão vertical. Trata-se do cuidado assistencial oferecido às mulheres durante o ciclo gestacional. Mas, os enfermeiros pré-natalistas têm enfrentado dificuldades de natureza assistencial e administrativa que podem comprometer a qualidade da assistência. Então, quais os desafios para a atuação da enfermeira na prevenção da transmissão vertical da sífilis no âmbito da assistência pré- natal?

Desse modo, este estudo é de grande importância na identificação dos desafios para a atuação do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical da sífilis no âmbito da assistência pré-natal.

Com isso, pretende-se com esse estudo contribuir com as informações para o acervo da biblioteca da UCSal e profissionais da área de saúde interessados pelo tema, descrevendo quais os desafios para atuação da enfermeira na prevenção da transmissão vertical da sífilis no âmbito da assistência pré-natal, de acordo com os protocolos existentes visando uma melhoria na qualidade da assistência dada à gestante.

2 METODOLOGIA

Este estudo tratou-se de uma pesquisa de campo, descritiva, quantitativa realizada nas unidades de atenção básica de pré-natal do município de Candeias, que está localizado a 33,58km de distância da capital, Salvador. Possui vinte e três Unidades Básicas de Saúde, onde todas realizam pré-natal.

A população foi composta por treze enfermeiros(as) que realizam consultas pré-natal após permissão da Secretaria Municipal de Saúde de Candeias e da posterior aprovação do

Comitê em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador (Parecer nº 753.055), os dados foram coletados na sala de espera da unidade após a realização das consultas de pré-natal. Durante a coleta as entrevistas foram gravadas por meio da aprovação do participante do estudo, com posterior transcrição dos dados para facilitar a análise dos dados. Logo após, foi feita a análise e interpretação destes com base numa fundamentação teórica consistente a partir da análise de conteúdo objetivando compreender e explicar o problema pesquisado. As questões abertas e depoimentos foram analisados e organizados em duas categorias a partir das respostas obtidas que foram: Identificar os desafios para a atuação do enfermeiro na prevenção da transmissão vertical da sífilis no âmbito da assistência pré-natal e descrever as ações do enfermeiro para prevenção da transmissão vertical no âmbito da assistência pré-natal.

Foram analisadas as seguintes variáveis: tempo de formação e de pré-natalista, especialização, treinamento, desafios e ações do enfermeiro para prevenção da transmissão vertical da sífilis no âmbito da assistência pré-natal.

Foram atendidos os princípios éticos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde seguindo diretrizes e normas regulamentadora para esse tipo de pesquisa, atendendo aos requisitos básicos da seguinte forma: elaboração e respectiva assinatura do consentimento livre e esclarecimento por cada participante; medidas para minimizar os riscos garantindo aos participantes do estudo o princípio da beneficência e não maleficência, e principalmente, garantir a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas, codificando cada participante com a letra “E” de enfermeiro seguido de um número e a não utilização de informações para prejuízo do participante, assegurando os direitos e deveres informantes da pesquisa, à comunidade científica, bem como a instituição dos profissionais e até mesmo da instituição.

E por ter sido uma pesquisa envolvendo seres humanos, os princípios éticos foram respeitados, interrompendo, se preciso, a pesquisa na presença de qualquer perigo e à

integridade da pessoa. Respeitando os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos resultados. Disponibilizando os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral e promovendo a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnicas-científicas conforme Resolução COFEN 311/2007.

Os potenciais riscos de desconforto para as participantes em relação aos gestores da Unidade de Saúde, devido à natureza do tema foram evitáveis devido a garantia da privacidade e a confidencialidade em relação às informações obtidas.

Os benefícios esperados com a realização do estudo foram a ampliação do conhecimento dos enfermeiros sobre a realidade local a que se refere ações para prevenção da transmissão vertical da sífilis às gestantes, bem como os desafios enfrentados pelos enfermeiros (as) na assistência pré-natal que poderão favorecer a qualificação da rede de atenção pré-natal.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através dos dados coletados em entrevista com treze enfermeiros que atuam na assistência pré-natal, foi possível elaborar duas tabelas de caracterização dos profissionais do município e da rotina da assistência dada a gestante nas unidades de saúde, possibilitando posteriormente responder as categorias do estudo.

Para melhor caracterizar os enfermeiros que atuam na assistência pré-natal nas unidades onde foi realizado o estudo, foram utilizados o tempo de formação, bem como especialização, tempo de atuação como pré-natalista e a participação em algum treinamento realizado pela Secretaria Municipal ou do estado da Bahia (Tabela 1).

Tabela 1- Características profissionais dos enfermeiros do município de Candeias-BA no período de Outubro/2014.

