

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TATIANE GISELE MARQUES DA SILVA

Itinerário terapêutico de gestantes com sífilis em busca de cuidado: elementos para delineamento de uma linha de cuidado.

RIBEIRÃO PRETO

2023

TATIANE GISELE MARQUES DA SILVA

Itinerário terapêutico de gestantes com sífilis em busca de cuidado: elementos para delineamento de uma linha de cuidado.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado em Enfermagem

Orientador: Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Tatiane Gisele Marques da

Itinerário terapêutico de gestantes com sífilis em busca de cuidado: elementos para delineamento de uma linha de cuidado.. Ribeirão Preto, 2023.

99 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Silvia Matumoto

1. Sífilis. 2. Itinerário Terapêutico. 3. Gestantes. 4. Enfermagem. 5. Atenção Primária em Saúde.

SILVA, Tatiane Gisele Marques da

Itinerário terapêutico de gestantes com sífilis em busca de cuidado: elementos para delineamento de uma linha de cuidado.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em        /        /

Presidente

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres que aceitaram participar e contribuir para o estudo, pois a partir dos seus relatos que poderemos evitar que outras gestantes vivenciem momentos difíceis em um momento tão delicado da vida como a gestação.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pela força e luz.

Agradeço à minha família Maria Sofia (mãe) e Alice (filha), pela compreensão e apoio, principalmente quando da necessidade dos meus momentos de ausência e clausura, mesmo estando dentro presente fisicamente na mesma casa. Tudo isso foi por vocês!!!

Agradeço a imensa contribuição na minha formação de todas as professoras do Programa de Mestrado Profissional, pelos ensinamentos trocados nas disciplinas do mestrado, saibam que por muitas das vezes, assistia às aulas não acreditando que estava sendo aluna de vocês.

À coordenação do programa, em nome da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Ludmilla Rossi Rocha, pelo apoio e encorajamento em momentos difíceis no decorrer desta caminhada acadêmica.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mary Elizabeth de Santana pelo apoio presencial à nossa turma em Belém.

À Elaine, por sua presteza em seus esclarecimentos nos trâmites administrativos dentro da universidade, mesmo à distância.

Aos colegas da primeira turma fora de sede do Programa de Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem (Adalberto, Rosivalda, Ludmilla, Nazaré, Gracylene, Jaqueline, Madalena, Heloísa, Selma e Suzayne), pelo apoio e momentos de aprendizado, apreensão em grupo e de descontração. Estamos fazendo história! E, apesar das dificuldades e percalços na trajetória, conseguimos!

Às professoras da Universidade do Estado do Pará, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma Pastana Ferreira, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Pinheiro Carrera e Prof<sup>a</sup> Msc. Simone Beverly Nascimento da Costa, pelo imenso apoio e incentivo para que eu realizasse a inscrição ao processo seletivo do mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara do Pará, pela autorização e apoio logístico para a realização do estudo.

Às mulheres que participaram do estudo, pela recepção e contribuições essenciais para a realização do estudo.

Aos colegas enfermeiros das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, pelo auxílio primordial na localização e identificação das

mulheres aptas a participar do estudo, além de terem auxiliado na localização dos prontuários para a complementação da coleta de dados.

Finalmente, quero agradecer imensamente à minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Matumoto, que desde o momento do processo seletivo ao mestrado acolheu-me com alegria, compartilhou seu vasto conhecimento e conduziu o processo de elaboração da dissertação com uma leveza e doçura diferenciadas. Agradeço o privilégio de ter sido sua orientanda!

Ao COFEN pela iniciativa de nos oportunizar este momento de aprimoramento profissional essencial para a melhoria do nosso agir cuidativo no exercício da Enfermagem.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e financiado pelo Acordo CAPES/COFEn - Edital nº 28/2019 Programa de Desenvolvimento da pós-graduação – Área de Enfermagem.

## EPIGRAFE

Veja

Não diga que a canção está perdida

Tenha fé em Deus, tenha fé na vida

Tente outra vez

Beba (beba)

Pois a água viva ainda tá na fonte (tente outra vez)

Você tem dois pés para cruzar a ponte

Nada acabou, não, não, não, oh

Tente

Levante sua mão sedenta e recomece a andar

Não pense que a cabeça aguenta se você parar

Não, não, não, não, não, não

Há uma voz que canta, há uma voz que dança

Uma voz que gira (gira) bailando no ar

Queira (queira)

Basta ser sincero e desejar profundo

Você será capaz de sacudir o mundo

Vai, tente outra vez

Tente (tente)

E não diga que a vitória está perdida

Se é de batalhas que se vive a vida

Tente outra vez

(Tente outra vez- Raul Seixas/Paulo Souza/Marcelo Ramos)



## RESUMO

SILVA, Tatiane Gisele Marques da. **Itinerário terapêutico de gestantes com sífilis em busca de cuidado**: elementos para delineamento de uma linha de cuidado. 2023. 99f. Dissertação (Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2023.

O estudo trata da sífilis na gravidez, tema que se destacou no trabalho como enfermeira em dois municípios da Região Metropolitana do Estado do Pará, como coordenadora Municipal da Saúde da Mulher no município de Benevides-PA e na coordenação da Vigilância Epidemiológica no município de Santa Bárbara do Pará-PA, pela alta incidência no primeiro e a baixa no segundo. O estranhamento levou à necessidade de supervisão mais próxima junto às equipes de saúde, que levou à identificação de fragilidades no manejo dos casos de sífilis e inexistência de uma linha de cuidado voltada para o acompanhamento de gestantes acometidas. O objetivo geral do estudo foi o de propor uma linha de cuidado para gestantes com sífilis voltado para o cuidado integral. E, como objetivos específicos: analisar o Itinerário Terapêutico de gestantes diagnosticadas com Sífilis no município de Santa Bárbara do Pará; e identificar as ações que possam oferecer a melhoria do cuidado às gestantes com sífilis. Realizou-se estudo descritivo de abordagem qualitativa, em duas etapas. A 1ª etapa consistiu de levantamento documental das fichas de notificação de sífilis em gestantes e dados dos prontuários, lançados em planilha Excel® e Word® e, analisados por meio de estatística descritiva simples. Na 2ª etapa realizou-se entrevista semiestruturada com 8 mulheres/gestantes diagnosticadas entre os anos de 2018 e 2021 com sífilis durante a gravidez. Obteve-se dados de caracterização sociodemográfica e sobre o itinerário terapêutico no pré-natal até a resolução da gravidez, o diagnóstico de sífilis, suas repercussões e serviços e apoios recebidos. Procedeu-se a análise de conteúdo das entrevistas segundo o referencial de Kleinman. A análise dos itinerários terapêuticos das mulheres durante a gestação permitiu identificar os subsistemas de cuidados de saúde. No subsistema popular, o apoio do parceiro e da família foram relevantes. A busca de cuidado da sífilis expressa o universo social e cultural da gestante. No subsistema tradicional, inclui-se a busca por especialistas da cura não profissionais como a vizinha benzedeira e prática em “puxar a barriga”, bem como o uso de chás e alimentos com finalidade terapêutica. No subsistema profissional, constata-se os cuidados obtidos nos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, revelando-se as fragilidades do funcionamento do sistema. As análises apontaram os elementos para a proposição de uma linha de cuidado à gestante com sífilis para o município, que se configurou como o produto tecnológico resultante do presente estudo, que será apresentado à gestão municipal. Conclui-se que a trajetória percorrida pelas gestantes em busca de cuidado revela a complexidade do cuidado à mulher com sífilis na gestação e os desafios dos sistemas de saúde em compreender a ocorrência da sífilis como um sistema cultural de cuidados de saúde.

**Descritores:** Sífilis; Gestantes; Atenção Primária à Saúde; Itinerário Terapêutico; Enfermagem; Administração de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

SILVA, Tatiane Gisele Marques da. **Therapeutic itinerary of pregnant women with syphilis in search of care:** elements for designing a line of care. 2023. 99f. Dissertation (Professional Master's Degree Technology and Innovation in Nursing). University of São Paulo at Ribeirão Preto School of Nursing, 2023.

The study deals with syphilis in pregnancy, a topic that stood out in her work as a nurse in two cities in the Metropolitan Region of the State of Pará, as Municipal Coordinator of Women's Health in the city of Benevides-PA and in the coordination of Epidemiological Monitoring in the city of Santa Bárbara do Pará-PA, for the high incidence in the first and the low in the second. The estrangement led to the need for closer supervision by the health teams, which led to the identification of weaknesses in the management of syphilis cases and the lack of a line of care aimed at monitoring affected pregnant women. The general objective of the study was to propose a line of care for pregnant women with syphilis aimed at comprehensive care. And, as specific objectives: to analyze the Therapeutic Itinerary of pregnant women diagnosed with Syphilis in the city of Santa Bárbara do Pará; and to identify actions that can improve care for pregnant women with syphilis. A descriptive study with a qualitative approach was carried out in two stages. The 1st stage consisted of documental survey of syphilis notification forms in pregnant women and data from medical records, entered in Excel® and Word® spreadsheets and analyzed using simple descriptive statistics. In the 2nd stage, a semi-structured interview was carried out with 8 women/pregnant women diagnosed between 2018 and 2021 with syphilis during pregnancy. Sociodemographic characterization data and on the therapeutic itinerary in prenatal care until the resolution of the pregnancy, the diagnosis of syphilis, its repercussions and services and support received were obtained. Content analysis of the interviews was carried out according to Kleinman's framework. The analysis of women's therapeutic itineraries during pregnancy allowed the identification of health care subsystems. In the popular subsystem, partner and family support were relevant. The search for care for syphilis expresses the pregnant woman's social and cultural universe. In the traditional subsystem, the search for non-professional healing specialists is included, such as the healer next door and the practice of "pulling the belly", as well as the use of teas and foods for therapeutic purposes. In the professional subsystem, the care obtained in health services at different levels of care is observed, revealing the weaknesses of the functioning of the system. The analyzes pointed out the elements for proposing a line of care for pregnant women with syphilis for the municipality, which was configured as the technological product resulting from the present study, which will be presented to the municipal management. It is concluded that the trajectory taken by pregnant women in search of care reveals the complexity of care for women with syphilis during pregnancy and the challenges of health systems in understanding the occurrence of syphilis as a cultural system of health care.

Keywords: Syphilis; Pregnant women; Primary Health Care; Therapeutic Itinerary; Nursing; Health Services Management

## RESUMEN

SILVA, Tatiane Gisele Marques da. **Itinerario terapéutico de gestantes con sífilis en busca de cuidados:** elementos para el diseño de una línea de cuidados. 2023. 99f. Disertación (Maestría Profesional Tecnología e Innovación en Enfermería). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, 2023.

El estudio trata de la sífilis en el embarazo, tema que se destacó en su actuación como enfermera en dos municipios de la Región Metropolitana del Estado de Pará, como Coordinadora Municipal de Salud de la Mujer en el municipio de Benevides-PA y en la coordinación de Vigilancia Epidemiológica en el municipio de Santa Bárbara do Pará-PA, por la alta incidencia en el primero y la baja en el segundo. El distanciamiento generó la necesidad de una mayor supervisión por parte de los equipos de salud, lo que llevó a la identificación de debilidades en el manejo de los casos de sífilis y la falta de una línea de atención dirigida al seguimiento de las gestantes afectadas. El objetivo general del estudio fue proponer una línea de atención a la gestante con sífilis orientada a la atención integral. Y, como objetivos específicos: analizar el Itinerario Terapéutico de las gestantes diagnosticadas con Sífilis en el municipio de Santa Bárbara do Pará; e identificar acciones que puedan mejorar la atención a las gestantes con sífilis. Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cualitativo en dos etapas. La 1ª etapa consistió en el levantamiento documental de fichas de notificación de sífilis en gestantes y datos de prontuarios, ingresados en hojas de cálculo Excel® y Word® y analizados mediante estadística descriptiva simple. En la 2ª etapa se realizó una entrevista semiestructurada a 8 mujeres/embarazadas diagnosticadas entre 2018 y 2021 de sífilis durante el embarazo. Se obtuvieron datos de caracterización sociodemográfica y sobre el itinerario terapéutico en el control prenatal hasta la resolución del embarazo, el diagnóstico de sífilis, sus repercusiones y los servicios y apoyos recibidos. El análisis de contenido de las entrevistas se llevó a cabo de acuerdo con el marco de Kleinman. El análisis de los itinerarios terapéuticos de las mujeres durante el embarazo permitió identificar los subsistemas de atención a la salud. En el subsistema popular, el apoyo de la pareja y la familia fueron relevantes. La búsqueda de atención a la sífilis expresa el universo social y cultural de la gestante. En el subsistema tradicional se incluye la búsqueda de especialistas en sanación no profesionales, como el curandero de al lado y la práctica de “tirar de la barriga”, así como el uso de tés y alimentos con fines terapéuticos. En el subsistema profesional, se observa la atención obtenida en los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, revelando las debilidades del funcionamiento del sistema. Los análisis señalaron los elementos para proponer una línea de atención a la gestante con sífilis para el municipio, que se configuró como el producto tecnológico resultante del presente estudio, que será presentado a la gestión municipal. Se concluye que la trayectoria de las gestantes en busca de atención revela la complejidad de la atención a la mujer con sífilis durante el embarazo y los desafíos de los sistemas de salud en la comprensión de la ocurrencia de la sífilis como sistema cultural de atención a la salud.

**Descriptor:** Sífilis; Mujeres Embarazadas; Atención Primaria de Salud; Ruta Terapéutica; Enfermería; Administración de los Servicios de Salud.

<b>SUMÁRIO</b>	<b>Página</b>
1 – Introdução .....	14
1.1 Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita: desafios e estratégias de intervenção na atenção primária em saúde .....	15
1.2 Itinerário Terapêutico e articulação com a Linha de Cuidado .	26
2 - Objetivos .....	30
3 - Material e Método .....	31
3.1- Tipo de Estudo.....	31
3.2- Caracterização do local de Estudo.....	31
3.3- Participantes do Estudo.....	35
3.4- Critérios de Inclusão e Exclusão.....	35
3.5- Coleta de Dados.....	36
3.6- Análise de Dados.....	37
3.7- Aspectos Éticos.....	38
4- Resultados.....	39
4.1- Perfil socioeconômico e epidemiológico das entrevistadas.....	39
4.2- Itinerário terapêutico das entrevistadas.....	42
4.3- Análise do discurso por Arthur Kleinman.....	59
4.3.1- Subsistema popular/informal.....	59
4.3.2-Subsistema tradicional.....	63
4.3.3- Subsistema profissional.....	64
5- Discussão dos resultados.....	66
6- Produto tecnológico proposto.....	71
7- Considerações finais.....	75
Referências .....	78
Apêndices .....	86

Apêndice A- Planilha de coleta de dados do prontuário.....	86
Apêndice B- Roteiro de entrevista semiestruturado.....	88
Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
Apêndice D – Planilha de dados coletados das fichas de notificação .....	92
Anexos	92

## 1 – Introdução

A temática principal deste estudo é a sífilis na gravidez, que se destacou em minha atuação como enfermeira em dois municípios da Região Metropolitana do Estado do Pará.

A aproximação ao tema se deu no momento em que assumi o cargo de Coordenadora Municipal de Saúde da Mulher no município de Benevides/Pa, quando pude acompanhar vários casos de gestantes diagnosticadas com sífilis durante o desenvolvimento das minhas atividades em parceria com profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde, os quais muitas das vezes relatavam algumas dificuldades relativas ao acompanhamento, tratamento e seguimento de gestantes com sífilis na gravidez.

No momento em que assumi a Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Santa Bárbara do Pará/Pa pude me aproximar da avaliação de casos notificados de várias patologias, dentre as quais me chamou a atenção a baixa proporção de casos de Sífilis em gestantes e o número de casos de sífilis congênita notificados no ano de 2019 (03 casos) e 2021 (01 caso com natimorto). Tais dados me alertaram para a possibilidade de indicar algum nó crítico a ser desvelado no que diz respeito ao acompanhamento das gestantes com sífilis no município.

Um dos nós críticos inicialmente identificados durante as supervisões realizadas junto às equipes de saúde da família, foi a não existência de uma linha de cuidado voltada para o acompanhamento de gestantes com sífilis no município. Como consequência disto, entende-se que pode ocorrer o manejo inadequado e/ou incompleto (inseguro) para sífilis nesta população, tornando-se relevante apontar a implantação de uma linha de cuidado segura como uma possibilidade real e factível para intervir nesta problemática.

A linha de cuidado prevê a trajetória dentro do sistema de saúde para que a mulher seja assistida integralmente em suas necessidades, por meio de uma rede de atenção articulada, que ofereça boas práticas, incluindo as relações produzidas no percurso e que resultem na melhor resolução da gestação para a mulher e seu bebê (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

No entanto, apesar da prerrogativa constitucional da Saúde como Direito, as gestantes enfrentam dificuldades para obter a atenção adequada e no tempo oportuno, que se diferenciam segundo os municípios e regiões do país (LEAL et al.,

2020; GUIMARÃES et al., 2018). Na busca de resolução de seus problemas e necessidades de saúde, as gestantes acionam todos os recursos que estão a seu alcance e percorrem caminhos os mais diversos, dentro e fora do sistema oficial de saúde. Conhecer tais caminhos e o que leva as gestantes a lançarem mão de tais recursos pode apontar nós críticos do sistema de saúde no atendimento a gestantes, dentre as quais este estudo se voltará para aquelas com diagnóstico de sífilis, em município da região norte.

Desta forma, delinea-se o presente projeto para aprofundamento dos conhecimentos sobre a temática da sífilis na gravidez e propor uma intervenção tecnológica adequada à realidade do município.

Para tanto, toma-se como questão norteadora do estudo:

Qual é a trajetória percorrida por gestantes diagnosticadas com sífilis, em busca de tratamento no município de Santa Bárbara do Pará?

### 1.1 - Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita: desafios e estratégias de intervenção na atenção primária em saúde

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberto em 1905, o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (BRASIL, 2017a), que pode evoluir para formas mais graves comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (PEELING et al., 2017).

A transmissão vertical pode se dar pela via transplacentária (RODRIGUES; PASCHOALOTTO, 2018), bem como durante a passagem do feto pelo canal de parto com a presença de lesões ativas (BERMAN, 2004).

O estudo de Gomez et al (2013), detectou que em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. Para os mesmos autores, a infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% de morte intraútero, parto pré-termo ou morte neonatal.

Segundo Brasil (2020), a sífilis na gestação pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN) (p.57).

É um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico (BRASIL, 2013). Define-se casos de sífilis congênita em 03 situações descritas abaixo:

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada;

Situação 2: Toda criança menor de 13 anos com pelo menos uma das seguintes situações:

-Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita **E** teste não treponêmico reagente;

-Títulos de teste não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta;

-Títulos de teste não treponêmico do lactente maiores do que da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente na hora do parto;

-Títulos de teste não treponêmico ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal;

-Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita (BRASIL, 2017b).

A nota informativa Nº 2-SEI/2017, publicada pelo Ministério da Saúde, alterou o critério de definição de casos de notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Para a definição de caso de sífilis em gestantes a nota nos traz três situações distintas:

*Situação 1:* Mulher **assintomática** para sífilis, que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente pelo menos **um teste reagente** – treponêmico **e/ou** não treponêmico com qualquer titulação – **e sem registro de tratamento prévio**;

*Situação 2:* Mulher sintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico **e/ou** não treponêmico com qualquer titulação;

*Situação 3:* Mulher que durante o **pré-natal, parto e/ou puerpério** apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação **E** teste treponêmico reagente, **independente da sintomatologia** da sífilis e **de tratamento prévio**. (BRASIL, 2017b)

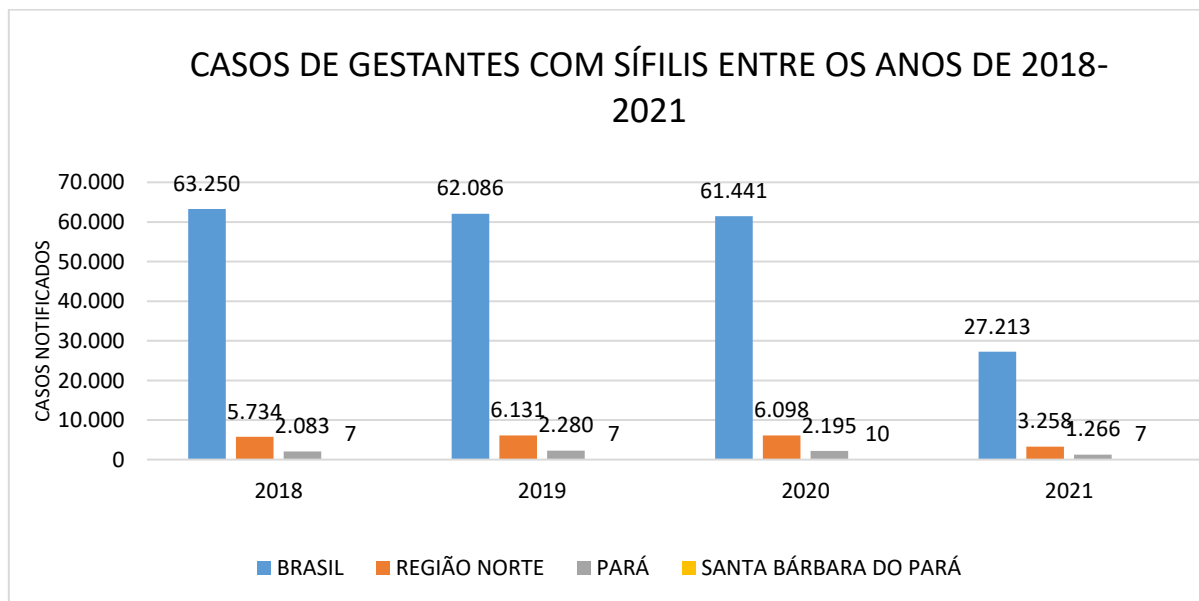
A sífilis é uma infecção de ocorrência mundial, que tem sido foco de políticas de redução dos casos propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OPAS, 2016). Entre 2012 e 2016, a prevalência de sífilis materna resultou em uma ligeira diminuição de 1,00 milhão em 2012 para 0,99 milhão em 2016 e os casos de sífilis



congênita apresentou redução global de quase 750.000 em 2012 para 661.000 em 2016 (KORENROMP et al., 2019).

Dados retirados do site Indicadores e Dados Básicos da Sífilis no Brasil, condensados no gráfico 1 abaixo, nos mostra os casos de sífilis em gestantes por 100.000 nascidos vivos notificados entre os anos de 2018 e 2021, nos contextos de Brasil, regional (Norte), estadual e municipal.

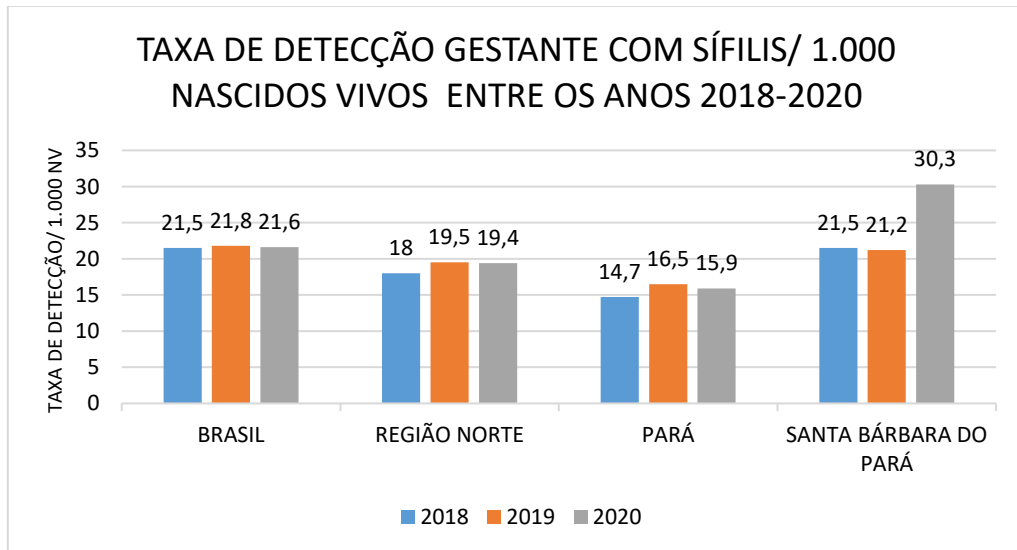
Gráfico 1: Casos De Gestantes Com Sífilis entre os anos de 2018-2021



Fonte: Brasil, (2021a). As informações referentes ao ano de 2021, compreendem o período de janeiro a junho de 2021.

Percebe-se que o município de Santa Bárbara do Pará, em relação a números absolutos de notificações de sífilis em gestantes, não possui um alto impacto nos dados do estado e da região norte como um todo, porém este dado pode significar subnotificações. No gráfico 2, está descrita a taxa de detecção de gestantes com sífilis, no mesmo panorama nacional, regional e municipal.

