



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE)

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: UM ESTUDO ACERCA DA SÍFILIS ENTRE GESTANTES E NEONATOS EM PALMAS.

Autor: Wilses de Sousa Tapajós Jácome

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Costa

Brasília- DF

2019

ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: UM ESTUDO ACERCA DA SÍFILIS ENTRE GESTANTES E NEONATOS EM PALMAS.

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Saúde da Família da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Saúde da Mulher

Autora: Wilses de Sousa Tapajós Jácome

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Costa

Brasília-DF

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

J1a TAPAJÓS, WILSES DE SOUSA.
ATENÇÃO PRÉ-NATAL: UM ESTUDO ACERCA DA SÍFILIS ENTRE GESTANTES E
NEONATOS. / WILSES DE SOUSA TAPAJÓS. – 2019.
145 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS),
Mestrado Profissional em Saúde da Família, Palmas, 2019.

Orientação: Profa. Dra. ANA MARIA COSTA.

Coorientação: Prof. Dr. VALDIR FRANCISCO ODORIZZI.

1. PRÉ-NATAL. 2. SÍFILIS GESTACIONAL. 3. SÍFILIS NEONONATAL. I. Título.

CDD 610

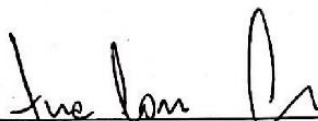
TERMO DE APROVAÇÃO

WILSES DE SOUSA TAPAJOS JACOME

Atenção ao Pré-natal: Um estudo a cerca da sífilis entre gestante e neonatos em Palmas, Tocantins

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovada em: 30/09/2019.



Profª Drª Ana Maria Costa

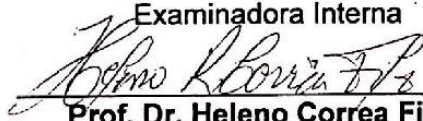
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Orientadora

Prof. Dr. Valdir Francisco Odorizzi

Universidade Federal do Tocantins (UFT)
Coorientador

Profª Drª Leila Bernarda Donato Göttems

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Examinadora Interna



Prof. Dr. Heleno Correa Filho

Universidade de Brasília (UnB)
Examinador Externo

Prof. Dr. Levy Aniceto Santana

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde – Mestrado
Profissional da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS)
Suplente

Dedico este estudo as minhas três filhas Winny,
Wanny e wemilly mulheres lindas e guerreiras que
como eu carregam a herança indígena de um povo
de luta, luta pela vida, pela natureza, pelos direitos,
pela democracia, pela justiça.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Mae Natureza por permitir a existência da mulher, com sua força e coragem de gestar. E que nada atrapalhe esse momento, pois o mundo precisa de sua força.

A professora Dra. Ana Maria Costa pela orientação, paciência e pelo despertar para o mundo das mulheres deste país.

Ao Dr. Fábio Ferreira Amorim pela ajuda imprescindível.

A minha família, em especial meu esposo e minhas filhas, por compreenderem minha ausência.

Aos meus queridos sobrinhos Líbio e Edelzth que se dedicaram auxiliando o trabalho e no apoio emocional.

As minhas alunas do internato, aos agentes de saúde e comunidade pela potente contribuição.

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Paulo Freire

RESUMO

A Sífilis Congênita (SC) é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, considerada evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e responsável por desfechos desfavoráveis como óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões neurológicas e outras sequelas, bem como importantes custos diretos e in

diretos em saúde pública, sendo sua transmissão resultante da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária. Este estudo visou conhecer as condições em que vem sendo realizada a atenção pré-natal e buscar esclarecer quais causas estão levando ao não diagnóstico e tratamento oportuno das mulheres grávidas com sífilis, bem como analisar a atenção ao pré-natal no município de Palmas Tocantins, verificando aspectos da qualidade no controle da SC. Verificou-se, portanto, que a atenção pré-natal nestes centros de saúde, encontram-se fragilizados, e em especial acerca da avaliação dos cuidados voltados para prevenção da sífilis na gestante e SC, é perceptível que as mulheres estão chegando precocemente ao serviço de saúde, porém ele não as acolhe na sua completude, deixando de prestar cuidados relevantes, como a baixa oferta dos teste rápido para sífilis, além de não garantir a solicitação, a realização e avaliação dos exames de rastreamento em tempo oportuno.

Palavras-chave: Pré-natal, Sífilis gestacional, sífilis congênita

ABSTRACT

Congenital syphilis (CS) is a mandatory contagious infectious disease, considered a sentinel event of the quality of prenatal care and responsible for unfavorable outcomes such as fetal or perinatal death, prematurity, low birth weight, neurological injuries and other sequelae, as well as important direct costs. and indirect in public health, with its transmission resulting from the hematogenous dissemination of *Treponema pallidum*, from the untreated or inadequately treated infected pregnant woman, usually via the placental route. This study aimed to know the conditions under which prenatal care has been performed and seek to clarify which causes are leading to the non-diagnosis and timely treatment of pregnant women with syphilis, as well as to analyze prenatal care in the city of Palmas Tocantins, verifying quality aspects in the control of congenital syphilis. Therefore, it was found that prenatal care in these health centers are weak, and especially regarding the evaluation of care aimed at prevention of syphilis in pregnant women and congenital syphilis, it is noticeable that women are coming early to the However, he does not welcome them in their entirety and fails to provide relevant care, such as the low supply of rapid syphilis tests, and does not guarantee the timely request, conduct and evaluation of screening tests.

Keywords: Prenatal care, gestational syphilis, congenital syphilis

Lista de Ilustrações

Figura 1 A estrutura operacional das redes de atenção	45
Figura 2 Exemplos de ponto de atenção secundários e terciários	46
Figura 3 Modelo institucional do SUS de governança	48
Figura 4 Sistema Manchester de classificação de risco	49
Figura 5 O modelo de Atenção Crônica (CCM)	50
Figura 6 Pontos de atenção da Rede Cegonha no território das RAS	57
Figura 7 Fluxograma do protocolo de atendimento a gestantes na USB	65
Figura 8 Classificação do Risco Gestacional e Encaminhamento para os Serviços Especializados	70
Figura 9 Responsabilidades da Atenção Básica e da Atenção Especializada	72
Figura 10 População do Tocantins por faixa etária	95
Figura 11 Localização geográfica do Tocantins	96
Figura 12 Regiões de Saúde no Tocantins	97
Figura 13 Região de Saúde Capim Dourado	102
Figura 14 Mortalidade infantil em Palmas - Tocantins	104

Listas de Gráficos

Gráfico 1 Número de casos de sífilis em gestante e SC (< 1 ano de idade) notificadas no SINAN, por município de residência, região de saúde Capim Dourado – TO, 2011 a 2014. 111

Gráfico 2 Evolução do percentual de consultas realizadas, por trimestre e tipo (total, odontológica, médica e enfermagem) 124

Gráfico 3 Diagnósticos de gestantes com sífilis gestacional no primeiro trimestre e no terceiro trimestre 131

Gráfico 4 Resultados dos resultados do exame VDRL **Erro! Indicador não definido.**131

Gráfico 5 Número de mulheres que receberam o tratamento completo da sífilis 132

Gráfico 6 Número de mulheres que receberam tratamento oportuno 132

Gráfico 7 Número de mulheres com parceiro tratado 133

Gráfico 8 Número de RN diagnosticados com SC 133

Lista de Tabelas

Tabela 01 Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento 99

Tabela 2 Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico em Palmas, Tocantins (2005-2018) 112

Tabela 3 Início de pré-natal e pré-natal com mais de 7 consultas 122

Tabela 4 Visita domiciliar a gestante 124

Tabela 5 Exame físico, exames laboratoriais e TR por trimestres 126

Tabela 6 Trabalho de parto e via de parto 128

Tabela 8 Testes rápidos de sífilis e VDRL 129

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária a Saúde
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EqSF – Equipes de Saúde da Família
ESF- Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV – Nascidos Vivos
NEPAS - Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde.
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PN- Pré-natal
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RC – Rede Cegonha
RN – Recém-Nascido
SC – Sífilis Congênita
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL – Sistema de Pré-Natal
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUS – Sistema único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
TR – Teste Rápido
VDRL – Venereal Diseases Research Laboratory

Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa do estudo	18
1.2 Hipótese para o estudo	20
1.3 Objetivo geral	21
1.4 Objetivos específicos	21
1.5 Metodologia	21
1.6 Estrutura do trabalho	22
2. PRÉ-NATAL NO BRASIL: PAPEL E ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA	24
2.1 Da Atenção primária à Atenção Básica: aspectos conceituais e históricos	27
2.2 Saúde Integral das mulheres: atenção primária na coordenação do cuidado	34
3. REDE BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL: PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO	38
3.1 Redes de Atenção à Saúde	43
3.2 A integralidade nas RAS	50
3.3 A Rede cegonha	53
4. NORMAS E PROTOCOLOS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: O CONTROLE DA SÍFILIS	59
4.1 Avaliação pré-concepcional	61
4.2 O acolhimento	62
4.3 Cuidados nas consultas pré-natal subsequentes	67
4.4 Gestação de alto risco	69
4.5 ESF- responsabilidades com o pré-natal	72
4.6 Sistema de referência e contrarreferência	73
4.7 O papel da equipe de atenção básica no pré-natal	75
4.8 Atribuições dos profissionais da equipe de atenção básica no pré-natal	76
5. ASPECTOS DO DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA SÍFILIS NA GRAVIDEZ	81
5.1 Diagnósticos Sorológicos para a Sífilis	82
5.1.1 Testes Não- <i>Treponêmicos</i>	84
5.1.2 Testes <i>Treponêmicos</i>	85
5.2 Pré-natal no controle da sífilis gestacional: prevenindo a SC	87

5.3	Orientações para diagnóstico precoce da sífilis gestacional	91
5.3.1	Tratamento da sífilis na gestação	92
5.3.2	Controle de cura	93
6.	CONTEXTO E CENÁRIO DO ESTUDO	94
6.1	O Estado do Tocantins	94
6.2	Atenção à Saúde da Mulher na Capital Palmas – TO.....	101
6.3	Atenção à saúde da mulher gestante com sífilis em Palmas Tocantins.....	110
6.4	Perfil das Unidades de saúde 210 Sul e 406 Norte em Palmas.....	116
6.5	Procedimentos metodológicos da pesquisa.....	117
6.6	Materiais e Métodos	118
7.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
7.1	Avaliação das variáveis relacionadas aos perfis das gestantes.....	120
7.2	Considerações finais	135
	Referências	137

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal se consolida por um conjunto de ações que irão promover o direito das mulheres no tocante à reprodução e prevenir tanto as doenças, mortes maternas e infantis. Adota como estratégia ampliar o acesso com qualidade, identificação e intervenção sobre fatores de riscos gestacionais o mais precoce possível, ofertando periodicidade assistencial impactando na incidência das doenças graves evitando os desfechos fatais. A atenção integral à mulher preocupa-se com a saúde da mulher em todos os períodos de sua vida. A política preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para as mulheres recomenda que o cuidado inicie bem antes da concepção, antes de planejar a gravidez e posteriormente oferece assistência durante toda a gravidez que se estende até o puerpério (Brasil, 2012a).

A Política de Assistência Integral à Saúde das Mulheres teve início no Brasil nos anos 80, quando as entidades da sociedade civil organizada, especialmente as mulheres feministas pressionaram o governo brasileiro por mudanças do atendimento da mulher ampliando ofertas de planejamento familiar caminhando para uma outra compreensão do papel das mulheres na sociedade nacional que não se restringia apenas à maternidade (Costa, 1999). Essa concepção de política de saúde para as mulheres resultou em maior respeito às necessidades da população feminina o que implicou no alargamento da oferta e das estratégias de atenção à saúde, reforçando a participação efetiva da mulher no pré-natal (Costa, 2012).

Ao tempo destas inovações no campo da saúde das mulheres o setor saúde no Brasil passava por um processo de reforma sanitária propiciando e tensionado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que evoluiu para a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS que promove a saúde à condição de direito universal e trazendo profundas modificações do setor saúde. Pautado pela integralidade como princípio o SUS apostou na estratégia de implementação da atenção primária em saúde que em 1990 foi lançada como Estratégia de Saúde da Família. Adotada então como política nacional de atenção básica tem como objetivo central a ampliação da cobertura promovendo o acesso aos serviços de saúde e

articulando as ações de prevenção e promoção cujo enfoque foi a redução da mortalidade infantil e materna mudando os determinantes sociais da saúde e incidindo na redução da pobreza (Leal et al., 2018).

A atenção básica se fortalece com o seu conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Assim, a política de atenção básica no pré-natal constitui uma prática fortalecedora no cuidado da mulher grávida (Brasil, 2012a).

Essas mudanças ocorridas nos últimos 30 anos na sociedade e no sistema de saúde nacional impactaram na diminuição da mortalidade infantil no Brasil, caindo a taxa de mortalidade infantil de 48,0/1000 nascidos vivos em 1999 para 26,5/1000 nascidos vivos em 2002. Entretanto, a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil antes elevada pelas mortes evitáveis, se mantendo até o momento em níveis elevados. A Taxa de Mortalidade Materna é o indicador de saúde que mais expressa a qualidade da assistência à saúde, pois suas causas são passíveis de prevenção se identificadas e tratadas oportuna e convenientemente e, por isso, expressa a qualidade e nível de saúde de um povo (Costa, 2012).

A Taxa de Mortalidade Infantil é hoje considerada um forte indicador para avaliação do pré-natal e assim, de forma indireta, da assistência materna, pois as afecções perinatais respondem atualmente por mais da metade das mortes infantis. Esses óbitos ocorrem em sua maioria no período pré-natal precoce (0 a 6 dias), por causa evitáveis e relacionados ao acesso e a utilização dos serviços de saúde, apresentando estreita relação com a qualidade da atenção pré-natal e assistência ao recém-nascido. Portanto, o pronto reconhecimento de risco, com provisão do cuidado apropriado e resolutivo a gestante e à criança são ações básicas com grande potencial para mudanças positivas sobre a sobrevivência e a qualidade de vida da criança (Viana, Novaes & Calderon, 2011).

A recomendação do Ministério da Saúde (MS) é que, no pré-natal sejam realizadas no mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A classificação é orientada pelo grau de risco. Considera-se pré-natal de baixo risco aquele com riscos habituais na gravidez que apresentam problemas resolvidos com procedimentos simples no nível primário de assistência. No pré-natal de alto risco, a vida e a saúde da mulher e o feto têm maiores chances de serem atingidas, necessitando de procedimentos mais complexos solucionados geralmente em serviços de nível secundário e terciário (Brasil, 2012).

Estudos recentes sobre indicadores da qualidade do pré-natal apontam alta cobertura deste no Brasil, chegando até 98,7% (Vilella, et al., 2014) e de três milhões de crianças que nascem no Brasil, 98% das mães receberam algum tipo de atenção pré-natal (Leal et al., 2018). Porém, os mesmos estudos chamam a atenção para baixa qualidade do pré-natal, uma vez que o estudo apontou que das 6.125 mulheres entrevistadas, apenas 15% afirmaram ter recebido uma atenção pré-natal de qualidade (Tomasi et al., 2017).

A SC em termos epidemiológicos é um indicador de qualidade no pré-natal. A presença da Sífilis materna e congênita são condições de elevada subnotificação e de difícil controle (Lafetál et al., 2016). No Brasil vem ocorrendo altas taxas de incidência de 8,6 casos/1.000 nascidos vivos, tendo as Regiões Sudeste (9,4 casos/1.000 nascidos vivos) e Sul (9,1 casos/1.000 nascidos vivos), ambas acima da taxa nacional, estando relacionado a lacunas na assistência pré-natal, quanto á prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento (Brasil, 2018a).

A SC é uma doença infectocontagiosa de notificação compulsória, considerada evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e responsável por desfechos desfavoráveis como óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, lesões neurológicas e outras sequelas, bem como importantes custos diretos e indiretos em saúde pública (Da Silva Feitosa et al., 2016). A transmissão resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *Treponema pallidum* são o estágio da sífilis

na mulher gestante e a duração da exposição do feto no útero (Magalhães et al., 2011).

A sífilis segue tendo um impacto negativo e a de SC indica deficiências de ordem tanto estrutural como técnica nos serviços de saúde (Valderrama et al., 2004) e sendo evitável, sua persistência é mais uma evidência da má qualidade da atenção pré-natal (Leal et al., 2018). A orientação normativa para o SUS é que a presença da sífilis na gravidez caracteriza um pré-natal de alto risco, que deve ser acompanhado tanto na atenção primária com diagnóstico e tratamento imediato e encaminhado para acompanhamento concomitante na atenção especializada (Brasil, 2012c).

O Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018 (Brasil, 2018) informa que o Estado do Tocantins apresenta alta taxa de detecção de sífilis em gestantes (18,3/1.000), acima da média nacional, e sua capital Palmas, está entre as capitais do Brasil com maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes em 2017, também superior às taxas nacionais que é 17,2 %. Esses dados apontam a fragilidade do Pré-natal no Estado, e responde a razão do Tocantins constituir um dos Estados com maiores coeficientes de mortalidade por SC em menores de um ano por 100 mil nascidos vivos equivalentes a 33,5 % (Brasil, 2018). Outros dados do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis¹ apontam que no município de Palmas, o diagnóstico da sífilis em 38% das mulheres grávidas é tardio, ocorre apenas no segundo trimestre de gestação.