Características	Variáveis	n°	%
Especialização	Sim	10	77
	Não	3	23
Tempo de formado	1 a 3 anos	5	39
	4 a 6 anos	4	30
	7 a 9 anos	3	23
	≥ 10 anos	1	8
Tempo de atuação como pré-natalista	≤ 1 a 3 anos	6	46
	4 a 6 anos	4	31
	7 a 9 anos	2	15
	≥ 10 anos	1	8
Treinamento pela SMS Candeias ou estado da Bahia	Sim	11	85
	Não	2	15
Estratégia de treinamento com o manejo da sífilis	Curto, frequente, fora serviço	6	46
	Curto frequente no próprio serviço	2	15
	Maior duração no próprio serviço	1	8
	Maior duração no fora do serviço	4	31

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados. Salvador/2014.

Foi observado que 10 (77%) dos enfermeiros que participaram do estudo, possuem Pós-graduação em diversas áreas. Destaca-se que a maioria possui Especialização em Saúde da Família, seguido de Saúde da Mulher.

Esses resultados divergem do que apresenta a literatura. Nesse sentido, Costa (2005), aborda que grande parte dos municípios brasileiros não realiza contratações específicas de enfermeiros especialistas em Obstetrícia, apesar da constatação de que eles podem contribuir para ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços, por serem capacitados para participar do processo de promoção e de vigilância à saúde das mulheres gestantes.

No que diz respeito ao tempo de formação na profissão de enfermagem, 5 (39%) dos enfermeiros possuem de 1 a 3 anos, outros 4 (30%) de 4 a 6 anos, 3 (27%) de 7 a 9 anos e 1 (8%) ≥ 10 anos. Em se tratando do tempo de atuação como pré-natalista pode-se evidenciar a

pouca experiência desses profissionais onde 6 (46%) dos enfermeiros possuem ≥ 1 ano a 3 anos na área da consulta pré-natal, 4 (31%) de 4 a 6 anos, 2 (15%) de 7 a 9 anos e 1 (8%) ≥ 10 anos na área de consulta pré-natal.

Esses dados parecem sugerir que apesar da maioria dos enfermeiros possuírem especialização na área, contam com pouco tempo de experiência profissional e possivelmente poucas oportunidades de viverem experiências na condução de atendimento às pessoas com situações clínicas que podem exigir, além de um treinamento mais específico, também maior maturidade profissional como é o caso das gestantes como o diagnóstico de sífilis.

“Eu ainda não tive contato com nenhuma gestante com sífilis.” (E8)

“Até o momento eu não encontrei nenhuma gestante com sífilis.” (E3)

De fato, Schmeing(2012) e Zampier(2008) abordam que a falta de capacitação ou atualização profissional torna-se um dificultador na qualidade da assistência. Desse modo, 85% dos enfermeiros entrevistados informaram realização de treinamentos para melhoria da assistência pré-natal e manejo da sífilis na gravidez, enquanto 15% não realizaram nenhum tipo de treinamento.

A despeito da maioria dos enfermeiros ter recebido treinamento para qualificação no manejo da sífilis, quase metade delas referiu insatisfação com a estratégia utilizada no que diz respeito ao tempo disponibilizado, à frequência das capacitações e o local de ocorrência. Desse modo, 46% responderam que os treinamentos deveriam ser curtos, mas frequentes e fora do serviço, enquanto 15% referiram que deveria ocorrer dentro do serviço, 8% assinalaram a preferência por treinamentos de maior duração no próprio serviço e 31% de maior duração fora do serviço.

“Não adianta ter treinamentos e não serem frequentes.” (E5)

“Podem ser curtos, mas é importante que sejam frequentes porque as coisas sempre estão sendo atualizadas, dentro do serviço é quase impossível, porque toda hora viriam me chamar.” (E7)

Fato que condiz com o estudo realizado por Domingues; Hartz; Leal(2012), onde foram sugeridas por uma grande parcela de profissionais a inclusão de ações de capacitação com acesso a treinamentos e manuais normativos, a dificuldade em alguns aspectos da abordagem das DSTs foram referidas por quase 50% dos entrevistados.

Tabela 2- Rotina da assistência do enfermeiro no manejo da prevenção da sífilis durante a gravidez na atenção básica do município de Candeias-BA, no período de Outubro/2014

		n°	%
Primeiro atendimento a gestante	Enfermeiro	11	85
	Médico	2	15
Solicitação do VRDL na gestação	Apenas no 1º trimestre	0	0
	Apenas no 2º trimestre	0	0
	Apenas no 3º trimestre	0	0
	No 1º e 3º trimestre	8	62
	No 1º e no 2º trimestre	2	15
	No 2º e no 3º trimestre	0	0
	No 1º, 2º e 3º trimestre	3	23
Retorno do VDRL	Com 10 a 20 dias	1	8
	Com 21 a 30 dias	10	77
	Com 31 a 45 dias	2	15
Realização do Teste Rápido para Sífilis	Sim	13	100
	Não	0	0
Conduta com o parceiro	Convoca o parceiro para vim a unidade	9	69
	Envia a solicitação de exame pela gestante	1	8
	Envia o medicamento pela gestante	0	0
	Realiza visita domiciliar	3	23
	Não realiza qualquer tipo de abordagem com o parceiro	0	0
Primeiro atendimento ao parceiro	Enfermeiro	11	85
	Médico	2	15
Tratamento com Penicilina na unidade	Sim	11	85
	Não	2	15