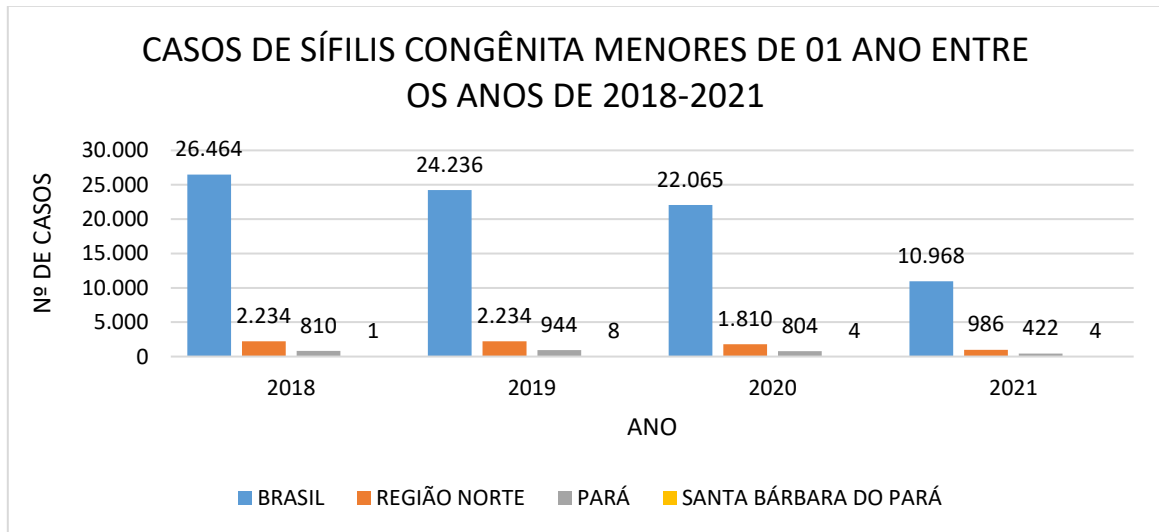
Gráfico 2: Taxa de detecção de gestante com sífilis/ 1.000 nascidos vivos entre os anos de 2018-2020.



Fonte: Brasil, (2021a). Os dados disponíveis na base de dados, somente até o mês de dezembro de 2020.

De acordo com o gráfico 2, a taxa de detecção de gestantes com sífilis no município de Santa Bárbara do Pará, supera em todos os três anos observados (2018-2019-2020) as taxas de detecção da região norte e do estado do Pará, chegando ao ápice no ano de 2020, com uma taxa de 30,3 casos/1.000 nascidos vivos em relação à taxa do estado do Pará, que foi de 15,9 casos/1.000 nascidos vivos e a taxa do país que ficou em 21,6 casos/1.000 nascidos vivos. Com isto, pode-se inferir que o município está conseguindo detectar mais casos, provavelmente devido o critério de definição ter se tornado mais sensível, porém em relação ao gráfico 1, pode-se dizer que a vigilância deve ser aumentada para estes casos, para que se evitem subnotificações.

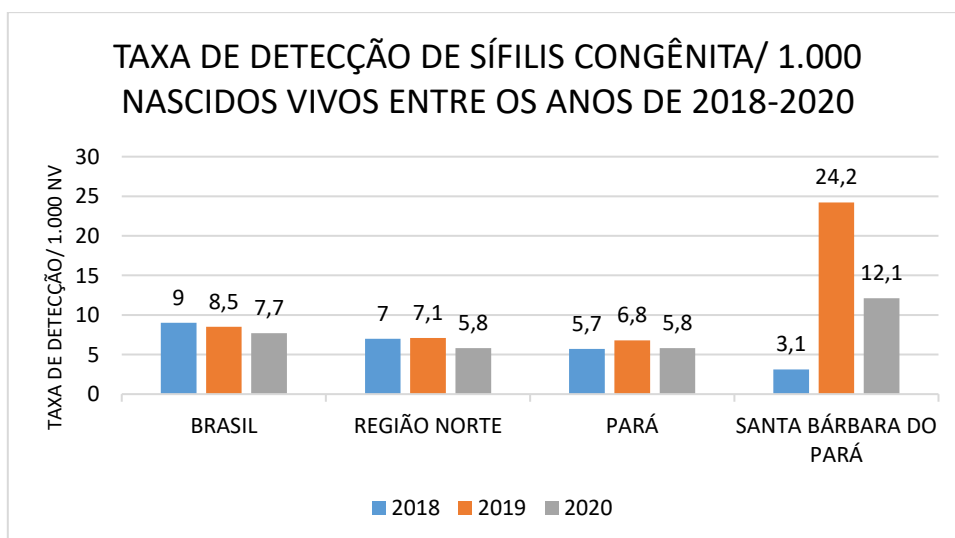
Gráfico 3: Casos de sífilis congênita em menores de 01 ano entre os anos de 2018-2021.



Fonte: Brasil, (2021a). As informações referentes ao ano de 2021, compreendem o período de janeiro a junho de 2021.

Quanto aos casos de sífilis congênita em menores de 01 ano, observa-se um pico de casos no ano de 2019, o que mais chama a atenção, que este número supera, inclusive o número absoluto de casos notificados de sífilis em gestantes no mesmo ano que foram 07 casos (Gráfico 5), reforçando ainda mais a possibilidade de subnotificações de gestantes com sífilis no município. O gráfico 4, traz o comparativo das taxas de detecção de sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos no Brasil, região norte, estado do Pará e município.

Gráfico 4: Taxa de detecção de sífilis congênita/1.000 nascidos vivos entre os anos de 2018-2020.

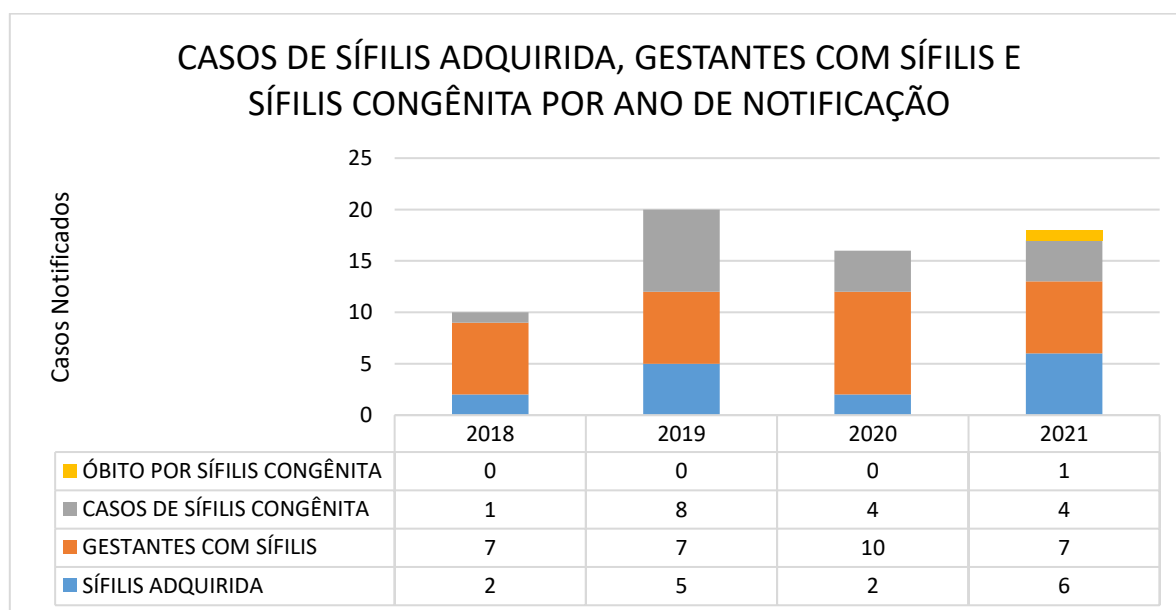


Fonte: Brasil, (2021a). Os dados disponíveis na base de dados, somente até o mês de dezembro de 2020.

No gráfico acima, chama a atenção os elevados índices de detecção de sífilis no município nos anos de 2019 ( $\uparrow$  283% em relação à taxa nacional) e 2020 ( $\uparrow$  157% em relação à taxa nacional), inclusive bem acima das taxas nacional, regional e estadual no mesmo período. Com isto, reforça-se que as ações de promoção, prevenção e proteção da saúde em todos níveis de atenção voltadas à saúde materno-infantil, são essenciais para que se evitem as transmissões verticais da patologia.

Para melhor visualização dos casos de sífilis ocorridos no município de Santa Barbara do Pará, o gráfico 5 descreve em números absolutos os casos de sífilis adquirida em adultos, gestante com sífilis e sífilis congênita entre os anos de 2019-2021.

Gráfico 5: Casos notificados de sífilis adquirida, gestante com sífilis, sífilis congênita e óbito por sífilis congênita por ano de notificação.



Fonte: SINAN (2021) e SIM (2021). As informações referentes ao ano de 2021, compreendem o período de janeiro a junho de 2021.

Destaca-se neste gráfico, o triênio que compreende os anos de 2019-2020-2021. No ano de 2019, do total de 20 casos de sífilis notificados no município, 7 ocorreram em gestantes (35%) e, 8 casos de sífilis congênita foram notificados tiveram como desfecho recém-nascidos com sífilis congênita (40% do total de casos).

Em 2020, foram notificados 16 casos de sífilis e destes 10 foram de sífilis em gestante (62,5%), neste ano foram notificados 04 sífilis congênita (25% do total de casos). Já no ano de 2021, até o mês de junho, foram notificados 18 casos de sífilis,

destes 7 ocorreram em gestantes (38,8%), 01 caso teve como desfecho sífilis congênita com o feto natimorto

Destaca-se que a ocorrência de sífilis congênita expressa uma falha da atenção ao pré-natal realizada na Atenção Primária em Saúde, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante e de seus parceiros são medidas bastante eficazes na prevenção desta forma de doença, sendo imprescindível a detecção na gestante em tempo hábil, ou seja, logo no primeiro trimestre (MOREIRA et al, 2020).

A Rede Cegonha, criada com o objetivo de assegurar às mulheres e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, ampliando o acesso aos testes rápidos de sífilis e de HIV (RODRIGUES; PASCHOALOTTO, 2018). Com o advento desta política, o Ministério da Saúde adotou a política pública de oferecimento do teste rápido para as gestantes durante o pré-natal, com aconselhamento pré e pós-teste, que também pode ser realizado na Atenção Primária em Saúde (SANTOS, 2016).

A sífilis congênita é agravo evitável, desde que a sífilis gestacional seja diagnosticada e tratada oportunamente. Entretanto, apesar dos esforços, ainda permanece como grave problema de saúde pública e evidencia lacunas especialmente na assistência pré-natal (REYES et al 1993). A maior parte dos casos de sífilis congênita é decorrente de falhas na testagem durante o pré-natal, ou de tratamento inadequado ou ausente da sífilis materna (LAGO; VACCARI; FIORI, 2013).

No Brasil, durante o acompanhamento pré-natal, toda gestante deve ser testada para sífilis pelo menos três vezes: na primeira consulta pré-natal (de preferência no 1º trimestre de gestação), no terceiro trimestre (a partir da 28ª semana de gestação) e no momento do parto (BRASIL, 2021).

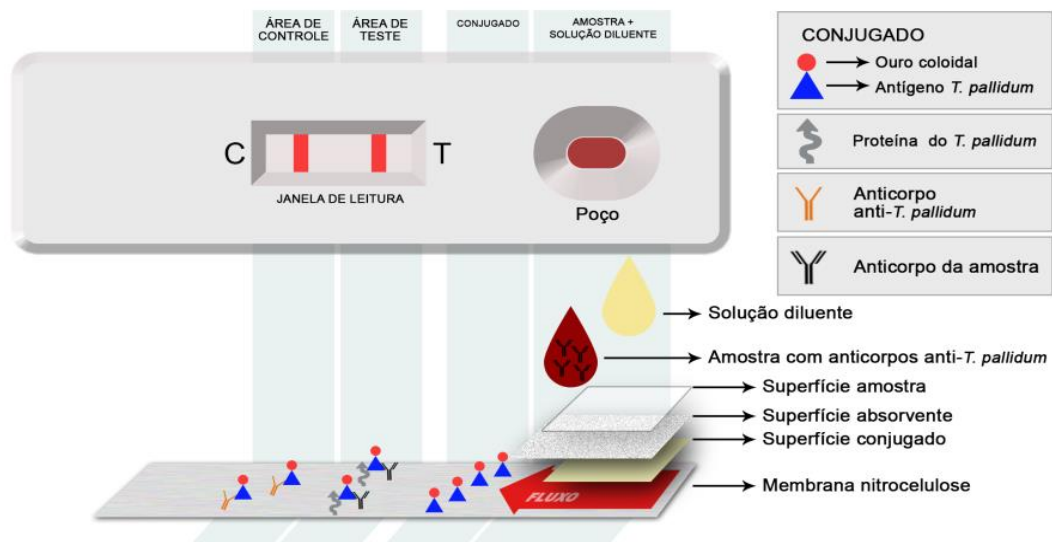
Para o diagnóstico da sífilis na gestação, utilizam-se preferencialmente os testes imunológicos que se caracterizam pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma e, podem ser divididos em treponêmicos e não treponêmicos.

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. Estes testes são qualitativos e definem a presença ou ausência de anticorpos na amostra (TELELAB, 2019). São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar (BRASIL, 2020).

Os testes treponêmicos, habitualmente são os mais utilizados na rede de atenção primária em saúde, e dentre eles, o Teste Rápido (TR) que utiliza principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral (Figura 1) ou de plataforma de duplo percurso (DPP) (Figura 2).

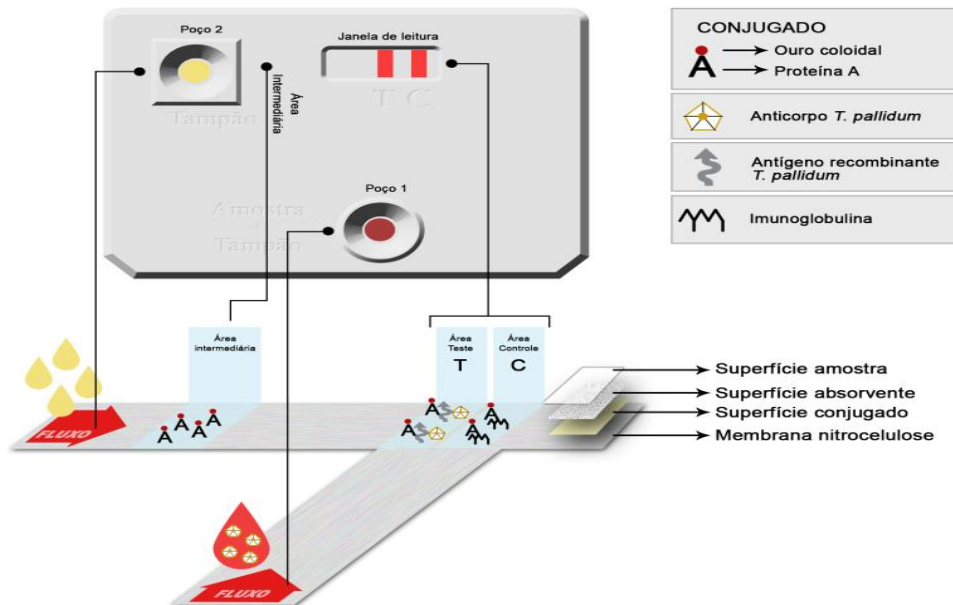
Segundo (TELELAB, 2019), os testes rápidos são todos aqueles em que se faz a execução, leitura e interpretação do resultado em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial e a sua leitura dos resultados pode ser feita a olho nu. Sua execução deverá ser feita por pessoas treinadas e capacitadas. São práticos e de fácil execução, e ainda possuem a vantagem de poderem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa (BRASIL, 2021b).

Figura 1: Teste Rápido para Sífilis por Imunocromatografia de Fluxo Lateral.



Fonte: Manual TELELAB- Sífilis (2019)

Figura 2: Teste Rápido para Sífilis por Plataforma de Duplo Percurso (DPP)



Fonte: Manual TELELAB- Sífilis (2019)

Os testes rápidos têm a grande vantagem de serem realizados no momento da consulta pré-natal, possibilitando o tratamento imediato da pessoa testada, no caso de resultados reagentes. São distribuídos pelo Ministério da Saúde para estados e Distrito Federal, sendo os mais indicados para início de diagnóstico (BRASIL, 2020).

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Anteriormente denominados anticardiolipínicos, reagínicos ou lipoídicos. Esses anticorpos não são específicos para *Treponema pallidum*, porém estão presentes na sífilis (TELELAB, 2019).

Estes testes permitem a análise qualitativa (comumente utilizados em testes de triagem, determinando se a amostra é ou não reagente) e quantitativa (utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes em amostras previamente reagentes no teste qualitativo, também são utilizados para acompanhamento da resposta ao tratamento). Como exemplo de teste não treponêmico mais utilizado, está o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*) (BRASIL, 2020).

Quadro 1: Métodos diagnósticos de Sífilis: Testes Imunológicos

TESTES IMUNOLÓGICOS	CLASSIFICAÇÃO	TIPO DE TESTE	TÉCNICA UTILIZADA	OBSERVAÇÕES
	Não Treponêmicos	VDRL ( <i>Veneral Disease Laboratory</i> ) RPR ( <i>Rapid Test Reagin</i> ) TRUST ( <i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i> ) USR ( <i>Unheated Test Reagin</i> )	Floculação	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8).  Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
		Treponêmicos	FTA-Abs ( <i>Fluorescent treponemal antibody absorption</i> )	Imunofluorescência direta
	ELISA/EQL/CMIA ( <i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i> )		Imunoenzimáticos e suas variações	Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.
	TPHA/TPPA ( <i>Treponema pallidum particle agglutination assay</i> )		Aglutinação de partículas	São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.
	MHA-TP ( <i>microhemaglutinação para Treponema pallidum</i> )		Hemaglutinação	
Teste Rápido (TR)	Imunocromatografia			

Fonte: Adaptado de Brasil, 2020.

O estudo de Araújo et al (2012), diz que a taxa de infecção vertical de sífilis em mulheres não tratadas é de 70% a 100% nas fases primárias e secundárias da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária).

Outra estratégia para o combate da sífilis, foi a implantação em 2018 da *Pesquisa aplicada para integração inteligente orientada ao fortalecimento das redes de atenção para resposta rápida à sífilis* (Projeto “Sífilis Não”).

O projeto encerrado em 2020, surgiu a partir de uma articulação entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como uma necessidade clara de intervir sobre a epidemia declarada em 2016 de sífilis no Brasil, e tinha como em como objetivo principal reduzir a sífilis adquirida e em gestantes e eliminar a sífilis congênita no Brasil (VALENTIM et al, 2021).

No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável pela promoção de ações que visam o enfrentamento dos



problemas no processo saúde-doença da população e busca a longitudinalidade do cuidado aos indivíduos e a prevenção de agravos (MOREIRA et al, 2020).

Dentre as atividades que devem ser realizadas na Atenção Primária em Saúde, estão a notificação, a busca ativa de casos, o tratamento adequado de parceiros sexuais e o acompanhamento sorológico que comprove a cura da doença (FIGUEIREDO et al, 2015). Quanto ao papel da APS no enfrentamento da sífilis, os mesmos autores afirmam ainda que:

Considerando que a relação entre serviços de saúde e comunidade é mais próxima através da Atenção Primária em Saúde, esta se torna imprescindível para o enfrentamento da infecção, quanto a detecção de casos, diagnóstico de indivíduos, parceiros ou de gestantes. Em que o objetivo do controle da sífilis é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção para que não ocorra novos casos (p.09).

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, além da qualificação da assistência ao parto são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL,2013).

De acordo com o estudo de Santos et al (2020), no contexto da atenção básica, a equipe de enfermagem desempenha um papel importante no acolhimento da população, avaliando e encaminhando esses pacientes às áreas de atenção primária, secundária e terciária conforme a sua necessidade (p. 67).

Dentro da rotina pré-natal, o teste rápido é realizado na maioria das vezes pelo profissional enfermeiro, inserido dentro da consulta de enfermagem, que, segundo a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da profissão, é privativo do enfermeiro (COFEN, 1986).

A consulta de enfermagem, é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida (BRASIL, 2013). Dentre as atividades previstas na consulta de enfermagem de pré-natal de gestação de risco habitual, estão:

- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para

tratamento das IST como a Benzilpenicilina Benzatina, conforme protocolo da abordagem sindrômica); (BRASIL, 2013)

Entre as atividades a serem priorizadas no âmbito da APS, além da melhoria da oferta e qualidade do diagnóstico e tratamento da sífilis, ressalta-se o papel da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciando-se pelo papel dos agentes comunitário de saúde nas ações de educação em saúde e na busca ativa de gestantes e parceiros, o que coloca em destaque a importância de modelos de atenção como a ESF (MORORÓ, 2015).

A organização do processo de assistência no pré-natal compromete a efetividade do tratamento da sífilis durante a gestação, o que torna evidente a urgência de se repensar as práticas relacionadas às oportunidades de tratamento da sífilis, conferindo maior responsabilidade dos diversos pontos da rede, especialmente nas unidades de APS (SANINE, et al, 2016).

Quanto à dificuldade da adesão ao tratamento por parte dos parceiros sexuais, Capilheira e Santos (2006) apontam que, a dificuldade de tratamento do parceiro sexual de portadores de IST pode estar relacionada à própria construção histórica das políticas de saúde, que sempre foram excludentes em relação ao homem, provocando a baixa procura por atendimento.

Além disto, a baixa adesão ao tratamento pode também estar associada à visão deturpada a qual os homens têm em relação à saúde, ao atribuir à mulher a responsabilidade pelo cuidado (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007). Por outro lado, existem ainda questões inerentes aos serviços (horário de funcionamento, etc.) e, para Bertoni et al (2009), a questão também diz respeito ao tipo de comportamento dos parceiros (uso de drogas e álcool).

## 1.2 -Itinerário Terapêutico e Articulação com a Linha de Cuidado

Desde os primórdios, as ciências sociais em saúde têm-se ocupado de explicar atividades desenvolvidas pelas pessoas para buscar tratamento à doença ou aflição (ALVES, 2016). Os caminhos percorridos por pessoas na busca de cuidados terapêuticos para seus problemas de saúde, são definidos pela literatura socioantropológica como Itinerários Terapêuticos (IT's) (DEMÉTRIO, 2019).

O estudo dos IT's, tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento (ALVES; SOUZA, 1999). Para os mesmos

autores, a análise do IT não se limita a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura (p. 125).

Os primeiros estudos realizados abordando a temática dos IT's se aproximavam mais do conceito criado em 1960 por Mechanic e Volkart, o *illness behavior* (comportamento do enfermo), estes trabalhos postulavam que as escolhas dos indivíduos para resolver suas questões de saúde eram orientadas por um processo de avaliação racional baseada na lógica do custo-benefício (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2015).

Ainda, para os mesmos autores, esses estudos:

buscavam explicar como os valores culturais determinavam o volume de utilização de serviços médicos profissionais e, evidenciaram a importância de fatores extrabiológicos na definição popular sobre doença e sobre os modos de fazer face à mesma (p.847).

A partir da década de 1970, alguns trabalhos etnográficos passaram a salientar o fato de que as sociedades, e mesmo os grupos sociais dentro delas, não só elaboram diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças, como estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem comportar-se quando estão doentes (LEWIS, 1981 *apud* ALVES; SOUZA, 1999). De acordo com os mesmos autores, a análise sobre o IT, dirigiu-se então para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde (p.128).

Diante deste panorama, ao final da década de 1970, Arthur Kleinman criou um modelo que priorizava o estudo das práticas médicas e cura, além disto, criou um conceito de sistema de cuidados com a saúde (*health care system*):

em que aponta uma articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados com a saúde, tais como: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados (KLEINMAN, 1978).

De acordo com Alves e Souza (1999), outro conceito desenvolvido por Kleinman, foi o conceito de 'modelo explicativo' que o mesmo define como:

Um conjunto articulado de explicações sobre doença e tratamento, que determina o que se pode considerar como evidência clínica relevante e como se organiza e interpreta esta evidência com base em racionalizações

construídas por perspectivas terapêuticas distintas [...], os modelos explicativos populares se baseiam em um grupo de estruturas cognitivas que têm seu fundamento na cultura compartilhada por todos os integrantes de um certo grupo (p.129).

De acordo com Harrel (1991), dentro desta perspectiva supõem-se que os indivíduos interpretem certos tipos de prática como 'mais adequadas' para lidar com certos tipos de doenças, de tal forma que se considera que os padrões de seleção entre alternativas terapêuticas sejam definidos por certas situações de enfermidade.

Conill et al (2008) apontam que os arranjos estabelecidos por usuários na superação de problemas de acesso e integralidade expressam uma riqueza pouco aproveitada durante a formação de profissionais ou mesmo por pesquisadores e gestores em saúde.