Cavalcante, Pereira e Castro (2014) realizaram um estudo que teve por objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestante e SC no período de 2007 a 2014, no município de Palmas. O estudo constatou que, no período de 2007 a 2014, foram identificados em Palmas 171 casos de sífilis em gestantes e 204 casos de SC. Os resultados também mostraram que houve um aumento de 38,8% de casos notificados de sífilis gestacional em relação ao ano anterior e 78,5% em relação à média dos anos anteriores. Outro dado importante deste estudo refere-se ao diagnóstico das mães ainda no pré-natal (48,0%) e 81,4% das mães realizaram o pré-natal na gestação. Porém, destas mães, 83,0% não tiveram seus parceiros tratados. “A maioria das mães de casos de

¹ Fonte: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> Acesso em 30 ago. 2019.

SC notificados não receberam tratamento (54,4%), e parte importante recebeu tratamento inadequado (40,7%). A realização do tratamento adequado da gestante, ao longo da série histórica, manteve-se baixa (1,0%)”, conclui o estudo.

Segundos dados da Secretaria Estadual de Saúde (Tocantins/SESAU, 2012), a Diretoria Estadual de Atenção Primária e Diretoria de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, iniciou em 2012 a execução das capacitações da testagem rápida para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/AIDS para os profissionais da Atenção Básica à Saúde. No município de Palmas, 89 profissionais de 33 Unidades Básicas de Saúde foram qualificados. Portanto, o município possui 91% de cobertura, entretanto, destaca-se uma alta incidência de SC. Assim, apesar da elevada oferta de pré-natal constata-se a dificuldade no controle de casos de sífilis e, conseqüentemente, a presença de casos de SC. Essa situação confere ao município de Palmas uma baixa qualidade dos serviços de saúde voltados ao pré-natal e puerpério.

Considerando o descrito cenário preocupante, este estudo se propôs a investigar a qualidade a assistência ao pré-natal especificamente aprofundando no desenvolvimento das ações de controle da sífilis entre as gestantes no município de Palmas-TO em dois Centros de Saúde e Comunidade. O recorte temporal da pesquisa foi do período compreendido entre janeiro de 2016 a janeiro de 2019 nestes centros, utilizando dados dos prontuários eletrônico E-SUS, notifica sus de acordo com o calendário epidemiológicas dos respectivos anos.

1.1 Justificativa do estudo

Este estudo foi desenhado a partir das indagações no cotidiano profissional da autora, médica da ESF, preceptora de Medicina de Família e comunidade e do Internato em Saúde da família. Estar fazendo parte da formação de novos médicos trouxe uma aproximação tanto com as outras equipes quanto com a comunidade e principalmente com as mulheres grávidas que incansavelmente entregam sua saúde e de seu conceito nas mãos dos profissionais dos centros de saúde. Como médica de uma equipe da ESF e com um olhar de educadora focado na formação, se priorizou trabalhar realmente em equipe, buscando uma prática com perspectiva de

trabalho interdisciplinar, um trabalho em conjunto e envolvendo todas as equipes presentes na mesma unidade de saúde, muitas vezes despertando conflitos por parte de profissionais que não compartilhavam do mesmo entendimento, mas que outrora foram grandes parceiros na realização dos trabalhos compartilhados, tornando um grupo forte que se somou aos profissionais que já defendiam as questões como clínica ampliada, saúde no conceito para além da doença, saúde focada na pessoa na família e comunidade e que sabiam da presença dos condicionantes que influenciam e determinam a saúde de um povo. Porém mesmo com as experiências adquiridas vem a impotência diante dos vários casos de sífilis congênita e a cada óbito a ser investigado soava como um atestado de incapacidade diante de uma doença a qual temos nove meses para limitar sua transmissão vertical, vindo à tona reflexões: afinal o que está acontecendo? O que deixamos de fazer? Em que preciso realmente investir? Até quando vamos ficar investigando óbitos de crianças com sífilis e acompanhando crianças contaminadas por sífilis congênita se podemos evitar? E surge a pergunta de pesquisa: se há a adequada oferta do serviço pré-natal por que há crianças que ainda nascem e morrem com SC em meu território de saúde?

Palmas é uma cidade de 100% de cobertura de Estratégia à Saúde da Família (ESF) o que fortalece a atenção primária neste município. No entanto, apesar da elevada oferta de pré-natal constata-se a dificuldade no controle de casos de sífilis e, conseqüentemente, a presença de casos de SC. Essa situação confere ao município uma baixa qualidade dos serviços de saúde voltados ao pré-natal e puerpério.

A Secretaria Municipal de Palmas desenvolve o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade que muitos contribuem com a assistência em saúde. O município se organiza ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) no qual o pré-natal está incluído. Diante ao momento vivido, é prudente responder ou decifrar onde está ocorrendo essa falha, pois a SC é um grande problema de saúde pública resultando em crianças adoecidas e com sequelas quando sobrevivem às conseqüências da bactéria pelo treponema.

Os custos econômicos aos sistemas de saúde são dispendiosos e onerosos quando comparado à sua prevenção, diagnóstico e tratamento na atenção primária que, tal como para toda a população, também para a mulher grávida, significa a porta de entrada. A assistência pré-natal é apontada como de boa qualidade quando é analisada na perspectiva de sete consultas realizadas seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, (Leal et al, 2018) isso demonstra que temos uma boa cobertura. No entanto, essa qualidade passa a ser duvidosa quando se analisa a incidência elevada de casos de SC no município já que deveria ser no pré-natal que são garantidos os exames e as consultas para assegurar a proteção da mãe e do conceito.

Diante do exposto, justifica-se a investigação que visa conhecer as condições em que vem sendo realizada a atenção pré-natal e buscar esclarecer quais causas estão levando ao não diagnóstico e tratamento oportuno das mulheres grávidas com sífilis. Conhecer estas razões são informações importantes para que se rompa a cadeia de transmissão da SC. Neste sentido, faz-se necessário conhecer quando às mulheres iniciam o pré-natal e o que os serviços lhes oferecem neste município e, para isso foi realizado uma coorte retrospectiva com dados de prontuários eletrônicos E-SUS de mulheres que realizaram o pré-natal em 02 centros de saúde de Palmas nos anos de 2016, 2017 e 2018.

1.2 Hipótese para o estudo

Em virtude da ocorrência do número elevado de SC, as mulheres que fazem pré-natal nos centros de saúde 406 Norte e 210 Sul não estão recebendo atenção pré-natal de qualidade que lhes dê a chance de ter diagnosticado e tratado o seu quadro de sífilis.

1.3 Objetivo geral

Analisar a atenção ao pré-natal no município de Palmas Tocantins, verificando aspectos da qualidade no controle da SC.

1.4 Objetivos específicos

- Estudar como vem sendo oferecido a atenção às gestantes durante o pré-natal de uma forma geral;
- Analisar os exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos e de controle necessários destinados ao casal ou à mulher para ampliar o controle da SC no território estudado;
- Analisar a cobertura e concentração do pré-natal nos centros de saúde 406 Norte e 210 Sul, no município de Palmas Tocantins de janeiro de 2016 a janeiro de 2019;
- Analisar aspectos da qualidade do pré-natal, verificando os cumprimentos das normas do pré-natal recomendadas pelo Ministério da Saúde.

1.5 Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza exploratória a partir de informações obtidas nos prontuários das mulheres com a intenção de investigar variáveis que informam sobre a atenção que as mulheres gestantes receberam no atendimento pré-natal nas respectivas unidades de saúde.

De acordo com Gil (2007), este tipo de pesquisa tem como objetivo promover maior familiaridade com o problema, com o objetivo de torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A maior parte dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007).

Este estudo teve como objetivo geral analisar a atenção pré-natal no município de Palmas Tocantins, verificando aspectos da qualidade no controle da

SC. A pesquisa tem como discussão central a política de acompanhamento pré-natal para o SUS emanada pelo MS em especial no controle e tratamento das mulheres portadoras de sífilis. Neste sentido a primeira fase da pesquisa envolveu pesquisa bibliográfica com fins de levantar, na literatura especializada, dados sobre a historicidade da política de pré-natal presente no discurso institucional do MS.

O estudo buscou analisar a cobertura e concentração e diversas variáveis relativas à atenção ao pré-natal nos centros de saúde das Quadras 406 Norte e 210 Sul, no município de Palmas Tocantins, atendidas no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2019.

A segunda parte da pesquisa, de cunho descritivo se propôs a avaliar a capacidade do serviço do pré-natal destes referidos centros de saúde na identificação, diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis em gestantes analisando as providências tomadas nos casos de doença identificados. No capítulo 6 desta dissertação apresenta-se de forma mais detalhada os procedimentos metodológicos utilizados.

1.6 Estrutura do trabalho

O trabalho está dividido em sete capítulos. No capítulo 1 – Introdução apresenta-se a delimitação da problemática da investigação a partir do projeto de pesquisa que originou esta pesquisa. Nesta seção encontra-se ainda a justificativa do estudo, hipóteses, objetivos gerais e específicos, metodologia; e também a descrição da estrutura da dissertação.

O capítulo 2 - *O pré-natal no Brasil: papel e atribuições da atenção básica* explora o contexto histórico e normativo da Política de Atenção Básica e suas repercussões no modelo de rede de saúde no Brasil. Discute-se ainda, o conceito de pré-natal os procedimentos nos casos de diagnósticos de sífilis nas gestantes. O capítulo seguinte, 3 - *Rede básica de saúde no Brasil: princípios e organização* dissertam sobre o contexto histórico da criação do Sistema Único de Saúde e aprofunda a discussão sobre as Redes de Atenção à Saúde. Ressalta a importância do princípio da integralidade fazer parte deste arranjo, e finaliza descrevendo os princípios e objetivos da Rede Cegonha - tendo em vista que o atendimento às

grávidas no SUS é organizado pela Rede Cegonha dentro da Rede de atenção à Saúde.

O capítulo 4 detalha sobre os protocolos assistenciais e de controle do SUS relacionados com a Atenção Pré-natal, que determinam a qualidade dos serviços. O texto discorre sobre os protocolos preconizados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) desde o acolhimento da gestante ou casal que pretende ter filhos e procura o Centro de Saúde a Comunidade (CSC) em busca de orientações até o puerpério e cuidados envolvidos. O capítulo apresenta também os papéis dos profissionais de saúde, bem como estrutura física e material dos CSC definidos nestes documentos oficiais.

No capítulo 5 - *Aspectos do Diagnóstico e Controle da Sífilis na gravidez* apresenta-se o panorama histórico, fisiopatológico e epidemiológico da sífilis incluindo a evolução do diagnóstico e do tratamento, complementado por comentários acerca do papel do pré-natal na prevenção e controle da sífilis.

O capítulo 6 contextualiza o objeto da pesquisa apresentando o contexto socioeconômico e histórico da região em que o estudo é realizado - Estado do Tocantins, município de Palmas. Neste capítulo descreve-se ainda a organização administrativa do sistema de saúde da rede de atenção básica na cidade de Palmas, com foco na descrição comparativa dos Centros de Saúde e Comunidade das Quadras 204 Sul e 406 Norte - lócus da pesquisa. Na terceira seção do capítulo são apresentadas as bases metodológicas da investigação, seguida da descrição da metodologia e aplicação dos instrumentos de avaliação. Na sequência, são abordados os procedimentos do tratamento dos dados e as questões éticas da investigação. O capítulo 7 dedica-se a apresentar os resultados e discussão através de tabelas e gráficos e considerações finais.

2. PRÉ-NATAL NO BRASIL: PAPEL E ATRIBUIÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção pré-natal é uma importante estratégia de redução da morbimortalidade materna e perinatal. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. De acordo com orientações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (Brasil, 2006).

A recomendação do MS é que, no pré-natal sejam realizadas no mínimo seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A classificação é orientada pelo grau de risco. Considera-se pré-natal de baixo risco aquele com riscos habituais na gravidez que apresentam problemas resolvidos com procedimentos simples no nível primário de assistência. No pré-natal de alto risco, a vida e a saúde da mulher e o feto têm maiores chances de serem atingidas, necessitando de procedimentos mais complexos solucionados geralmente em serviços de nível secundário e terciário (Brasil, 2012).

A Taxa de Mortalidade Materna é o indicador de saúde que mais expressa a qualidade da assistência à saúde, pois as causas de óbito de mulheres relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério são facilmente preveníveis se identificadas e tratadas oportuna e convenientemente. Por estar assim tão vinculada à possibilidade de intervenções de serviços de saúde, esta taxa expressa não apenas a qualidade como ainda o nível de saúde de um povo (Viana, Novaes e Calderon, 2011).

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) formulados a partir da Declaração do Milênio das Nações Unidas, subscrita pelos 191 estados membros no

dia 8 de setembro de 2000, representou um esforço para sintetizar acordos internacionais derivados de diversas conferências mundiais ao longo dos anos 90 (meio ambiente e desenvolvimento, direitos das mulheres, desenvolvimento social, racismo, etc.). Essa Declaração trouxe uma série de compromissos concretos entre estes a redução da mortalidade materna reconhecido desta forma como um dos indicadores que melhoram o destino da humanidade (ONU, 2000).

Ratificando os ODM, em setembro de 2015 a Cúpula das Nações Unidas apresentou outros desafios aos países membros conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no qual consta uma agenda mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável composta por 17 objetivos e 169 metas a serem atingidos até 2030. Outra vez ali consta a redução das mortes maternas. Entretanto esse indicador entre os demais do campo da saúde é o que tem se mostrado com maior dificuldade em ser modificado justamente por que depende de mudanças na assistência e na própria organização e funcionamento dos serviços de saúde (Costa, 2012).

Por outro lado, a Taxa de Mortalidade Infantil é também considerada um importante indicador para avaliação do pré-natal, especialmente no seu componente da mortalidade neonatal. No contexto atual em que as afecções perinatais respondem atualmente por mais da metade das mortes infantis reafirma-se a importância da assistência às mulheres gestantes, ao parto e ao puerpério que compõem o que se chama de assistência materna. Trata-se de óbitos de recém-nascidos que ocorrem em sua maioria no período pré-natal precoce (0 a 6 dias), por causa evitáveis e relacionados ao acesso e a utilização dos serviços de saúde. Dessa forma tais mortes apresentam estreita relação com a qualidade da atenção pré-natal e assistência adequada ao recém-nascido. Portanto, o pronto reconhecimento de risco, com provisão do cuidado apropriado e resolutivo a gestante e à criança são ações básicas com grande potencial para mudanças positivas sobre a sobrevivência e a qualidade de vida da criança (Brasil, 2001).

De acordo com o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (Brasil, 2009), os óbitos neonatais demonstram a fragilidade dos serviços de saúde. Estas ocorrências levantam questionamentos da razão destes óbitos, visto que o pré-natal tem o papel de adotar condutas que assegurem a saúde da mulher e seu

concepto e garantir o desenvolvimento da gestação, a fim de permitir o parto de um recém-nascido saudável (Brasil, 2012b).

Estudos em diferentes regiões do Brasil têm constatado falhas na atenção pré-natal em grávidas de alto risco portadoras de sífilis (Domingues, et. al. 2012; Miranda, et. al. 2009; Campos et. al. 2010). Conforme observam Cooper e associados (2006, p. 251) “apesar de décadas de experiência epidemiológica e clínica com sífilis materna e congênita, ambas continuam a ser importantes problemas de saúde pública no Brasil e no resto das Américas”. Dados do Boletim Epidemiológico 2018 (Brasil, 2018), revelam que os casos de sífilis entre gestantes no Brasil, cresceu de 10,8 casos por 1 mil nascidos vivos em 2016 para 17,2 casos a cada 1 mil nascidos vivos em 2017. Já a SC passou de 21.183 casos em 2016, para 24.666 em 2017. Portanto, o país encontra-se entre os quinze países considerados prioritários para o controle da SC (Klausner, 2013).

A atenção pré-natal está inserida nas atribuições da ESF, implementada no SUS e coordenada pelo MS. A atenção pré-natal pressupõe ações coletivas que possibilitem a realização de uma assistência universal, ou seja, a todas as mulheres grávidas e em idade gestacional de forma integral, cobrindo, portanto, todas as suas necessidades em saúde. Trata-se de um grande desafio para a atenção básica.

Atendendo a essa expectativa a atenção básica se fortalece com o seu conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e ampliando a autonomia das pessoas incidindo na causa das causas das doenças, os determinantes sociais da saúde dos indivíduos, da família e das coletividades. O fato é que existe um consenso expresso nos documentos oficiais de que as atribuições da atenção básica no cuidado ao pré-natal constituem uma prática fortalecedora em todos os seus âmbitos, para as mulheres e para a rede de serviços. (Brasil, 2012a).

Na primeira parte deste capítulo, será apresentado o contexto histórico e normativo da Política de Atenção Básica e suas repercussões no modelo de rede de saúde que temos atualmente no Brasil. Na sequência será considerado o marco

histórico e legal da saúde integral das mulheres no Brasil. Na seção seguinte, discute-se o conceito de pré-natal e os procedimentos nos casos de diagnósticos de sífilis nas gestantes.