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados coletados. Salvador/2014

Analisando os dados da tabela acima se verifica que o primeiro atendimento a gestante é realizado por 11 (85%) dos enfermeiros entrevistados, enquanto 2 (15%)

enfermeiros referiram que o acolhimento à essa gestante é realizado pelo médico. Pode-se observar que alguns enfermeiros não seguem as recomendações do Ministério da Saúde a qual informa a importância do acompanhamento no pré-natal com as consultas do enfermeiro intercaladas com do médico generalista ou obstetra.

“Eu ou médico, tanto faz.” (E3)

“Eu prefiro fazer a primeira consulta do pré- natal, porque vou esclarecer tudo a paciente, sobre o que pode ou não, os exames e sua importância.” (E1)

“Se houver necessidade eu encaminho ao médico mas eu que faço.” (E5)

Em sua maioria, os enfermeiros entrevistados compreendem a importância da enfermagem em acolher essa gravida que buscou a unidade básica para seu pré-natal. As gestantes sentem a necessidade de uma atenção integral no pré-natal por parte dos enfermeiros, com as informações fornecidas elas se sentem seguras sobre a sua saúde e do seu bebê (GUERREIRO et al,2012). Os resultados encontrados nesse estudo estão de acordo com o estudo de Schmeing(2012), onde 91,7% dos enfermeiros realizam a primeira consulta.

Vale ressaltar que, a despeito da competência e resolutividade do enfermeiro na condução da assistência à mulher em estado gestacional, o modelo de acompanhamento do pré-natal de baixo risco recomenda que deve ser ofertado as gestantes consultas com o médico generalista, para que esse direito não lhes seja retirado, daí decorre que é de suma importância entender as atribuições de cada membro da equipe de saúde, e que o trabalho deve ser conjunto para promover as ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada a cada gestante acolhida (BRASIL,2012).

A respeito da solicitação do VDRL 8 (62%) dos enfermeiros informaram que solicitam o exame no primeiro e terceiro trimestre,2 (15%) no primeiro e segundo trimestre e 3 (23%) em todos os trimestres. Estes resultados mostram que a maioria dos enfermeiros participantes do estudo solicita adequadamente o VDRL, pois de acordo com o Ministério da Saúde (2006) rastreamento sorológico na gravidez deve ser realizado na primeira consulta

pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre, para novamente repetir o exame no terceiro trimestre. No caso de resultado positivo, é recomendado o tratamento imediato.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Domingues; Hartz; Leal (2012), onde 65% dos profissionais solicitavam o VDRL conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Já no estudo de Hildebrand (2010), pouco mais de 40% das mulheres repetiram o exame de triagem para sífilis como preconiza o Ministério da Saúde.

No que diz respeito ao tempo para o resultado do VDRL chegar à unidade de saúde, 10 (77%) dos enfermeiros relataram que é de 21 a 30 dias, enquanto que 1 (8%) de 10 a 20 dias e 2 (15%) de 31 a 45 dias. Observa-se que mais de 80% dos enfermeiros informaram uma demora entre 21 a 45 dias para a chegada do resultado do exame. Nota-se que o atraso na liberação do resultado do VDRL pode implicar em uma possível subnotificação nos casos de soropositividade. Fato ocorrido no período de 1998 a junho de 2005, onde foram notificados ao Ministério da Saúde apenas 29.396 casos de Sífilis Congênita, demonstrando a subnotificação desse agravo (MILANEZ; AMARAL, 2008).

“Espero o resultado do VDRL só para controle, prescrevo e trato imediatamente.”
(E9)

“O VDRL na gestante a gente não espera o resultado porque no teste rápido pode dá reagente, só que pode ser uma cicatriz sorológica então a gente trata, prescreve e trata imediatamente.” (E11)

A literatura tem sinalizado que a demora no tempo do exame de confirmação laboratorial atrasa o início do tratamento, nesse sentido, Amaral(2012), afirma que umas das dificuldades no tratamento é a demora no retorno dos resultados durante o pré-natal mas deixa claro que a confirmação laboratorial, com teste treponêmico por aglutinação de partículas (TPHA) ou teste fluorescente por absorção de anticorpos (FTA-Abs), tem sido recomendada, no entanto, não é obrigatória e sua ausência não deve retardar a conduta.