Segundo o entendimento de Gerhardt et al (2016,) são relevantes os estudos que buscam desvelar os IT's pois:

Partem do relato dos usuários em primeira pessoa, da vivência de adoecimento e/ou sofrimento, com seus significados subjetivos e suas correlações com o contexto vivido e suas relações sociais. Demonstram os esforços empreendidos para acessar os serviços de saúde e as escolhas efetuadas frente aos momentos de decisão. Permitem perceber os constrangimentos, as facilidades, as mediações necessárias e sobretudo, os diálogos efetivados entre os vários atores envolvidos no trajeto. Também permitem discutir os valores e seus juízos empregados na percepção de qualidade do cuidado oferecido, sua efetividade técnica e prática para a vida dos usuários (p.29).

Demétrio (2019), ressalta ainda que partindo desta compreensão, os estudos ao sobre IT ao abordarem o cuidado à saúde, e não apenas os cuidados médicos/terapêuticos à saúde, podem avançar na medida em que abordam os sistemas de cuidados pelo prisma da concepção positiva de saúde. Pois, estes estudos passam a considerar como elementos principais de estudo tanto a experiência de enfermidade como a da saúde, significados em consonância com os distintos socioculturais da vida, na avaliação, no planejamento, na organização e na gestão efetivos (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Estudos como o de Bellato, Araújo e Castro (2008), ao discutirem a produção científica sobre a avaliação em saúde a partir dos atores que constituem e transitam nos serviços, chegaram à conclusão que:

a construção dos itinerários terapêuticos permite apreender discursos e práticas que expressam diferentes lógicas através das quais os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde podem ser questionados,

na medida em que estes evidenciam tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e de buscas por cuidados (p.172).

Para Barbosa e Sá (2016), com o estabelecimento de um IT, torna-se possível confrontar as disparidades entre a oferta real de serviços e aquilo que está presente nos documentos oficiais, nas suas características e especificidades, uma vez que as escolhas dos indivíduos são baseadas nestes contextos e nas construções que eles fazem acerca do processo de adoecimento e das condições de saúde (p. 71).

Silva, Sancho e Figueiredo (1999), salientam que por mais que existam fluxos programáticos visando orientar o percurso dos cidadãos pelo sistema de saúde, esses nem sempre correspondem àquele percorrido ou almejado pelas pessoas, resultando em peregrinações malsucedidas por diferentes serviços de saúde.

Para Brasil (2019), as Linhas de Cuidado caracterizam-se como:

padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema. Tem como objetivo principal o de orientar o serviço de saúde para que ele cumpra o papel de cuidado do paciente e de suas necessidades é uma estratégia que contribui para o fortalecimento da assistência, e também da promoção e da prevenção em saúde.

As Linhas de Cuidado foram desenvolvidas sob a perspectiva do cenário de saúde pública brasileira, sua implantação deve ter a Atenção Primária em Saúde como gestora dos fluxos assistenciais, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2020). De acordo com o mesmo autor, possuem dentre os objetivos:

- ✓ Orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades;
- ✓ Demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção;
- ✓ Estabelecer o “percurso assistencial” individual dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades.

Franco, Santos e Salgado (2011), reforçam que a apreensão de linha de cuidado como mero fluxo, que instrumentaliza a gestão e permite o estabelecimento de protocolos clínicos, pode ser ampliada e reconfigurada a partir da proposição da Linha de Cuidado Integral em Saúde, que é a ‘imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde’ (MALTA; MEHRY, 2010).

No intuito da implantação da linha do cuidado integral, o Ministério da Saúde refere que “as linhas de cuidado descrevem rotinas do itinerário do paciente,

contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde” (BRASIL, 2020). Ainda, vislumbram a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um *continuum* assistencial.

A preocupação com os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados em saúde-doença “em sido considerada elemento importante na compreensão positiva de saúde (CZERESNIA, 1999), uma vez que esses não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados”. Além disso, pode “subsidiar processos de organização, planejamento e gestão dos serviços de saúde, na construção de práticas cuidadoras compreensivas e contextualmente integradas” (CABRAL et al, 2011).

No presente estudo, entende-se que se faz necessário o uso de conhecimentos sobre o Itinerário Terapêutico por este oferecer elementos teórico-práticos capazes de proporcionar maior diálogo entre a clínica e a biologia dos sujeitos, com vistas a atos de saúde interpretativos e compreensivos que levem em conta esses e outros aspectos da história pessoal, sociocultural e do adoecimento (DEMÉTRIO, 2019), e desta forma subsidiar os fluxos assistenciais que melhor atendam às necessidades da gestante com sífilis, conformando uma linha de cuidado.

## **2 – Objetivos**

### *Objetivo Geral:*

-Propor uma linha de cuidado municipal para gestantes com sífilis voltado para o cuidado integral.

### *Objetivos Específicos:*

-Analisar o Itinerário Terapêutico de gestantes diagnosticadas com Sífilis no município de Santa Bárbara do Pará.

-Identificar os fatores que possam interferir no sucesso ou insucesso no tratamento.

-Identificar as ações que possam oferecer a melhoria do cuidado às gestantes com sífilis.

### **3 - Material e Método**

#### **3.1- Tipo de Estudo:**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa descritiva. Quanto ao estudo qualitativo, Minayo (2001) afirma que:

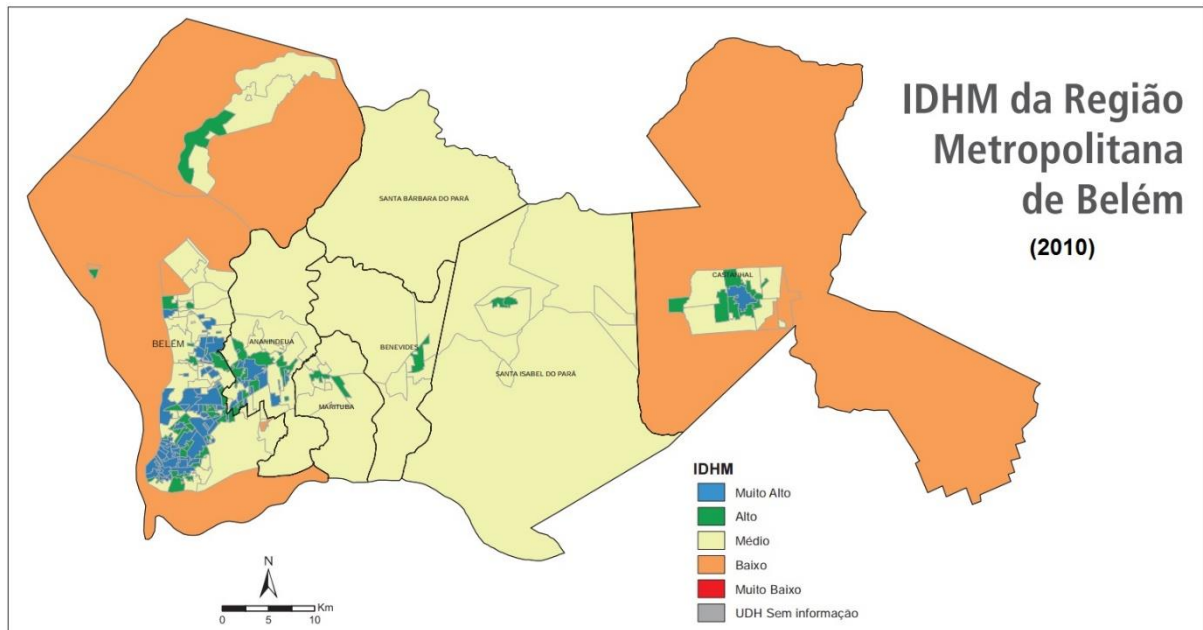
a pesquisa qualitativa nas ciências sociais, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (p.21-22).

De acordo com, Triviños (1987, p. 110), “aponta que o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade”. Ainda para o mesmo autor, o estudo descritivo pode ser utilizado quando a intenção do pesquisador é conhecer determinada comunidade, suas características, valores e problemas relacionados à cultura.

#### **3.2- Caracterização do Local de Estudo**

A pesquisa foi realizada no município de Santa Bárbara do Pará, pertencente à Mesorregião Metropolitana de Belém (composta pelos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara do Pará, Santa Izabel do Pará e Castanhal). Estes municípios, possuem uma área total de 3.565,80 Km<sup>2</sup>, comportam uma população total de 2.342,089 habitantes (1/3 da população do estado) (IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) médio da região, ficou em 0,745 (em uma escala de 0,000 a 1,000) para o ano de 2021.

Figura 3: IDHM da Região Metropolitana de Belém (2010).



Fonte: <http://geocartografiadigital.blogspot.com/2016/06/cartografia-e-idh-da-regiao.html>. Acesso em: 24/04/2023.

Entende-se por IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), por uma medida criada para enfatizar que as pessoas e o desenvolvimento de suas capacidades devem estar no centro das decisões ao avaliar o desenvolvimento de um país (Atlas de Desenvolvimento Humano, 2010).

O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) brasileiro, de fato, se baseia nas mesmas três dimensões do IDH Global (Índice de Desenvolvimento Humano), que são longevidade, educação e renda. No entanto, o IDHM é adaptado à realidade brasileira e utiliza indicadores específicos que refletem a situação dos municípios e regiões metropolitanas do país.

Por exemplo, enquanto o IDH Global utiliza a expectativa de vida ao nascer como indicador de longevidade, o IDHM usa a taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade de pessoas entre 15 e 64 anos. Da mesma forma, enquanto o IDH Global usa a taxa de alfabetização de adultos como indicador de educação, o IDHM usa a taxa de escolarização da população entre 5 e 6 anos, a taxa de escolarização da população entre 11 e 13 anos e a taxa de escolarização da população entre 15 e 17 anos.

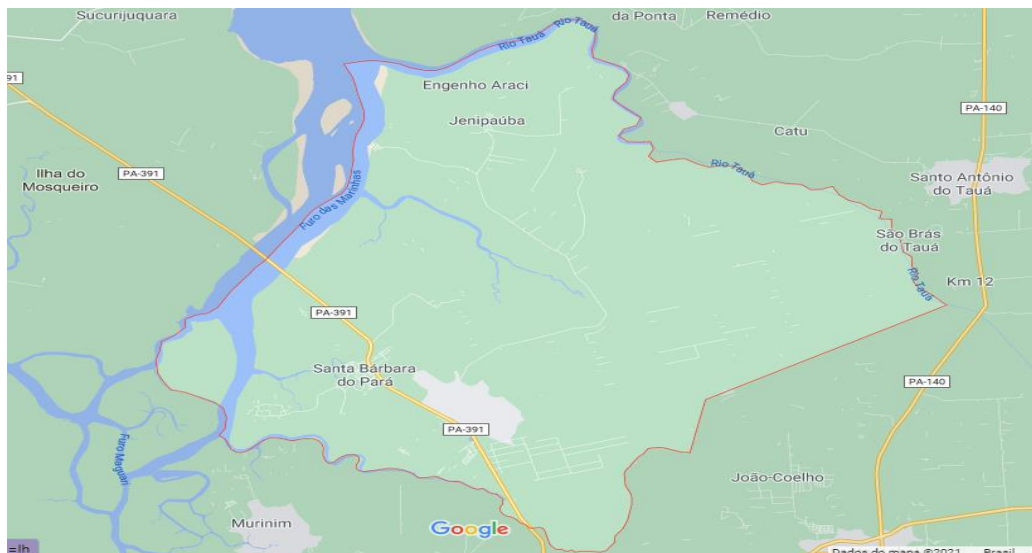
Portanto, embora ambos os índices avaliem os mesmos fenômenos, eles utilizam indicadores diferentes e, por isso, não são diretamente comparáveis. O IDHM é mais adequado para avaliar o desenvolvimento humano em nível municipal ou



regional, enquanto o IDH Global é mais útil para comparações internacionais entre países.

Dentro deste contexto, o município de Santa Bárbara do Pará apresenta-se com uma extensão territorial de 278,15 Km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 61,55 habitantes/Km<sup>2</sup> e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,627 (classificado como IDH mediano), em 2010. Em 2020, a população estimada para o município de acordo com IBGE era de 21.449 habitantes, destes 31,8%, estão em Zona Urbana e 68,2% na Zona Rural. A mesma estimativa, previu uma população feminina de aproximadamente 8.810 mil habitantes.

Figura 4: Mapa territorial do município de Santa Bárbara do Pará.



Fonte: Google Maps, 2021. Acesso em 22/01/2021.

- Ao Norte - Município de Santo Antônio do Tauá.
- A Leste - Município de Santa Izabel do Pará.
- Ao Sul - Município de Benevides.
- A Oeste - Município de Belém.

O município, na área da gestão financeira da saúde, ainda é regido por gestão básica. De acordo com o quadro 2 abaixo, a rede de saúde do município conta com uma unidade de urgência e emergência, uma base do SAMU, uma unidade de referência em Fisioterapia, uma academia da saúde, 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e mais 07 postos de saúde de apoio vinculados às UBS's localizados em

comunidades mais afastadas, onde estão lotadas 07 equipes de saúde da família (ESF), totalizando uma cobertura de 100% de atenção básica.

Quadro 2: Rede de serviços para o atendimento pré-natal existente no município de Santa Bárbara do Pará.

SERVIÇO	UNIDADE DE SAÚDE	POSTO DE SAÚDE VINCULADO
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	ESF Centro I e II + Equipe de Saúde Bucal	PS Ana Júlia PS Aracy
	ESF Pau Darco I e II + Equipes de Saúde Bucal	PS Exedito Ribeiro
	ESF Caiçaua + Equipe de Saúde Bucal	Não possui
	ESF Região de Genipaúba + Equipe de Saúde Bucal	PS Morada Nova
	ESF Genipaúba + Equipe de Saúde Bucal	PS Maurícia PS São Paulo das Pedrinhas PS Colônia Chicano
FISIOTERAPIA	Centro de Reabilitação	TODAS
LABORATÓRIO MUNICIPAL	Centro Especial de Saúde	TODAS
PSICOLOGIA	Unidade Básica de Saúde do Centro	TODAS
NUTRIÇÃO	Centro Especial de Saúde	TODAS
GINECOLOGIA	Unidade Básica de Saúde do Centro	TODAS
PEDIATRIA	Unidade Básica de Saúde do Centro	TODAS
ULTRASSONOGRAFIA	Centro Especial de Saúde	TODAS
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Centro Especial de Saúde	TODAS
ACADEMIA DA SAÚDE	Academia da Saúde	TODAS
SAMU	Base do SAMU	TODAS

Fonte: Elaboração própria com base na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2022.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a gestante deve procurar o atendimento pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS), que são as portas de entrada para o acompanhamento pré-natal. As UBS são os serviços de saúde mais próximos da população e são responsáveis pelo atendimento primário em saúde, incluindo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças, além do acompanhamento pré-natal.

Nesses serviços, a gestante terá acesso às consultas com médicos e enfermeiros especializados em atenção materno-infantil, exames de rotina, orientações sobre nutrição e cuidados na gestação, vacinas e outros serviços de saúde necessários.

No município de Santa Bárbara do Pará, o atendimento pré-natal é oferecido em todas as unidades básicas de saúde com atendimentos à gestante e parceria. As

UBS's do município são a porta de entrada preferencial das gestantes, onde o atendimento é realizado prioritariamente por profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos. Os exames de rotina pré-natal, são realizados em parte pelo laboratório municipal com agendamento prioritário para as gestantes e, o restante dos exames são encaminhados para laboratórios pactuados com o município.

Os exames laboratoriais ofertados às gestantes do município são: testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, hemograma completo, glicemia em jejum, colesterol total, VDRL, triglicerídeos, uréia, creatinina e urina tipo 1 (rotina). Já alguns exames mais complexos, como as sorologias para HIV, hepatites virais, toxoplasmose, citomegalovírus e HTLV e urocultura, são marcados via regulação para o Laboratório Central (LACEN) ou outros laboratórios particulares conveniados. Complementando a rede de atenção, o município conta com profissionais da fisioterapia, educação física, nutrição, ginecologia, ortopedia, pediatria, neurologia e urologia.

### 3.3-Participantes do Estudo

Inicialmente, foram convidadas a participar do estudo as 17 mulheres notificadas como gestante com sífilis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2019-2020-2021. A escolha do referido período deveu-se ao fato de se ter registrado um pico na incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita no município de Santa Bárbara do Pará, conforme Gráfico 5. Porém, devido à várias circunstâncias, conseguimos entrar em contato com 10 participantes e destas, 08 aceitaram em participar da pesquisa.

### 3.4-Critérios de inclusão e exclusão das participantes do estudo

Estabeleceu-se como critério de inclusão: mulheres/gestantes maiores de 18 anos, residentes no município de Santa Bárbara do Pará, que receberam diagnóstico de sífilis durante a gestação ocorrida nos anos de 2019, 2020 ou 2021 e que tenham sido notificadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

Como critérios de exclusão definiu-se: gestantes menores de 18 anos ou gestantes que tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação ocorrida nos anos 2019, 2020 ou 2021 que tenham mudado para outro município.

### 3.5-Coleta de Dados

A coleta de dados foi iniciada somente após as autorizações da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara do Pará e do comitê de ética em pesquisa e, ocorreu em duas etapas:

1ª etapa: Levantamento de dados em duas fontes documentais, fichas de notificação e prontuários das unidades básicas de saúde. Das fichas de notificação de sífilis das usuárias participantes do estudo foram levantados dados de unidade notificadora, dados específicos da patologia e dos prontuários serão extraídos dados referentes ao pré-natal e/ou parto (IG de início do pré-natal, nº de consultas, realização de exames, tratamento realizado etc.) e informações sobre o tratamento do parceiro. As informações coletadas foram lançadas em planilha Excel construída para a realização do estudo (Apêndice A).

2ª Etapa: Foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Para Minayo e Costa (2018), “a entrevista constitui-se de uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa de um entrevistador e destinada a construir informações pertinentes a determinado objeto de investigação”. Ainda, para os mesmos autores:

a entrevista semiestruturada ao combinar questões formuladas previamente com outras abertas, permite ao entrevistador um maior controle sobre o que se pretende saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, dar espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados (p. 142).

Para realização das entrevistas foi utilizado um roteiro dividido em duas partes: a primeira contendo perguntas fechadas de caracterização sócio demográfica (idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação, raça, etc.). A segunda parte do roteiro, foi composta por perguntas abertas com foco no pré-natal, conhecimento prévio das gestantes sobre a doença, sentimentos ao receber o diagnóstico de sífilis, sobre o quais atitudes elas tiveram ao receber o diagnóstico de sífilis, repercussões da doença para a participante e família, quais serviços de saúde e apoios que receberam durante o pré-natal, parto e puerpério tendo em vista o tratamento da sífilis (Apêndice B).

Foram realizadas 08 entrevistas. Algumas entrevistas foram áudio gravadas em mídia digital (aparelho telefone celular modelo A51) quando a participante autorizou e transcrita posteriormente, outras entrevistas nas quais a participante não autorizou a áudio gravação, as respostas foram anotadas de forma manual no próprio roteiro de

entrevistas. Foi solicitado o apoio das equipes de saúde da família para a confirmação e localização do endereço das participantes do estudo.

As participantes foram convidadas a participar por meio de visitas domiciliares realizadas pela pesquisadora, momento em que foram agendadas as datas e locais das entrevistas, das mulheres que aceitaram participar. A data e o local das entrevistas ficaram a critério das participantes, de forma com o que pudessem sentirem-se mais à vontade, neste momento também, foram utilizados codinomes às participantes utilizando a letra M acompanhada de um número correspondente à ordem de participação das mulheres nas entrevistas (exemplo: M1, M2 e assim por diante). O tempo médio para a realização das entrevistas foi em torno de 40 minutos.

Considerando que as entrevistas foram presenciais, para a garantia da segurança à saúde da pesquisadora e participantes, foram adotadas as medidas de proteção contra a COVID-19, como: utilização máscaras cirúrgicas pela entrevistadora e participante, utilização de álcool em gel a 70% e respeito ao distanciamento mínimo de 1,5 metros entre a participante e pesquisadora. A pesquisadora forneceu máscaras cirúrgicas e o álcool em gel às participantes.

### 3.6-Análise de dados

Os dados do levantamento documental e da caracterização sócio demográfica obtida nas entrevistas foram tratados com o apoio do software Microsoft Excel®, e organizados para serem apresentados por meio de estatística descritiva simples.

A análise das questões abertas das entrevistas deu-se posteriormente à transcrição em programa Microsoft Word®. A análise de conteúdo foi realizada apoiada no referencial teórico de Arthur Kleinman (ALVES; SOUZA, 1999).

Na concepção de Kleinman, a saúde, a doença e os aspectos relacionados ao cuidado estão articulados como em um sistema cultural envolvendo o simbólico onde, este é constituído por valores, significados e normas de comportamento (ANDRADE; VIEIRA, 2018).

Dentro desta perspectiva, se buscará identificar os três setores ou sub-sistemas propostos pelo autor:

- Setor de cura profissional (professional sector), que inclui os profissionais da medicina tradicional ocidental ou de medicinas tradicionais (como a chinesa, por exemplo), que detêm o conhecimento técnico-científico;

-Setor das curas populares (folk sector), inclui pessoas que não são profissionais da cura, como as ligadas a grupos religiosos (pastores, curandeiros, benzedeadas) e seculares. Este setor envolve as crenças e culturas em que o indivíduo está inserido, assim as doenças são identificadas e tratadas dentro deste contexto.

-Setor informal (popular sector) inclui a família, a comunidade e todo tipo de atividade e de apoios de redes sociais. Neste setor, o adoecimento é inicialmente reconhecido e tratado, sendo em geral o ponto de partida do processo terapêutico, e envolve as noções de senso comum, compartilhadas pelos indivíduos, suas famílias, suas redes sociais e membros próximos da comunidade.

Segundo Andrade e Vieira (2018) o estudo dos itinerários terapêuticos com base nos subsistemas de saúde propostos por Kleinman, é fundamental, visto que viabiliza o entendimento do processo assistencial em sua macro e microestrutura.

### 3.7- Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo as recomendações da Resolução CNS nº 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos e obteve o parecer favorável no final do mês de maio sob o número de parecer nº 5.435.386, CAAE: 56232822.6.0000.5393. A manifestação de autorização e aceitação de participação na pesquisa se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

## 4- Resultados

### 4.1- Perfil Socioeconômico e Epidemiológico das entrevistadas.

Ao final da realização das entrevistas, coleta de dados nos prontuários e busca nas fichas de notificação do SINAN, foi possível delinear o perfil das participantes do estudo. Para tal, serão apresentados inicialmente os resultados obtidos pelos dados coletados das fichas de notificação do SINAN de Sífilis em Gestantes, das 17 mulheres inicialmente selecionadas no sistema para o estudo, 01 (uma) foi excluída por ser menor de idade, restando para esta análise a amostra correspondente 16 gestantes, posteriormente, foram colhidos dados dos prontuário referentes às mesmas gestantes notificadas.

Na tabela 03, descreve-se o perfil socioeconômico constantes nas fichas de notificação do SINAN e prontuários das gestantes notificadas.

Tabela 3: Perfil Socioeconômico das Gestantes Notificadas

PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS GESTANTES NOTIFICADAS		
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
15-19 anos	06	37,5
20-24 anos	05	31,2
25-29 anos	04	25
30 anos e +	01	6,2
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Solteira	04	25
União Estável/Casada	05	31,2
Ignorado ou Não Informado	07	43,7
<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Dona de Casa	06	37,5
Estudante	03	18,7
Ignorada ou Não Informada	07	43,7
<b>RAÇA/COR</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Branca	03	18,7
Parda	10	62,5
Negra	01	6,2
Amarela	01	6,2
Ignorada ou Não Informada	01	6,2
<b>RENDA FAMILIAR</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
01 - 02 Salários Mínimos	14	87,5
02 - 03 Salários Mínimos	02	12,5
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Ensino Médio Completo	06	37,5
Ensino Médio Incompleto	01	6,2
Ensino Fundamental Completo	01	6,2
Ensino Fundamental Incompleto	04	25
Ignorada ou Não Informada	04	25

Fonte: Elaboração própria, adaptada do SINAN, 2022.

De acordo com a tabela acima, nota-se um maior número de notificações em mulheres jovens com idade entre 15 e 24 anos, com maior predominância na faixa etária dos 15-19 anos, com um percentual de 37,5% do total de gestantes notificadas.

Quanto ao critério de raça/cor, a maioria das mulheres notificadas se autodeclararam como sendo pardas (n=10) no momento da notificação. Ainda, a maior parte das mulheres notificadas possuíam o ensino médio completo (n=6), em seguida estão as que informaram possuir o ensino fundamental incompleto (n=4). Ocorreu uma predominância entre as mulheres, de uma renda familiar total entre 1 a 2 salários mínimos.

Percebe-se, que existe um quantitativo importante e significativo de notificações, onde não há a informação da ocupação da usuária notificada (n=7), deste modo, o déficit destas informações prejudica uma análise mais apurada deste dado.