2.1 Da Atenção primária à Atenção Básica: aspectos conceituais e históricos

A noção de Atenção Primária em Saúde (APS) como base para o modelo de organização de sistema de saúde ocorre pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920. Segundo Kuschnir e Chorny (2010, p. 2308):

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

Neste documento a APS foi concebida na perspectiva de organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, divididos por níveis de complexidade e com base em área geográfica pré-definida. A partir das concepções de saúde em rede deste documento, foi criado o sistema nacional de saúde britânico em 1948 que posteriormente serviu de modelo para vários países no mundo (Matta; Fausto, 2007). O sistema proposto por Dawson distinguia três níveis principais de serviços de atenção à saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escola. A porta de entrada do sistema seria o centro de saúde primário que seria operado pelos médicos generalistas. Os centros de saúde eram concebidos como o coração do sistema, sendo que os médicos generalistas teriam a função de definir o fluxo do paciente de acordo às necessidades no sistema. Para o autor do Relatório estes centros seriam localizados em territórios de elevado porte populacional, com autossuficiência de recursos e seriam alimentados por sistemas integrados de informação e disporiam de transporte adequado para favorecer o acesso das pessoas. Os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível de atenção seriam referenciados aos hospitais de ensino vinculados previamente aos centros (Lima et al., 2012).

A evolução desse conceito e a concepção de arquitetura da APS ao longo do tempo são notáveis. Para Starfield (2012), a APS constitui a porta de entrada do

sistema de serviços de saúde advertindo que a atenção deve ser voltada à pessoa (não direcionada para a enfermidade). Sobretudo, a autora explica que a APS fornece cuidado integral para todas as condições da pessoa integrando e coordenando a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Para o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS, 2004, p. 7) a APS deve ser entendida como:

um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade de (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

Um marco histórico para a consolidação do conceito de APS foi a realização da trigésima Assembleia Mundial de Saúde em 1977 cujo lema foi Saúde para todos no ano 2000, propondo implementar ações estratégicas de promoção à saúde. Segundo Starfield (2012), essa reunião abriu caminhos para a promoção dos princípios de APS. No ano seguinte, estes princípios foram anunciados na Conferência de Alma-Ata, que conclamou os países participantes a redirecionar os seus sistemas de saúde para proporcionar atenção ao conjunto da população.

Oito elementos ou atributos fundamentais a serem contemplados nas ações de atenção e cuidados primários à saúde foram definidos nesta conferência: educação em saúde; saneamento ambiental; programa de saúde materno infantil, prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado às doenças mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais, promoção da saúde mental e promoção de boa alimentação (OMS, 1978).

Assim, a Conferência Alma-Ata constitui um marco conceitual relevante no tocante a definição de APS. Os documentos oficiais da conferência definem claramente o que são cuidados primários de saúde e seus conceitos básicos, com

destaque ao indivíduo, à família e à comunidade em que este reside. O texto da conferência reza:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

De acordo com Starfield (2002), embora estes conceitos de atenção primária tenham sido elaborados para serem aplicados em todos os países, considerando as diferenças culturais, políticas, geográficas, econômicas destes, houve discordâncias a respeito da aplicação da APS. Por exemplo, a autora cita que em países com sistemas baseados na tecnologia, na especialização e na supremacia dos hospitais soava estranho o conceito de “proximidade com as pessoas”. Também, em países industrializados, a orientação para comunidade tem pouco significado ou importância.

Ainda, segundo Matta (2005), a OMS enfrentou fortes resistências econômicas e políticas, considerando que a proposta da APS disseminada em Alma-Ata era controversa aos interesses da indústria do leite e de medicamentos, uma vez que a APS defendia o aleitamento materno e o fornecimento de medicamentos gratuitos. Sobre a efetividade das ações decorrentes da conferência Alma-Ata, o autor discorre:

Para a OMS, Alma-Ata é um ícone de sucesso e fracasso simultaneamente. Sucesso por conta de um passado influente, quando era capaz de reunir a maioria dos estados nacionais, conduzir propostas, influir no desenho dos sistemas de saúde e nas políticas econômicas e sociais. E fracasso por ser uma meta jamais alcançada, uma proposta que se pulverizou com a mesma velocidade de seu surgimento, um descrédito de uma ação ambiciosa e uma data jamais cumprida. E também pela incapacidade

de gerenciar processos de negociação política e econômica internacionais e no interior dos estados nacionais e pelo recuo frente às pressões de grandes interesses econômicos do mundo capitalista (Matta, 2005, p.382).

No entanto, o autor argumenta que é inegável o marco da Declaração de Alma-Ata para as estratégias de promoção à saúde, para a defesa da saúde como direito e para uma concepção ampliada de saúde em todo o mundo. Contudo, Starfield (2002) afirma que nem todos países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária. Alguns países discordavam em relação a diretriz da integralidade da APS. Estes defendiam uma APS seletiva, baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza.

No Brasil, adotou-se o termo Atenção Básica, que se origina de vários ideários de Atenção Primária à Saúde (APS) concebidos em Alma-Ata e contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social que são os três componentes do SUS. Alguns enfoques quanto ao termo APS e ABS, Giovanella (2018, p.2) observa algumas tensões discursivas:

No Brasil, ainda que concordando com os autores de que existe certo consenso sobre o ideário de uma atenção básica estruturante de um SUS de qualidade, pode-se observar também uma tensão discursiva entre enfoques de nossa atenção básica/atenção primária à saúde, por vezes com contraposições entre “promoção/prevenção X cuidado; saúde coletiva X clínica; ações programáticas X demanda espontânea; orientação comunitária X serviço de saúde; necessidades populacionais X acesso oportuno; atenção médica generalista X multiprofissionalidade. Ademais, certamente, em sua origem, o Programa Saúde da Família (PSF) apresentava características de focalização, seletividade e inserção paralela à rede assistencial preexistente.

Assim, conforme observado, a APS no Brasil enfrenta tensões desde sua implantação, pois enfrenta o modelo hegemônico enraizado em nosso país, que é o modelo médico-hospitalar cujo foco são doenças e indivíduos. O desafio cultural, conceitual e operacional para a ABS envolve muitas mudanças, pois a abordagem não envolve só indivíduos em processo de adoecimento, mas o cidadão com seus direitos e deveres e as coletividades, meio ambiente e as políticas intersetoriais.

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2009), a consolidação da ABS no Brasil foi estabelecida a partir da criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF), ambos criados no escopo do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reorganizar a rede básica de saúde. Segundo Souza e Hamann (2009), o PSF propunha um modelo diferenciado de atendimento, baseado em quatro princípios fundamentais: "(i) adscrição de clientela; (ii) territorialização; (iii) diagnóstico da situação da saúde da população e (iv) planejamento baseado na realidade. Os autores descrevem as características principais do programa:

As características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por cuidarem em média de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de quarenta horas semanais, passam, necessariamente, pela interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa/democrática (idem, p. 1327).

A importância da criação do PSF foi abordada por Matta e Fausto (2007), que afirmaram que até o momento da formulação deste programa, não existia no MS nenhuma área peculiar que abrigasse a atenção primária como nível de atenção. Os autores observam:

As ações deste cunho constituíam-se inicialmente em programas verticais e posteriormente em ações programáticas organizadas segundo programas específicos: saúde da criança, da mulher, mental, hipertensão arterial, tuberculose, entre outros, considerados ações prioritárias, vinculadas ao Departamento de Políticas de Saúde (idem, p.59).

Quando em 1996, o MS formula a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), cria-se a partir de então o PSF que assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 regulamentou os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

Outros desdobramentos foram desencadeados desde a NOB/96: a criação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica); a implementação do Sistema de Informação da Atenção (SIAB), ambos em 1998; em 2002, lançamento do Projeto de Expansão e Consolidação do programa Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes. Morosini, Fonseca e Lima (2008, p. 13) analisam este movimento como positivo:

A APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB, revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), citado pelas autoras, foi regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica; para o Programa Saúde da Família (PSF); e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A instituição da PNAB fortaleceu a APS ao definir os seus fundamentos dentro desta política:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizados, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e a coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação popular e o controle social.

Com a Política Nacional de Atenção Básica requereu-se estratégias diversificadas não apenas na reorganização do modelo de atenção à saúde, mas também no aparelho formador. Sob essa perspectiva no ano 2014, no contexto do Programa Mais Médicos, foram aprovadas mudanças nas Diretrizes Curriculares para Educação Médica buscando compatibilizar as necessidades que a atenção básica com os novos profissionais que devem ter competências mais ampliadas de acordo à complexidade das demandas da AB.

Do exposto, é notório que no Brasil o Movimento da reforma Sanitária e as classes sociais, foram assertivos na luta pela implantação do SUS e APS. Mais entre implantar e efetivar tem uma distância. Houve inúmeras conquistas que são inegáveis, impactando positivamente no acesso, como por exemplo, na redução de desigualdades, na melhora da situação da saúde da população, e na ampliação da cobertura populacional pelas equipes de saúde da família em todo o território brasileiro. Atualmente soma-se mais de 40 mil equipes de saúde da família atuando em todo país, comprovando que houve investimento financeiro suficiente para que essas implementações se realizassem em anos anteriores.

Entende-se que, para que os profissionais médicos rompam as subespecialidades, para trabalhar comprometido com os princípios da APS tal como define a Política de Atenção Básica, é preciso de um médico com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (Brasil, 2014).

Não é novidade que as forças contrárias ao SUS sempre estiveram presente, desde a persistência da própria hegemonia do modelo médico centrado, da mídia que só mostra os problemas e em nenhum momento esclarece a falta de financiamento, como se o SUS fosse autônomo; até os planos de saúde privados que trabalham com a saúde em forma de mercadoria, pois só tem acesso quem paga, e com suas regras em pacote que depende do poder aquisitivo das pessoas e não da sua necessidade de saúde se distanciando assim do princípio da equidade.

Se existe certa sabotagem pelo Estado com o SUS, resta à sociedade civil lutar pela Reforma Sanitária Brasileira e por um sistema de saúde universal, público, de qualidade e efetivo, cabendo ao movimento sanitário contribuir para imprimir um caráter mais progressista à revolução passiva brasileira e assim, tornar nosso sistema público e Universal, robusto e com incentivos financeiros adequado (Paim, 2018).

2.2 Saúde Integral das mulheres: atenção primária na coordenação do cuidado

A assistência à saúde da mulher baseada na integralidade tanto sob a perspectiva do sujeito como da oferta de serviços expressa enormes desafios para a qualificação do cuidado às mulheres gestantes no pré-natal e nas demais exigências da saúde materna, a assistência ao parto e ao puerpério.

Importante rememorar e registrar que nem sempre a assistência à saúde da mulher era orientada para a integralidade, mas estava voltada essencialmente para o que acostumou chamar de saúde materna infantil que restringe a oferta de serviços assistenciais às demandas decorrentes da gestação, ou seja, o pré-natal, o parto e o puerpério. Da mesma forma é imprescindível salientar que nem sempre a atenção às mulheres era universal, ou garantida para todas. A conquista da saúde como direito universal foi fruto de nossa Constituição Federal que determinou a criação do SUS. Antes disso, a saúde da mulher vai aos poucos assumindo novas roupagens desde os anos oitenta por influência do feminismo que exigia olhares mais alargados para as mulheres enquanto sujeitos sociais.

Anterior ao século XIX, a assistência hospitalar ao parto era para poucas mulheres e os serviços existentes ou eram particulares oferecidos por profissional liberal ou vinculados à filantropia. Subsequentemente houve um período de expansão e medicalização da assistência à saúde no Brasil o que levou a institucionalização do parto, com objetivo de assegurar um recém-nascido saudável e assim diminuir as taxas de mortalidade infantil que, na época, estavam muito elevadas (Brasil, 2001). Costa (2012) afirma que no período correspondente à metade do século XIX, a atenção à saúde da mulher se resumia ao Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) do Ministério da Saúde. Considerando que no período anterior ao SUS, o MS e as secretarias estaduais de Saúde atendiam às

pessoas descobertas pela previdência social, ou seja, aquelas excluídas do mercado formal de trabalho, o PSMI, por sua vez, oferecia tão somente ações para o cuidado da gravidez, voltadas ao atendimento pré-natal e controle do puerpério da população pobre não previdenciária. O PSMI seguia as recomendações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), com ações verticalizadas e pouco articuladas, porém foi importante para saúde da mulher nos aspectos da gestação. O referido programa valorizava essencialmente o binômio “mãe-filho” recomendando ações da assistência pré-natal, parto e puerpério.

Em 1977 foi elaborado o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco - PPGAR, que visava ofertar a contracepção das mulheres com risco gestacional. Este programa levantou muita polêmica e provocou reação contrária da sociedade, pois visava basicamente a controle demográfico, atribuindo os critérios de risco aos nascimentos em populações pobres e negras (Costa, 2012).

Em 1983, surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, elaborado diante de forte influência do processo da reforma sanitária e baseado no que mais tarde ficou consagrado como os princípios do SUS. Este programa que na verdade constava de um conjunto de diretrizes, tentou dessa forma romper com a verticalidade enraizada nos programas de saúde do país, estendendo sua abordagem para diferentes faixas etárias, grupos étnicos e classes sociais. Sobre o PAISM, Costa (2012, p 994) acrescenta:

As práticas educativas no PAISM, formalizadas como ações de saúde, visam a estimular a capacidade crítica das mulheres para garantir a autonomia na escolha dos métodos, do controle da fertilidade e mesmo das condutas e dos tratamentos propostos pelos profissionais. É preconizado que as práticas de educação em saúde devam ser oferecidas continuamente por todos os serviços e abordar as temáticas sobre o corpo, a sexualidade e os direitos das mulheres.

O PAISM abordou também todo o conjunto de patologias e situações que resultam em riscos à saúde da mulher e o bem-estar feminino somado ao enfoque reprodutivo. Este programa rompeu a omissão do Estado sobre o controle da fecundidade que vinha sendo praticado de forma insegura e pautado por objetivos de controle demográfico, pouco se importando com a saúde das mulheres. A necessária crítica à fragmentação do cuidado das mulheres que era fatiada em demandas por patologia ou necessidade de saúde produziu o conceito de

integralidade. Nessa perspectiva a mulher que era vista de forma isolada passa a ser contemplada na sua integralidade (Costa, 2004).

Ao ser criado pela Constituição Federal, o SUS foi regulamentado pela Lei orgânica da Saúde, as Leis 8.080/90 e 6.142/90. Desde então a integralidade das mulheres se transforma em uma diretriz única que vai se aperfeiçoando ao longo dos tempos. Algumas vezes volta a ser fragmentada como em 2001, quando o MS lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, estabelecendo de forma verticalizada e induzida financeiramente, os princípios de atenção que deveria ser prestada pelos Estados e municípios. Este programa trouxe a temática de humanização ao parto na perspectiva da garantia em que as equipes de saúde realizem procedimentos benéficos para mulher e seu bebê, evitando assim intervenções desnecessárias e iatrogênicas. Buscou preservar a privacidade e autonomia da mulher, assim como, alterou as práticas e condutas arraigadas em substituição a abordagem humanizada (Brasil, 2011).

Em 2004 é criada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e traz como norteador a análise de que a condição de gênero atua como determinante da saúde. Ao lado disso, reforça a integralidade e a promoção da saúde, buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, fortalecendo a questão do parto e puerpério, quando enfatiza melhorias na atenção obstétrica e questiona a baixa cobertura pré-natal na época (Brasil, 2004).

Esta política teve como base o PAISM na sua forma integral de ver a mulher. No bojo de sua implementação, um ano depois o MS, preocupado com a dificuldade do controle da mortalidade materna e neonatal, lança o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam de fato executadas e respondam as reais necessidades locais da população.

Outro marco importante na questão da saúde da mulher no que se refere ao pré-natal, foi a criação em 2017, sob iniciativa do SUS, da Política Nacional de Atenção à Saúde (PNAB), que prevê a organização das redes de atenção, tem como função base um serviço descentralizado e capilar, coordenando o cuidado, ordenando as redes de responsabilidade e apoiando a Estratégia Saúde da Família (ESF), proporcionando à mulher uma verdadeira porta de entrada em seu próprio

território assim como coordena os cuidados voltados a esta população (Brasil, 2012b).

Atualmente a Rede Cegonha, fazendo parte da rede SUS busca à redução da mortalidade materna e infantil, visando a atenção ao parto. O modelo foi construído no país desde os anos 90, trazendo o envolvimento da experiência de vários profissionais da área da saúde, somado a experiências de acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores e formuladores de políticas públicas, gestantes e ativistas. São atividades desafiadoras para a gestão, buscando promover articulações políticas, institucionais. Este modelo visa a garantir às mulheres e as crianças assistência humanizada, de qualidade, permitindo a mulher, vivenciar experiências na sua maternidade, incluindo seu parceiro neste processo (Brasil, 2011). Consideramos no capítulo a seguir os pormenores da atenção pré-natal às gestantes de alto risco, com foco na prevenção da sífilis.

3. REDE BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL: PRINCÍPIOS E ORGANIZAÇÃO

Para compreensão da rede básica de Saúde no Brasil, faz-se necessário conhecer o sistema político federativo do país que é constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica (Souza, 2002). Com um sistema tão complexo, com 26 estados, o Distrito Federal e 5.560 municípios, a implementação de políticas públicas de abrangência nacional, em especial nos casos em que “a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil” (idem, p. 9). Segundo Souza (2002), a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, a clara delimitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política bem como a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação.

Assim, pensar na construção de políticas de saúde requer um esforço hercúleo diante da complexidade da área. Souza (2002, p. 10) apresenta os fatores que constituem variáveis na formulação das políticas públicas de saúde:

- Múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos;
- Diversidade das necessidades de saúde em uma população;
- Diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades;
- Capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las;
- Interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que frequentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania.

Portanto, constitui um desafio para os formuladores de políticas públicas criar um sistema que abarcasse toda diversidade e heterogeneidade em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Com o intuito de compreender como se organiza a atenção básica à saúde da mulher, neste capítulo vamos conhecer brevemente o contexto da criação do SUS, a organização das RAS no Brasil, com foco na Rede Cegonha que trata

especificamente das políticas voltadas às recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses. Após esta delimitação, o foco será no atendimento à mulher gestante com sífilis dentro deste sistema, em especial nos postos de atendimento de saúde selecionados para este estudo.