Desse modo, o autor supracitado informa que o diagnóstico pode ser feito com o uso de testes rápidos, tiras de imunocromatografia, realizado no consultório, sem necessidade de qualquer equipamento. O tratamento pode ser imediato em lugares sem recursos laboratoriais. Permitir o tratamento imediato nos casos reagentes reduzindo a morbidade e mortalidade constitui uma vantagem inquestionável do uso do teste rápido.

A respeito do encaminhamento da gestante com o diagnóstico de Sífilis a um serviço de referência, 2(15%) dos enfermeiros afirmaram realizar o encaminhamento enquanto 11 (85%) não referiram encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

“Encaminho a gestante ao pré-natal de risco.” (E7)

“Encaminho a gestante para Clínica da Mulher, lá ela vai ser incluída no pré-natal de risco.” (E4)

O percentual de enfermeiros que não referiram o encaminhamento para o pré-natal de risco é satisfatoriamente baixa, já que é atribuição da unidade básica de saúde realizar o tratamento da gestante pois a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente ao encaminhamento para o pré-natal de risco, com exceções do diagnóstico de sífilis terciária onde há riscos de malformação fetal, podendo a gestante retornar ao nível primário quando a situação já está resolvida (BRASIL, 2012).

Quanto à rotina da conduta de convocação do parceiro nos casos de soropositividade, pode-se observar que 9 (69%) dos enfermeiros convocam o parceiro utilizando solicitação verbal através da própria gestante para comparecer à unidade, 1(8%) envia a solicitação de exame do VDRL pela gestante e 3 (23%) realizam a visita domiciliar.

“Eu convoco o parceiro, se caso ele não vier eu vou busca-lo mas primeiro eu convoco.” (E4)



“Peço a gestante que convide em meu nome seu parceiro para vim a unidade.” (E5)

“É muito difícil o parceiro vim a unidade, como o tratamento tem que ser iniciado logo eu vou em busca desse parceiro.” (E7)

Na perspectiva de uma assistência humanizada, a participação do pai no pré-natal é cada vez mais importante devendo ser estimulada sua presença durante as atividades de consulta e de grupo. O parceiro tem o direito de ser cuidado com a realização de consultas, exames antes, durante e depois da gestação (BRASIL, 2012). Estudo realizado por Hildebrand (2010) comprovou que o apoio do parceiro no tratamento da sífilis aumenta cinco vezes mais a chance das gestantes fazerem o tratamento.

Nesse sentido, o acolhimento ao parceiro da gestante é fundamental. Desse modo, o primeiro atendimento ao parceiro foi realizado por 11(85%) dos enfermeiros que realizaram a primeira consulta, já 2 (15%) declaram que o médico faz o atendimento. O acolhimento ao parceiro deve ser cauteloso e é de suma importância para o sucesso do tratamento evitando assim a reinfecção da gestante.

Em estudo realizado com homens sobre os motivos pela sua ausência está intimamente relacionado ao fato de ser homem e não mostra invulnerabilidade, o que aponta para a importância de políticas públicas voltadas ao homem (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). É necessário uma atenção especial frente a inserção desse parceiro ao pré-natal, sendo importante que a equipe atente para a parceria sexual no programa dos cuidados(BRASIL, 2012).

No que diz respeito ao tratamento com a Penicilina Benzantina na unidade, 11 (85%) dos enfermeiros informaram que passaram a realizar o tratamento há cerca de 15 a 30 dias, porque antes desse período não havia Penicilina Benzantina nas unidades básicas, 2 (15%) não realizam o tratamento na unidade.

“Agora sim, tem umas três semanas que recebemos a Penicilina.” (E1)

“Sim, a mais ou menos um mês.” (E3)

“Recebemos há uns quinze dias, antes encaminhava para o Centro de Referência.
“(E6)

“Não, mas tá para chegar porque o município não realizava o tratamento com Penicilina nas unidades básicas, encaminhava gestante para UPA.” (E8)

Sob esse aspecto, os autores têm sido muito enfáticos e, particularmente o Ministério da Saúde que tem fomentado ações para o diagnóstico precoce e tratamento imediato da gestante com Sífilis. Questiona-se o motivo pelo qual as unidades básicas de saúde do município não realizavam o tratamento com a Penicilina, encaminhando a gestante a unidade de pronto atendimento (UPA) já que a portaria nº156/MS, de janeiro de 2005 institui que é atribuição da atenção básica ter disponível na unidade a Penicilina e os outros insumos necessários para sua utilização (BRASIL, 2007).

Como justificativa da falta de tratamento com a Penicilina nas unidades básicas foi afirmada a dificuldade de administrar a Penicilina por receio de uma rara reação anafilática, constituindo outro componente que contribui para a conduta inadequada (AMARAL, 2012). Os resultados do presente estudo são compatíveis com o estudo realizado por Schmeing (2012) onde as unidades de Estratégia de Saúde da Família não realizavam a administração da Penicilina, encaminhando a paciente para o Hospital Regional com a justificativa do medo da reação anafilática que poderia acontecer com o uso da Penicilina.