Tabela 4: Perfil Epidemiológico das Gestantes Notificadas

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES NOTIFICADAS		
<b>TRIMESTRE DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
1º Trimestre	05	31,2
2º Trimestre	07	43,7
3º Trimestre	04	25
<b>CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Primária	04	25
Secundária	01	6,2
Terciária	07	43,7
Latente	01	6,2
Ignorada	03	18,7
<b>PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTEMENTE À GESTANTE?</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Sim	11	68,7
Não	03	18,7
Não informado/Ignorado	02	12,5
<b>TESTE TREPONÊMICO NO PRÉ NATAL</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Reagente	10	62,5
Não Reagente	03	18,7
Não Realizado	03	18,7
<b>TESTE NÃO TREPONÊMICO POR TITULAÇÃO INFORMADA</b>	<b>n= 16</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Não Reagente	01	6,2
Reagente (1/2)	02	12,5
Reagente (1/4)	03	18,7
Reagente (1/8)	02	12,5
Reagente (1/12)	01	6,2
Reagente (1/16)	02	12,5
Reagente (1/32)	02	12,5
Reagente (1/60)	01	6,2
Reagente (1/64)	01	6,2
Não Realizado	01	6,2



IDADE GESTACIONAL QUE INICIOU O PRÉ NATAL*	n= 16	Porcentagem (%)
Até 12 semanas	05	31,2
13s-26 semanas	08	50
27 semanas ou +	03	18,7
Nº DE GESTAÇÕES	n=16	Porcentagem (%)
Primigesta	06	37,5
Secundigesta	10	62,5

Fonte: Elaboração própria, dados retirados dos prontuários e fichas de notificação do SINAN, 2022.

De acordo com a tabela 4, a qual trata do perfil epidemiológico das gestantes notificadas, de acordo com o trimestre de diagnóstico da doença, foi observado que a maioria dos diagnósticos de sífilis (7 gestantes) foi realizado no 2º trimestre de gestação, e 5 gestantes foram diagnosticadas no 1º trimestre de gestação, isto deve-se principalmente ao fato da realização do teste rápido para sífilis para todas as gestantes na oportunidade da primeira consulta de pré-natal. Estes dados de trimestre de diagnóstico, corroboram para outro dado informado na tabela, que corresponde ao início de pré-natal por idade gestacional.

No que diz respeito à distribuição das gestantes de acordo com a classificação clínica no momento do diagnóstico, observou-se que 07 das gestantes notificadas (43,7%), foram classificadas como sífilis terciária, 04 gestantes foram classificadas como sífilis primária (25%) e 03 não tiveram a classificação assinalada ou sua classificação foi ignorada no momento da notificação (18,7%).

Quanto à informação em relação ao tratamento do parceiro, na grande maioria (n=11) foi encontrada a informação de que o parceiro foi tratado concomitantemente com a gestante (68,7%), enquanto que em 03 ocasiões houve a informação de que o parceiro não foi tratado (18,7%) e, em 12,5% dos casos esta informação não foi encontrada ou assinalada como ignorada.

Dentre as gestantes que realizaram os testes não treponêmicos a maioria obteve titulações tidas como baixas, entre 1/2 e 1/8 (07 gestantes) podendo caracterizar-se como detecção de resultado falso positivo ou cicatriz sorológica, ainda, 01 (uma) gestante não realizou o teste e outra teve o resultado não reagente. No próximo tópico, serão descritos os itinerários terapêuticos das mulheres entrevistadas, em busca de cuidados em saúde e gestão do cuidado.

Durante as buscas nos prontuários, não foram identificados instrumentos de classificação de risco gestacional, impossibilitando a análise de tal variável no presente estudo.

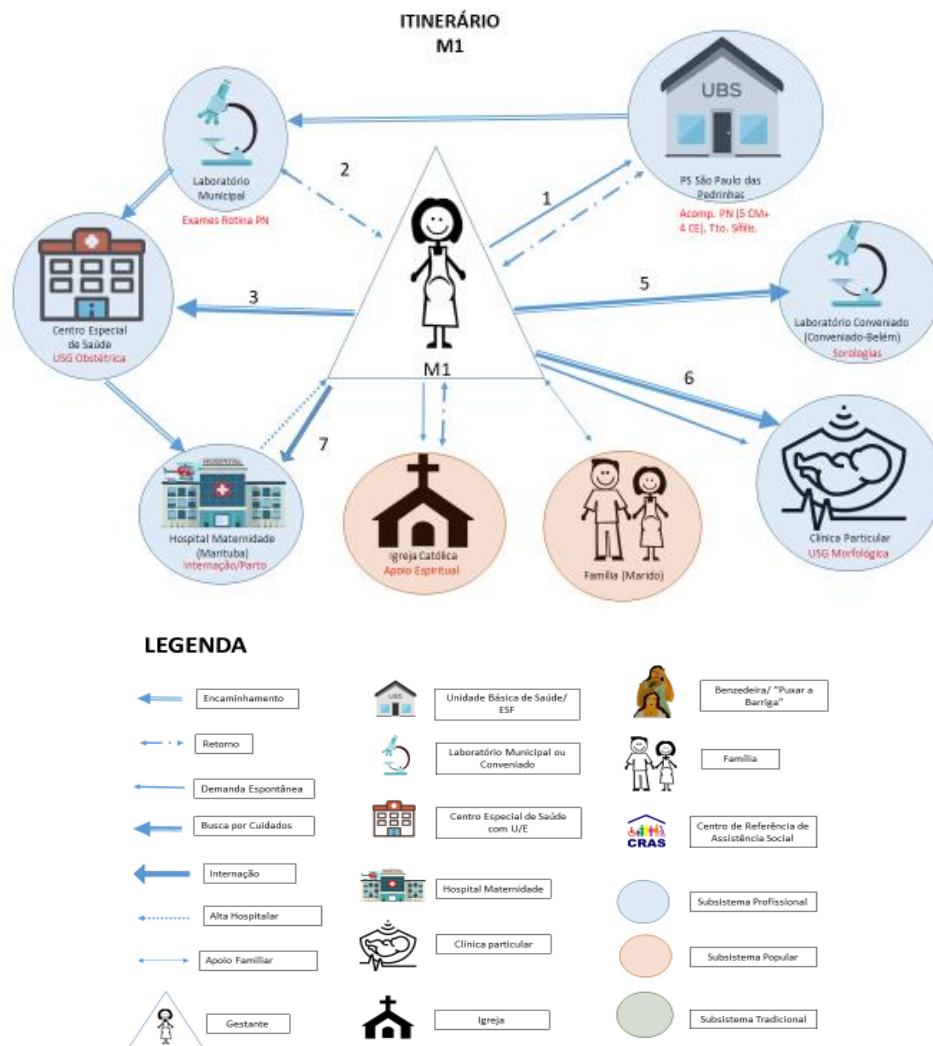
#### 4.2- Itinerário Terapêutico das entrevistadas

Nesta seção do estudo, trataremos da descrição dos itinerários terapêuticos das entrevistadas, construídos a partir dos relatos das entrevistadas no decorrer das entrevistas.

##### O Percurso de M1

M1, uma jovem mulher de 23 anos (idade no momento da entrevista), parda, casada há 5 anos, possui ensino médio completo. É dona de casa e a renda familiar é de até 2 salários mínimos, proveniente do trabalho do marido. Mora no bairro de São Paulo das Pedrinhas, região rural do município de Santa Bárbara, distante cerca de 15 quilômetros do centro da cidade. Primigesta, foi informada da gravidez, tinha 10 semanas e 5 dias. A mesma relatou que não planejou a sua gravidez, mas assim que soube, procurou iniciar o pré-natal.

Figura 5: Representação gráfica do itinerário de M1.



Fonte: Elaboração própria com base nas falas da entrevistada.

Relata que teve uma boa experiência de atendimento no pré-natal, pois não teve dificuldade para conseguir consulta médica, no posto de saúde de São Paulo das Pedrinhas. Realizou 5 consultas médicas e 4 com a enfermeira. Também disse que foi bem atendida pela médica.

Informou também que conseguiu realizar os exames sorológicos do pré-natal, além de uma ultrassonografia obstétrica, apesar do fator dificultador de ter que percorrer uma distância significativa dentro e fora do município para realizá-los, um facilitador para o acesso aos exames deu-se pelo fato da família possuir transporte próprio.

No início da gravidez, fez o teste rápido para sífilis e deu negativo, mas o exame de sangue (sorologia) deu positivo. Foi informada do resultado pela médica da equipe. Sobre a sífilis, não sabia nada até então. Não tinha ideia do que seria. Relata

que logo deram a ela as ampolas para fazer o tratamento. Assim expressa sua experiência:

- foi chato, porque a gente não espera! Me desesperei!! Mas, a médica me explicou tudinho direitinho, o que podia acontecer com o neném e comigo, eu fiquei um pouco mais tranquila. Mas, tive medo de perder o meu filho, ou de acontecer alguma coisa com ele, olhava cada ultrassom e via pra verificar se tava tudo certo. Conversei com o meu marido bastante, e fui buscar mais informação com a médica. Ele me apoiou em todas as consultas. Não mudou nada entre nós no relacionamento. O tratamento não foi uma experiência boa, mas tive que fazer.

M1 relata que foi atendida na unidade de saúde pela médica e pela enfermeira da equipe. Recebeu orientação de que não era para tomar nada que não fosse receitado. Seguiu essa orientação, pois as profissionais foram bem rígidas quanto a isso no pré-natal.

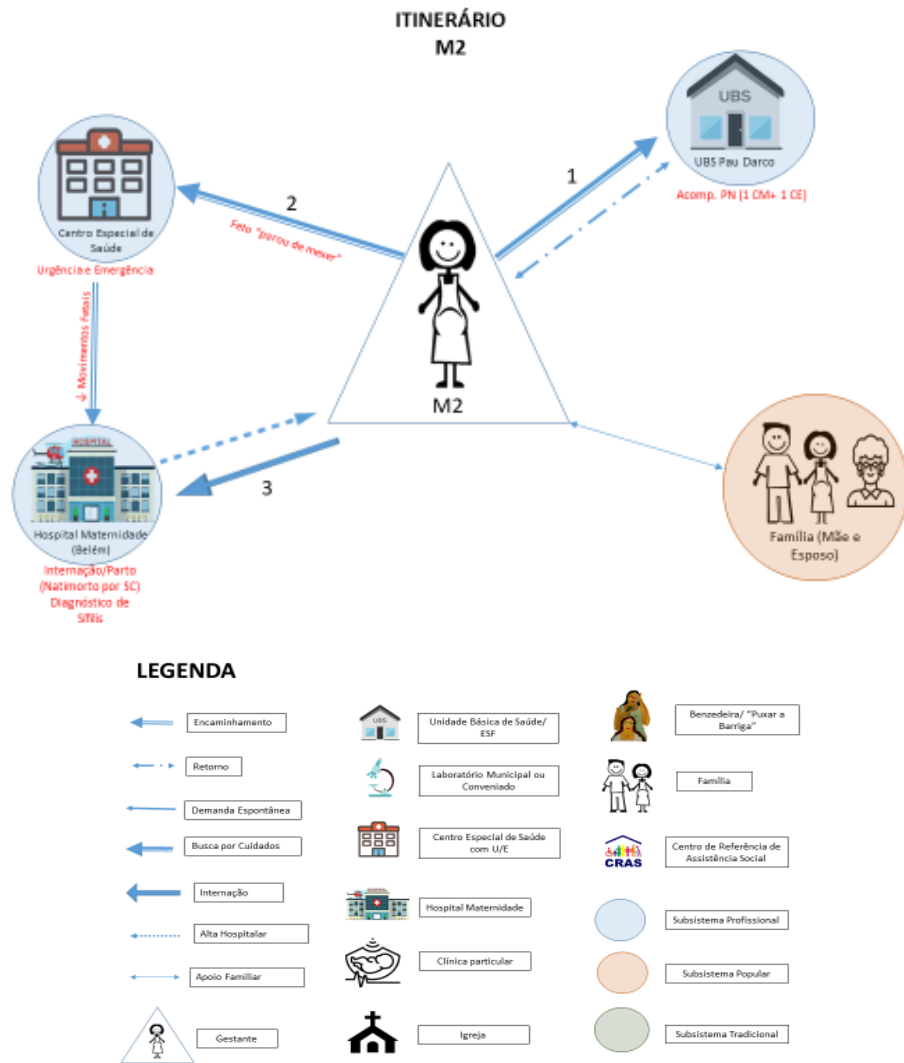
Em seu depoimento, M1 relata que não contou para mais ninguém da família sobre seu diagnóstico de sífilis, apenas para seu marido, porque nem sempre as pessoas entendem. A família dele a apoiou durante o pré-natal. Também recebeu apoio da agente comunitária de saúde e da igreja que frequenta. É católica.

Apesar do diagnóstico de sífilis e do tratamento, informou que foi bem orientada pela equipe de saúde e que seu pré-natal foi tranquilo e correu tudo bem. No momento do parto, procurou a urgência e emergência do município, de onde foi encaminhada para a maternidade do hospital da Divina Providência, no município de Marituba (ainda na região metropolitana de Belém), distante cerca de 28 quilômetros da sede do município. O bebê de M1 nasceu de parto vaginal, sem ser contaminado pela sífilis.

## O Percurso de M2

M2 é uma mulher parda, de 23 anos (no momento da entrevista), que completou o ensino médio. É solteira e dona de casa, mora no bairro do Livramento, próximo à área mais central do município. A gestação em que fez o diagnóstico de sífilis foi sua segunda gravidez. Na primeira não fez o pré-natal, com desfecho de abortamento no 5º mês de gravidez e relata que não tem histórico de sífilis anteriormente. A segunda gestação não foi planejada, iniciou o pré-natal no 3º mês de gestação, mas perdeu o bebê.

Figura 6: Representação gráfica do itinerário de M2.



Fonte: Elaboração própria com base nas falas da entrevistada.

Descreveu a sua experiência no pré-natal como ruim, devido ter tido dificuldade para receber atendimento na unidade de saúde, pois apesar da unidade não ser distante da sua casa, só havia atendimento médico três vezes na semana e com vagas reduzidas, fato este que dificultou o início e acompanhamento do seu pré-natal de maneira adequada.

Relatou que teve apenas duas consultas, uma vez com a médica e uma vez com a enfermeira e, não conseguiu fazer os exames de pré-natal solicitados, pois não conseguiu marcá-los. Como não se sentiu muito acolhida na unidade de saúde, não se sentiu muito à vontade para retornar e tentar atendimento com outros profissionais.

Informa que, sentiu repentinamente o bebê parar de mexer dentro de sua barriga e, ao perguntar à sua mãe, esta falou que isso era normal, que bebê poderia

estar dormindo. Mas, depois de 3 dias com a mesma sensação, foi procurar atendimento no serviço de urgência do município e, lá os profissionais não conseguiram realizar a ausculta dos batimentos do coração do bebê.

Da urgência foi encaminhada em uma ambulância, para o hospital-maternidade referência para parto de alto risco Abelardo Santos, distante aproximadamente 55 quilômetros de distância da sede do município (tempo de viagem 1h30min de viagem de carro).

Com 8 meses de gestação, quando foi para a maternidade, teve medo do que poderia acontecer a ela. A médica do setor de obstetrícia do hospital, deu a notícia que ela estava com sífilis e a enfermeira disse que a doença tinha tratamento.

No período de gestação não procurou nenhum outro serviço de saúde, apenas o posto de saúde, a urgência e a maternidade. Nesse período, contou apenas com o apoio de sua mãe e seu esposo. Sua mãe a acompanhou durante o tratamento. Não contou para mais ninguém sobre seu diagnóstico.

Em seu depoimento fala da decepção de perder o bebê:

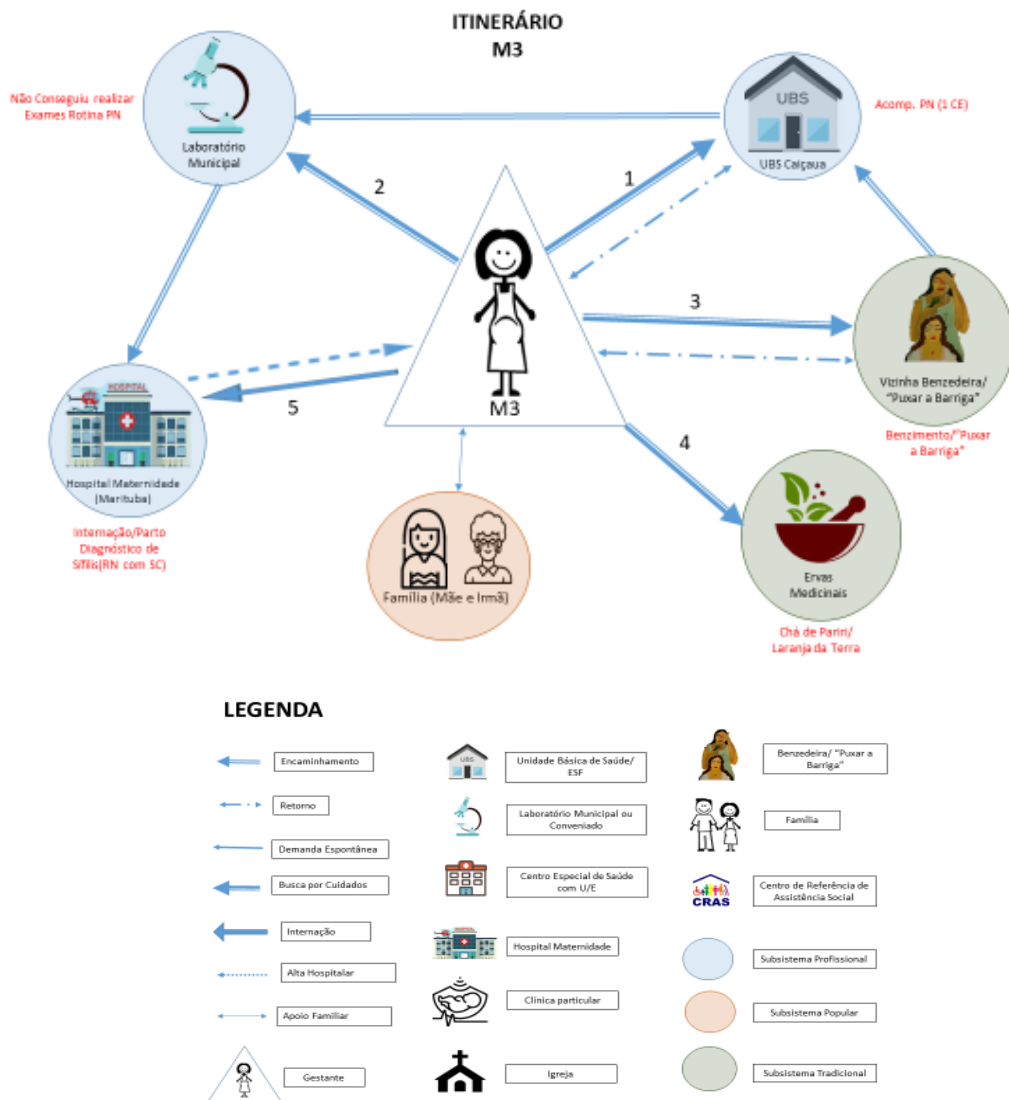
– Foi o segundo que eu perdi. O primeiro, perdi com 3 meses. Foi muito difícil, porque a gente nunca imagina que vai acontecer por causa de doença. Talvez, se tivesse sabido cedo, que tava com essa doença, tinha salvado o meu bebê. Agora, estou grávida de novo. Estou fazendo tudo direitinho, com a ajuda do meu tio que é agente de saúde.

O desfecho da gestação de M2, foi de óbito fetal decorrente de sífilis congênita. M2 tinha conhecimentos sobre a sífilis, que a transmissão se dava pela relação sexual, mas não sabia que fazia mal para o bebê. A 1ª e 2ª doses foram feitas na própria maternidade. O esposo fez o tratamento também. Relata que não sentiu nada durante o tratamento, o qual foi finalizado na UBS do município.

### O Percurso de M3

M3 é parda, tem 22 anos de idade no momento da entrevista, é estudante do ensino fundamental, solteira. Mora no bairro do Caiçaua, zona rural do município, distante 14 quilômetros do centro da cidade. Esta foi sua primeira gestação, mas não a planejou. Iniciou o pré-natal com 17 semanas e 3 dias.

Figura 7: Representação gráfica do itinerário de M3.



Fonte: Elaboração própria com base nas falas da entrevistada.

Relata que sua experiência não foi muito boa, onde começou o pré-natal com quase 5 meses e fez somente uma consulta com a enfermeira da estratégia saúde da família, onde lhe foram solicitados exames, mas M3 não conseguiu fazê-los, porque o laboratório não os estava fazendo na época de sua gestação e, além disso, a unidade onde são realizados os exames laboratoriais, fica localizada muito longe de sua casa, ainda, como mora longe, tinha que sair bem cedo e, não tem ônibus na sua localidade. Sobre a dificuldade de deslocamento, M3 relatou:

-É difícil, só quem tem carro ou moto...

Sobre o diagnóstico de sífilis, relata que ficou assustada quando soube da doença. Foi depois do parto, a enfermeira do hospital que a recebeu é que a informou da doença.

– Tomei um susto!! Porque nunca tive nada dessas doenças e tive a dor normal pra ter bebê. Fiquei com medo de ficar doente pra sempre e desconfiei do pai do bebê, porque eu não tinha relação com outra pessoa. Recebemos a notícia juntos no hospital. Fiquei mais chateada porque passou pro bebê e ele ficou com sequela, ele que tá penando, nasceu especial. (...) – Sabia que pegava tendo relação sem camisinha, mas não sabia que passava pro bebê. Não senti nada na gravidez.

Relata que durante a gravidez chamava a vizinha, ela “puxava” a barriga para ver se o bebê estava bem. Ela faz isso com as gestantes daquela localidade. Para prevenir anemia chupou laranja-da-terra e chá de pariri, itens da medicina popular recomendados pela sua vizinha, para uso concomitante com a medicação receitada pelos profissionais do posto de saúde.

Teve apoio da família, mãe e irmã, para quem contou sobre a sífilis. Teve receio da reação das pessoas:

- Fiquei um tempo sem ir pra igreja por vergonha e medo de me “maldarem”, sabe como é, né? Tem gente que só quer um pezinho pra falar mal da gente por aí, não queria dar este gosto. Nem o pastor soube.

Durante a entrevista, compartilhou sentimento de culpa por “*não ter corrido atrás*”. Acredita que se tivesse tido condições de fazer as consultas e exames no particular, seu filho não teria nascido especial.

O desfecho da gravidez de M3, foi de parto vaginal em maternidade de risco habitual, no município de Marituba, com feto diagnosticado com sífilis congênita e que posteriormente se tornou uma criança com sequelas neurológicas e auditivas.

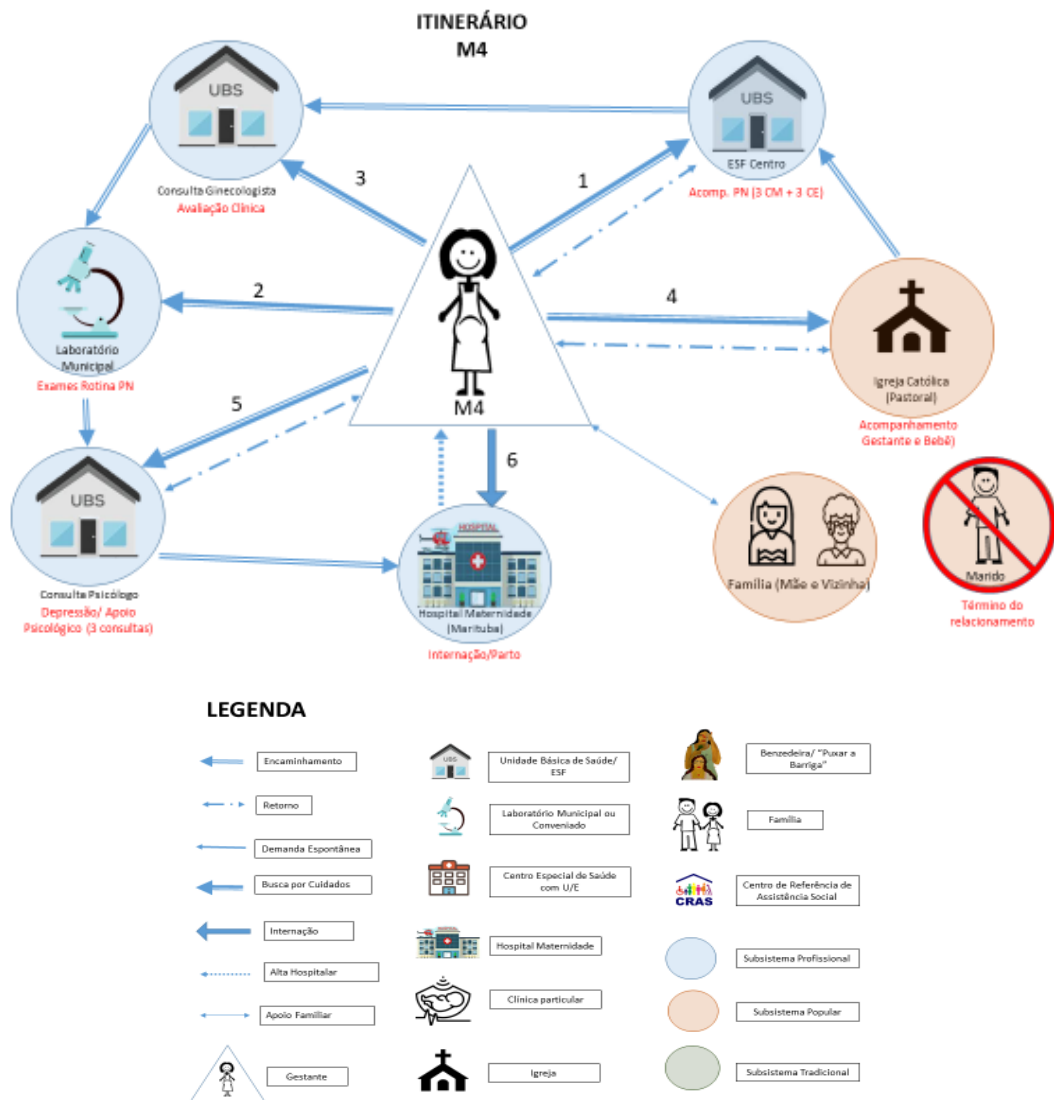
#### O Percurso de M4

M4, mulher jovem de 21 anos, branca, moradora do bairro central do município, completou ensino médio, é casada e a renda familiar é de 1 a 2 salários mínimos.