O sistema de proteção social brasileiro se expandiu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-45) e dos governos militares (1964-84). Naquele contexto, este sistema era fragmentado e desigual (Draibe & Silva, 1990). Antes da criação do SUS, a promoção da saúde e prevenção de doenças era realizada diretamente pelo MS em conjunto com os estados e municípios em ações voltadas para campanhas de vacinação e controle de endemias. De acordo com Braga e Paula (1981), o sistema de saúde era formado por um MS subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, e a prestação de serviços era intermediada por institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. Considerando o contexto econômico de questionamento da manutenção do estado de bem-estar social no resto do mundo nos anos de 1980, a reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão deste posicionamento.

Segundo Souza (2002), o protagonista do poder público na área de saúde na década de 1970 foi o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. O autor descreve o papel destas instituições:

O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (idem, p.11).

A lacuna neste sistema era o seu caráter não universal, atendia apenas aos que tinham vínculo empregatício, ou carteira assinada e seus dependentes. Neste

período, Souza (2002) reflete que os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias: os que podiam pagar pelos serviços; os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e os que não tinham nenhum direito.

Em 1975, governo federal mantido por militares criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS) por meio da lei n. 6.229. Estudos históricos na área analisam que a proposta era separar os papéis do MS e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), enquanto o primeiro cuidaria da atuação da saúde pública, o segundo cuidaria da assistência médica previdenciária. Segundo o texto da lei, a pasta da Saúde ficaria responsável pelas ações de coordenação da vigilância epidemiológica em todo o território nacional, fiscalização e controles sanitários e outras medidas e ações de corte coletivo. Ao MPAS, caberiam as responsabilidades de coordenação dos serviços assistenciais, entre outras ações mais voltadas para a atenção da saúde individual (Escorel, 1998)

A Reforma Sanitária encabeçada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) criado em 1976, deu início a um movimento engrossado por meio de aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais. De 1979 em diante foram realizadas reuniões de técnicos e gestores municipais, e em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (Escorel, 1998). Com a eclosão da crise da Previdência Social na década de 1980, surgiram propostas racionalizadoras, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e o Plano CONASP, que tinham como objetivo a universalização dos cuidados primários, a extensão da cobertura aos usuários e a melhoria das condições sanitárias da população (Brasil, 1980; Mendes, 1994).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um marco para a concepção de um sistema universal de saúde. Esta aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e esboçou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de diversas estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (Paim et al., 2011). A promulgação da Constituição de

1988 garantiu o direito universal à saúde e por sua vez a criação do SUS. Porém, o sistema foi regulamentado apenas com a publicação da Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária e as classes sociais foram assertivos na luta pela implantação do SUS. Mais entre implantar e efetivar houve uma distância. Houve inúmeras conquistas que são inegáveis, impactando positivamente no acesso, na redução de desigualdades, na melhora da situação da saúde da população. Atualmente o sistema enfrenta crises de ordem econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e bem mais atual os cortes e congelamento do orçamento público por vinte anos, fortalecendo as forças contrárias ao SUS. (Paim, 2018 Giovanella, 2018)

Não é novidade que as forças contrárias ao SUS sempre estiveram presente desde a persistência da próprio hegemonia do modelo médico centrado, da mídia que só mostra os problemas e em nenhum momento esclarece a falta de financiamento, como se o SUS fosse autônomo; até os planos de saúde privados que trabalham com a saúde em forma de mercadoria, pois só tem acesso quem paga, e com suas regras em pacote que depende do tamanho do bolso das pessoas e não da sua necessidade de saúde assim se distanciando do princípio da equidade.

O modelo de atenção à saúde que largamente está atrelada ao SUS já começa com problemas na ordem do emprego do termo, onde horas se funde, horas se distancia entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde. Porém, para além de saber qual é o melhor termo o importante é saber qual amplitude das ações instituídas pelo modelo, qual a sua implementação real, se descentralizada, se considera a heterogeneidade e diversidade dos municípios, se conseguirá ser um eixo estruturante de um SUS desejado, haja vista que atenção primária é uma estratégia organizacional que tem dado muito certo em outros países (Giovanella 2018). O sucesso da atenção básica nos últimos 30 anos no país decorre da continuidade da indução financeira do modelo ESF que foi sustentada ao longo do tempo, mas para somar com retrocesso e desmonte em 2017 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi reformulada rompendo com as prioridades para a ESF.

Há de se esperar as repercussões negativas e quem mais sentirá é a população (Giovanella 2018).

Se existe certa sabotagem pelo Estado com o SUS, resta à sociedade civil lutar pela Reforma Sanitária Brasileira e por um sistema de saúde universal, público, de qualidade e efetivo, cabendo ao movimento sanitário contribuir para imprimir um caráter mais progressista à revolução passiva brasileira e assim, tornar nosso sistema público e Universal, robusto e com incentivos financeiros adequado (Paim 2018).

Com a implantação do SUS no Brasil, a concepção de serviços em redes organizadas já fazia parte da agenda da reforma sanitária. No âmbito do SUS, foi publicada a Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para organização das RAS. A portaria reza sobre o princípio conceitual destas Redes: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (Brasil, 2010). No entanto, há uma linha de autores que defendem que a implantação do SUS contribuiu pouco para integração da saúde nas regiões, possivelmente pela falta de ênfase na regionalização no projeto inicial. Somente a partir da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2000) e especialmente com o Pacto da Saúde (2006) ampliou-se a discussão sobre a construção de redes e, especialmente, as ‘linhas de produção do cuidado’ (Silva 2011; Paim et. al 2012).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são realizados de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal obedecendo aos princípios doutrinários e organizativos, dentre eles: Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; Integralidade de assistência; Equidade; Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da união dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; Participação da comunidade; Regionalização e hierarquização. Na seção a seguir vamos aprofundar sobre as RAS e em seguida

trataremos do princípio da integralidade que a priori devem estar presentes neste arranjo.

3.1 Redes de Atenção à Saúde

A proposta de RAS é quase centenária, já que foi citada e recomendada, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920. Porém, as experiências com as RAS são recentes, surgiram na primeira década dos anos 90 nos Estados Unidos e avançaram pelo sistema público na Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir alguns países em desenvolvimento (Mendes, 2011). O decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, estabeleceu o Contrato Organizativo da Atenção Pública da Saúde e dispõe sobre a organização do SUS, com destaque para RAS (Paim, 2014:486). Este Decreto regulamenta a Lei 8.080/90, e dispõe sobre a organização, o planejamento, a assistência e a articulação inter-federativa. De acordo com a publicação *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS* (Brasil, 2010), as principais características destas redes são: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Sobre os elementos constitutivos das RASs, a portaria reza: “A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde” (Brasil, 2010). Neste modelo, a portaria define o conceito de região de saúde:

Baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

Portanto, a região precisa ser claramente definida de modo a possibilitar que a equipe da RAS possa conhecer as necessidades de saúde conforme estratificação dos riscos, também implementar e avaliar as intervenções sanitárias e ainda prover

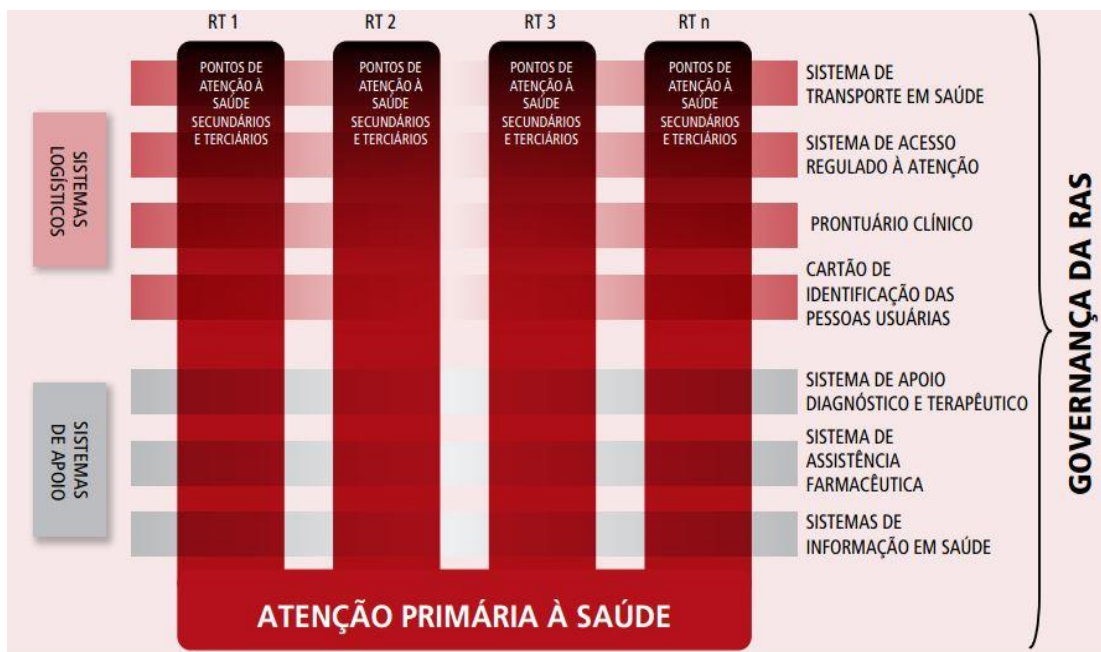
o cuidado e atenção de acordo com o contexto de valores, cultura e necessidades locais. Assim, a população aos cuidados de uma RAS deve ser totalmente registrada nos sistemas de informações da rede. Sobre a importância deste elemento da RAS, Mendes (2010, p. 2301) afirma:

O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

O segundo elemento constitutivo da RAS, a estrutura operacional, é composta por cinco componentes (figura 01):

1. Centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde (APS) - Papel chave na estruturação das redes, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contrafluxos do cuidado;
2. Pontos de atenção secundários e terciários: atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária - Por meio dos diferentes níveis tecnológicos, servem de apoio aos serviços da APS;
3. Sistemas de apoio: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de informação e sistemas de teleassistência/telessaúde - locais onde são prestados serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção;
4. Sistemas logísticos: registro eletrônico em saúde, cartão nacional de saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde - trabalham para a efetivação de um sistema eficaz de referência e contra referência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde;
5. Sistema de governança: desenho institucional da RAS, sistema gerencial, sistema de financiamento e controle social - Exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado.

Figura 1 A estrutura operacional das redes de atenção

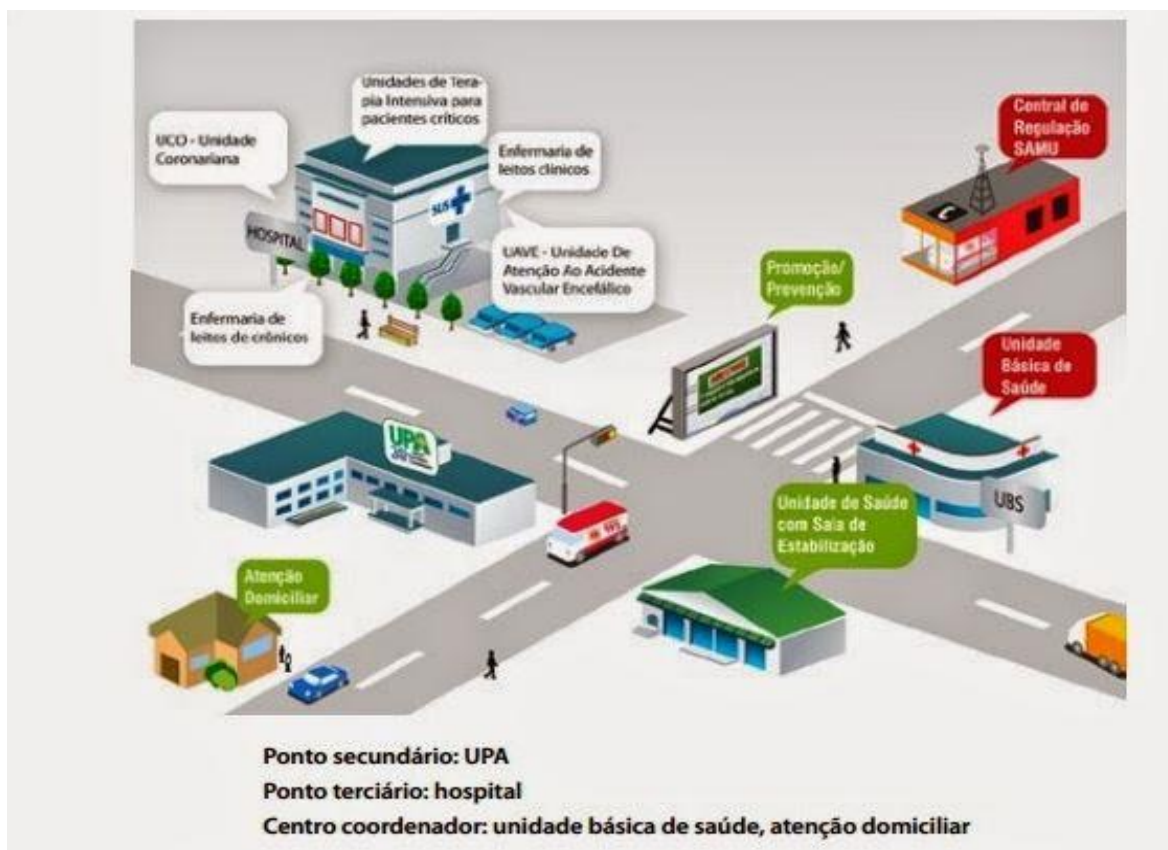


Fonte: Mendes, 2011.

A APS é o centro do nó que conecta e coordena todos os fluxos e contra fluxos da rede de atenção à saúde. Segundo Mendes (2011, p. 100), os pontos de atenção secundários e terciários (figura 01), “são nós nas RASs que ofertam determinados serviços especializados gerados através de uma função singular”. Conforme a natureza da rede temática de saúde é definida os pontos de atenção secundária e terciária: nas redes de atenção à saúde mental - os Centros de Apoio Psicossocial (CAPSs); nas redes de atenção à saúde bucal - os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); nas redes de atenção à mulher e as crianças - as maternidades, etc.

Na figura 2 apresentam-se a visualização de alguns sistemas integrados ao sistema de informação em saúde:

Figura 2 Exemplos de ponto de atenção secundários e terciários



Fonte: <https://enfermagemonlinebr.files.wordpress.com/2014/04/d34f4-ras6.jpg>

Os sistemas de apoio constituem-se em instituições dentro das redes que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. Mendes (2010, p. 2301) descreve mais detalhadamente:

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica [...]. O sistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa, [...] englobando intervenções logísticas relativas à seleção dos medicamentos, à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento dos medicamentos, à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica, como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância.

Ainda dentro do Sistema de apoio, encontram-se os sistemas de informação em saúde que englobam diferentes bancos de dados nacionais, regionais e locais.

O quarto componente da estrutura operacional das RASs é o Sistema Logístico. Este oferece soluções em saúde com base nas tecnologias de informação, com o intuito de promover a integração e comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Os sistemas logísticos são: identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte.

O Sistema de Governança é o quinto componente da estrutura operacional das RASs. Mendes (2010, p. 2302) as define como

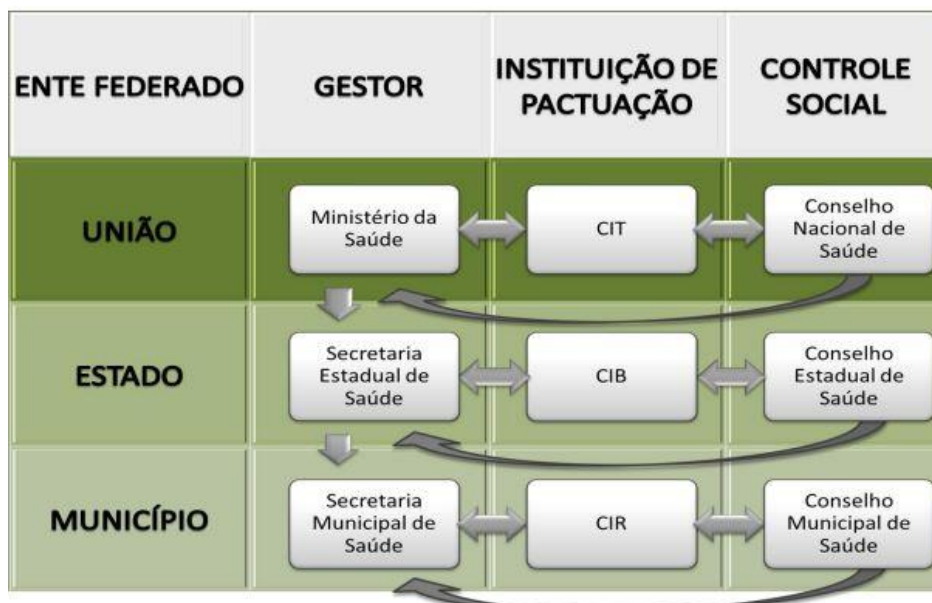
A governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

Ainda segundo Mendes (2011), a governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde. Este é composto por três dimensões fundamentais: o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema financeiro. No modelo federativo do Brasil (tripartite) cujas esferas são três: municipal, estadual e federal, a gestão das políticas públicas é bastante complexa, pois é preciso conjugar a interdependência e autonomia dos três entes federativos. A gestão das RASs se apoia em mecanismos interinstitucionais pré-existentes no SUS, por meio de Comissões Intergestoras, que são instâncias decisórias e responsáveis pela pactuação da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em RAS, sendo estas:

- (i) a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- (ii) a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
- (iii) a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Decreto 7.508, 2011)

Na figura a seguir, temos o modelo institucional do SUS, baseado no federalismo brasileiro:

Figura 3 Modelo institucional do SUS de governança



Fonte: Mendes, 2011.