3.1 AÇÕES DO ENFERMEIRO PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL.

Para os enfermeiros participantes da pesquisa envolvidos com a assistência pré-natal, o esclarecimento sobre a Sífilis constitui o marco inicial para que a gestante entenda a importância do tratamento.

Nesse sentido, o enfermeiro exercita a escuta sensível das dúvidas e questionamentos da mulher grávida e sua família. Ao mesmo tempo, mantém uma postura pro-ativa. Desse modo, a gestante tem a oportunidade de ouvir as recomendações e esclarecimentos, mas, sobretudo, sentir que o profissional está interessado em ajudá-la a ter uma gestação saudável.

Pela fala das enfermeiras, a técnica de comunicação utilizada durante as ações educativas, junto às mulheres grávidas, é a roda de gestantes, como também, a exposição de temas na sala de espera.

“Faço sala de espera com as gestantes.” (E7)

“Uma das doenças que deixo bem claro é a sífilis.” (E2)

“Faço roda de gestantes para esclarecer a elas não só sobre a sífilis, mas todas as DST’s.” (E3, E8).

“Eu oriento a mãe sobre a sífilis.” (E10)

“Oriento o uso da camisinha.” (E10)

As ações do enfermeiro podem ser evidenciadas nas atividades educativas realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, que responda às dúvidas da mulher ou da família sobre as informações necessárias. Essas ações constituem um parâmetro estabelecido para garantir atenção pré-natal e puerperal (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, as ações de prevenção da Sífilis passam necessariamente pelo envolvimento com os parceiros das gestantes, como se depreende das falas dos enfermeiros ao afirmarem a preocupação em inserir o parceiro no pré-natal. Para elas, essa inserção se constituiu em um grande desafio. Vale ressaltar que a convocação é verbal e encaminhada através da própria gestante. Se o companheiro da grávida não atende à convocação, é realizada uma visita domiciliar.

“Convoco o parceiro para vim a unidade, mas é difícil.” (E1)

“Peço a gestante que convide em meu nome seu parceiro para vim a unidade.” (E5)

“Eu o convoco, nem sempre ele vem, ai tenho que fazer a visita domiciliar.” (E2)

“Ele não vem, ai eu tenho que ir até ele.” (E7)

Esse acolhimento dos parceiros das gestantes é essencial na conduta de prevenção da Sífilis. Desse modo, cabe ao enfermeiro enfatizar a importância do parceiro no acompanhamento ao pré-natal, para que esse parceiro seja testado e tratado o mais rápido possível, criando situações que acolham o mesmo (SCHMEING, 2012; BRASIL, 2013).

Por outro lado, a utilização de exames laboratoriais para o rastreio da Sífilis se constitui em medida eficaz realizada na assistência pré-natal desde a primeira consulta. Neste estudo, os profissionais afirmaram o uso do teste rápido como ação de prevenção da transmissão vertical da sífilis com a finalidade de imediato início do tratamento, demonstrando que sua importância e utilização é imprescindível.

“Faço o teste rápido para sífilis em todas gestantes.” (E3)

“Aqui ó, toda gestante eu faço o teste rápido, fica pronto em 20 minutos.” (E5)

“Fiz a pouco tempo dois testes rápido, ele é ótimo para um tratamento precoce.”

(E11)

A utilização do teste rápido foi estabelecida pela portaria do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2011, para diagnóstico de sífilis na gestante e no parceiro, por profissionais capacitados, nas unidades de saúde, na etapa I do diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2011).

Como se depreende da fala dos entrevistados, a partir da utilização do teste rápido, é indicado o esquema de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde e os próprios os enfermeiros assumem a administração da Penicilina Benzantina. Esse é um aspecto de suma

importância, considerando que essa droga é o único tratamento considerado eficaz para o tratamento da Sífilis e, portanto, é ação essencial na prevenção da transmissão vertical da sífilis. Ao informar sobre a utilização da penicilina, uma enfermeira relatou como utiliza as doses no tratamento, deixando a imprecisão sobre se a sua escolha é feita corretamente.

“Faço o tratamento com a Penicilina na gestante e no parceiro, caso ele venha.” (E9)

“E a administração da Penicilina aqui mesmo na unidade, mil e duzentos de um lado, mil e duzentos do outro.” (E13)

“Trato com a Penicilina, que está sendo feita aqui na unidade mesmo.” (E11)

Nesse sentido, a literatura é unânime no que diz respeito ao manejo da Sífilis em gestantes. De acordo com os autores, não há novidade acerca do tratamento de sífilis na gestação. A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis, caracterizada como uma medicação de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia, é também a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto (BRASIL, 2012; AMARAL, 2012)