Relatou a que planejou engravidar e que iniciou o pré-natal com 15 semanas e 2 dias. Informa que teve uma experiência boa de atendimento no seu pré-natal, e que não teve dificuldades para conseguir as consultas e os exames.



Figura 8: Representação gráfica do itinerário de M4.



Fonte: Elaboração própria com base nas falas da entrevistada.

Relata que o pessoal do posto a atendeu bem, onde teve 03 consultas médicas e 03 consultas de enfermagem, também passou por 01 consulta com o ginecologista, mas teve um susto quando soube da sífilis, pois seguia as orientações da equipe do posto à risca.

O que ela sabia sobre a sífilis, foi o que aprendeu ainda na época de escola. Pega pelo sexo, mas acreditava que essa doença não existia mais, até descobrir que estava contaminada. Soube de seu diagnóstico de sífilis quando estava no 6º mês de gravidez, na consulta com a enfermeira no posto:

- Eu não sabia que podia passar para o bebê. Além do mais, eu só transava com o meu marido na época, tive certeza que eu peguei dele, só podia ser

dele. Fiquei chateada e terminei com o meu marido da época, ele passou isso pra mim, mentiu pra mim, não queria mais ver ele na minha frente. Ainda bem que deu tempo de tratar e não pegar na neném. Tive que tomar 3 doses de benzetacil porque ele mentiu pra mim, mas ainda bem que eu e a neném ficamos bem e fui tratada antes que piorasse mais.

Tomou as injeções no posto, onde consultava, mas precisou ser atendida pelo psicólogo, com o qual realizou 03 consultas durante o acompanhamento pré-natal, pois ficou muito triste (um pouco depressiva, segundo ela), com a traição do marido.

- Fiquei muito triste quando soube que peguei a doença de alguém que eu confiava, nunca esperei isso dele, quase fiquei com depressão, mas achei logo de ir atrás de me tratar. Lembrei que a minha filha precisava de mim, então não podia ficar parada. Foi ruim tomar aquelas injeções, mas eu sabia que era pro nosso bem. Foi um alívio quando soube que eu tava melhorando, começou muito forte a infecção, quando a enfermeira falou que tinha diminuído, fui ficando mais calma. Minha filha não teve que pagar pela safadeza do pai. Quando ela nasceu bem, perfeita, foi um alívio muito grande!!

Como rede de apoio durante o pré-natal, contou com ajuda de sua mãe e também da vizinha e sua filha, principalmente depois que a bebê nasceu. Precisou de ajuda porque fez cesárea e estava sozinha. Além do apoio da família, contou com o pessoal da pastoral da igreja. Era do grupo de catequese da paróquia. Depois do parto, eles foram à sua casa saber como estava a criança.

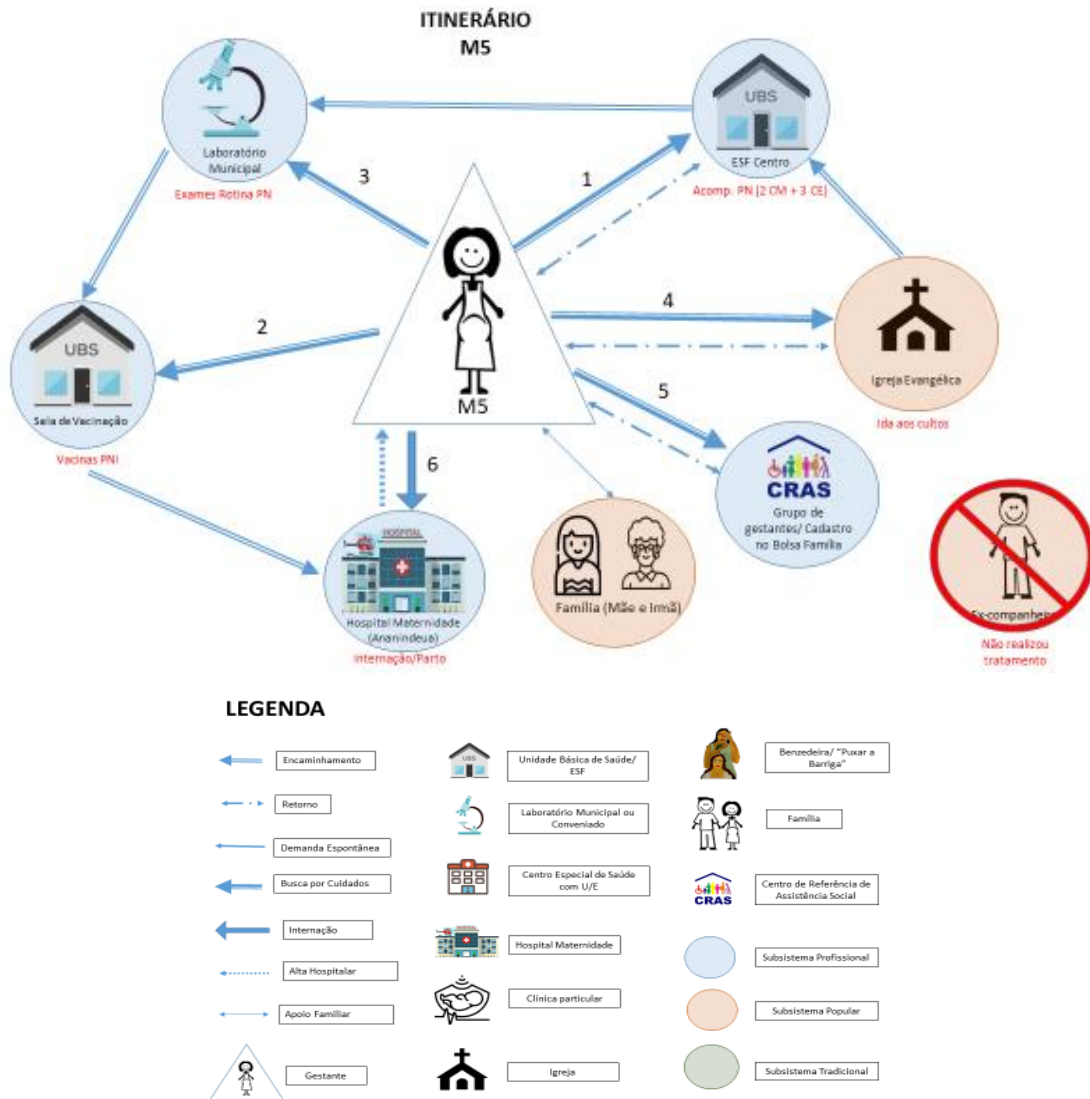
Quanto ao desfecho da gravidez, referiu que o parto foi tranquilo, normal. O bebê nasceu na maternidade do município de Marituba, para onde a mesma foi encaminhada no momento em que entrou em trabalho de parto, sem ter sido contaminado pela sífilis.

#### O Percurso de M5

M5, jovem de 20 anos de idade, branca, casada, possui ensino médio completo, trabalha como vendedora e a renda familiar é de 2 a 3 salários mínimos. Mora no bairro Nova Santa Bárbara, considerada como região central do município.

Relata que não planejou a gravidez e que iniciou o pré-natal com 12 semanas. Foi sua primeira gestação.

Figura 9: Representação gráfica do itinerário de M5.



Fonte: Elaboração própria com base nas falas da entrevistada.

M5 relatou que a experiência da gravidez foi boa, apesar de ter tido sífilis. Informou que não teve problemas para conseguir as consultas e foi logo quando soube que estava grávida.

Ela relatou que foi bom ter iniciado o pré-natal logo porque fez os exames e descobriu a doença bem no início, a enfermeira e a médica explicaram como fazer o tratamento correto e a ajudaram e assim, não teve problemas maiores. Soube da sífilis umas duas semanas após ter iniciado o pré-natal. Levou os exames que havia feito para a médica do posto e, esta a informou que estava com sífilis e prescreveu a Benzectacil®:

- Fiquei com medo de tomar as injeções porque dói muito, perguntei se não tinha outro remédio pra tomar pela boca, mesmo que fosse ruim, mas ela disse que era só esse remédio mesmo. Eu já não tava mais com o pai da neném, porque ele era muito safado, sabe? Tentei falar com ele pra vir fazer

o tratamento no posto, mas ele disse que não tava sentindo nada e mesmo assim, tinha que trabalhar e não dava pra ir no posto, que ia levar falta no trabalho. Não sei se ele foi depois, não falei mais com ele. Conteí pra minha mãe e minha irmã que vieram me ajudar depois que eu dei a notícia pra elas que eu tava grávida. O bom foi que no final deu tudo certo e a neném nasceu bem.

M5 sabia que a sífilis era transmitida pele via sexual e que passava para o neném. Soube por uma vizinha de sua mãe, do interior, que teve o mesmo problema, mas o neném dela morreu.

Nesse período do pré-natal, fez as consultas no posto. Lá também fez o tratamento e as vacinas. De vez em quando também ia ao culto. Relata que contou com o apoio da irmã e da mãe, que vieram do interior para ajudá-la, pois ficou sozinha em casa, com a separação.

Procurou ajuda do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) do seu bairro, onde matriculou-se para receber o kit enxoval que eles dão quando o bebê nasce, que consiste em suma, de uma bolsa de bebê com roupinhas e fraldas. Também se inscreveu para receber o Bolsa-Família.

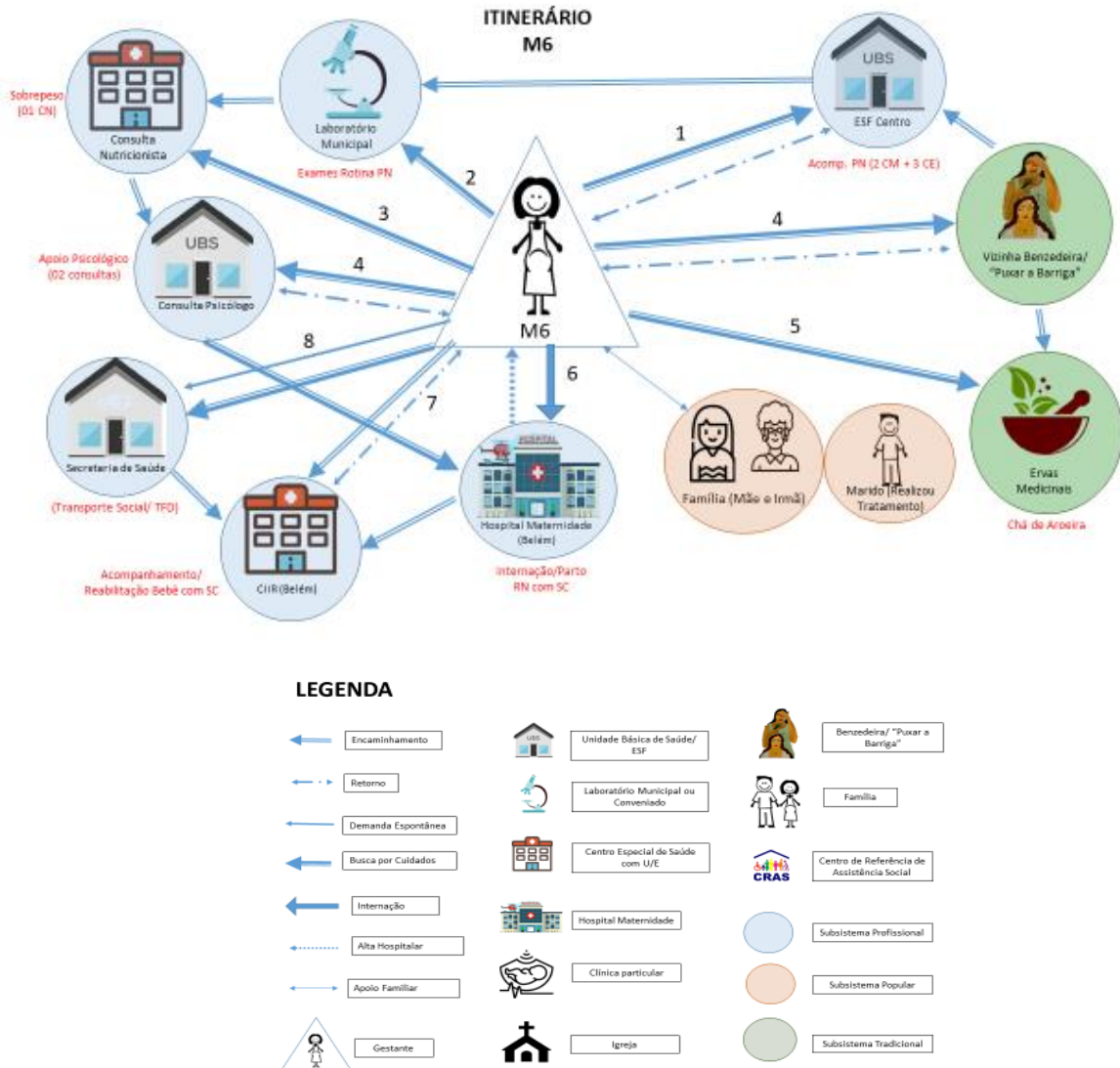
Como desfecho de sua gravidez, evoluiu para parto normal, com o bebê saudável, em uma maternidade de risco habitual do município de Ananindeua, distante cerca de 30 quilômetros de distância do município de Santa Bárbara. Em seu depoimento deixa claro o agradecimento ao pessoal do posto, foi até lá para dizer isso a eles. Reconhece que deu tudo certo por ter feito o pré-natal e o pessoal do posto fez de tudo para não acontecer nada de ruim para ela e para a neném.

#### O Percurso de M6

Mulher de 36 anos, parda, moradora do bairro Centro, casada, dona de casa, não completou o ensino fundamental. A família possui renda de 1 a 2 salários mínimos. Sua segunda gestação foi planejada e iniciou o pré-natal com 14 semanas de gestação. Não tem história anterior de sífilis.

Relata que fez pré-natal e compareceu a todas as consultas que foram marcadas (02 consultas médicas e 03 consultas de enfermagem). Passou por consulta com a nutricionista e também com a psicóloga. Considera que foi bem assistida no postinho, os profissionais a acolheram bem e todos se preocupavam com ela, principalmente por causa da sífilis.

Figura 10: Representação gráfica do itinerário de M6.



Fonte: Elaboração própria com base nas falas da entrevistada.

Quanto ao conhecimento sobre a sífilis, M6 pouco sabia sobre essa doença, só que pegava pelo sexo sem camisinha, que era coisa de quem trabalhava na noite se prostituindo. Não pensava que fosse possível se contaminar, pois não saía com qualquer um, se resguardava.

Quando recebeu o diagnóstico, estava com 5 meses de gestação. Na terceira consulta, a médica, vendo os exames que levei para ela:

- Fora o impacto da notícia, ocorreu tudo bem comigo, o ruim foi tomar a injeção que dói muito. Conversei muito com o meu marido, que também atestou no exame dele que ele tinha a doença, não culpei ele. Afinal, não dava pra saber quem tinha pegado de quem.

Nesse período, foi às consultas do posto e também foi na vizinha que puxava barriga e benzia, onde sempre a família de M6 também era atendida:

Ela também indicou chá de aroeira, para ajudar no tratamento da sífilis, junto com o remédio. - Ela me disse que era bom pra curar corrimento e essas outras coisas de mulher. E deu certo mesmo! Fiquei boa rapidinho! Meu marido tomou também e não deu mais nada no exame dele, no meu exame ainda deu um pouquinho, porque tava muito forte a infecção (titulação). Mas, não evitou de “pegar” no neném, pegou fraco, mas pegou nele ainda.

O desfecho de sua gestação foi de parto normal, em maternidade referência para parto de alto risco na cidade de Belém, distante cerca de 50 quilômetros do município de Santa Bárbara. O seu bebê ficou cerca de 1 mês internado para tratamento da sífilis congênita e ficou com sequelas neurológicas, além de má formação de membros inferiores.

Após o nascimento, o bebê de M6 foi encaminhado para realizar acompanhamento para sua reabilitação em um centro de referência para tal, também localizado no município de Belém, onde este centro de reabilitação, fica localizado a uma distância de 46 quilômetros de seu município de residência. De início, a família arcou sozinha com as custas do transporte até o centro de referência para as consultas e exames, porém após procurarem auxílio na secretaria de saúde, conseguiram se cadastrar para serem atendidos pelo serviço de Tratamento Fora do Domicílio, fato que facilitou o acesso do bebê de M6 ao seu tratamento.

A rede de apoio de M6 era constituída pela mãe e marido. Depois que o filho nasceu, pediu ajuda de uma prima que mora perto de sua casa, pois sua mãe e marido tinham que trabalhar e ela tinha que levar seu neném para fazer muitos exames e consultas, principalmente no início, mas depois a quantidade de consultas do bebê diminuiu:

- Ficava ruim pra mim ir sozinha com ele lá pro CIIR (Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação) no acompanhamento, é muito longe daqui e eu não consegui logo o TFD (Tratamento Fora do Domicílio) da prefeitura pra ele. A gente gastou muito dinheiro antes de conseguir ajuda no transporte.

Em sua avaliação, teve um bom atendimento no pré-natal, os profissionais foram bem prestativos para com ela. O maior problema foi a sífilis, mas foi resolvido. M6 acredita que se não tivesse feito logo os exames, poderia ter perdido seu neném e ela própria também. Por isso ficou muito agradecida pelo cuidado recebido da equipe.

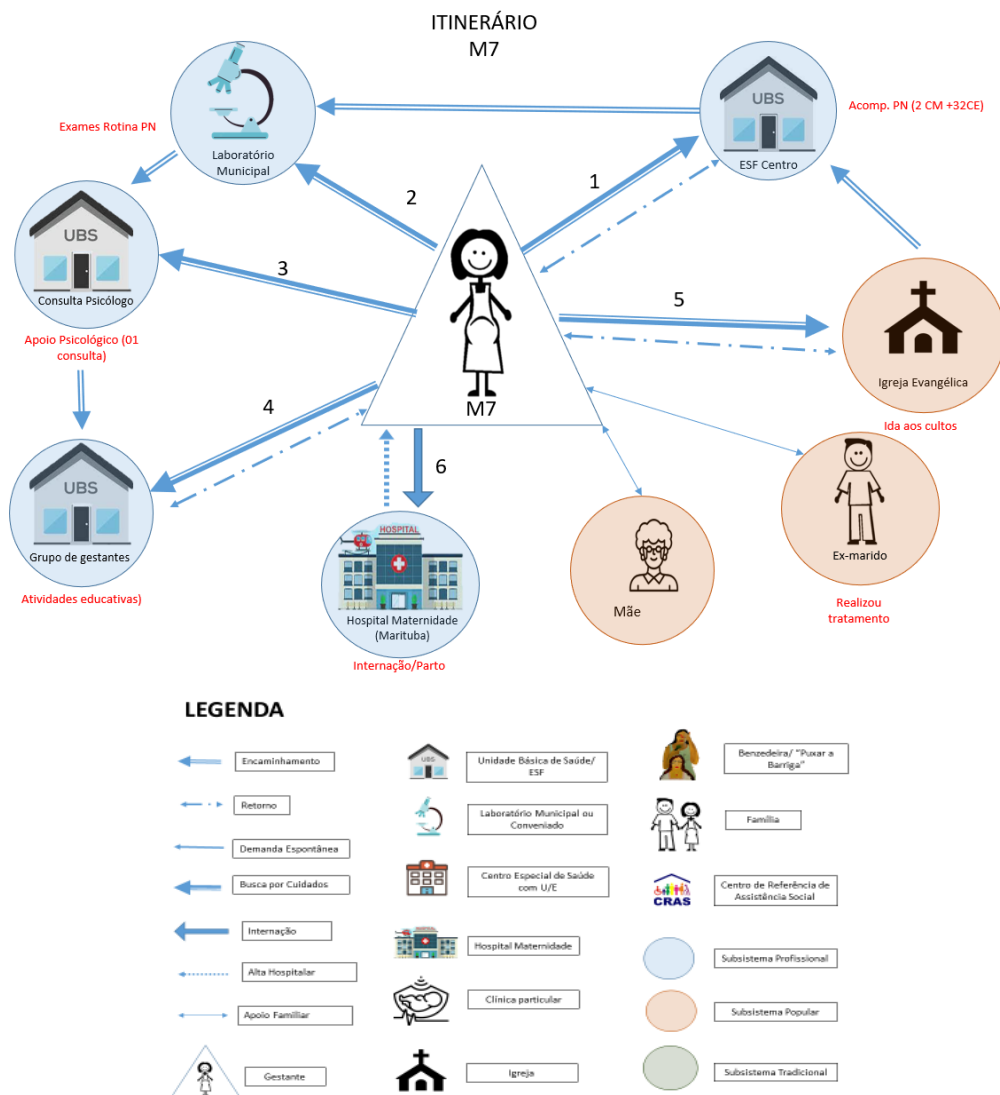
### O Percurso de M7

A participante M7, 27 anos, parda, completou o ensino médio, está casada e sua família tem renda entorno de 1 a 2 salários mínimos. Teve duas gestações e fez o pré-natal de ambas.

A última gravidez foi não planejada e quando iniciou o pré-natal já estava com 28 semanas de gestação. Demorou para procurar atendimento porque não tinha aceitado bem a gravidez. Mesmo assim, ainda conseguiu realizar 03 consultas de enfermagem e 02 consultas médicas na unidade de saúde da família.

Não esperava engravidar do antigo marido, pois o relacionamento entre eles não estava bom. A gravidez naquele momento foi ruim. Mas, M7 não usava anticoncepcional e o ex-marido não gostava de usar camisinha.

Figura 11: Representação gráfica do itinerário de M7.



Fonte: Elaboração própria com base nas falas da entrevistada.

Por insistência de sua mãe e do antigo marido, pai da criança, foi ao posto de saúde. Neste serviço, teve consulta com a enfermeira, com o médico e com o psicólogo. Também participou o grupo de gestantes. A enfermeira foi quem a informou do diagnóstico de sífilis. O psicólogo a ajudou a compreender que a criança não tinha culpa de nada.

- Depois que eu botei isso na cabeça, não faltei as consultas, afinal quem ia pagar pela nossa irresponsabilidade, era a tadinha da criança, eu vi que não era justo. No final, deu tudo certo, graças a deus! (...) Sabia que (sífilis) pegava pelo sexo sem camisinha, não sabia que dava pra passar pro neném. Fiquei até surpresa quando soube. Tem tanta doença aí que a gente nem imagina, né? Pensava que era doença de quem fica por aí se prostituindo, saindo com qual quer um aí. Eu só tinha o meu marido.

M7 relembra da surpresa quando a enfermeira a informou que estava com sífilis e que a criança poderia se contaminar também. Assim que chegou em casa, foi logo dizendo ao marido para fazer os exames no posto, pois ela não queria tomar Benzectacil® em vão. E ele foi.

Como rede de apoio, contou com a irmã e uma amiga, pessoas que confiava. Lembra da mãe falecida e fala do desejo de que ela estivesse viva para ajudá-la neste momento. Relata que o marido também ajudou muito, não ficaram se culpando. Por serem religiosos, "*jogamos nas mãos de Deus*". M7 não contou do diagnóstico da sífilis para mais ninguém, para não ficarem falando por aí deles.