O último componente da estrutura operacional das RASs são os Modelos de Atenção à Saúde. Para Paim et. al. (2012, p.554) modelo de atenção à saúde pode ser definido “como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas”. Mendes (2011, p. 209) apresenta uma definição mais aprofundada:

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

De acordo com o autor, os modelos de atenção à saúde foram criados com a finalidade de responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas. Mas os modelos de atenção também são direcionados às condições agudas. Assim, as condições agudas e eventos decorrentes de condições crônicas que se acentuam, exigem um atendimento específico baseado num tipo de classificação de riscos que tenham tempo-resposta que atendam à situação de forma eficaz. Mendes (2010, p. 210) explica:

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

No Brasil utiliza-se o Sistema Manchester de classificação de risco (figura 04), adotado também por outros países como a Inglaterra, Alemanha, Portugal, Japão, dentre outros.

Figura 4 Sistema Manchester de classificação de risco

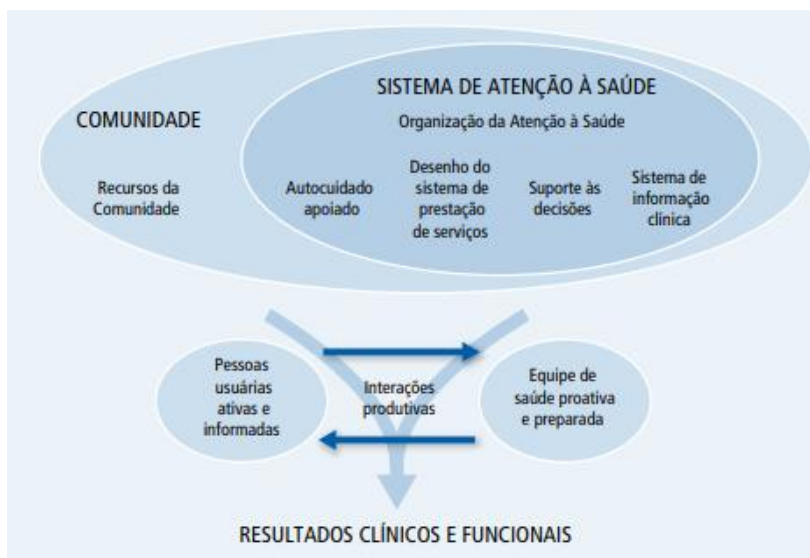
NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mendes, 2011.

Mendes (idem, p. 212) explica que o objetivo da classificação dos riscos não é definir um diagnóstico, “mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço”.

Por outro lado, os modelos de atenção à saúde voltados para as condições crônicas mais usados mundialmente o modelo de atenção crônica (CCM), o modelo seminal, e o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR). De acordo com Mendes (2010, p.2303) o CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. Como observado na figura 5, no sistema de atenção à saúde, o primeiro elemento - a organização da atenção à saúde é fundamental para criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. Este elemento transversal contribui para as mudanças nos demais elementos relacionados com o Sistema de atenção à saúde: desenho do sistema de prestação de serviços, no apoio às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado.

Figura 5 O modelo de Atenção Crônica (CCM)



Fonte: Wagner (1998) Apud Mendes (2011)

Sobre a eficácia dos modelos de atenção à saúde, Mendes (2010, p.2303) explica que há na literatura internacional, proveniente de vários países, “evidências de boa qualidade de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde”. No Brasil, o autor entende que o tema das RAS é recente e não existem experiências em escala, nem avaliações consistentes. Mas que estudos de casos de experiências de RAS indicam que estas podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS.

O exame panorâmico das RAS, sua configuração, estrutura, e modelos de atendimento consistem num pano de fundo para o leitor compreender em que contexto se insere a Rede Cegonha - foco da nossa pesquisa. Esta área temática, conforme já mencionado é voltada para o pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação. No entanto, antes de aprofundarmos sobre a Rede Cegonha, consideremos o princípio da integralidade presente nas RAS.

3.2 A integralidade nas RAS

A integralidade surge como princípio do SUS na Constituição de 1988, embora noções afins tenham sido introduzidas no debate acadêmico da saúde bem

antes, nas décadas de 1950/1960 (Kolichman, 2016). Se partir da busca de um conceito para compreender a integralidade, estará seguindo um caminho equivocado, pois integralidade não se resume em um conceito e sim em um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passando pela gestão, com gerência nos distintos níveis, até a produção de ações de cuidado por meio de práticas para atenção até o cuidado dos indivíduos. (Costa, 2004). É perceptível a dificuldade de apropriação de uma definição da palavra integralidade, no tocante da profundidade e múltiplos significados e abrangência. Mattos (2001) acha até perigoso trabalhar com o termo integralidade e considera um termo nativo no campo da saúde pública, porém explica a integralidade com uma abordagem diversificada relacionada com acesso, equidade, universalidade, demanda e oferta, pensando como estratégia de crítica e resistência e apresentado como valor ético.

Dentre os princípios do SUS a integralidade é vista como o princípio mais desafiador na construção conceitual e prática da Reforma Sanitária. Duas noções fundamentais sobre integralidade são oriundas dos Estados unidos: a primeira se refere a integração de serviços e a segunda sobre atenção integral. Essas noções se articularam entre si na primeira metade do século XX, se contrapondo a intensa especialização de práticas médicas e a maciça incorporação de tecnologias biomédicas (Kalichman, 2016).

Starfield (2002 p. 334) abre seu capítulo sobre integralidade com um relato ainda comum atualmente:

Um neurologista que conheço é frequentemente questionado pelos pacientes se ele pode assegurar que está tudo bem com seus exames cardíacos, “enquanto ele está preocupado com outras coisas”, ele responde, Claro, se você me lembrar onde fica seu coração.

O relato ilustra a fragmentação da saúde, um certo cegar holístico e um foco nas partes, se contrapondo a integralidade como importante atributo da Atenção Primária à Saúde em que sabe lidar com os problemas emergentes da população à qual serve. Discorre amplamente sobre as questões da organização dos serviços com vistas nas necessidades das pessoas, ofertas dos serviços e a atuação dos profissionais de saúde na atenção integral.

Após a reforma sanitária se abre amplo debate sobre a integralidade, primeiramente utilizado pelo MS no Brasil em 1983, quando na preparação do Programa de Assistência integral à Saúde da mulher (PAISM), o documento traz duplo alcance da integralidade: primeiramente “orientar o conjunto das atividades propostas para a promoção, prevenção e assistência da população de mulheres; e propor atendimento integral à saúde de cada uma delas, em todos os seus ciclos e necessidades de vida, e não apenas nos aspectos maternos ou reprodutivos (Kalichman, 2016. p 4) O documento ressalta o importante papel da participação ativa de mulheres oriundas do movimento feminista e de saúde e das universidades na construção do PAISM, aspecto que teve valor na conceituação de integralidade.

Como um trabalho consagrado na iniciativa de efetivar a integralidade no Brasil e vem de encontro com esse estudo que também trata das questões da saúde da mulher, o PAISM trouxe uma proposta inovadora para o Brasil: continha em suas diretrizes a integralidade da assistência na busca de um alcance de todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica, exigindo uma nova postura de trabalho das equipes de saúde e conseqüentemente abordagem dos conteúdos de programas e de capacitação de recursos humanos, assim como práticas educativas que atingissem as pessoas “clientela” dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde, se baseando também nos princípios da equidade. A referida proposta trouxe fortemente para o debate os aspectos integrais da saúde da mulher com objetivos claros de adequação dos serviços de saúde, articulando governanças Federal, Estadual e Municipal para então ofertar assistência integral clínico-ginecológico e educativa, aprimorando o controle pré-natal, do parto e do puerpério. Fez ainda uma abordagem nos ciclos de vida da mulher desde a adolescência, até a terceira idade, no controle das doenças sexualmente transmissível, do câncer cérvico uterino e mamário e assistência à contracepção. Suas proposições tinham o intuito de chamar para o debate as questões da integralidade na assistência à mulher (MS, 1985).

Existe ainda muita luta na busca da integralidade em seus diversos espaços. No entanto, a integralidade a saúde da mulher necessita de um reconhecimento das condições sociais, do bem-estar, o adoecimento a morte e suas vinculações não só biológicas, mas as sociais, econômicas, culturais e subjetivas que influenciam sua vida cotidiana. Existem várias tipos de relações que comprometem a saúde da

mulher, pois a coloca em um campo desfavorável e essas relações precisam ser desconstruídas, dentre elas existe a relação desigual entre homens e mulheres, a questão de gênero, a relação das mulheres com os profissionais de saúde, principalmente as relações com médico, pois essa relação costuma ser autoritária. Os serviços de saúde para fomentar uma assistência integral devem promover a liberdade crítica das mulheres na relação estabelecida com os profissionais. (Costa, 2012).

As redes regionalizadas e integradas de atenção que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que de acordo com Silva (2011), oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção. Essas redes reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos, são de diferentes densidades tecnológicas que se forem integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão podem garantir a integralidade do cuidado. Voltemos a atenção, portanto, à Rede cegonha.

3.3 A Rede cegonha

Considerando que esta pesquisa objetiva analisar a atenção ao pré-natal no município de Palmas Tocantins, verificando aspectos da qualidade no controle da SC, e tendo em vista que o atendimento às grávidas no SUS é organizado pela Rede Cegonha (RC) dentro da RAS, este tópico busca apresentar o marco legal e histórico da RC, sua estrutura organizacional e procedimentos de protocolo em especial nos casos diagnosticados de sífilis em gestantes.

Conforme abordado na seção anterior, a RC faz parte de uma das áreas temáticas da RAS, normatizada pela Portaria Ministerial nº 1.459 de 24 de junho de 2011 com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (Brasil, 2011). Em seguida foi publicada a Portaria nº 1.473 do MS que instituiu Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas, com atribuições que contribuem na implantação, mobilização de gestores e monitoramento e avaliação da estratégia (Cavalcante, 2013).

De acordo com a Portaria Ministerial nº 1.459, a RC, instituída no âmbito do SUS,

visa organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011).

A operacionalização de uma rede desse porte representa um conjunto de iniciativas que incluem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, articulando os pontos de atenção em rede à regulação obstétrica. O artigo 8º apresenta as fases da operacionalização da Rede Cegonha:

- I - Adesão e diagnóstico;
- II - Desenho Regional da Rede Cegonha;
- III - Contratualização dos Pontos de Atenção
- IV - Qualificação dos componentes e
- V – Certificação

Os objetivos da Rede cegonha de acordo com o documento ministerial (Brasil, 2011) são:

- (i) fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- (ii) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- (iii) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Seus objetivos tentam suprir a dificuldade das políticas anteriores em reduzir as taxas de mortalidade materna, o número elevado de cesarianas e o controle da mortalidade infantil no período neonatal. A cobertura do pré-natal atualmente é alta, mas ainda com problemas na qualidade. Alguns municípios não atendem à demanda de exames preconizados, e o fato das mulheres peregrinarem em busca de estabelecimento no momento do parto em busca de vagas ainda constitui um problema a ser enfrentado (Brasil 2011).

Portanto, a RC é uma iniciativa que envolve gestores, trabalhadores e a sociedade para remodelar a atenção ao parto e nascimento, trazendo a mulher para

o centro da cena, protagonizando seu processo de gestação, e minimizando ou erradicando a medicalização. Quanto às mulheres que não desejam ter filhos, não desejam gestar, a rede cegonha não abarcou, pois o decreto assegura às mulheres gestantes, deixando uma lacuna, em uma questão inerente ao direito reprodutivo e ferindo o princípio da integralidade (Casagrande, 2013).

Em termos estruturais, a RC organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação). Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde (Brasil, 2011):

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";

- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

De acordo com Di Giovanni (2013), inicialmente a RC se propunha a cobrir a população das regiões da Amazônia Legal e Nordeste, porém, a proposta foi revisada e universalizada, ampliando a cobertura para todo o território nacional. No entanto, o autor reflete que embora essa universalização tenha significado um

avanço no acesso às ações da RC, “amplia as variantes iniciais, tornando os processos de planejamento, implantação, financiamento, monitoramento e avaliação mais complexo” (idem, p. 33). Ainda segundo o autor, dentro do sistema de RAS, a APS, constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, aproximando estes dos serviços de saúde tornando-se o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Considerando o modelo das RAS, a RC atua segundo os graus de necessidade e complexidade de atendimento (figura 06).

Figura 6 Pontos de atenção da Rede Cegonha no território das RAS



Fonte: Di Giovanni (2013).

No primeiro contato na unidade de saúde, segundo os princípios da APS, a gestante tem o direito de realizar pré-natal de risco habitual, ou captação precoce pré-natal de alto risco em tempo oportuno, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, realização dos exames de pré-natal, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites, conhecer desde o pré-natal o local em que será realizado o parto e receber apoio nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto.

Os capítulos 2 e 3 desta dissertação buscaram apresentar o contexto histórico, legal e estrutural da política de atenção à mulher no Brasil desde o conceito de Atenção Primária (básica), da criação do SUS, perpassando pelas RAS como foco na Rede Cegonha que tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. No capítulo que segue, serão apresentados mais detalhadamente os protocolos de Atenção Pré-natal da gestante no âmbito da Rede Cegonha de acordo com preconizado nos documentos oficiais do MS.

4. NORMAS E PROTOCOLOS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: O CONTROLE DA SÍFILIS

Este capítulo apresenta os protocolos assistenciais e de controle do SUS relacionados com a Atenção Pré-natal, que determinam a qualidade dos serviços. De acordo com o MS (Brasil, 2006), para uma assistência pré-natal e de puerpério de qualidade é necessário garantir às mulheres e seus parceiros/as um amplo acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, o diagnóstico precoce da gestação com o seu imediato ingresso no pré-natal para acompanhamento sistemático pelas equipes de saúde.

Em 2006, o MS, através da Portaria Nº 399, divulgou o Pacto pela Saúde que visava consolidar o SUS cujos componentes principais eram: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela vida buscou induzir a qualidade do atendimento e orientou o uso de protocolos com finalidade de verificar a execução dos procedimentos, assim como averiguar suas conformidades no âmbito da área da saúde, segundo o MS (Brasil, 2008, p. 36), protocolo se define como:

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar

Portanto, os protocolos podem ser instrumentos muito úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde no âmbito das unidades de saúde (Werneck, Faria & Campos, 2009). Considerando que uma das prioridades básicas do Pacto pela Vida constitui a redução da mortalidade materna e infantil, um dos componentes para a execução desta prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical (TV) do HIV e da sífilis. Assim, em 2007, o MS publicou o *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso* (Brasil, 2007, p. 9) com o objetivo de “contribuir para a melhoria da qualidade na atenção dessas mulheres e recém-nascidos, resultando em uma

redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da SC como um problema de saúde pública”. De acordo com o documento, apesar da elevada cobertura de pré-natal no país (85%) e da prevalência em média de cinco consultas de pré-natal por parto no SUS, a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades. Observa ainda que embora a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal preveja a realização de exames para sífilis, verifica-se em alguns casos a inobservância da realização da rotina preconizada, outras situações de tratamento inadequado, incluindo-se o não tratamento do parceiro.

O Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis a rede de atenção às DST informa que a questão da prevenção está sendo fortalecida com a implantação de testes rápidos para o diagnóstico. Fato que permite que, no momento da primeira consulta da gestante seja realizado o teste o aconselhamento e o diagnóstico de HIV e sífilis em menos de 30 minutos, desde que realizado por profissionais de saúde devidamente capacitados. No caso da gestante, permite que imediatamente sejam realizadas condutas que previnam a transmissão vertical de ambas as condições. No entanto, o documento adverte:

Entretanto, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora de HIV, aids e/ou sífilis. Indissociável à testagem é a conformação de uma rede organizada a partir da definição de atribuições entre os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, que garanta o acesso das gestantes, parturientes e recém nascidos às mais recentes tecnologias de diagnóstico, controle e manejo da infecção pelo HIV e sífilis (Brasil, 2007, p.15).

Portanto, para além do diagnóstico, faz-se necessário a construção de protocolos que aproximem a Atenção Básica e os Serviços Especializados, capilarizando a cobertura do sistema a partir da integralidade de ações sistêmicas e organizadas.

Para que o início do acompanhamento pré-natal seja adequado, o MS recomenda a captação precoce da gestante. Documentos orientam até o quarto mês gestacional, ou seja, que se inicie ainda no primeiro trimestre de gravidez. Para que isso ocorra é necessário acesso amplo das mulheres e seus parceiros aos serviços de saúde, assim como garantir testes rápidos de gravidez ou exames B-HCG sérico, com resultados em até uma semana. De acordo com os protocolos do MS, o objetivo

desta captação precoce é garantir intervenções oportunas em seu período gestacional. (Brasil, 2002; Brasil, 2012; Distrito Federal, 2017).