O Ministério da Saúde preconiza que o tratamento da sífilis deve ser escolhido dependente da fase de infecção da doença, com doses e intervalos diferentes. Na sífilis primária é administrado 2,4 milhões UI, intramuscular em dose única sendo 1,2 milhões em cada lado do glúteo. Na sífilis secundária e latente é administrada 2,4 milhões UI, intramuscular mais repetição após 1 semana com dose total de 4,8 milhões UI. Já na fase da sífilis tardia (latente e terciária) a penicilina benzantina tem a mesma dose inicial de 2,4 milhões UI, intramuscular repetida por 3 semanas com sua dose total de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2012)

Outro elemento importante na prevenção da Sífilis é a Notificação Compulsória da doença. Quando questionados em relação a esse aspecto, todos os enfermeiros entrevistados



afirmaram realizar Notificação Compulsória dos casos de sífilis materna ou congênita com o preenchimento da Ficha de Investigação e posteriormente envio a Vigilância Epidemiológica.

“Sim, preencho e encaminho para a Clínica da Mulher.” (E7)

“Preencho e encaminho para a Vigilância Epidemiológica.” (E11)

Essa ação está de acordo com as orientações técnicas do Ministério da Saúde considerando-se que a Sífilis se tornou um problema de saúde pública. Nesse sentido, o preenchimento e a realização da notificação compulsória dos casos de sífilis materna tornou-se obrigatória com a publicação da Portaria MS/SVS nº 33 de 14 de Julho de 2005, com o objetivo de controlar a transmissão vertical; acompanhar o comportamento da infecção nas gestantes para um planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle (BRASIL, 2006). Após a confirmação do diagnóstico, a unidade básica deve preencher a ficha de notificação e enviar ao órgão competente de seu município (BRASIL, 2012).

Em relação ao enfermeiro frente a prática para o controle da transmissão vertical da sífilis constatou-se ações assistenciais preconizadas pelo Ministério da Saúde assim como atividades educativas que constituem uma estratégia de promoção em saúde e devem ser frequentes e não esporádicas. O acolhimento do parceiro ao pré-natal convocando-o ou realizando visita domiciliar com o objetivo de garantir um tratamento completo e eficaz, a utilização do Teste Rápido possibilitando um imediato tratamento, o registro dos casos de sífilis para conhecimento e controle através da Notificação Compulsória e a administração da penicilina que deve ser realizada na unidade desde a instituição da portaria nº156/MS, de janeiro de 2005.

Como ação do enfermeiro que não foi referida por nenhum dos entrevistados, vale ressaltar a importância do preenchimento dos dados referentes ao VDRL e tratamento para sífilis no cartão da gestante, havendo necessidade da gestante ser encaminhada para um serviço diferente deve conter as informações sobre o motivo do encaminhamento e seus dados

clínicos ofertando assim um serviço eficiente de referência e contra- referência (BRASIL, 2012)

3.2 DESAFIOS PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Os enfermeiros da assistência pré-natal referiram alguns desafios em relação à prevenção da transmissão vertical da Sífilis. Para eles, o não comparecimento do parceiro a unidade para o tratamento da doença foi considerado por unanimidade o maior desafio.

“Eles não vem à unidade, os parceiros.” (E6)

“A resistência do parceiro, tem uns que me fazem gastar a sola dos sapatos atrás dele.” (E7)

“Geralmente eles não vem, por medo da injeção, por vergonha.” (E9)

“A maioria trabalha, só está disponível no final de semana e a unidade só funciona de segunda à sexta.” (E11)

Estes resultados convergem com o estudo realizado por Schmeing (2012), onde os profissionais pré-natalistas de Amambaí/MS relataram que 54,1% dos parceiros não comparecem à unidade.

Os resultados do estudo também estão de acordo com a explicação encontrada no estudo de Gomes; Nascimento; Araújo (2007), no qual os homens se referem à associação do cuidar ao âmbito feminino, outro aspecto abordado foi a questão do trabalho onde o horário restrito de funcionamento dos serviços de saúde, excluindo os finais de semana, dificulta a procura dos parceiros à Unidade Básica para receber o tratamento e as orientações necessárias.

O autor supracitado aborda como um dos principais motivos para o homem não ir a unidade de saúde é a vergonha de se expor segundo a falta de hábito comparado a mulher que sempre teve seu corpo exposto.

Para ofertar melhor atendimento ao homem consequentemente sua vinda à unidade faz-se necessários a criação de estratégias inclusivas com horários alternativos, um dia exclusivo para a Saúde do Homem na unidade básica de preferência nos finais de semana.

Analisando as falas dos enfermeiros, pode-se também constatar que a convocação e busca ativa dos parceiros só se dá mediante o diagnóstico de Sífilis nas gestantes. No entanto, estas ações poderiam ter maior alcance se tivesse como objetivo envolver o homem como parceiro nas ações preventivas de saúde de um modo geral, de modo que ele não somente procurasse a unidade para receber um tratamento específico, mas também para participar como um sujeito ativo, co-responsável pela sua própria saúde, da sua companheira e, por extensão, da comunidade.