Considera que fazer o pré-natal é importante para descobrir doenças como a sífilis e para tratar logo para não dar problema para a mãe e para a criança. Lembra do pré-natal do primeiro filho, que não fez todos os exames que fez nesta segunda gravidez e além disso, os exames demoravam muito para vir o resultado. Expressa certa satisfação por isso. A experiência foi importante e promoveu mudança de comportamento:

- Agora, eu e o meu marido, a gente usa camisinha! Depois dessa, não dá mais pra não usar!

O desfecho da gestação de M7 foi satisfatório, com o bebê nascendo de parto normal sem ter sido contaminado por sífilis, em hospital maternidade no município de Marituba.

O Percurso de M8



M8 é uma mulher parda, de 24 anos, jovem que não completou o ensino fundamental. Moradora do bairro Centro. É dona de casa, está solteira e teve duas gestações. A última, iniciou o pré-natal com 18 semanas e 3 dias. Não planejou a gravidez.

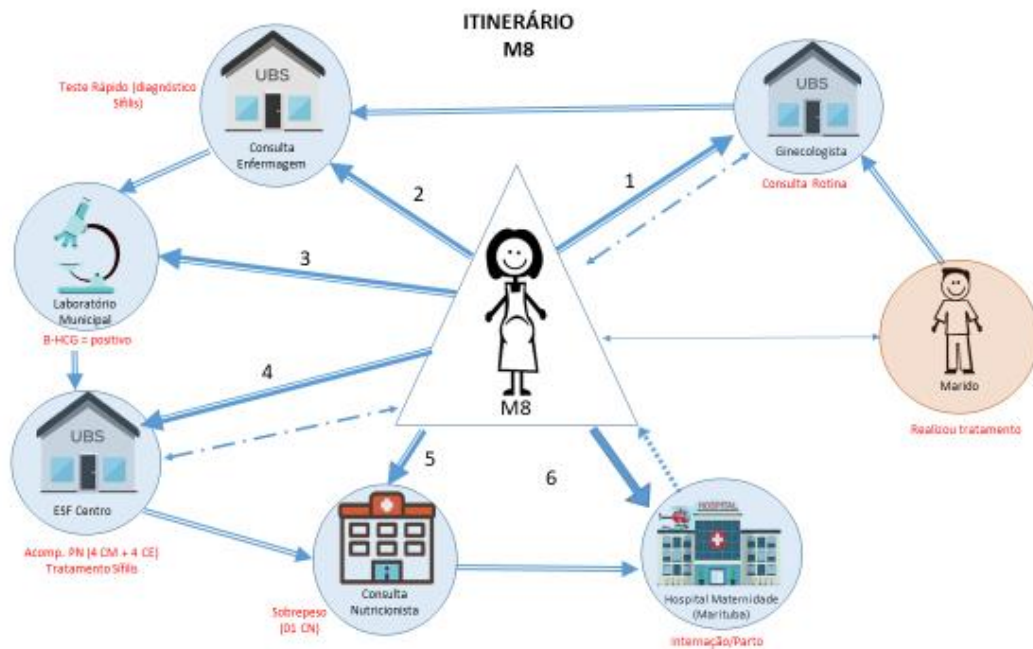
Relata que procurou o ginecologista que costumava ir:

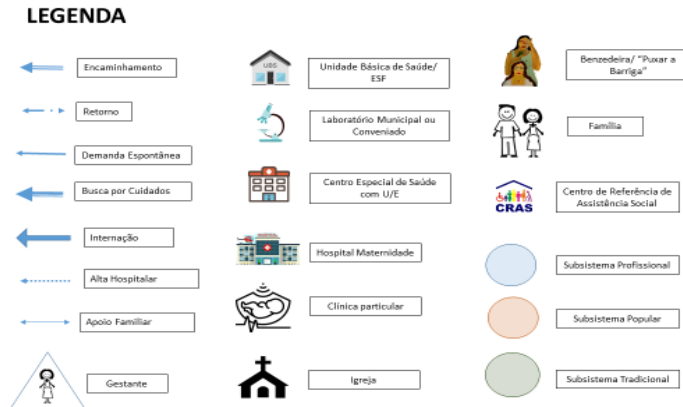
- Eu tava sentindo umas coisas nas minhas partes, tinha uns caroços, umas “ínguas”. O médico pediu exames e passou um creme vaginal. A enfermeira foi quem fez o teste, que deu positivo para sífilis. Fiquei muito assustada, porque sempre me cuidei muito, acho que eu dei alguma “mancada” pra pegar essa doença, não tava namorando ninguém na época, mas tinha um “ficante” só.

Diante da história, a enfermeira sugeriu que fizesse o Beta HCG, teste para gravidez. Não sabia que pudesse estar grávida, pois tomava anticoncepcional corretamente e não menstruava. M8 relembra este momento:

Aí, foi outro choque!!! (risos) porque eu não imaginava que eu tivesse gestante!!! (risos), eu não sabia se eu ria ou se eu chorava, ainda mais que eu não sabia como ia contar pro pai, não sabia se ele ia aceitar, me assumir, assumir a criança. Fiquei com medo.. Mas, até que ele aceitou bem mais fácil do que eu pensei.

Figura 12: Representação gráfica do itinerário de M8.





Fonte: Elaboração própria com base nas falas da entrevistada.

Sobre a sífilis, apesar de não ter estudado muito, sabia que se tratava de doença sexualmente transmissível e que a prevenção seria por meio do uso do preservativo. Também tinha conhecimento de que poderia ocorrer a transmissão intra-útero.

- Eu não sei se peguei dele, acho que ele passou pra mim mesmo, mas não quis discutir isso com ele, eu queria era me tratar logo.

Quando recebeu o diagnóstico da sífilis, que foi uma semana antes de saber que estava grávida, teve medo da reação do parceiro quando contasse da doença e da gravidez, de ele não aceitar ou não acreditar. Realizou 04 consultas de enfermagem e 04 consultas médicas.

Para sua surpresa ele aceitou e a ajudou com muitas coisas. Pode contar também com a ajuda do pessoal do serviço de saúde, pois a atenderam bem:

(...) foram legais com a gente, explicaram as coisas bem direitinho pra gente e as consequências de não tomar os remédios direitinho.

Lembra que também passou por atendimento com a nutricionista durante o pré-natal. Informa que o companheiro aceitou fazer os exames para sífilis, e que ele também testou positivo para sífilis. Ele fez o tratamento completo e a filha deles nasceu bem. Relata que o casal estava com medo do tratamento, por ser medicamento injetável. Seu companheiro até alegou que era alérgico à penicilina, mas fizeram o teste e ele podia tomar. Disse isso rindo e lembrando do medo de injeção que os homens têm.

Não compartilhou o diagnóstico com mais ninguém, pois não tinha confiança. Só contou para o parceiro, porque ele estava envolvido também. Assim, teve somente

o apoio do pai do neném. Ninguém de sua família ou outra pessoa soube de sua situação.

Relembra o medo que sentiu quando soube da doença, tinha medo de não ter cura ou de ficar com sequela. Sofreu também porque morava sozinha e não tinha com quem contar, somente o pai do bebê. Apesar do susto inicial, as conversas com a enfermeira e com a médica a esclareceram sobre o tratamento e o acompanhamento e tudo terminou bem.

O desfecho de sua gestação foi favorável, com parto normal em uma maternidade de Ananindeua, com o bebê nascendo saudável.

#### 4.3- Análise do discurso por Arthur Kleinman.

A análise temática do conteúdo das falas das entrevistadas foi conduzida com base na teoria de Arthur Kleinman, que propõe a existência de três subsistemas de cuidado à saúde em sociedades complexas (popular/informal, tradicional e profissional). Essa abordagem teórica destaca a interligação e a complementaridade entre esses subsistemas, que não se excluem mutuamente.

A teoria de Kleinman enfatiza que esses três subsistemas coexistem e interagem em sociedades complexas, confluindo para uma abordagem holística do cuidado à saúde. Reconhecer e compreender a interligação entre eles é fundamental para uma compreensão mais ampla e inclusiva do cuidado à saúde, considerando tanto os aspectos culturais e sociais quanto os profissionais e formais.

##### 4.3.1-Subsistema popular/informal

O primeiro subsistema identificado é o cuidado informal, presente no setor popular. Ele engloba práticas de cuidado realizadas no contexto familiar, comunitário e nas redes de apoio, como família, amigos, grupos de apoio e iniciativas de autoajuda. Esse subsistema valoriza os laços sociais e o suporte oferecido pela própria comunidade.

A situação conjugal vivida por estas mulheres foi diversificada. Uma união estável ou estar casada pode resultar em apoio do marido/companheiro, como no caso de M1, M2, M6 e M7, mas também mesmo um relacionamento inicial possibilitou uma atitude de companheirismo e responsabilização como ocorreu com M8.

Conversei com o meu marido bastante (...) O meu parceiro me apoiou em todas as consultas. (...). Não mudou nada entre nós no relacionamento (marido). (M1)

Conversei muito com o meu marido, que também atestou no exame dele que ele tinha a doença, não culpei ele. Afinal, não dava pra saber quem tinha pegado de quem. (M6)

Não tava namorando ninguém na época, mas tinha um “ficante” só. (...). Eu não sabia como ia contar pro pai, não sabia se ele ia aceitar, me assumir, assumir a criança. Fiquei com medo... Mas, até que ele aceitou bem mais fácil do que eu pensei. (M8)

No contexto de ocorrência da gravidez, seis dentre as oito mulheres entrevistadas relataram não ter planejado engravidar (M1, M2, M3, M5, M7, M8).

Não tinha planejado engravidar do meu antigo marido e ainda não tinha aceitado bem a gravidez, fui mais porque a minha mãe e o antigo marido insistiram. A gente já não vinha se dando bem, então foi ruim ter ficado grávida naquele momento. O negócio é que eu não usava anticoncepcional e ele não gostava de usar camisinha. (M7)

Apesar de boa parte das mulheres entrevistadas relatarem que no momento da gravidez, estavam em um relacionamento estável, além de não terem planejado a gestação, ainda, em um primeiro momento após a descoberta da gestação, levaram um tempo para a assimilação da notícia e aceitarem a condição de gravidez.

Outra informação encontrada nas entrevistas trata da busca pelo atendimento pré-natal, que para a maioria das mulheres entrevistadas se deu já tendo transcorrido um tempo da gestação e não no 1º trimestre como é preconizado pelo ministério da saúde. Em casos como o de M7, a iniciativa da busca pela realização do pré-natal, foi por insistência da mãe e do antigo marido, pai da criança.

Em outra situação de busca por cuidado em saúde, deu-se pela percepção de anormalidades e alterações em seu corpo:

Eu nem sabia que tava grávida, eu tomava meu anticoncepcional direitinho e não menstruava. Fui porque eu tava sentindo umas coisas nas minhas partes, tinha uns caroços, umas “ínguas”. (M8)

No que diz respeito ao conhecimento das participantes acerca da sífilis na gestação variou, desde desconhecimento sobre a doença, saber da transmissão pela via sexual e do risco de transmissão para a criança.

Não sabia nada. Não tinha ideia. (M1)

Sabia que pegava tendo relação sem camisinha, mas não sabia que passava pro bebê. (M3)

Eu sabia que era uma doença que pegava pelo sexo, e que passava pro neném. Soube por uma vizinha lá no interior da minha mãe que teve o mesmo problema e o neném dela morreu. (M5)

Sabia pouca coisa, só que pegava pelo sexo sem camisinha. Mas, pensava que nem tinha mais ou era coisa de quem trabalhava na noite, tipo se prostituindo. Eu nunca pensei que fosse possível de eu pegar, porque nunca fui de sair com qualquer um por aí, me resguardava. (M6)

Eu não estudei muito, mas sabia que era uma doença que pega por transar sem camisinha e que passa pro bebê dentro da barriga (M8)

O conhecimento sobre a sífilis apresenta-se relacionado ao contexto de vida dessas mulheres, incluindo o universo cultural e social, a experiência de uma vizinha, aprendizagem na escola, concepções veiculadas na sociedade em geral, ancoradas em práticas normalmente já estigmatizadas como a prostituição, promiscuidade e a não monogamia.

Esse conhecimento conforma o universo de referência dessas mulheres e se desdobra nos impactos do diagnóstico de sífilis e nas relações sociais que estabelece a partir dessa informação.

Foi chato, porque a gente não espera. Me desesperei!! (M1)

Tomei um susto!! Porque nunca tive nada dessas doenças e tive a dor normal pra ter bebê. Fiquei com medo de ficar doente pra sempre (...) Só tive ajuda da minha família mesmo praticamente. Fiquei um tempo sem ir pra igreja por vergonha e medo de me “maldarem”, sabe como é, né? Tem gente que só quer um pezinho pra falar mal da gente por aí, não queria dar este gosto. Nem o pastor soube. (M3)

Fiquei muito triste quando soube que peguei a doença de alguém que eu confiava, nunca esperei isso dele, quase fiquei com depressão, mas achei logo de ir atrás de me tratar. Lembrei que a minha filha precisava de mim, então não podia ficar parada. (...) Minha filha não teve que pagar pela safadeza do pai. Quando ela nasceu bem, perfeita, foi um alívio muito grande!! (M4)

Eu não saía muito nessa época, só ia mais pra igreja aos domingos. (...) Não contei mais pra ninguém, pra não ficarem falando da gente por aí, só contei pra quem eu confiava mesmo (M7)

Percebeu-se nas falas uma mistura de emoções como medo, tristeza decepção com o parceiro e vergonha, principalmente quando as mulheres precisam frequentar outros espaços da comunidade como a igreja.

A rede social de apoio que compõe esse subsistema e possibilita conhecer melhor o contexto de vida das mulheres e de cuidado de saúde pode ser visualizada nas falas de M4 e M5.

Minha mãe e a minha vizinha com a filha dela me ajudaram muito depois que a neném nasceu, porque eu ficava só com ela e tive cesárea. Ia sempre pra igreja também, era do grupo de catequese de lá da paróquia. O pessoal da pastoral passou aqui pra ver a neném também depois que ela nasceu pra ver como ela tava. (M4)

Minha irmã e minha mãe que vieram do interior pra me ajudar(...) (M5)

Percebeu-se nas falas que a rede de apoio das entrevistadas foi composta por familiares, de forma significativa, mulheres próximas às entrevistadas, como mães, vizinhas, irmãs e amigas. Outras, já puderam contar também com o apoio dos seus companheiros, como nas falas de M6, M7 e M8.

Minha mãe e meu marido me ajudaram, mas como eles trabalham, depois que o neném nasceu, ainda pedi ajuda da minha prima que mora aqui perto. (M6)

(...)Eu contei mais com a minha irmã e a minha amiga. Queria que a minha mãe ainda tivesse viva na época pra me ajudar, mas o meu marido me ajudou muito(...) (M7)

Só pude contar mesmo com o pai do neném, só contei pra ele aqui. Ninguém da minha família soube. (M8)

As falas anteriores reforçam a ideia da força/importância da rede de apoio a estas mulheres formada por familiares e amigos próximos, na busca por cuidados em saúde destas mulheres, principalmente no acompanhamento em consultas e exames, além do apoio nos afazeres e tarefas domésticas.

O desfecho da evolução da doença pode trazer sofrimento para as mulheres para além do próprio adoecimento. Mas, destaca-se o movimento de M2 assumindo atitude de cuidado para que a experiência negativa não se repita.

Fiquei mais chateada porque passou pro bebê e ele ficou com sequela, ele que tá penando, nasceu especial. (...). Acho que se eu tivesse mais condições de ir fazer as consultas e os exames no particular, talvez o meu bebê não tivesse nascido especial. Me culpo um pouco por isso, não ter corrido atrás. (M3)

Tive a decepção de perder o bebê. Foi o segundo que eu perdi. O primeiro, perdi com 3 meses. Foi muito difícil, porque a gente nunca imagina que pode acontecer por causa de doença. Talvez, se tivesse sabido cedo que tava com essa doença, tinha salvado o meu bebê. Agora tô grávida de novo. Tô fazendo tudo direitinho, com a ajuda do meu tio, que é agente de saúde. (M2)

Destaca-se também no relato de M3, o sentimento de certa tristeza, impotência e culpa gerada pela dificuldade de acesso ao cuidado em saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), chegando a mesma a citar a possibilidade de se

utilizar do serviço de saúde privado para que pudesse acessar com mais facilidade os exames e consultas de pré-natal.

#### 4.3.2- Subsistema tradicional

O segundo subsistema é o cuidado popular, presente no setor tradicional. Nesse caso, são agentes especializados, sejam eles seculares ou religiosos, que desempenham um papel significativo no cuidado à saúde.

Esses agentes possuem conhecimentos e práticas tradicionais, transcorridos ao longo de gerações, porém, muitas vezes não possuem reconhecimento legal na sociedade em que obedecem.

Somente duas mulheres relataram o uso desses recursos para o cuidado de si no período gestacional. A prática de “puxar a barriga” e de benzimento constituíram formas de cuidado encontradas por elas durante a gravidez.

Na gravidez, eu chamava uma vizinha minha que “puxava” a minha barriga de vez em quando, pra ver se o neném tava bem, ela sempre faz isso com as gestantes daqui de perto. (M3)

Eu fui para as consultas no posto, também fui na minha vizinha que puxava a minha barriga e me benzia. (M6)

Nas falas das entrevistadas, encontrou-se uma prática antiga e ainda muito entre algumas gestantes, principalmente as moradoras de áreas rurais, que é a prática da benzeção e “puxar a barriga”, utilizadas nestas comunidades que possuem as práticas tradicionais como esta preservadas, como forma habitual para verificar a posição e vitalidade fetal.

O uso de chás e de alimentos com finalidade terapêutica também foi indicado.

Também chupei laranja-da-terra e chá de pariri pra não dar anemia. (M3)

(...) ela também me indicou pra tomar chá de aroeira, pra ajudar no tratamento junto com o remédio, ela me disse que era bom pra curar corrimento e essas outras coisas de mulher. E deu certo mesmo! Fiquei boa rapidinho! Meu marido tomou também e não deu mais nada no exame dele, no meu exame ainda deu um pouquinho, porque ‘tava’ muito forte a infecção (titulação). Mas, não evitou de “pegar” no neném, pegou fraco, mas pegou nele ainda. (M6)

Percebe-se pelas falas, que a crença em chás e ervas medicinais é bem forte nas falas das mulheres. Nota-se também, que nenhuma deixou de utilizar o tratamento indicado pelos profissionais de saúde para privilegiar a utilização das ervas, principalmente na forma de chá.

#### 4.3.3- Subsistema profissional

O terceiro subsistema é o cuidado profissional/formal, que se enquadra no setor profissional. Esse subsistema está relacionado à disponibilidade e utilização dos serviços de saúde formais, oferecidos por profissionais de saúde legalmente reconhecidos. Envolve a busca por cuidados em instituições de saúde, como hospitais, clínicas e centros de saúde, e a utilização de tecnologias e abordagens científicas no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças.

As falas indicam uma grande confiança nos profissionais de saúde das unidades de saúde, principalmente com os profissionais médicos e enfermeiros, ao quais as atenderam durante o pré-natal, fato este que pode ter colaborado também para que o desfecho da maioria das gestações tenha sido favorável.

Fui somente atendida na unidade pela médica e enfermeira. Não tomei outra coisa porque falavam que não era pra tomar nada sem ser receitado, foram bem rígidas no meu pré natal. (M1)

Eu ia no posto tomar as injeções só, tive que passar também com o psicólogo porque fiquei muito triste com a notícia que tinha sido traída pelo meu marido. (M4)

Eu ia nas consultas do posto, e ia tomar o remédio e as vacinas que eu não tinha tomado ainda. De vez em quando, ia no culto. (M5)

Eu passei com a enfermeira, com o médico e também com o psicólogo no grupo das gestantes que eu participei lá no posto. (M7)

Em outro ponto, ainda pode-se notar relatos de experiência negativa de acompanhamento relatado pelas mulheres, estes relatos se relacionaram com a questão da falta de profissionais médicos para a realização de consultas e, da distância a ser percorridas pelas mulheres para que pudessem realizar as suas consultas e exames, além da dificuldade de deslocamento, causada pela ausência de um serviço de transporte público para a comunidade.

Foi ruim. Não tinha médico na unidade. Consultei somente duas vezes (01 consulta médica+ 01 enfermagem). (M2)

Não foi nada boa, eu já comecei com quase 5 meses de gravidez, fiz só uma consulta com a enfermeira e não consegui fazer todos os exames, porque não estavam fazendo no laboratório e quando voltou a fazer, minha casa é muito longe da unidade, pra eu sair cedo pra ir fazer o exame era ruim, não tem transporte aqui (ônibus), só quem tem carro ou moto. (M3)

Contrapondo a abordagem anterior de experiências negativas no pré-natal destacaram-se as falas, relatando o bom acolhimento dos profissionais durante os



atendimentos, fortalecendo o vínculo entre as usuárias e o serviço de saúde, resultando em uma boa experiência para ambos (profissionais e usuárias).

(...) Ainda bem que eu fiz o pré natal e fizeram de tudo pra não acontecer nada de ruim comigo e nem com a neném. Até fui agradecer depois lá no posto. (M5)

Eu acho que tive um bom atendimento no meu pré natal, os profissionais foram bem prestativos e atenciosos comigo. (...) Fiquei agradecida pelo cuidado que tiveram com a gente, poderia ter acontecido coisa pior com a gente. (M6)

O sentimento de agradecimento das mulheres com o bom atendimento prestado pelos profissionais após o término do acompanhamento pré-natal, é um fato que deve ser sinalizado, visto que ainda é veiculado principalmente pela mídia, que o atendimento prestado por profissionais do SUS, na maioria das vezes não ocorre de maneira acolhedora e humanizada.

O reconhecimento da importância do acompanhamento pré-natal com a realização dos exames preconizados, para a saúde do binômio mãe-bebê, pode ser identificado na fala de algumas das entrevistadas:

Eu acho que se não tivesse ido logo fazer os exames, tinha perdido o neném e eu poderia ter morrido também. (M6)

Eu achei importante fazer o pré natal pra descobrir esse tipo de coisa, né? Essas doenças. É bom tratar logo pra não dar problema nem pra gente e nem pra criança, que é indefesa. Graças a deus deu tudo certo no final. No meu primeiro filho, a gente não fazia tudo isso de exames e demorava um tempão pra gente receber o resultado (...) (M7)

Ressalta-se também a relevância da agilidade do acesso aos resultados dos exames, como pode ser observado na fala de M7.

## 5- Discussão dos resultados

Com relação às características socio-demográficas das mulheres que tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação no município de Santa Bárbara do Pará-PA, destaca-se o predomínio de mulheres pardas, nas faixas etárias entre 15 a 19 anos, seguida da faixa de 20 a 24 anos, demonstrando a ocorrência em adolescentes e mulheres jovens, corroborando com os achados para a região Norte do Brasil no estudo de Silva et al (2022), onde a notificação de sífilis na gravidez foi maior entre mulheres autodeclaradas pardas, na faixa etária entre 20 a 29 anos.

Estudo realizado em município da região Norte demonstrou que as gestantes pardas, de até 19 anos apresentaram maior suscetibilidade à sífilis (NONATO et al., 2020). Na região sul, a ocorrência da sífilis em gestantes predominou na faixa etária de 20 a 34 anos, mas o estudo detectou maior prevalência da infecção em gestantes adolescentes com idade menor que 19 anos. Dada a característica populacional do sul do país, há predomínio de gestantes da cor/raça branca (PADOVANI, OLIVEIRA, PELLOSO, 2018).

Quanto à ocupação, a maioria dos casos do estudo, não informaram/ou tinham esta informação dada como ignorada na ficha do SINAN, escolaridade e renda baixas. Essas características preocupam especialmente diante dos resultados de estudo que avaliou a adequação da assistência pré-natal em capitais brasileiras e o diagnóstico de sífilis gestacional que mostrou inadequação associada a idade inferior a 20 anos, escolaridade inferior a 4 anos, cor de pele não branca e não ter companheiro, acometendo mulheres em situação de maior vulnerabilidade (BENZAKEN et al., 2020).

No que diz respeito ao conhecimento das mulheres sobre a doença no momento do diagnóstico, nem todas as mulheres entrevistadas tinham a consciência do que era a doença, acredita-se que isso possa estar relacionado com a falta de informações adquiridas previamente e/ou durante as consultas e com a baixa capacidade de entendimento de cada gestante ao receber as informações a partir da equipe do pré-natal (ATTANASIO et al, 2021). O que pode levar à conclusão que muitas mulheres ainda falham em adotar medidas de proteção contra as IST's em algum momento da vida, o que direciona para a importância de instruir a população de como se prevenir das infecções sexualmente transmissíveis (CAMPOS; ARAÚJO; MELO; GONÇALVES, 2010).

A sífilis congênita representa preocupação mundial e, para sua eliminação são apontados como aspectos fundamentais a serem observados pelos países tais como melhorar o acesso ao rastreamento e tratamento precoce da sífilis no pré-natal, monitorar clinicamente todas as mulheres diagnosticadas com sífilis e seus bebês, melhorar o manejo do parceiro e reduzir a prevalência da sífilis na população em geral, expandindo a testagem, o tratamento e o encaminhamento do parceiro para além da atenção pré-natal (KORENROMP et al., 2019).