Sobre a concentração ou número de consultas ofertadas ao longo do pré-natal, a recomendação é que seja igual ou superior a 06 consultas. Essas consultas devem ser ofertadas preferencialmente 01 no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. Importante ressaltar que a recomendação é para no mínimo, não limitando o máximo, assim os serviços podem se organizar da melhor forma de acordo com a suas realidades, assegurando seu seguimento durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos (mensalmente, até a 28ª semanas; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana; semanalmente, no termo) assim como garantir visitas domiciliares até o momento do pré-parto. Estes cuidados objetivam evitar o pós-datismo e sofrimento fetal, considerando que intercorrências obstétricas tratadas em tempo oportuno tem maiores chances de tratamento adequado e prevenção a outras enfermidades (Brasil,2012).

A APS com suas ESF seguem a recomendação do MS através da publicação *Normas e Manuais Técnicos* (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) elaborado em 2012. A Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, elaborou um documento intitulado *Protocolos de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense, nº 1* (Tocantins/SESAU, 2012), cujo esforço reuniu profissionais de várias especialidades para revisão de protocolos já existentes nesta temática e adequação à realidade do Estado.

No texto abaixo serão apresentados os protocolos preconizados pelo MS em mesclagem com o protocolo tocantinense que apresentam procedimentos padrões no atendimento à mulher gestante que procura a Rede.

4.1 Avaliação pré-concepcional

Compreende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese, exame físico, exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. Investiga-se ainda o

histórico clínico como possíveis situações de saúde que podem complicar a gestação: diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O histórico familiar também é relevante, se há casos de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão ou diabetes, deve-se dar atenção especial. Na história obstétrica, o protocolo preconiza que é importante registrar o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e hemorragias e malformações congênitas (Brasil, 2012).

Segundo o protocolo (Tocantins/SESAU, 2012) todos os procedimentos deverão ser registrados em prontuários e informados à mulher/casal; ressalta-se também, avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo a testagem para Sífilis e HIV. As mulheres que não foram vacinadas (ou não conseguem comprovar) devem ser vacinadas contra rubéola (30 dias antes de engravidar), tétano e hepatite B. O protocolo prevê um aconselhamento à mulher ou o casal sobre informações educativas, individuais ou coletivas sobre a maternidade/paternidade segura. Estas incluem informações sobre saúde e reprodução; orientações sobre alimentação / importância da alimentação balanceada; orientações para a prevenção de obesidade e desnutrição prevenção de DST por meio de orientação da prática de sexo seguro pelo uso de preservativos; efeitos deletérios de agentes químicos e outros produtos tóxicos sobre a concepção e a saúde em geral como chumbo, óxido de etileno, dentre outros.

4.2 O acolhimento

Ambos os protocolos (Brasil, 2012; Tocantins/SESAU, 2012) enfatizam que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde e a ESF é a responsável pelo acolhimento da gestante de sua área. “É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez” (Brasil, 2012, p. 37). Em termos

gerais, o protocolo de atendimento (Tocantins/SESAU, 2012, p. 20) nas UBSs para mulheres gestantes é:

1º - Toda mulher da área de abrangência da Unidade de Saúde com atraso menstrual de mais de 15 dias, deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Rápido de Gravidez (TRG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Se o atraso menstrual for maior que 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TRG;

2º - As mulheres com TRG negativo deverão ser inscritas no Planejamento Reprodutivo;

3º - Confirmada a gravidez, o enfermeiro (a) ou o médico (a) realiza o cadastro da gestante no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN, por meio do preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante, fornecendo o número do SISPRENATAL e anotando-o no Cartão da Gestante e no Prontuário;

4º - Nas consultas seguintes o acompanhamento da gestante no PHPN, deverá ser realizado por meio do preenchimento da Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL, que deve ser preenchida pelo profissional (médico ou enfermeiro) que realizar a consulta.

5º - Entregar para a gestante: Cartão da Gestante (orientar para que a mesma tenha o Cartão sempre consigo), Agenda da Gestante e o Kit Rede Cegonha (bolsa e trocador de fralda);

6º - Em toda consulta o médico (a) e/ou o enfermeiro (a) devem proceder à avaliação do risco gestacional;

7º - A equipe deve desenvolver atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além dos cuidados com o bebê;

8º - Agendar o retorno da gestante à consulta pré-natal e encaminhar para consulta odontológica. A atenção pré-natal deve envolver toda a equipe.

9º - A equipe deve realizar visitas domiciliares, com o objetivo de monitorar a gestante, orientar os cuidados adequados, identificar possíveis sinais de risco e realizar os encaminhamentos necessários.

10º - Estimular a participação da mulher/família em grupos de gestantes.

O SISPRENATAL, uma ferramenta de informação usada para avaliar e monitorar a atenção pré-natal, sua utilização se deu no âmbito da rede Cegonha. Porém, em 2017, por meio de nota técnica emitida pelo MS, este foi substituído pelas informações contidas no e-SUS AB, nos municípios onde a Estratégia e-SUS

AB estivesse consolidada, objetivando reduzir trabalho e considerando que os dados do e-SUS AB possibilita um modelo integrado de informações. Em Palmas, Tocantins (município em que o presente estudo se realizou), o Grupo Condutor Materno Infantil emitiu uma Nota técnica em 01/02/2018 orientando essas mudanças e detalhando como os dados referentes à Atenção Pré-natal deveriam ser inseridos no e-Sus AB, que contém o prontuário eletrônico do Paciente, objetivando o monitoramento, avaliação e repasse financeiro. (Brasil 2017a; Brasil 2017b).

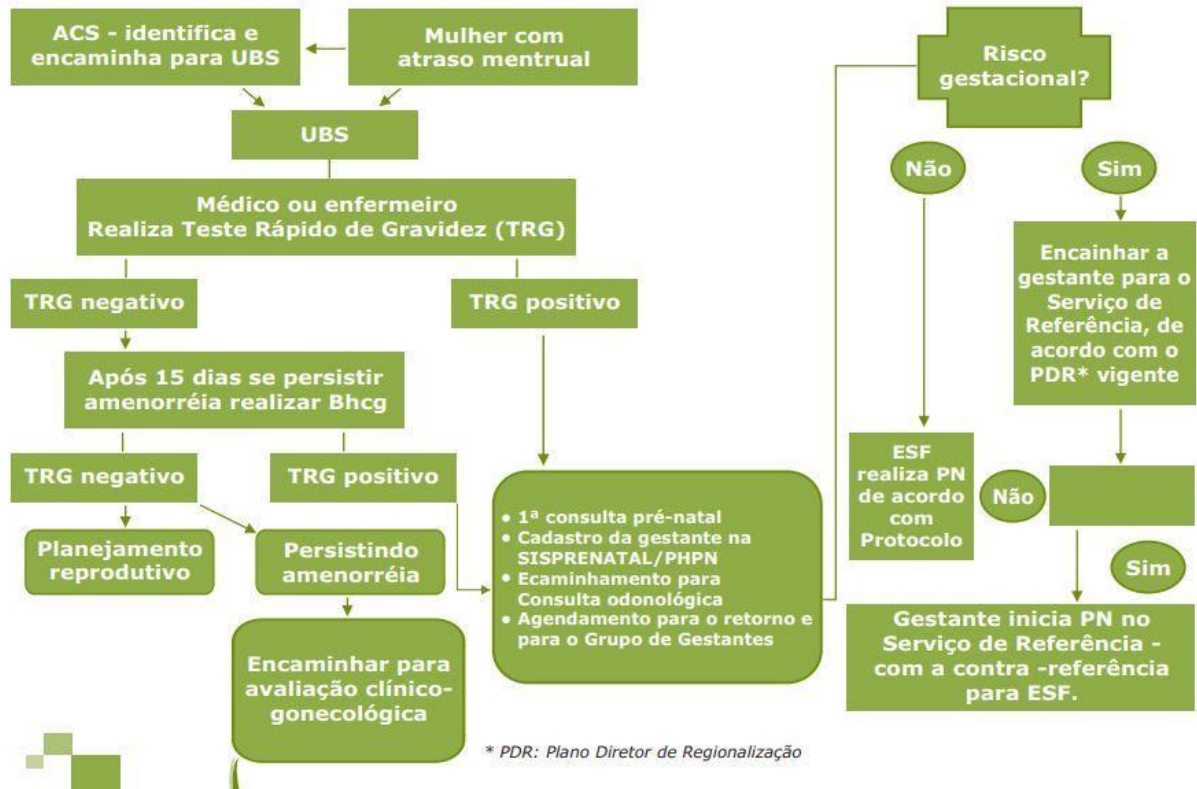
Ressalta-se que o profissional que acolher a gestante na UBS deve proceder com o completo preenchimento do Prontuário e Cartão da Gestante, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que este último é o meio de comunicação entre a gestante, Equipe Saúde da Família e profissionais da maternidade. Neste processo, a organização dos serviços, planejamento e programação da equipe da UBS é essencial. Segundo o Caderno 32 (Brasil, 2012), para cada localidade, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral. O documento diz na íntegra:

Por exemplo: definição do local onde serão realizados os diversos exames complementares, solicitados conforme avaliação da equipe e de acordo com os protocolos clínicos locais; qual será o hospital de referência para a realização do parto das gestantes dessa localidade e para o encaminhamento das urgências/ emergências obstétricas e intercorrências clínicas/obstétricas; onde será realizado o pré-natal de alto risco, entre outros detalhes. Em situações de urgência/emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) pode ser solicitado e deve atender às necessidades das gestantes e dos recém-natos de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de centrais de regulação médica (idem, p. 38).

Na situação de ocorrência de gestantes indígenas (casos comuns no Tocantins), o protocolo (Tocantins/SESAU, 2012, p. 21) segue os mesmos procedimentos. Se a mulher indígena optar por parir conforme seus costumes, com ajuda de parteiras profissionais, a equipe de saúde deve respeitar e fazer todo o acompanhamento pré-natal. Se houver complicação ou identificação de risco, a gestante deve ser encaminhada ao parto na maternidade, e tem o direito de ser acompanhada pela parteira, se for sua escolha. Na figura 07 pode-se visualizar o

fluxograma do protocolo padrão de atendimento a uma gestante no seu primeiro atendimento numa USB:

Figura 7 Fluxograma do protocolo de atendimento a gestantes na USB



Fonte: Secretaria de Saúde do Tocantins (2012)

Sobre a importância do acolhimento neste primeiro momento, o Caderno 32 (Brasil, 2012, p. 40) delinea atitudes que o profissional de saúde apresenta que humanizam o atendimento à mulher gestante: (i) se apresentar; (ii) chamar os(as) usuários(as) pelo nome; (iii) prestar informações sobre condutas e procedimentos que devam ser realizados; (iv) escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas; (v) garantir a privacidade e a confidencialidade das informações; e (vi) incentivar a presença do(a) acompanhante, entre outras iniciativas semelhantes. De igual forma, o acolhimento também se mostra: (i) na reorganização do processo de trabalho; (ii) na relação dos trabalhadores com os modos de cuidar; (iii) na postura profissional; e (iv) no vínculo com a mulher gestante e sua família, o que facilita, assim, o acesso

dela aos serviços de saúde. Assim, “o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária”, conclui o documento.

O caderno 32 (Brasil, 2012, p. 41) ressalta também a importância de se assegurar minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal. O documento alista procedimentos fundamentais para uma assistência pré-natal efetiva:

- Discussão permanente com a população da área (em especial com as mulheres) sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;
- Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal início se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas.
- Acolhimento imediato e garantia de atendimento a todos os recém-natos e à totalidade das gestantes e puérperas que procurarem a unidade de saúde;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea;
- Oferta de medicamentos necessários (inclusive sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
- Diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
- Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação;
- Atenção à adolescente conforme suas especificidades;
- Deve-se informar à gestante a possibilidade de realizar uma visita ao serviço de saúde onde provavelmente se realizará o parto e, caso seja de seu interesse, agendar a visita por volta do sexto mês de gestação.
- Toda gestante deve ser orientada a procurar o referido serviço quando apresentar intercorrências clínicas/obstétricas ou quando estiver em trabalho de parto;
- Oferta de atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência, seja esta de qualquer tipo (doméstica, física, sexual, psicológica etc.), seja àquela em risco de depressão pós-parto, referenciando-a para equipes especializadas e/ou encaminhamento para serviços específicos, conforme fluxograma local;
- Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de monitorar a mulher e a criança, orientar cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários;
- Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto;

- Sistema eficiente de referência e contra referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal (em todos os níveis do sistema de saúde) para todas as gestantes, conforme a exigência de cada caso.
- Vinculação das unidades básicas de saúde (UBS) aos hospitais, às maternidades, às casas de parto, às residências de parto domiciliar (feito por parteira) de referência e aos serviços diagnósticos, conforme definição do gestor local, além do registro do nome do hospital ou da maternidade ou da casa de parto ou das residências de parto domiciliar no Cartão da Gestante.
- Vinculação à central de regulação obstétrica e neonatal, quando existente, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado (Samu), mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- Atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, assim como controle de doenças crônicas e profilaxia de doenças infecciosas;
- Atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto) (Caderno 2012).

4. 3 Cuidados nas consultas pré-natal subsequentes

Segundo o protocolo (Tocantins/SESAU, 2012, p. 24) para o pré-natal de risco habitual, preconizam-se, no mínimo, 6 consultas, sendo que o intervalo entre as consultas seja de 4 semanas até a gestação completar 36 semanas, e a partir deste período, que os intervalos sejam de 15 dias. As consultas de enfermagem devem ser intercaladas com as do (a) médico (a).

Na segunda consulta pré-natal, espera-se que os exames de rotina tenham sido realizados e os resultados são apresentados ao médico. O protocolo orienta a conduta do médico diante dos resultados de rotina. No caso de diagnóstico de Sífilis no teste rápido realizado ainda na primeira consulta, caso seja TR positivo, deve ser coletada uma amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais. Caso o resultado seja TR negativo, deve-se realizar sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento. Se a Sorologia para Sífilis (lues) responder com VDRL positivo, o protocolo é tratar as mulheres e seus

parceiros para evitar a evolução da doença, fazer o acompanhamento de cura e orientá-los sobre os cuidados preventivos para SC.

O Caderno 32 (Brasil, 2012, p. 70) alista os procedimentos que devem ser realizados nas consultas subsequentes:

- A Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Verificação do calendário de vacinação; o Deve-se avaliar o resultado dos exames complementares;
- Devem ser feitas a revisão e a atualização do Cartão da Gestante e da Ficha de Pré-Natal.

Além disso, o protocolo orienta ao profissional de saúde a executar as seguintes tarefas:

I. **Controles maternos:** Cálculo e anotação da idade gestacional; Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anotação no gráfico e realização da avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional; Medida da pressão arterial; a Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotação dos dados no gráfico e observação do sentido da curva para avaliação do crescimento fetal); Pesquisa de edema; Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.

II. **Controles fetais:** Ausculta dos batimentos cardíofetais; Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/ registro dos movimentos fetais; Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess) se houver indicação clínica.

III. **Condutas:** Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares; Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário; Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), para profilaxia da anemia; Orientar a gestante sobre alimentação e fazer o acompanhamento do ganho de peso

gestacional; Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses; Orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso; fazer o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica; Proceder à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas; Fazer o agendamento das consultas subsequentes.

4.4 Gestação de alto risco

O protocolo do MS (Brasil, 2012, p. 56) orienta que “quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica”. No entanto, o documento explica que a caracterização de uma situação de risco, não significa sempre que a gestante deve ser encaminhada para acompanhamento em pré-natal de alto risco:

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde (Idem, p. 57).

O documento afirma ainda que o pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. O protocolo (Tocantins/SESAU, 2012) apresenta um quadro (figura 08) de classificação do Risco Gestacional e o encaminhamento adequado para os Serviços Especializados:

Figura 8 Classificação do Risco Gestacional e Encaminhamento para os Serviços Especializados

SITUAÇÃO CLÍNICA	CLASSIFICAR	AVALIAR E ENCAMINHAR PARA
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações do nível de consciência (desmaio, confusão mental); • Amniorrexe prematura; • Cardiopatias (descompensado); • Complicações agudas do diabetes (hipoglicemia, coma, cetoacidose diabética); • Corioamnionite; • Crise convulsiva; • Dispnéia intensa; • Gestação a termo e apresentação anômala; • Hiperêmese gravídica; • IG > ou = 39 semanas com histórico de 2 ou mais cesáreas anteriores; • IG ≥ 42 semanas (mesmo sem queixas); • Óbito fetal; • Oligoâmnio (IG ≥ 34semanas) • Pielonefrite; • Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; • Rotura uterina; • Síndromes hemorrágicas; • Trabalho de parto prematuro; • Tromboembolismo; • Urgência e emergência hipertensivas. 	<p>GESTAÇÃO COM RISCO IMINENTE</p>	<p>Hospital de Referência para Gestação de Alto Risco, de acordo com PDR vigente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças de base + gestação; • Infecção urinária recorrente/resistente; • DHEG/Hipertensão crônica; • Diabetes mellitus; • Epilepsia; • Obesidade ou baixo peso (IMC < 18) acompanhados de co-morbidade; • Desvios do Crescimento Fetal (Retardo do Crescimento Intra-Uterino, Macrossomia Fetal); • Oligoâmnio (IG < 34 semanas), polidrâmnio; • Gestação múltipla; • Gestante Rh negativo com Coombs indireto positivo; • Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes); • Tireoidopatias; • Histórico de abortamento habitual, parto prematuro e morte intra-útero; • Cardiopatias (compensado); • Má-formação fetal na gestação atual; 	<p>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</p>	<p>Encaminhar para Serviço Ambulatorial de Alto Risco Secundário.</p> <p>(Verifique se existe este serviço no seu município ou se há pactuação para referência em outro município)</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Continua</p>

Continuação



Fonte: Secretaria de Saúde do Tocantins

O protocolo (Tocantins/SESAU, 2012) também preconiza que a gestante com diagnóstico de Sífilis deve realizar tratamento na UBS e deve ser encaminhada para Ambulatório de Alto Risco, para consulta especializada (médico ginecologista-obstetra). As consultas em grávidas de alto risco devem ser mais frequentes, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento. Sendo que constitui direito da gestante ser continuamente orientada quanto ao andamento da sua gravidez.