A falta de Penicilina nas unidades básicas de saúde do município foi apontada pelos enfermeiros como um desafio atualmente superado. Os enfermeiros afirmaram que, anteriormente, não se administrava penicilina nas unidades e este fato gerava um impasse, uma vez que a gestante tinha que se locomover do seu bairro para tomar a medicação em outro local distante da residência como nas Unidades de Pronto Atendimento ou no Centro de Referência. Aparentemente, a falta da penicilina se constituiu em um problema tão relevante, que a sua solução permitiu que um dos enfermeiros declarasse que não havia mais desafios para a prevenção da transmissão vertical da Sífilis.

“Hoje não tem desafios para a prevenção da transmissão vertical da sífilis.” (E1)

“O desafio é a falta de Penicilina Benzantina nas unidades básicas de saúde.” (E1, E8, E11)

“Anteriormente a gestante não percorria a UPA pela distância em relação à sua residência.” (E1, E11)

“Nunca faltou a Penicilina nas UPAs e no Centro de Referência.” (E1)

Outro aspecto importante citado pelos enfermeiros é o fato de que como anteriormente as unidades básicas não administravam a Penicilina, as gestantes eram encaminhadas à UPA ou ao Centro de Referência com a prescrição do medicamento conforme protocolo de Abordagem Síndrômica, mas, pela inexistência de um Protocolo específico do município para o manejo da Sífilis, as gestantes não conseguiam adquirir um medicamento prescrito por um enfermeiro.

“Tinha dificuldade em relação à prescrição da P. Benzantina pela inexistência de um Protocolo do Município.” (E1)

“Nós evitávamos prescrever a P. Benzantina pela inexistência de um Protocolo específico do Município.” (E1)

Nesse sentido, os enfermeiros não puderam exercer plenamente a sua autonomia profissional no âmbito da atenção pré-natal no que diz respeito ao manejo da Sífilis, porque sua prescrição não era aceita pela unidade, com a alegação que só teria valor legal se fosse feita pelo médico. Como consequência, era retardado o início do tratamento, uma vez que a gestante tinha que retornar a unidade básica e aguardar a consulta com o médico.

“A UPA não aceitava a receita da P. Benzantina prescrita pelo enfermeiro, o que atrasava o tratamento.” (E1)

“A UPA não aceitava a receita do enfermeiro alegando que só poderia ser prescrita pelo médico.” (E1)

“Como não aceitavam a prescrição a gestante tinha que esperar o médico vim a unidade pra passar o medicamento.” (E1)

Esse comportamento de não dispensar a penicilina Benzatina prescrita por enfermeiros às gestantes com Sífilis está em flagrante desacordo com o que estabelece os parâmetros legais que regem a profissão de enfermagem. Nesse sentido, de acordo com a Lei nº 7.498/86 uma das competências do enfermeiro é a prescrição de medicamentos como integrantes da ESF, quando previamente estabelecidos em programas de saúde coletiva e em rotina aprovada por instituição de saúde. Competência reafirmada pelo COFEN Resolução 271/2002, ao estabelecer que o enfermeiro tem autonomia na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, respondendo integralmente pelos atos praticados (COFEN,2002; ZAMPIER,2008).

Portanto, a ausência do Protocolo se tornou uma dificuldade que poderia ter maiores implicações negativas sobre a qualidade da assistência pré-natal, possivelmente comprometendo a saúde das gestantes e pondo em risco à saúde fetal com repercussões para a vida neonatal.

Desse modo, o Ministério da Saúde recomenda a utilização dos manuais e protocolos para a realização das consultas de pré-natal de maneira humanizada e eficaz, se faz imprescindível à necessidade da utilização no combate à sífilis, o que lhes permitirá uma padronização de conduta profissional (BITTENCOURT; PEDRON, 2012).

Outro documento técnico proposto pelo Ministério da Saúde, norteador de condutas para a abordagem da Sífilis foi o Manual de Diretrizes para Controle da Sífilis Congênita, criado em 2006 e elaborado pelo Ministério da Saúde tendo como objetivo contribuir para a implementação do diagnóstico e tratamento imediato dos casos de sífilis, materna e congênita.

4 CONCLUSÃO

O estudo sobre a Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis no âmbito da assistência pré-natal possibilitou descrever as ações do enfermeiro para a prevenção vertical e identificar

quais os desafios para a atuação da enfermeira na prevenção da transmissão vertical da sífilis no âmbito da assistência pré-natal.

Os enfermeiros do estudo relataram a respeito das ações educacionais para prevenção da transmissão vertical da sífilis, a utilização de técnicas educativas como roda de gestantes e sala de espera.