O conhecimento sobre a realização, adequação e oportunidade do pré-natal e do tratamento adequado para sífilis no contexto sociodemográfico e assistencial de mulheres pode contribuir para o estabelecimento de estratégias para o seu enfrentamento (MACÊDO et al, 2020).

Boa parte das gestantes do estudo, iniciaram o pré-natal após a 12<sup>a</sup> semana de gestação, ao contrário do que nos diz, Brasil (2019), que preconiza a captação precoce de gestantes até as 12 semanas de gravidez, como uma das ações positivas para um bom acompanhamento pré-natal, tanto que este tornou-se um dos indicadores do programa Previne Brasil, instituído pela portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, ainda se constitui em um desafio a ser alcançado dentro da realidade da atenção primária em saúde.

Percebeu-se que as mulheres grávidas com sífilis precisam receber aconselhamento e apoio emocional para ajudá-las a revelar o diagnóstico ao parceiro e familiares (ANDRADE; ARAÚJO; VIEIRA; REIS, 2015). Segundo o estudo de Attanasio et al (2021), é comum que durante as consultas de pré-natal os profissionais de saúde se limitem à testagem das gestantes sem que lhes seja informado os motivos dos testes, sobre o contágio, a prevenção e as possíveis complicações das respectivas enfermidades (p.71).

Nazareth et al (2020), ponderam que o aconselhamento para a sífilis é fundamental, e não deve ser realizado dentro de processos que necessitam de um momento único, ou seja, no momento do diagnóstico. Nessa ocasião, os profissionais de saúde devem levar em consideração os aspectos culturais que podem influenciar nas possíveis reações dos parceiros (ADAMS; CARTER; REDWOOD-CAMPBELL, 2015).

Para que o protagonismo da atenção primária em saúde seja possível, é necessário adotar ações que estimulem a fixação e capacitação dos profissionais de saúde que atuam nesse contexto. Rocha et al (2019), relatam que para além das

questões apontadas, os serviços de atenção primária em saúde devem passar por um processo de supervisão que ofereça apoio para a implementação das diretrizes recomendadas (p.06).

Outro aspecto relevante para fortalecer as ações de pré-natal na atenção primária é a ampliação do acesso a consultas e exames de diagnóstico necessários para um acompanhamento adequado das gestantes. Brasil (2013), preconiza a realização do pré-natal durante a gestação com o intuito de prevenção e/ou detecção precoce de doenças tanto maternas quanto fetais, contribuindo com a diminuição da morbimortalidade materna e fetal. A oferta de serviços próximos às comunidades, em unidades básicas de saúde, contribui para facilitar o acesso e promover uma maior adesão ao pré-natal (p.18).

O envolvimento dos profissionais da saúde, principalmente do enfermeiro, é de suma importância, no sentido de entrar na realidade das gestantes que fazem o pré-natal, utilizar e articular o conhecimento técnico-científico, na tentativa de intervir de modo a contribuir para uma gestação que evolua sem intercorrência. (NOGUEIRA et al., 2016).

O enfermeiro tem um papel essencial exercendo a escuta qualificada de necessidades, permitindo a expressão de sentimentos que surgem na vivência da gestação de modo a estabelecer um vínculo com a gestante, permitindo que ela se sinta acolhida e lide com experiências e transformações fisiológicas e psicológicas durante a gravidez, de modo favorável à sua saúde e a do filho (RODRIGUES et al., 2019).

Investir na formação contínua dos profissionais de saúde atuantes na atenção primária, por meio de cursos, capacitações e atualizações, contribui para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos às gestantes durante o pré-natal. Estes profissionais que atuam diretamente com as gestantes necessitam de preparo técnico e um olhar interdisciplinar, dada a complexidade diagnóstica e assistencial do agravo (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Autores ressaltam a importância de um quadro de recursos humanos qualificados e que tenham disponíveis materiais e infraestrutura adequados, defendem também que é fundamental que os gestores estejam comprometidos com a qualidade dos serviços prestados na assistência pré-natal para a população, com vistas ao rastreamento, tratamento precoce e adequados das gestantes e seu(s) parceiro(s) (LIMA; XAVIER; ALMADA, 2019).

Além disso, visualizou-se que é essencial a garantia aos profissionais de condições adequadas de trabalho, remuneração justa e incentivos para a permanência desses profissionais em áreas estratégicas, especialmente aquelas que apresentam maior vulnerabilidade social e carência de serviços de saúde. Tal condição tende a desqualificar a unidade de saúde quanto à humanização do atendimento e remete à precariedade nas condições de trabalho relativas às instalações físicas e a disponibilidade e manutenção de equipamentos (NOGUEIRA et al., 2016)

Quanto ao itinerário terapêutico das mulheres, notou-se uma peregrinação dentro da rede municipal na busca de cuidados em saúde, principalmente na busca por exames e consultas especializadas. Assim, torna-se imprescindível voltar-se ao conhecimento sobre a diversidade cultural e como ela influencia a busca por tratamento, profundamente gerada pelas raízes da história de cada um.

Constatou-se no estudo o papel essencial do subsistema popular no apoio/suporte às mulheres entrevistadas, houve um destaque principalmente da participação de outras mulheres próximas, como irmãs, mães, amigas e vizinhas desempenhando este papel essencial. Para Anjos et al (2015), estes atores parecem desempenhar papéis no campo do cuidado de forma mais ampla (acompanhamento nas consultas, cuidado dos filhos), conformando a rede de apoio social que viabiliza a utilização dos serviços de saúde, não sendo um fenômeno raro no meio rural, sobretudo quando as mulheres necessitam buscar assistência (HAGGERTY et al, 2014, p.95).

Dentro do subsistema tradicional, houve a identificação nas falas das mulheres, da utilização de benzimentos, chás e procedimentos como o de “puxar a barriga”. De acordo com Theotônio (2010), popularmente a prática da reza tem como objetivo curar, aliviar a dor ou a angústia de sentir algo que incomoda.

Nery (2006) comenta que essa prática se desenvolveu sobretudo nos meios rurais, pela escassez de profissionais em saúde. O mesmo autor destaca que a benzeção é a expressão de um povo marginalizado pelo sistema de saúde oficial, e por muito tempo esteve entre as poucas alternativas para as pessoas que moravam longe dos grandes centros urbanos ou mesmo não tinham condições de abarcar com os enormes gastos com a saúde.

Segundo Helman (2009), as benzedadeiras são integrantes das subculturas de cuidado em saúde, inseridas no âmbito popular (folk), atuando como intermediárias

entre os sistemas formal e profissional. Entre suas características, destacam-se o envolvimento da família nos processos de diagnóstico e tratamento, a proximidade afetiva, o uso de linguagem acessível e a oferta de explicações para o adoecimento amplamente compartilhadas por suas comunidades de referência.

Dentro deste contexto na comunidade, muitas vezes a benzedeira é vista como uma pessoa de referência, é conselheira, parteira, raizeira e que desempenha um papel consultivo e de destaque no que se refere, a práticas de cura e de promoção de saúde, atendem toda a região; e na união desses papéis conquistam o respeito em suas comunidades, operando uma lógica que amplia a representação dos sistemas exclusivamente formais, profissionais e biomédicos de saúde e cuidado (MARIN; SCORSOLINI-COMIN, 2017, P. 455).

No subsistema profissional, percebeu-se na maioria das falas, um bom relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, demonstrando que o atendimento ocorreu de maneira acolhedora e humanizada. Porém, ainda houve relatos de desencontros e experiências ruins no processo de busca por cuidados em saúde destas mulheres.

## 6- Produto Tecnológico Proposto

Nesta seção, há a proposição de um fluxograma para o desenho de uma Linha de cuidado para o atendimento das gestantes com sífilis do município de, Santa Bárbara do Pará, incluindo o atendimento laboratorial e encaminhamento para os serviços de referência e contrarreferência, de acordo com as necessidades apontadas nas falas das participantes.

Segundo as afirmações de Kleinubing; Langendorf; Padoin; Paula, 2021:

Uma linha de cuidado adaptada ao contexto local, pode auxiliar os profissionais de saúde no direcionamento das ações e na tomada de decisão, considerando o percurso dessa população na RAS e as possibilidades de transferências entre esses serviços. p.02).

Diante das falas das mulheres e, analisando os itinerários terapêuticos, foram desenhados o mapeamento dos pontos de cuidado existentes no município, tendo como ponto central e coordenadora do cuidado, a Unidade Básica de Saúde, onde a mesma direciona a usuária no seu caminhar pela busca do cuidado na rede de saúde municipal, dentro da proposta de linha de cuidado e um fluxograma de fácil entendimento para o atendimento à gestante com sífilis voltados para os profissionais das unidades básicas de saúde, ambos ainda a serem devidamente validados.

Figura 13: Desenho proposto para a Linha de cuidado para o atendimento de gestantes com Sífilis no município de Santa Bárbara do Pará.

## PROPOSTA DE LINHA DE CUIDADO PARA GESTANTES COM SÍFILIS- PONTOS DE CUIDADO



Fonte: Elaboração própria.

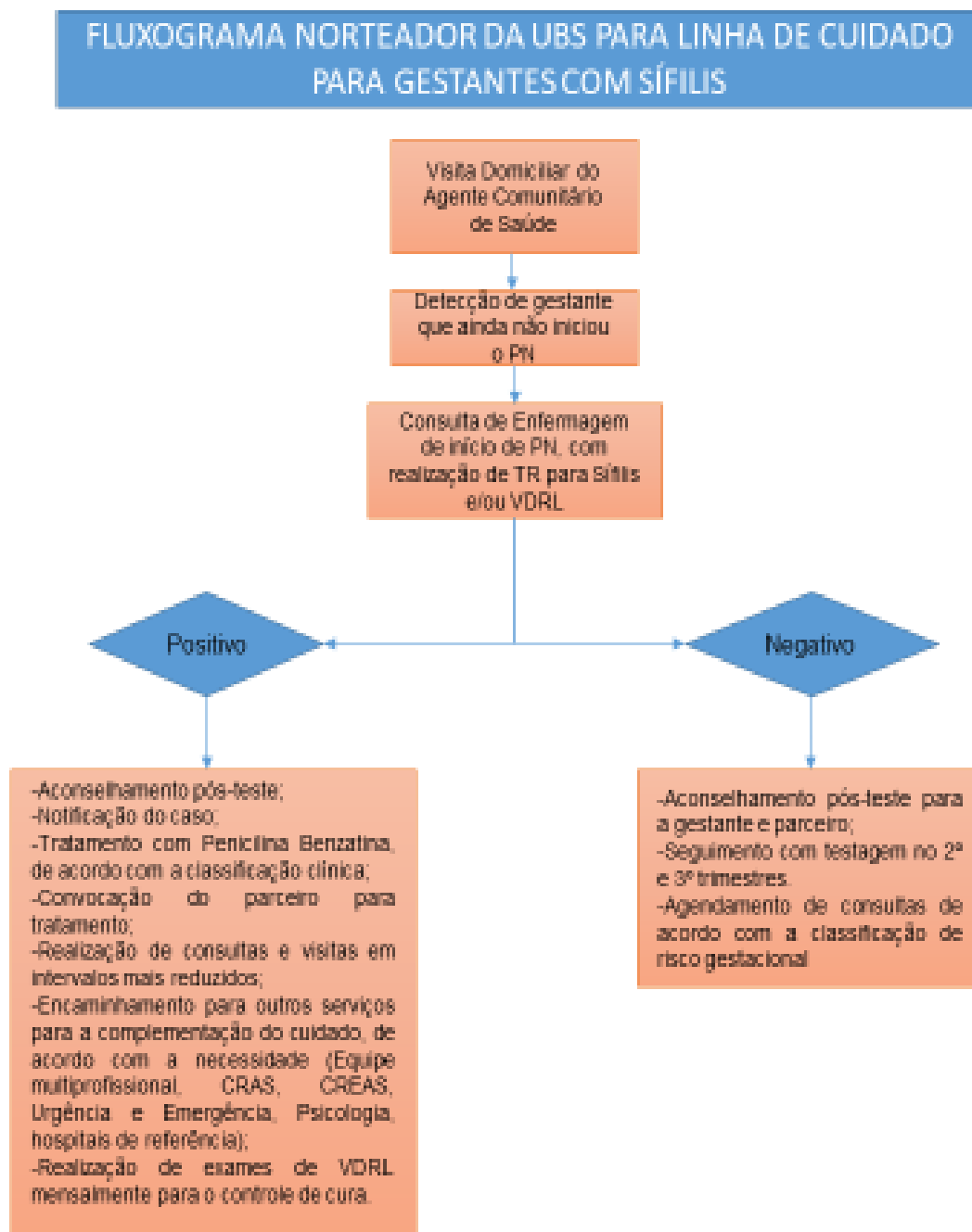
Dentro desta proposta, procurou-se inserir todos os níveis de atenção que existem no município e os serviços pactuados na rede privada e em outros municípios da região metropolitana de Belém. Assim como, procurou-se trabalhar para a inclusão da assistência social, por meio do CRAS, serviço também procurado com muita frequência pelas gestantes do município.



Também, procurou-se incluir a gestão municipal por meio dos departamentos de Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Regulação, para que possam agir como facilitadores no processo de cuidado em saúde.

A seguir, também propõe-se um fluxograma para auxiliar os profissionais da atenção primária em saúde nas condutas iniciais frente ao atendimento à gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal.

Figura 14: Fluxograma de apoio para condutas iniciais frente a gestantes diagnosticadas com Sífilis no atendimento pré-natal.



Este fluxograma tem o propósito de nortear as condutas iniciais do profissional da saúde no momento do atendimento à uma gestante diagnosticada com sífilis. Tem como objetivo, o de auxiliar principalmente profissionais recém-chegados ao serviço, portanto, ainda não habituados aos protocolos e rotinas existentes.

Como já foi dito anteriormente, estes produtos são propostas de implantação no serviço, e ainda necessitarão passar por processo de validação e implantação, portanto, são produtos em passíveis de modificações e adaptações de acordo com a necessidade dos profissionais e do serviço.

## **7- Considerações Finais**

Considerando os achados do estudo, torna-se evidente a importância do fortalecimento das ações de pré-natal, especialmente no âmbito da atenção primária em saúde. A qual é considerada a porta principal de acesso aos serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser responsável pela coordenação do cuidado de seus usuários. Portanto, é fundamental implementar medidas que promovam o fortalecimento e o protagonismo desse nível de atenção.

É fundamental garantir que todas as gestantes tenham acesso a consultas regulares, realização de exames laboratoriais e de imagem, visando identificar precocemente possíveis complicações ou riscos à saúde da mãe e do feto.

Além disso, é importante ressaltar a necessidade de ações educativas voltadas às gestantes e seus familiares, com o objetivo de informar e orientar sobre a importância do pré-natal, os cuidados necessários durante a gestação e os benefícios do acompanhamento adequado. A promoção de campanhas de conscientização e a disseminação de informações em diferentes canais de comunicação auxiliam na sensibilização e engajamento das gestantes, incentivando-as a buscar os serviços de pré-natal oferecidos na atenção primária.

Em suma, é fundamental fortalecer as ações de pré-natal na atenção primária em saúde, considerando-a como a principal responsável pelo cuidado das gestantes. Isso envolve investimentos na formação e capacitação dos profissionais de saúde, ampliação do acesso a consultas e exames, além da implementação de ações educativas. Ao adotar essas medidas, será possível proporcionar um acompanhamento mais efetivo e integral às gestantes, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil e o bem-estar da população.

O planejamento de ações em saúde é um processo fundamental para garantir a prestação de uma assistência de qualidade, integral e humanizada à população adscrita em um determinado município. Para que o planejamento de ações em saúde seja efetivo, é necessário promover a integração entre gestores, profissionais de saúde e usuários.

É preciso estabelecer canais de comunicação eficientes e espaços de diálogo que permitam a troca de informações e a construção conjunta das estratégias. Isso significa envolver a população desde o início do processo, ouvindo suas opiniões, necessidades e demandas. Dessa forma, tornando as ações em saúde mais

assertivas, relevantes e capazes de produzir impactos positivos na saúde da população.

A saúde é influenciada por uma série de fatores sociais, econômicos e culturais que variam de acordo com cada comunidade. Portanto, é imprescindível que as ações em saúde sejam planejadas levando em consideração essas características locais.

Cada região pode apresentar características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas diferentes, o que requer uma abordagem personalizada. Por exemplo, em áreas urbanas densamente povoadas, as ações podem estar voltadas para o acesso facilitado aos serviços de saúde e para a prevenção de doenças relacionadas ao estilo de vida urbano. Já em áreas rurais ou remotas, pode ser necessário adaptar as estratégias para superar desafios de acesso geográfico e promover a saúde de acordo com as realidades locais.

Assim, conhecendo o itinerário terapêutico dos usuários para o estabelecimento de linhas de cuidado pautados em evidências científicas adequadas e que, obedeçam às particularidades sociais, econômicas, geográficas e culturais dos usuários dos serviços de saúde, torna-se essencial para que o cuidado prestado de maneira organizada, segura, humanizada e pautada na real necessidade dos indivíduos que procurem o serviço em busca de cuidados de saúde.

Neste sentido, propõe-se algumas sugestões de ações a serem realizadas para a melhoria do acesso e uma melhor qualidade de na assistência pré-natal:

- Melhoria do acesso ao pré-natal com a ampliação do acesso às consultas, com foco na captação precoce e a disponibilização de exames em tempo hábil, com a ampliação dos postos de coleta e/ou com a disponibilização de transporte para as gestantes que moram em áreas mais afastadas dos serviços de saúde;

- Capacitação dos profissionais da atenção primária em saúde, quanto ao diagnóstico, manejo clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), com ênfase na Sífilis;

- A implantação de uma linha cuidado voltada para gestantes com sífilis e seus parceiros, de acordo com os aspectos culturais, sociais, econômicos e geográficos do município;

- Maior ênfase na realização de ações educativas voltadas para a educação sexual e reprodutiva nas escolas, em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE), com ênfase nas infecções sexualmente transmissíveis (IST's);

- Realização de ações de educação permanente em saúde voltadas para os profissionais da atenção básica e urgência e emergência do município, com ênfase no atendimento das gestantes com sífilis e seus parceiros sexuais;

- Reforço nas ações de educação em saúde voltadas para a importância da realização das sorologias para as infecções sexualmente transmissíveis durante o pré-natal para as gestantes;

- Elaboração de materiais educativos voltados para as gestantes, com explicações dos exames e as doenças que os mesmos rastreiam.

Conclui-se que a trajetória percorrida pelas gestantes em busca de cuidado revela a complexidade do cuidado à mulher com sífilis na gestação e os desafios dos sistemas de saúde em compreender a ocorrência da sífilis como um sistema cultural de cuidados de saúde.

Ressalta-se que os produtos aqui propostos, têm como objetivo de auxiliar na melhoria do acesso ao cuidado em saúde para as gestantes com sífilis atendidas no município de Santa Bárbara do Pará, atendendo às suas particularidades especificadas nas entrevistas, portanto, podem não ser passíveis de aplicação em outros contextos com características diferentes das verificadas aqui.

Pontua-se aqui que o presente estudo não pretende esgotar a discussão proposta, mas contribuir para o escopo de estudos dentro da temática e acentuar a necessidade da realização de outros estudos para que haja uma maior robustez das evidências dentro da temática abordada.

## REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. *In: GERHARDT, T. E. et al (orgs) Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde.*- Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://cepesc.org.br/livros/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/>. Acesso em: 22 out 2021.

ALVES, P.C.B; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In: RABELO, MCM., ALVES, PCB., and SOUZA, IMA. (Orgs) Experiência de doença e narrativa* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN 85-85676-68-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

ANDRADE RFV, ARAÚJO MAL, VIEIRA, LJES, REIS CBS, MIRANDA, AE. Violência por parceiro íntimo após o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev Saúde Pública.** 2015;49:3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005424>. Epub 2015 Acesso em: 27 fev 2023.

ANDRADE, M. S.; VIEIRA, E. M. Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave. **Cadernos de Saúde Pública.** (2018). 34(7), 02-12. Disponível em: <https://doi:10.1590/0102-311X00091917> Acesso em: 08 nov 2021.

ANJOS KF, et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015; n. 20, v.5: p.1321-1330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.14192014>. Acesso em: 17 mai 2023.

ARAÚJO, C.L. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Revista de Saúde Pública.** (2012). Jun; 46(3): 479-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300010>. Acesso em: 12 out. 2021.

Atlas de Desenvolvimento Humano, 2010  
<http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/rm/61500#idhm-all>. Acesso em: 24 de Abril de 2023.

ATTANASIO, J.C.O. et al, Avaliação do conhecimento de gestantes e puérperas frente ao cenário da sífilis gestacional em município de Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais.** N.31, (Supl 5): p. S67-S73. Belo Horizonte: Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.v31supl.5.10>. Acesso em: 16 mai 2023.

BARBOSA, L.A.; SÁ, N. M. Linhas de Cuidado e Itinerários Terapêuticos para Doenças Raras no Distrito Federal. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 10(3), 69-80, set, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i3.1907>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. de; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA, A. G. da; MATOS, R. A. de (Org.). **Atenção Básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 169-185. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1237>. Acesso em: 22 out. 2021.

BENZAKEN, A. S. et al.. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. e00057219, 2020.

BEZERRA, L.L.O., FERNANDES, S.M.P.S., SILVA, J.R.L. Abordagem das IST por enfermeiro (as): revisão integrativa de literatura. *In*: **Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO\\_EV071\\_MD1\\_SA4\\_ID562\\_15052017203337.pdf](https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID562_15052017203337.pdf). Acesso em: 20 nov 2021.

BRASIL 2019- PREVINE BRASIL

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros. 2021a. Brasília: DF. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 12 out 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis do HIV/AIDS e Hepatites Virais. **Nota informativa Nº 2-SEI/2017 Altera os Critérios de Definição de Casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota\\_Informativa\\_Sifilis.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf). Acesso em: 01 nov 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde**, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. Brasília: DF, Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. **Linhas de Cuidado**. 2020. Brasília: DF. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/#:~:text=Definição%20de%20Linhas%20de%20Cuidado&text=Descrevem%20rotinas%20do%20itinerário%20do,em%20cada%20serviço%20>. Acesso em: 12 out 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-

Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 5. ed. – Brasília: DF. Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf). Acesso em: 01 nov 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: DF. Ministério da Saúde, 2020.

CABRAL, A.L.L.V, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011; 16(11): 4433-4442. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>. Acesso em: 23 out 2021.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2022. <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 25 de Abril de 2023.

CAMPOS, A. L. DE A. et al.. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 397–402, set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>. Acesso em: 19 abr 2023.

CAMPOS, A.L.A., ARAÚJO, M.A.L., MELO S.P., GONÇALVES, M.L.C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**. 2010. v. 26, n.9: p. 1747-1755. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>. Acesso em: 29 abr 2023.

CAVALCANTE, P.A.M., PEREIRA, R.B.L., CASTRO J.G.D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2017 [acesso 11 jun 2017]:26(2): 255-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00255.pdf>. Acesso em 13 mai 2023.

COMITÊ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA- CONEP. Orientações Para Procedimentos Em Pesquisas Com Qualquer Etapa Em Ambiente Virtual. **Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: DF. Ministério da Saúde, 2021 Disponível em:



[http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Comunicado\\_0019229966.html](http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Comunicado_0019229966.html). Acesso em: 20 nov 2021.

CONILL, E. M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, set. /out. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: DF. COFEN, 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm). Acesso em: 12 out. 2021.

COSTA, M.C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, p. 767-785, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000600002>. Acesso em: 15/nov/2021. Epub 27 Jan 2011. ISSN 1806-4841. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000600002>.

CZERESNIA, C. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**. 1999; 15(4):701-709. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>. Acesso em: 23 out 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500015>. Epub 21 Ago 2008. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500015>. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i3.1907>

FAUSTO, M.C.R. et al, **Relatório final de pesquisa**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2020.

FIGUEIREDO, M.S.N, et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev Rene**. (2015). Mai-Jun; 16(3): 345-54. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2789>. Acesso em: 30 out. 2021.

FRANCO, C.M., SANTOS, A.S., SALGADO, M.F. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. In: PESSOA, L.R., SANTOS, E.H.A., TORRES, K.B.R.O. (orgs.). **Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro:ESNP, 2011. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_51893713.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_51893713.pdf). Acesso em: 15 nov. 2021.

GERHARDT, T. E. et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E. et al (orgs) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**.- Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://cepesc.org.br/livros/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/>. Acesso em: 22 out 2021.

GOMEZ, G. B., et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, (2013). 91(3), 217–226. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.107623>. Acesso em: 05 nov 2021.

GRAMACHO, R. C. C. V; SILVA, R. C. V. Enfermagem na cena do parto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e nascimento**, v. 4. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

GUEDES, A. L. DE L. et al.. Factors associated with women diagnosed with syphilis who received prenatal care in a primary healthcare unit. **Einstein** (São Paulo), v. 21, p. eAO0046, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2023AO0046](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2023AO0046). Acesso em: 19 abr 2023.