Ambos os protocolos consultados neste estudo apresentam orientações sobre procedimentos técnicos da equipe profissional no atendimento pré-natal. O protocolo do MS apresenta os procedimentos de forma mais detalhada, por outro lado o protocolo tocantinense apresenta de forma sintética os procedimentos. Não é foco deste estudo apresentar todos os detalhes técnicos dos procedimentos, mas apresentar ao leitor a informação que os profissionais que atendem nas redes de saúde são orientados por protocolos padrões que se realizados garantem a efetividade do pré-natal realizado no âmbito do sistema SUS.

4.5 ESF- responsabilidades com o pré-natal

Como já exposto, a USB deve ser a porta de entrada da gestante para o sistema de saúde. Neste sentido, esta deve garantir a acessibilidade, realizar o monitoramento problemas de saúde das gestantes do seu território, responsabilizando pelos mesmos. O protocolo (Tocantins/SESAU, 2012) descreve num quadro as responsabilidades da Atenção Básica e da Atenção Especializada:

Figura 9 Responsabilidades da Atenção Básica e da Atenção Especializada

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Pré-Natal	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o diagnóstico de gravidez; - Captar a gestante no 1º trimestre; - Realizar consultas médicas e de enfermagem; - Realizar consultas odontológicas; - Solicitar os exames laboratoriais; - Garantir os medicamentos básicos; - Classificar o risco gestacional desde a 1ª consulta; - Monitorar as gestantes de alto risco; - Realizar as atividades educativas; - Viabilizar a visita da gestante à maternidade; - Alimentar e analisar os sistemas de informação.
Prevenção do Câncer do Colo Uterino	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o rastreamento do câncer do colo uterino; - Coletar o material para citologia oncológica; - Alimentar e analisar os sistemas de informação.
Prevenção do Câncer de Mama	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o rastreamento do câncer de mama; - Realizar o exame clínico das mamas; - Orientar o auto-exame das mamas; - Alimentar e analisar os sistemas de informação.
Puerpério	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar as consultas puerperais – precoce e tardia; - Encaminhar para o planejamento reprodutivo.

Fonte: Secretaria de Saúde do Tocantins (2012)

Portanto, o ponto nevrálgico e central do atendimento à mulher na rede de Atenção Básica é a UBS.

4.6 Sistema de referência e contra-referência

O departamento de informática do SUS lançou um software chamado SISREG (Sistema de regulação) que gerencia todo o complexo de regulação, desde a rede básica à internação hospitalar, visando o controle do fluxo dos encaminhamentos, possibilitando avaliação e controle e auditoria. Para encaminhar um usuário as especialidades e/ou solicitar exames de imagens é necessário inserir o cartão nacional do SUS. Esse sistema possibilita a comunicação da atenção primária com os especialistas. À medida que os especialistas atendem os usuários encaminhados pelo sistema, a consulta é descrita no e-SUS AB, assim os profissionais da APS têm acesso a condutas e planos para com os pacientes encaminhados. As gestantes seguem esse mesmo sistema para encaminhamento especialidades e/ou encaminhamento ao pré-natal de alto risco de acordo com as necessidades, ou solicitação de exames de imagens. Importante ressaltar que as gestantes encaminhadas ao sistema de alto risco ou outro serviço, continua sendo de responsabilidade da atenção primária, e deve seguir a agenda de acompanhamento do pré-natal.

Os Hospitais de Referência para o Risco Habitual têm a responsabilidade com o parto de risco habitual e servem de contra referência para Atenção Básica. Os Hospitais de Referência para o Alto Risco têm o papel de realizar pré-natal de alto risco e realizar parto de risco habitual e de alto risco e também fazer a contra referência para Atenção Básica. Em todas estas unidades, os profissionais envolvidos são fundamentais para a efetividade das ações de atenção primária às mulheres.

A estrutura física das USB para o atendimento da gestante e dos familiares nos serviços de saúde devem ter condições adequadas de higiene e ventilação. Deve haver espaços privativos para atendimento às gestantes, pois privacidade é um fator essencial nas consultas e nos exames clínicos e/ou ginecológicos. Sobre o equipamento e instrumental mínimo que deve ter nestas unidades, o protocolo do caderno 32 (Brasil, 2012, p.43) apresenta uma lista básica fundamental:

- (a) mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada; (b) mesa de exame ginecológico; (c) escada de dois degraus; (d) foco de luz; (e) balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até

300kg; (f) esfigmomanômetro; (g) estetoscópio clínico; (h) estetoscópio de Pinard; (i) fita métrica flexível e inelástica; (j) espéculos; (k) pinças de Cheron; (l) material para realização do exame colpocitológico; (m) sonar doppler (se possível); e (n) gestograma ou disco obstétrico; o Medicamentos básicos e vacinas (contra tétano e hepatite B); o Realização de testes rápidos na unidade básica de saúde.

O documento também ressalta que a USB deve ter no seu estoque medicamentos básicos e vacinas (contra tétano e hepatite B) e ter condições básicas para a realização de testes rápidos na unidade, assim como apoio laboratorial, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina: (i) teste rápido de gravidez; ii) teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para sífilis (VDRL/RPR); iii) teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV I e II; iv) proteinúria (teste rápido); v) dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht); vi) grupo sanguíneo e fator Rh; vii) teste de Coombs; viii) glicemia em jejum; ix) teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em 2 (duas) horas (dextrosol); x) exame sumário de urina (tipo I); xi) urocultura com antibiograma; xii) exame parasitológico de fezes; xiii) colpocitologia oncótica; xiv) bacterioscopia do conteúdo vaginal; xv) eletroforese de hemoglobina.

Demais itens como instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, são fundamentais, conforme expressa o referido protocolo, “para permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, mediante a coleta e a análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio” (Brasil, 2012, p.43).

Dentre os instrumentos de registro está a caderneta da gestante que serve como instrumento de comunicação entre os serviços e orientador a mulher. O profissional de saúde é orientado a anotar na caderneta todos os dados do pré-natal, registros das consultas, exames, vacinas e outros dados importantes para um bom acompanhamento da gestação.

O MS em conjunto com as secretarias estaduais, municipais e Distrito Federal, elaborou a caderneta da gestante contendo orientações a mulher relacionado a seus direitos, espaço para identificação, orientações a mulher sobre as modificações do seu corpo, nos vários períodos gestacionais, 10 passos para

alimentação saudável, sinais e sintomas frequentes na gestação. Orienta sobre os exames necessários na gravidez e explica o porquê, espaços para registrar os resultados dos exames com suas respectivas datas, gráficos, registros do exame físico a cada consulta assim como resultados de exames de USG e agendamentos. Na caderneta tem também espaço para a mulher anotar suas sensações e sentimentos.

O Exame de ultrassonografia é recomendado de rotina porém não é usado como um componente altamente necessário para controle no pré-natal, se realizado precocemente está relacionado com um melhor cálculo da idade gestacional. A recomendação na APS é de um exame de ultrassonografia no primeiro trimestre (Brasil 2005; Brasil 2012).

4.7 O papel da equipe de atenção básica no pré-natal

O Caderno 32 (Brasil, 2012) ressalta o papel importante dos profissionais da equipe de saúde da família em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). O documento explica:

Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo. É importante realizar a busca ativa e a notificação de doenças e agravos (idem, p.45).

Estudos científicos na área reforçam a importância da capacitação continuada dos profissionais da saúde em prol de estarem preparados para atuar em saúde coletiva e comunitária num trabalho apoiado em equipe multidisciplinar (Cotta et. al. 2006; Scorel et. al. 2007; Leão & Caldeira, 2011).

4.8 Atribuições dos profissionais da equipe de atenção básica no pré-natal

Neste tópico apresentamos na íntegra, as atribuições dos profissionais da equipe de atenção básica pré-natal conforme preconizado no Caderno de atenção Básica nº 32 (Brasil, 2012, p. 46 a 49).

Agente comunitário de saúde: Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários; Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes; Conferir o cadastramento das gestantes; Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na UBS local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço; Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas; Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar. o Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Auxiliar/técnico(a) de enfermagem: Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; o Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal; Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante; Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante; Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico); Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B; o Realizar atividades educativas, individuais e em grupos ; Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme,

como os citados anteriormente; Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário; Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Enfermeiro: Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Realizar o cadastramento da gestante, fornecer Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a); 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 DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica); Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência; Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Médico: Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Realizar o cadastramento da gestante e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a); Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário; Prescrever medicamentos

padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico); Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme; Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/ emergência obstétrica, quando necessário; Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência; Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; Realizar testes rápidos; Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Cirurgião dentista: Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal); Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco; Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário; Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido; Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez; Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez; Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez; Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez; Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário; Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período; Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal; Identificar

as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência; Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares; Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico; Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência; Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal; Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança; Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

O Protocolo (Tocantins/SESAU, 2012, p. 156) esclarece sobre os objetivos do profissional de saúde quando realizar o acompanhamento domiciliar da gestante:

- Captar gestantes não inscritas no pré-natal;
- Reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações;
- Acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário;
- Completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar;
- Reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde. Deverá ser visto o Cartão da Gestante e deverão ser discutidos os aspectos ligados a consultas, vacinação, sintomas que a gestante está apresentando e aspectos relacionados com os demais membros da família, entre outros;
- Qualquer alteração deverá ser anotada e informada ao enfermeiro e ao médico da unidade, sendo avaliada em equipe a necessidade de mudança no esquema de consultas preestabelecido.

De acordo com os protocolos sobre pré-natal e gestantes com sífilis gestacional e SC, é perceptível através dos diversos documentos elaborados que existe a responsabilidade da gestão em tentar organizar a linha de cuidado Materno infantil, com suas ações de acompanhamento e coordenação na atenção pré-natal, porém para que se garanta uma atenção pré-natal adequado e de qualidade, somente aspectos operacionais não são suficientes, é necessário considerar aspectos estruturais, responsabilidade da gestão, recursos humanos e planejamento das ações de saúde da mulher no seu período gestacional (Cunha, 2017).

Na sequência, no próximo capítulo, apresenta-se o panorama de desenvolvimento da sífilis, seu histórico de tratamento, tipos de diagnósticos e a discussão sobre o papel do pré-natal na prevenção e controle da sífilis nas gestantes.

5. ASPECTOS DO DIAGNÓSTICO E CONTROLE DA SÍFILIS NA GRAVIDEZ

Para melhor compreensão das características sintomáticas da sífilis, bem como seu diagnóstico e tratamento este capítulo apresenta o panorama histórico, fisiopatológico e epidemiológico da doença incluindo a evolução do diagnóstico e do tratamento, complementado por comentários acerca do papel do pré-natal na prevenção e controle da sífilis.

A sífilis é uma doença infecciosa provocada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas. Sua transmissão pode ocorrer das mais diversas formas como contato sexual, quando o sexo acontece sem a devida proteção, via hematogênica, sangue e saliva de pessoas contaminadas quando é classificada como sífilis adquirida. A Sífilis que é transmitida da mãe para o filho, denominada transmissão vertical, é denominada de SC.

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la a seus contatos sexuais. Isso ocorre, devido à ausência ou presença de sintomatologia discreta e, nesse estágio a sífilis tem formas de apresentações muito variáveis e complexas e longos períodos de latência (Brasil, 2006; Ministério da Saúde, 2015).

Desde a descoberta da penicilina, ainda na década de 40 do século passado, a sífilis pode não ser só evitada como também tratada. Estima-se, com isso, 12 milhões de pessoas infectadas por sífilis, incluindo mulheres grávidas que podem transmitir a doença para o feto, causando a SC, com consequências graves em 80 % dos casos. Embora grave, ela pode ser evitável com detecção eficaz em mulheres grávidas e procedimentos de tratamento com as já infectadas. Apesar do arsenal disposto para a prevenção e tratamento para a sífilis ser bastante vasto, o fardo da SC ainda é muito subestimado tanto em níveis nacionais e internacionais (OMS, 2018).

Foi observado que a partir da década de 80 do século passado um recrudescimento mundial nos casos da sífilis, em particular da SC, tornando-a um problema desafiador para as implementações de políticas públicas de prevenção e combate da sífilis. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram-se

mais alarmantes em países subdesenvolvidos, apontando para um alto risco de transmissão vertical traduzindo em altas taxas de mortes fetais e neonatais. Só em 2016, dados de 32 países das Américas indicaram mais de 22.000 casos de SC notificados, com uma taxa de 1,3 casos para cada 1.000 nascidos vivos (Motta et al., 2018).

A sífilis se manifesta via contato sexual com infectividade em 60 % dos casos, sendo que na SC a transmissão vertical é a mais recorrente, ainda que possa ocorrer infecção no momento da passagem do feto pelo canal do parto e durante o aleitamento em casos de lesões ativas na genitália e nas mamas (Motta et al., 2018).

Como já exposto, os esforços de mitigação, e também de erradicação, para a SC tem sido uma constante nos programas de saúde nacionais e internacionais. Desse modo, é de conhecimento de todos os profissionais de saúde que o sucesso – e o insucesso – do controle da SC está centrado na qualidade do pré-natal. Para Motta et al., (2018), o principal fator de risco para a SC está na prestação do serviço de forma inadequada ao pré-natal, correspondendo entre 70 à 90 % dos casos, destacando-se aí a anamnese inadequada, sorologia não realizada nos períodos preconizados, interpretação inadequada da sorologia, o não tratamento do parceiro sexual, informações equivocadas veiculadas pelas equipes de assistência à saúde e baixas condições socioeconômicas e de escolaridade.

Embora os testes laboratoriais apresentem bom desempenho, não há um teste ideal para o diagnóstico da sífilis. Mesmo sendo uma bactéria, o *T. pallidum* não cresce em meio de cultura e o diagnóstico é realizado por meio de técnicas sorológicas ou de pesquisa direta. A pesquisa direta envolve a investigação por meio da microscopia em campo escuro, em exsudato de lesões ou tecidos utilizando coloração de Fontana-Tribondeau, sendo este o método definitivo para a detecção da sífilis. Por ser um método recente de diagnóstico, ele requer treinamento especializado para analisar a motilidade e a morfologia de *T. pallidum* (Luppi et al., 2016).

5.1 Diagnósticos Sorológicos para a Sífilis

Os testes sorológicos para o diagnóstico da sífilis são classificados em não-*treponêmicos* e *treponêmicos*. Esses testes devem ser realizados de forma

combinada e a utilização de apenas um deles é insuficiente para o diagnóstico já que cada um possui suas limitações inerentes, além de gerarem resultados falso-positivos (em pessoas sem sífilis) e falso-negativos (em pessoas com sífilis). É importante ressaltar que o diagnóstico laboratorial para a sífilis por meio de exames sorológicos é realizado em duas etapas, a de triagem e a confirmatória (Luppi et al., 2016).

Sabe-se que a evolução da sífilis ocorre em três etapas quando a detecção e o tratamento não ocorrem: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária. A sífilis primária compreende um período de incubação entre 10 e 90 dias. A lesão primária é a formação de cancro duro, indolor, mas que contém secreção serosa e com muitos treponemas. Nesta fase da doença, o diagnóstico laboratorial pode ser feito por pesquisa direta através da microscopia de campo escuro, utilizando coloração de Fontana-Tribondeau, ou utilizando imunofluorescência direta, já que os treponemas se manifestam na corrente sanguínea entre 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro, daí não se utilizar os testes sorológicos nessa fase por que eles resultarão em não-reagentes (Sumikawa et al., 2010).

Quando não tratada, a doença evolui para a sífilis secundária com manifestações clínicas de exantema cutâneo, na forma de pápulas ou de grandes placas eritematosas branco-acinzentadas (*condiloma lata*). Nessa fase, o treponema já alcançou todos os órgãos e líquidos do corpo e já se podem aplicar os testes sorológicos que já são reagentes e que normalmente fornecem elevados resultados. Mesmo tratando essa fase, os testes *treponêmicos* permanecem reagentes para a vida toda do paciente e os testes *não-treponêmicos* passam a apresentar perfil variável já que em alguns pacientes eles se tornam não-reagentes pois contém baixa quantidade de treponema no organismo (Sumikawa et al., 2010).

Entre as segunda e terceira fase, ocorre a sífilis latente em que a taxa de treponema é muito baixa. Para diferenciar essa entre fase da sífilis primária, aplica-se o teste de VDRL no líquido cefalorraquidiano (LCR) ou liquor. Em havendo anticorpos no liquor, o VDRL confirma a sífilis latente (Sumikawa et al., 2010).

A sífilis terciária pode levar muitos anos para se manifestar e nela tecidos e ossos ficam comprometidos, além de ocorrerem formação de gomas sífilíticas, tumorações moles na pele e nas membranas mucosas que já podem comprometer

toda a estrutura óssea. O diagnóstico laboratorial nessa fase é frequentemente reagente, porém os resultados dos testes não-*treponêmicos* tendem a fornecer baixos resultados ou simplesmente resultar em não-reagente. Na fase da neurosífilis, é aplicado o teste de VDRL no líquido cefalorraquidiano (LCR) combinando-o com o teste sorológico, já que o primeiro tem baixa sensibilidade (30 – 47 % falso-negativos) e alta especificidade (Sumikawa et al., 2010).