As ações assistenciais realizadas pelos enfermeiros incluíram a realização do teste rápido para sífilis e a solicitação do VDRL; a inclusão do parceiro no tratamento através de convocação; a busca ativa através de visita domiciliar no caso do não comparecimento do parceiro à unidade de saúde; a administração da Penicilina Benzatina nas gestantes com diagnóstico de Sífilis, como também nos parceiros e a notificação compulsória através da Ficha de Investigação.

Quanto aos desafios dos enfermeiros na prevenção da transmissão vertical no âmbito da assistência pré-natal, foram relatados, o não comparecimento do parceiro a unidade após convocação nos casos das gestantes com Sífilis; a falta de Penicilina Benzatina nas unidades básicas de saúde do município, no entanto, foi apontado pelos enfermeiros como um desafio já superado há aproximadamente um mês. Vale ressaltar que os profissionais não revelaram o tempo de indisponibilidade da Penicilina Benzatina pela Secretaria Municipal de Saúde; a inexistência do protocolo de manejo da Sífilis específico no município; a não aceitação da prescrição da Penicilina Benzatina feita pelo enfermeiro.

Destaca-se a importância do reconhecimento da sífilis congênita como um importante problema de saúde pública para todas as esferas do governo, pelos profissionais de saúde e pela população, com o objetivo de pôr em prática as ações voltadas para a prevenção da transmissão vertical.

A participação do enfermeiro assumindo o seu papel de educador em saúde, sua prática em ações baseadas nos conhecimentos técnico-científico e sensibilização para o enfrentamento dos desafios encontrados no âmbito da assistência pré-natal pode equacionar a transmissão

vertical da sífilis a partir de uma assistência pré-natal de qualidade e, portanto, minimizar a morbimortalidade materna e perinatal associadas à Sífilis.

REFERÊNCIAS

AMARAL,E; Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**. 2012; 34(2):52-5. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a02v34n2.pdf>. Acesso em: 3/ mar/2014

ARAUJO, E. C et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina** V.20 (1) janeiro - março 2006. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=447171&indexSearch=ID> Acesso em: 11/fev/2014

BARBOSA, T. L.A; GOMES, L. M. X; DIAS, O. V. O pré- natal realizado pelo enfermeiro: A satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm**. 2011 Jan/Mar; 16(1):29-35. Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21108/13934>. Acesso em: 22/fev/2014

BAHIA,Secretaria da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)/ Programa Estadual de DST e Aids.**Informe Epidemiológico da Sífilis**. 2013. Disponível em:

<http://www.suvisa.saude.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim%20Informativo%20S%C3%ADfilis%202013%20Final.pdf>. Acesso em: 12/mar/2014

BITTENCOURT, R.R; PEDRON,C. D. Sífilis: abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal. **J Nurs Health**, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;2(1):09-17. Disponível em:

<http://www2.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/107/140>. Acesso em:14/fev/2014

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**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5). Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 15/fev/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. – Brasília



: Ministério da Saúde, 2006. 72 p. il. – (Série Manuais 24). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 15/fev/2014

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: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 180 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivisifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 15/mar/2014

BRASIL. Ministério da Saúde [internet]. **Portaria nº 3.242, de 30 de Dezembro de 2011**. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html. Acesso em: 29/10/14

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. – 1. ed. rev. – Brasília. 2012. 318 p.: il. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>. Acesso em: 21/fev/2014

COFEN. Resolução 272. Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2012. Disponível em:
COSTA, A. M.; GUILHEM D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**. 2005;39(5):768-74. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500011. Acesso em: 30/abr/2014

DOMINGUES, R.M.S; HART, Z.M.A; LEAL, M.C. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 12 (3): 269-280 jul. / set., 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300007. Acesso em: 27/out/2014

GOMES, R; NASCIMENTO, E.F; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=441985&indexSearch=ID&lang=p>. Acesso em: 01/11/14

GUERREIRO, E.M et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**; 16(3):315-323, jul.-set. 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi->



Direitos Humanos, Ética e Dignidade

18 a 24 de outubro de 2015

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=667073&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=667073&indexSearch=ID). Acesso em: 01/11/14

HILDEBRAND, V. L. P. C. Sífilis Congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros. Orientador: Saraceni, Valéria. Dissertação (Mestrado)- **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2012. CDD. 22.ed. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=586440&indexSearch=ID>. Acesso em: 15/mar/2014

SCHMEING, L. M. B. *Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais*. 63 f.: tab. Orientador: Saraceni, Valéria Dissertação (Mestrado) – **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2012. CDD - 22.ed. – 616.9513098171. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=670110&indexSearch=ID>. Acesso em: 22/mar/2014

ZAMPIER, V. S.B. Abordagem das DST: Consulta de enfermagem em pré- natal Estratégia de Saúde da Família Juiz de Fora – Minas Gerais. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). **Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=516806&indexSearch=ID>. Acesso em: 22/fev/2014