GUERIN, D. G.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 17(11), novembro, 2012, pp. 3003-3010 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024420017>. Acesso em: 23 out 2021.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>. Epub 10 Maio 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>. Acesso em: 20 nov. 2021.

HAGGERTY, J.L.. An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. **Health Place** 2014; 28: 92-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.03.005>. Acesso em: 17 mai 2023

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença** (5a ed., A. R. Bolner, trad.). Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

KLEINUBING, R. E. et al.. Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, p. e20210033, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0033>. Acesso em 19 mai 2023.

KORENROMP, E.L.; ROWLEY, J.; ALONSO, M.; MELLO, M.B.; WIJESOORIYA, N.S.; MAHIANE, S.G. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes — **Estimates for 2016 and progress since 2012**. *PLOS ONE*, 2019, 14(2):e0211720. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>. Acesso em: 21 nov. 2021.

LAGO, E.G., VACCARI, A., FIORI, R.M. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. **Sex Transm Dis** [Internet]. 2013 Feb [cited 2020Oct 15]; 40(2):85-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/olq.0b013e31827bd688>. Acesso em: 20 nov 2021.

LEAL, M.C., Esteves-Pereira A.P., Viellas E.F., Domingues R.M.S.M., Gama, S.G.N. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2020;54:8. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Acesso em: 15 nov. 2021.

LEWIS, G. Cultural influences on illness behavior. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Orgs.) **The Relevance of Social Science for Medicine**. Dordrecht: Reidel, 1981. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-94-009-8379-3>. Acesso em: 12 nov. 2021.

LIMA, L. E. de , XAVIER, A.M. H. ,ALMADA, C. B. Conhecimento das gestantes com sífilis sobre a doença e perfil sociodemográfico em uma ubss e hospital maternidade da zona norte de são paulo. p. 1-18. Trabalho de Conclusão de Residência. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140638/tcr-lorrany-lima.pdf>. Acesso em: 10 mai 2023.

MACÊDO, V. C. DE . et al.. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 518–528, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>. Acesso em :18 mai 2023.

MALTA, D.C., MEHRY, E.E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, 2010; 34(14): 593-606. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>. Acesso em: 18 nov. 2021.

MARIN, R. C.; SCORSOLINI-COMIN, F.. Desfazendo o “Mau-olhado”: Magia, Saúde e Desenvolvimento no Ofício das Benzedeiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 446–460, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/bKCy6WKB3fb3TbZwWPK7DZw/?lang=pt#>. Acesso em: 24 de Abril de 2023.

MEDEIROS, R. E. G. DE . et al.. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1339–1357, out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TTftXv9s5qNwH8TCF5cK8sg/?lang=pt#>. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400016>. Acesso em: 24 de Abril de 2023.

MINAYO, M.C.S., (org.). Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 18a ed. Petropolis: Vozes; 2001.

MINAYO, M.C.S.; COSTA, A.P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, 40, 139-153 doi: 139 Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 27 out. de 2021.

MOREIRA, B.C., et al. Os principais desafios e potencialidades no enfrentamento da sífilis pela atenção primária em saúde. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**. 2020; 5(9):3 -13. Disponível em: <https://doi.org/10.24281/rremecs2020.5.9.3-13> Acesso em: 18 out. 2021.

MORORÓ, R. M. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. **Revista Saúde.com**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 291-302, 2015. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/369>. Acesso em: 12 nov. 2021.

NAZARETH, I. V. et al. Itinerário terapêutico de mulheres com sífilis: do (des)conhecimento até as escolhas para o cuidado com a saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e57091110115, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.10115. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10115>. Acesso em: 19 maio. 2023.

NERY, V.C.A. *Rezas, Crenças, Simpatias e Benzeções*: costumes e tradições do ritual de cura pela fé. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**, 29., 2006, Brasília. *Anais*. São Paulo: Intercom, 2006. CD-ROM Disponível em: < <http://galaxy.intercom.org.br:8180/dspace/handle/1904/1228> > Acesso em: 25 abr 2023.

NOGUEIRA; C. et al. Caracterização da infraestrutura e do processo de trabalho na assistência ao pré-natal. **Cogitare Enfermagem**. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45886/pdf>. Acesso em: 20 abr 2023.

NONATO, OSVALDO CAMPOS DOS SANTOS et al. Panorama da Sífilis no município do norte brasileiro no período de 2013 a 2017. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecções**, [SI], v. 10, n. 1, maio de 2020. ISSN 2238-3360. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/jeic.v1i1.13603>. Acesso em: 05 de agosto. 2020. doi

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R. DE .; PELLOSO, S. M.. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3019, 2018.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, UNICEF. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas—update 2016. Washington DC:2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34072>. Acesso em: 21 nov. 2021.

REYES, M.P. et al. Maternal/congenital syphilis in a large tertiary-care urban hospital. **Clin Infect Dis** [Internet]. 1993 Dec [cited 2020 Oct 15]; 17(6):1041-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/clinids/17.6.1041>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ROCHA, AFB, ARAÚJO, MAL, MIRANDA, AE et al. Manejo dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis no Nordeste do Brasil – um estudo qualitativo. **BMC Health Serv Res** 19(65):6-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3910-y>. Acesso em: 12 mai 2023.

RODRIGUES, I.C, PASCHOALOTTO, A.A. Prevenção da sífilis na atenção primária à saúde. In: Associação Brasileira de Enfermagem; KALINOWSKI, C.E., CROZETA, K, COSTA, M.F.B.N.A (Orgs.) **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família**: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed

Panamericana; 2018. p. 87-118. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).

RODRIGUES, R. et al. Estratégias da equipe de saúde da família frente os aspectos psicossociais enfrentados pelas adolescentes grávidas. **Revista Nursing**. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/249/pg22.pdf>. Acesso em: 30 abr 20.

SANINE, P.R. et al. Sífilis congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo. São Paulo:SP. BIS. Bol Inst Saúde. 2016; 17(2):1809-7529. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1021661>. Acesso em 15 nov. 2021.

SANTOS, R.R.G. **Implantação do teste rápido de HIV e sífilis na Rede Cegonha, em Porto Alegre (RS):** avaliação a partir da percepção dos profissionais da atenção primária em saúde e gestantes [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2016.

SILVA, N.E.K., SANCHO, L.G., FIGUEIREDO, W.S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3):843-851, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>. Acesso em: 12 ago 2021.

TELELAB, **Sífilis-Manual Aula 9**, 2019. E-book. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod\\_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf). Acesso em: 20 abr 2023.

THEOTONIO, A. C. R. *Entre ramos de poder: rezadeiras e práticas mágicas na zona rural de areia – PB* (Dissertação de mestrado), Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB. 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

VALENTIM, R.A.M. et al. (Orgs.). [Caderno do] **I Workshop de Pesquisas do Projeto “Sífilis Não”**. 1. ed. Natal: SEDIS-UFRN, 2021. Disponível em: [https://drive.google.com/drive/folders/1sgTYUXoUgl5Brifinm\\_3BVDH92mh4Gcd](https://drive.google.com/drive/folders/1sgTYUXoUgl5Brifinm_3BVDH92mh4Gcd). Acesso em: 30 out 2021.

WIJESOORIYA, N. S. et al. Carga global da sífilis materna e congênita em 2008 e 2012: um estudo de modelagem de sistemas de saúde. **The Lancet Global Health**, Volume 4, Edição 8, p. e525 - e533. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000900002>. Acesso em: 18 abr 2023.

**APÊNDICE A**  
**PLANILHA DE COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO**

Nº DE ORDEM	CÓDIGO DA PARTICIPANTE	UBS	DATA DA COLETA EXAME	DATA DO DIAGNÓSTICO	DATA E IG 1ª CONSULTA PN	IG DIAGNÓSTICO SÍFILIS	TIPO DE EXAME DIAGNÓSTICO REALIZADO	FOI PRESCRITO TTO ADEQUADO?	EXISTE REGISTRO DO TTO NO PRONTUÁRIO?	DATA DAS CONSULTAS PUERPERAL	EXISTE ALGUM REGISTRO DE AVALIAÇÃO DA PARCERIA SEXUAL?	PARCERIA SEXUAL REALIZOU TTO?	Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL
1	01	CENTRO	22/02/19 (VDRL)	09/01/19	20/09/19 IG:17S+3D	PUERPÉRIO	VDRL E RT-PCR	SIM. PÓS-PARTO	NÃO	12/02/19	SIM. DOCUMENTO DO HOSPITAL	SIM	01
2	02	CENTRO	VDRL 29/04/19	29/04/19	17/04/19 IG:15S	26S+4D	VDRL (1/2)	SIM	SIM	NÃO REGISTRADO	SIM	SIM	06
3	03	CENTRO	VDRL 30/09/19	30/09/09	12/09/19 IG:12S	14S+4D	VDRL (1/64)	SIM	NÃO	NÃO REGISTRADO	NÃO	NÃO	10
4	04	CENTRO	TR 03/01/19	03/01/19	DUM: 26/10/19 IG: 03/01/20	NÃO INFORMADO	TR REAGENTE	SIM	SIM	S/ DATA REGISTRADA. PARTO EM: 30/07/20	NÃO	NÃO	04
5	05	CENTRO	TR 08/01/20	08/01/20	08/01/20 IG: 18S+2D	18S+2D	TR REAGENTE	SIM	SIM	14/10/21	SIM	SIM	12
6	06	CENTRO	02/04/20	02/04/20	02/04/20 IG: 05S	05S	TR REAGENTE	NÃO REGISTRADO	NÃO	NÃO REGISTRADO	NÃO	NÃO	01
7	07	CENTRO	04/09/20	04/09/20	19/06/20 IG: 27S+1D	36S+6D	VDRL (1/2)	NÃO REGISTRADO	NÃO	18/09/20	NÃO	NÃO	06
8	08	CENTRO	03/05/21	29/04/21	22/12/20	26S	VDRL (1/4)	SIM	SIM	15/10/21	SIM	SIM	08



**APÊNDICE B**  
**Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

PARTE I

DATA: INICIAIS: CÓDIGO:

IDADE: OCUPAÇÃO:

RAÇA:  Branca  Parda  Negra  Indígena  Amarela

ESCOLARIDADE:  Nenhuma  Fundamental Incompleto  Fundamental Completo

Médio Incompleto  Médio Completo  Superior

Incompleto

Superior completo

Estado civil:  Solteira  Casada/União Estável  Viúva

Renda Familiar:  Sem renda  Até 1 salário mínimo  De 1 a 2 salários mínimos  Acima de 3 salários mínimos

Informações do Pré-natal:

-Em que mês você começou o acompanhamento?

-A sua gravidez foi desejada/planejada?

-Você teve intercorrências na gravidez?

-Gestações que realizou o pré-natal:

-História de diagnóstico de Sífilis em outras gestações?

-Se sim, realizou tratamento?

PARTE II:

-Conte pra mim como foi o seu pré-natal desde o começo até o final (até o parto)?

-Antes de saber do seu diagnóstico, o que você sabia sobre sífilis?

-Na última gestação, em que momento da gravidez você recebeu o diagnóstico de Sífilis? Como foi isso para você (sentimentos/receios)? O que você fez com esta informação? Contou para alguém? Como foi o seu tratamento? E quais foram as consequências para você, seu parceiro e o bebê?

-O diagnóstico da sífilis foi informado na consulta com o médico ou na consulta com o enfermeiro?

-Neste período em que você esteve grávida/resguardo, quais serviços e profissionais você procurou para ajudá-la com alguma questão relativa ao pré-natal?



-Você contou com algum tipo de apoio da família/comunidade/igreja/ONG´s durante o seu pré-natal/resguardo?

-Existe algo mais que você gostaria de me contar sobre o que você passou durante o seu pré-natal/parto/resguardo?

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar como voluntária de uma pesquisa intitulada “Linha de cuidado para gestantes com sífilis: uma proposta para o cuidado integral”, que tem como objetivo geral conhecer os caminhos que você percorreu durante o seu pré-natal para conseguir atendimento, especialmente após receber o diagnóstico de sífilis. A pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Tatiane Gisele Marques da Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP- USP), sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Matumoto. A sua participação nesta pesquisa poderá ser de duas formas: sua autorização para consulta de seu prontuário e uma entrevista em que você será convidada a contar sobre como foi o seu pré-natal e também, dar algumas informações como: idade, estado civil, raça, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de gestações anteriores, se a gravidez foi planejada. Além disso, serão solicitadas a você que responda outras perguntas referentes ao período do seu pré-natal, seu conhecimento prévio sobre a doença, sua experiência e sentimentos ao receber o diagnóstico, tratamento, e ainda as repercussões da doença na sua família. A entrevista será realizada em data, local e horário de sua preferência, agendada previamente. Serão adotadas medidas de proteção com uso de máscaras cirúrgicas, uso de álcool em gel à 70% e distanciamento mínimo de 1,5 metros entre você e a pesquisadora. A pesquisadora entregará a você a máscara cirúrgica e disponibilizará álcool em gel. O tempo estimado da entrevista é de 20-40 minutos, será áudio gravada e transcrita posteriormente. Suas respostas ficarão sob a guarda rigorosa da pesquisadora responsável, que cuidará do armazenamento adequado das informações fornecidas, assegurando sigilo e confidencialidade. Os possíveis riscos de sua participação no estudo poderão ser de algum constrangimento ou desconforto diante de alguma pergunta e também ao se recordar e relatar situações vividas durante o pré-natal que possam levantar questões pessoais e/ou gerar reflexões de ordem pessoal. Caso o desconforto ocorra, você deve comunicar a pesquisadora, que se compromete em acolhê-la e assisti-la, bem como poderá interromper a coleta de dados se houver necessidade, minimizando os possíveis riscos. Você terá também total liberdade para retirar seu consentimento de participação no estudo, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo à sua pessoa ou mesmo de dar qualquer explicação. O benefício direto e imediato de sua participação refere-se ao reconhecimento de você ser uma pessoa com uma experiência vivida no pré-natal importante para este estudo. O benefício indireto e posterior a sua participação, é a contribuição na produção de conhecimento sobre o cuidado às gestantes que como você, sejam diagnosticadas com sífilis. O conhecimento produzido e as sugestões de melhorias no atendimento que você possa fazer poderão auxiliar na melhoria do atendimento ofertado às gestantes. É importante ressaltar que, se existirem custos por sua participação na pesquisa, tais como: alimentação e deslocamento para realização da entrevista, estes serão devidamente ressarcidos a você pela pesquisadora e, a deixamos ciente de que não haverá pagamento por sua participação. Você terá direito a ter assistência a tudo que for necessário caso ocorra algum dano decorrente da sua participação de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, com direito a reclamar indenização conforme as leis vigentes no país, por parte dos pesquisadores e da instituição envolvida. Assim, ressaltamos que as informações fornecidas por você terão exclusivamente fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, nos comprometendo a realizar

esta divulgação a você e sua comunidade, preservando o sigilo de identidade dos participantes em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de dúvidas, poderá chamar a pesquisadora responsável pelo telefone ou endereço abaixo. Os resultados desta investigação serão divulgados em revistas e eventos científicos. Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa por meio digital ou físico, podendo solicitar à pesquisadora a qualquer momento, sendo que os resultados estarão apresentados em linguagem de fácil compreensão. Você receberá uma via deste documento assinado pela pesquisadora responsável por esta pesquisa. Refirma-se a garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, respeitando a liberdade de recusa em participar ou retirar o consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalização ou prejuízo algum, e todo sigilo com as informações será resguardado. Esses procedimentos são adotados pois esta pesquisa segue as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a função de analisar a parte ética dos estudos e de autorizar a realização ou não dos mesmos, zelando pelo respeito ao direito dos participantes. Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis (Tatiane Gisele Marques da Silva, email: tatiane.marques@usp.br, telefone: (91) 98596-2317 e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Matumoto, email: smatumoto@eerp.usp.br, telefone: (16) 3315-3476 / 99165-9742) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP pelo telefone 16- 3315-9197, no horário de atendimento do CEP, de segunda a sexta-feira em dias úteis das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas; e-mail: cep@eerp.usp.br.

Eu declaro que li os esclarecimentos acima e concordo em participar deste estudo.

Local: \_\_\_\_\_

Data:     /     /

---

Assinatura da participante

---

Enf.<sup>a</sup> Tatiane Gisele Marques da Silva  
Pesquisadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Matumoto  
Orientadora

**APÊNDICE D**  
**PLANILHA DE DADOS COLETADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO**

DATA DA NOTIFICAÇÃO	DATA DO DIAGNÓSTICO	INICIAIS DA PACIENTE	IDADE	TRIMESTRE DO	RAÇA/COR	ESCOLARIDADE	Ocupação	CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	TESTE NÃO TREPONÊMICO NO PRÉ NATAL	TESTE TREPONÊMICO NO PRÉ NATAL	ESQUEMA PRESCRITO À GESTANTE	PARCEIRO TRATADO CONCOMITANTEMENTE À GESTANTE?	ESQUEMA PRESCRITO AO PARCEIRO	MOTIVO PARA O NÃO TUDO DO PARCEIRO
16/01/2019	09/01/2019	N.M.L.	18	2º	PARDA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	ESTUDANTE	PRIMÁRIA	REAGENTE (1/60)	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	XXX
15/05/2019	29/04/2019	E.N.S.	18	1º	BRANCA	MÉDIO COMPLETO	DONA DE CASA	TERCIÁRIA	REAGENTE (1/12)	NÃO REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	XXX
30/09/2019	24/09/2019	S.D.G.S.S.	18	2º	BRANCA	MÉDIO COMPLETO	ESTUDANTE	TERCIÁRIA	REAGENTE (1/64)	NÃO REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	XXX
20/05/2019	05/12/2018	R.B.L.	27	3º	PARDA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DONA DE CASA	TERCIÁRIA	NÃO REALIZADO	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	NÃO	NÃO REALIZADO	OUTRO MOTIVO
14/01/2019	14/01/2019	L.E.M.C.	18	1º	BRANCA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DONA DE CASA	LATENTE	REAGENTE (1/32)	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	XXX

07/06/2019	07/06/2019	E.B.S.	20	3º	PARDA	MÉDIO COMPLETO	DONA DE CASA	TERCIÁRIA	REAGENTE (1/8)	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	NÃO	NÃO REALIZADO	PARCEIRO COM SOROLOGIA NÃO REAGENTE
03/01/2020	03/01/2020	L.S.B.	25	1º	PARDA	MÉDIO COMPLETO	NÃO INFORMADA	PRIMÁRIA	REAGENTE (1/16)	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	XXX
08/01/2020	08/01/2020	A.L.S.C.	18	1º	BRANCA	IGNORADO	DONA DE CASA	IGNORADO	NÃO REAGENTE	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	NÃO	NÃO REALIZADO	NÃO INFORMADO
02/04/2020	02/04/2020	A.M.S.B.	26	1º	PARDA	FUNDAMENTAL COMPLETO	NÃO INFORMADA	PRIMÁRIA	REAGENTE (1/32)	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	IGNORADO	IGNORADO	PARCEIRO NÃO TEVE MAIS CONTATO COM A GESTANTE
04/09/2020	28/08/2020	F.F.N.	35	3º	PARDA	FUNDAMENTAL INCOMPLETO	NÃO INFORMADA	PRIMÁRIA	REAGENTE (1/2)	NÃO REALIZADO	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADO
15/04/2020	01/04/2020	S.S.C.	27	2º	PARDA	IGNORADO	NÃO INFORMADA	IGNORADO	REAGENTE (1/4)	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	XXX
20/10/2020	01/10/2020	J.A.B.P.	23	2º	IGNORADO	IGNORADO	NÃO INFORMADA	IGNORADO	REAGENTE (1/4)	REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	XXX

29/04/2021	29/04/2021	A.S.L.	24	2º	PARDA	ENSINO MÉDIO COMPLETO	DONA DE CASA	TERCIÁRIA	REAGENTE (1/4)	NÃO REALIZADO	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	XXX
14/07/2021	14/01/2021	J.B.C.	22	2º	PARDA	NÃO INFORMADO	NÃO INFORMADA	TERCIÁRIA	REAGENTE (1/16)	NÃO REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	NÃO	NÃO REALIZADO	OUTRO MOTIVO: PARCEIRO FOI CONVIDADO A FAZER SOROLOGIA
08/04/2021	29/03/2021	E.S.S.M.	18	2º	PARDA	MÉDIO INCOMPLETO	NÃO INFORMADA	TERCIÁRIA	REAGENTE (1/8)	NÃO REALIZADO	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 7.200.000 UI	XXX
28/06/2021	21/06/2021	L.T.S.S.	22	3º	AMARELA	MÉDIO COMPLETO	NÃO INFORMADA	SECUNDÁRIA	REAGENTE (1/2)	NÃO REAGENTE	PENICILINA G BENZATINA 2.400.000 UI	SIM	PENICILINA G BENZATINA 4.800.000UI	XXX

## APÊNDICE

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Linha de cuidado para gestantes com sífilis: uma proposta para o cuidado integral.

**Pesquisador:** Tatiane Gisele Marques da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 56232822.6.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.435.386

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 5.384.919, de 03 de maio de 2022.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Sem alteração.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Risco:**

Sem alteração.

**Benefícios:**

Como benefício direto imediato decorrente da participação na pesquisa, as participantes terão a oportunidade de expressar os sentimentos e emoções com sua experiência vivida no pré-natal, relatos estes muitos importantes para os objetivos deste estudo. Como benefício indireto e posterior reporta-se à contribuição das participantes na produção de conhecimento sobre o cuidado às gestantes diagnosticadas com sífilis, auxiliando outras mulheres que venham a passar

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br





# USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.435.386

pela mesma situação de saúde no município, por meio das sugestões feitas pelas mesmas, que auxiliarão na melhoria do atendimento ofertado às gestantes.

## **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem alteração.

## **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem alteração.

## **Recomendações:**

Vide “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

## **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1. Item de pendência: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Projeto e Plataforma Brasil

1.1 Solicita-se rever o benefício direto: “O benefício direto e imediato de sua participação refere-se ao RECONHECIMENTO de você ser uma pessoa com uma experiência vivida no pré-natal importante para este estudo”, pois RECONHECIMENTO não se enquadra como benefício e sim a uma qualidade da pessoa. Solicita-se adequação.

Resposta da pendência 1.1: Adequou-se o texto no TCLE: “O benefício direto e imediato de sua participação, refere-se à oportunidade de você expressar os sentimentos e emoções com a sua experiência vivida no pré-natal, experiência esta, muito importante para o presente estudo.”

No Projeto de pesquisa: “Como benefício direto imediato decorrente da participação na pesquisa, as participantes terão a oportunidade de expressar os sentimentos e emoções com sua experiência vivida no pré-natal, relatos estes muitos importantes para os objetivos deste estudo.”

Pendência atendida

2. Item de pendência: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.1 Rever o trecho: “A sua participação nesta pesquisa poderá ser de duas formas: sua autorização para consulta de seu prontuário e uma entrevista em que você será convidada a contar sobre como

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br



## USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.435.386

foi o seu pré-natal e também, dar algumas informações como: idade, estado civil...", pois da forma que está escrito, entende-se que o participante poderá optar pela consulta de seu prontuário ou pela entrevista. Sugere-se escrever: Caso concorde em participar, sua participação nesta pesquisa será de duas formas:

Resposta da pendência 2.1: Detalhamento no TCLE do conteúdo da segunda parte da entrevista, de acordo com o projeto de pesquisa: "Caso concorde em participar, a sua participação nesta pesquisa acontecerá de duas formas: sua autorização para consulta de seu prontuário e uma entrevista em que você será convidada a contar sobre como foi o seu pré-natal e também, dar algumas informações como: idade, estado civil, raça, escolaridade, ocupação, renda familiar, número de gestações anteriores, se a gravidez foi planejada."

Pendência atendida

### Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado "ad referendum".

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/research-comite-etica-pesquisa-relatorio>

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1881030.pdf	11/05/2022 14:51:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Tatiane_CEP_readequado_3.pdf	11/05/2022 14:48:54	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.435.386

Ausência	TCLE_Tatiane_CEP_readequado_3.pdf	11/05/2022 14:48:54	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Tatiane_CEP_readequado_3.pdf	11/05/2022 14:47:15	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito
Outros	Oficio_resp_pend_parecer_Tatiane3.pdf	11/05/2022 14:46:16	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito
Orçamento	Orcamento_readequado2.pdf	11/04/2022 20:05:18	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma_submetido.pdf	18/02/2022 19:44:08	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito
Outros	Oficio_Encaminha_CEP.pdf	17/02/2022 17:18:27	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	17/02/2022 17:13:57	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito
Outros	TermodeConsentimentoInstitucional.pdf	03/02/2022 00:25:31	Tatiane Gisele Marques da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 27 de Maio de 2022

---

**Assinado por:**  
**Rosane Pilot Pessa**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE

**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-9197

**E-mail:** cep@eerp.usp.br