5.1.1 Testes Não-*Treponêmicos*

O *treponema* possui uma fração lipídica, comparável a cardiolipina em sua constituição antigênica. Os testes não *treponêmicos* ou lipoídicos, utilizam reações tendo por base a cardiolipina, na qual detectam anticorpos denominados reaginas (Santana et al., 2006). São testes que detectam anticorpos não-*treponêmicos*, e que não são restritos de *T. pallidum*, porém estão presentes na sífilis (Sumikawa et al., 2010).

Os testes não-*treponêmicos* são classificados em qualitativos e quantitativos. Os qualitativos são rotineiramente usados como testes de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não. Os quantitativos servem para determinar a quantidade de anticorpos nas amostras, cujo resultado deram reagentes no teste qualitativo, além de servir para monitorar a resposta ao tratamento (Sumikawa et al., 2010). Os testes não-*treponêmicos* compreendem o VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*) e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*), e são não-específicos que podem ser expressos de forma quantitativa, expressos em títulos de 1:2, 1:4 e etc., utilizados para triagem e monitoramento da infecção (Luppi et al., 2016).

Nos testes não-*treponêmicos* pode ocorrer o *fenômeno de prozona* que consiste na ausência de reatividade de uma amostra, embora ela contenha anticorpos não-*treponêmicos*, quando testada sem diluir ou, mesmo em baixas diluições, apresenta resultado não-reagente. Esse fenômeno é provocado devido a relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não-*treponêmica*, gerando resultados falso-negativos. O fenômeno não é observado nos testes *treponêmicos*, mas se manifesta principalmente na segunda

fase da sífilis onde há uma produção muito elevada de anticorpos (Sumikawa et al., 2010).

5.1.2 Testes *Treponêmicos*

São testes que utilizam o *T. pallidum* como antígeno e detectam anticorpos anti-*treponêmicos* e são estritamente qualitativos. Há uma diversidade de testes *treponêmicos* tais como imunofluorescência indireta (*Fluorescent treponemal antibody absorption*), hemaglutinação (microhemaglutinação para *Treponema pallidum*), aglutinação de partículas (*Treponema pallidum particle agglutination assay*), imunoenzimático e suas variações (*Enzyme-linked immunosorbent assay*), imunocromatografia e fluxo lateral e testes moleculares (*Polymerase Chain Reaction*).

Como dificilmente esses testes *treponêmicos* tornam-se não reagentes, é necessário que o médico investigue a história clínica do usuário e associe o resultado do teste *treponêmico* com o resultado do teste não-*treponêmico*. Sua reatividade indica que o usuário teve contato com *Treponema pallidum* em alguma época de sua vida e desenvolveu anticorpos específicos. São indicados para confirmação do diagnóstico, quando a triagem é feita com um teste não-*treponêmico*. No Brasil, os testes *treponêmicos* mais aplicados são imunofluorescência direta, teste de hemaglutinação, os imunoenzimáticos (ELISA e os quimioluminescentes) e os testes rápidos cujo tempo entre a coleta da amostra e a emissão dos resultados decorrem em cerca de 30 minutos.

Muito embora os testes *treponêmicos* dificilmente forneçam resultados não-reagente, eles apresentam limitações como não poder ser utilizados no monitoramento do tratamento, já que cerca de 85 % de amostras dos indivíduos tratados adequadamente permanecem positivas nos testes *treponêmicos* durante muitos anos ou quase a vida toda. Além disso, 1 % da população geral apresenta reações falsamente positivas nos testes *treponêmicos*.

Quanto aos custos orçamentários, o Ministério da Saúde (Brasil, 2015) ressalta que o diagnóstico da sífilis requer a realização de provas sorológicas por anticorpos anti-*T. pallidum*, além de provas diretas. Dentre as provas sorológicas, é necessária a realização de testes *treponêmicos* e não-*treponêmicos* para a

confirmação diagnóstica. As propostas de incorporação referem-se a alternativas mais acessíveis quanto a utilização de infra-estrutura e recursos humanos, usadas como alternativa às opções existentes. Dessa forma, o serviço de saúde realizará um teste não-treponêmico e um treponêmico dentre as opções disponíveis. As opções são, portanto, excludentes entre si. Uma vez que os testes a serem incorporados estão sendo propostos no mesmo valor de ressarcimento do teste alternativo já disponível, não havendo impacto orçamentário adicional para o Sistema de Saúde.

Tanto a Sífilis adquirida e sífilis gestacional, no que tange os métodos diagnósticos e coleta de material não se difere, segue as descrições acima citada, sendo que especificamente na mulher gestante considera caso de sífilis na presença de um único exame reagente, podendo ser o teste treponêmico ou não treponêmico, a fim de iniciar tratamento precocemente. A SC é diagnosticada pelos mesmos testes, mas com critérios epidemiológicos definidos e exames de imagens complementares que serão detalhados abaixo. O Diagnóstico da SC é complexo, pois a metade das crianças são assintomáticas ao nascimento, necessitando de uma abordagem epidemiológica e criteriosa sobre a mãe, seguido de avaliação clínico-laboratorial e estudos de imagens na criança.

Existem 04 critérios para definir de um caso de SC, o primeiro é necessário que a mãe apresente um teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação, contanto que seja no pré-natal ou durante o parto; O segundo critério engloba todo indivíduo com menos de 13 anos de idade que apresente testes não treponêmico com titulação ascendente, testes não treponêmico reagentes após seis meses de idade, exceto se for um seguimento terapêutico; testes treponêmico após 18 meses de idade de idade; títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe (em lactentes); testes não treponêmico reagentes com pelo menos uma das alterações clínicas líquórica ou radiológica de SC. Terceiro critério envolve aborto ou feto natimorto cuja mãe apresente teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, desde que a mãe não tenha recebido tratamento ou tenha recebido tratamento inadequado. No quarto critério, pesquisa placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão em biópsia ou necropsia em caso de aborto

ou natimorto que evidencie infecção pelo treponema pallidum (Tocantins/SESAU, 2017).

5.2 Pré-natal no controle da sífilis gestacional: prevenindo a SC

A atenção pré-natal a gestação de alto-risco, diz respeito às alterações relacionadas tanto à mulher grávida como ao feto (Brasil, 1995). Um conceito descreve gestação de alto risco como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (Caldeyro-Barcia, 1973). De acordo com o manual técnico da gestação de alto risco do MS (Brasil, 2010), uma gestação normal pode evoluir para alto-risco a qualquer momento durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto.

Mediante estas constatações, surgem novos desafios para a atenção às mulheres gestantes os serviços devem assumir a responsabilidade sobre a necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. Portanto, a intervenção no pré-natal no parto e no puerpério deve ser igualmente precisa e precoce para evitar os retardos assistenciais que podem conduzir à sequelas e morbidade graves, ou mesmo a morte materna ou perinatal.

O referido manual apresenta vários fatores a serem considerados antes de classificar uma gestação de alto risco. Os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em:

1. Características individuais e condições sócias demográficas desfavoráveis: idade < 15 e > 35; altura menor de 1,45cm; Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; baixa escolaridade; exposição a riscos ocupacionais; dentre outros.
2. História reprodutiva anterior: abortamento habitual; morte perinatal explicada e não explicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; parto pré-termo anterior; - esterilidade/infertilidade; diabetes gestacional; cirurgia uterina anterior, dentre outros.
3. Condições clínicas preexistentes: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; - ginecopatias; neoplasias.

O Manual (Brasil, 2010, p. 12) ainda orienta que na maioria dos casos a presença de um ou mais desses fatores “não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora indiquem uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes.” Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento.

A recomendação é que as equipes de saúde que lidam com o pré-natal de baixo risco precisam estar preparadas para receber as gestantes com fatores de risco identificados e prestar um primeiro atendimento e orientações no caso de dúvidas ou situações imprevistas. Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco é importante que se garanta à gestante a manutenção do vínculo com a equipe de atenção básica ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento. Por sua vez esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante por meio de mecanismos de contra referência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar (Brasil, 2010).

Gestantes portadoras de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são consideradas de alto risco. Nesta dissertação está sendo apresentado um estudo focado na SC, condição que seria inexistente se o acesso universal for assegurado e houver a qualidade devida e oportuna no pré-natal. Esse estudo foi desenvolvido para compreender e reafirmar a importância do AP e atenção ao pré-natal das gestantes nestas circunstâncias. De acordo com Costa e associados (2010, p. 776) “a sífilis na gestante pode ser causa de aborto, prematuridade, morte neonatal ou desenvolvimento da doença nos conceptos (SC precoce e tardia). A gravidade da SC deve-se ao fato de a infecção transplacentária ser maciça”.

A sífilis materna é considerada um importante causa potencialmente evitável de óbito fetal e de outros resultados perinatais adversos ocorrendo principalmente nas regiões menos desenvolvidas do mundo (Menezes et. al. 2009). Estudos comprovam que nos países desenvolvidos, a maioria dos óbitos fetais ocorre ante parto e no pré-termo, 10 a 25% deles são causados por infecções, estando a sífilis

entre as mais comuns (Berman, 2004; Goldenberg, Msclure e Belizan, 2009). Neste sentido, Nascimento e associados (2012, p. 57) alertam:

O risco de transmissão vertical do *treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, é dependente do estágio da infecção materna e da idade gestacional em que ocorre a exposição fetal, sendo de 70 a 100% a taxa de transmissão vertical observada em gestantes com sífilis recente e de 30 a 40% nos casos de sífilis tardia.

Considerando os aspectos epidemiológicos, chama-se treponematose às infecções crônicas causadas pelas subespécies da bactéria do gênero *Treponema*: *T. pallidum* subespécie *pallidum* que causa sífilis e *T. pallidum* subespécie *pertenue*, *T. pallidum* subespécie *endemicum* e *T. carateum*, responsáveis por doenças que não são sexualmente transmissíveis (Volcy, 2014).

A sífilis é estritamente humana, infecciosa e crônica, sendo então transmitida sexualmente e de forma congênita, e no caso de evoluir naturalmente em indivíduos infectados e não tratados, afeta em particular os sistemas cardiovascular e nervoso central. Tem um polimorfismo acentuado em suas apresentações clínicas, algo que engana alguns infectados, e passa até mesmo camuflado e reprimido, pelo menos na fase inicial do processo infeccioso (Volcy, 2014).

De um modo geral, o agente etiológico penetra através de pequenas abrasões em membranas mucosas de diferentes locais anatômicos e, para não alertar demais o sistema imunológico do hospedeiro, é anestesiado reproduzindo-se muito lentamente - a cada 30-33 horas - na porta de entrada e, para reforçar este mimetismo, sintetiza poucas proteínas na sua membrana externa, que se transforma em uma pequena capa antigênica. A bactéria é então revitalizada, chega a se espalhar para diferentes órgãos e tecidos e induz a formação de vergões, feridas e descamação não só nos genitais, mas também em partes visíveis como as palmas das mãos, boca e pele, sintomas que são novamente reprimidos pelo sistema da defesa do hospedeiro (Kalinin et al., 2016).

No que concerne a sífilis gestacional e congênita, Soares et al. (2017) apontam que mundialmente, 1,36 milhões de gestantes foram infectadas, em que 80% delas foram assistidas em programas de pré-natal e 38% apresentaram algum resultado adverso, como mortalidade fetal e neonatal, prematuridade ou baixo peso

e infecção congênita. Isso se deve ao fato de implementação de políticas públicas voltadas para saúde materno-infantil, e que passaram a dar a devida celeridade no diagnóstico precoce e nas notificações em gestantes, como o uso do teste rápido para sífilis. Porém, as subnotificações ainda continuam sendo um entrave para a vigilância epidemiológica.

Para Campos et al. (2010), muito embora a sífilis gestacional apresenta diagnóstico simples e tratamento eficaz, a sua prevalência é alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento e o risco de transmissão vertical da sífilis varia de 30% a 100%, dependendo da fase clínica da doença na gestante, estimando-se que em 40% das infecções intra uterinas não tratadas levam ao aborto espontâneo ou a morte perinatal.

Incongruentemente a sífilis é uma doença infectocontagiosa de fácil tratamento e controle haja vista a existência de testes e diagnósticos rápidos e sensíveis, bem como tratamento eficaz e de baixo custo. Portanto, a ação mais consistente para controle da SC está em assegurar uma assistência pré-natal ampla e de qualidade, garantindo-se o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil (Wolf et al., 2009; Campos et al., 2010).

Segundo o Manual técnico de Gestação de alto risco (2000, p. 85), a SC constitui um verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência   saúde materno-fetal, pela simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/terapêutico. Considerando o risco envolvido para a gestante e a criança, o Ministério da Saúde passou a incluir oficialmente a taxa de SC - SC como um indicador de avalia o da aten o básica   saúde de cada município, tendo em vista que esta impacta diretamente a qualidade da assistência perinatal, em especial a aten o pré-natal disponível a cada popula o (De Lorenzo e Madi, 2001).

De acordo com orienta es da Organiza o Mundial de Saúde (OMS, 2008), toda gestante deve realizar testagem para sífilis em sua primeira visita ao serviço de saúde. Seguindo o protocolo, os serviços que dispõem de testes rápidos para os diagnósticos da sífilis, devem realizar prontamente a testagem após o diagnóstico da gesta o. Os serviços de saúde que não dispõem de testes rápidos devem realizar a coleta da amostra sang nea e encaminhar para o laboratório de referência. O Guia de bolso para o manejo de sífilis em gestante e SC (São Paulo, 2016, p.19), lista

recomendações específicas sobre ações que a unidade de saúde com atendimento pré-natal deve realizar:

- (i) realizar busca ativa em caso de não comparecimento da gestante à consulta;
- (ii) Priorizar a coleta e envio de exames de gestantes;
- (iii) Monitorar o retorno dos resultados das sorologias de sífilis, HIV, dentre outras;
- (iv) Garantir o tratamento adequado e em tempo oportuno;
- (v) Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento observando as quedas de títulos em testes não-*treponêmicos*;
- (vi) Incentivar a implantação do pré-natal do homem;
- (vii) Viabilizar o tratamento do parceiro sexual;
- (viii) Preencher a carteira ou cartão de gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestante e no parceiro;
- (ix) Orientar a gestante para levar a carteira ou cartão de gestante na admissão ao parto.

5.3 Orientações para diagnóstico precoce da sífilis gestacional

A notificação compulsória, deve ser realizada por médicos e outros profissionais de saúde, tanto em rede pública quanto em rede privada desde 1975. A sífilis é uma doença de notificação compulsória, porém havendo ainda subnotificações, visando minimizar essas subnotificações, principalmente em gestantes o MS, através do departamento de vigilância em saúde, lançou em 2017 uma nota informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS, a qual, definiu que todas as mulheres diagnosticadas com sífilis durante a atenção pré-natal, parto e puerpério, fossem notificada como sífilis em gestantes e não mais como sífilis adquirida. Assim desde essa publicação, houve um incremento nos casos de sífilis em gestantes. Os exames para rastreamento da sífilis são recomendados na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal. Se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (Brasil 2012).

O emprego de testes rápidos em maternidades apresenta vantagens no sentido da otimização da utilização do leito, evitando que a puérpera fique internada

aguardando apenas o resultado do teste para sífilis. Nas gestantes, tanto durante o pré-natal quanto antes do parto, a escolha do fluxograma é feita por cada serviço, segundo a sua conveniência, que deverá levar em consideração a infraestrutura laboratorial disponível inclusive nos finais de semana, a disponibilidade de profissionais para a pronta execução dos testes escolhidos e, finalmente, o tipo de testes disponíveis na instituição. (Brasil, 2015).

De acordo com o Guia de Bolso (Brasil, 2016) prevê-se a utilização de apenas teste rápido para rastreio e tratamento imediato para nas seguintes situações: localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial e/ou regiões de difícil acesso; Programa do Ministério da Saúde (MS), tais como Rede Cegonha, Programa de Saúde da Família, Consultório na Rua, entre outros programas. O documento cita ainda situações específicas como: pessoas com diagnóstico de hepatites virais; gestantes e parcerias sexuais em unidades básicas de saúde, principalmente, no âmbito da Rede Cegonha; gestantes no momento da internação para o parto nas maternidades; casos de abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional; parcerias de pessoas com diagnóstico de sífilis; dentre outras.

5.3.1 Tratamento da sífilis na gestação

A Penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, mantendo de 07 a 10 dias na sífilis recente e por duração mais longa em sífilis tardia. No caso da Penicilina G Benzatina deve ser administrada em músculo profundo. As recomendações para Sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração) é : penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); Sífilis latente tardia(mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão em cada glúteo) semanal por 03 semanas. Dose total de 7,2 milhões UI. Alternativa Ceftriaxona 1g, IV ou IM 1x dia por 8 á 10 dias para gestantes e não gestantes. Na Neurosífilis, Penicilina Cristalina 18 a 24 milhões UI-dia, IV, administrado em dose de 3 a 4 milhões UI a cada 24 horas ou por infusão contínua, por 14 dias. Importante ressaltar que os tratamentos alternativos para gestantes são

inadequados, e só devem ser usados em contra indicação absoluta da Penicilina G Benzatina.

5.3.2 Controle de cura

Importante acompanhar se o tratamento está sendo efetivo, através das orientações do controle de cura. Mulheres gestantes em tratamento para sífilis devem fazer testes não treponêmico mensalmente ex:VDRL para controle de cura. Quando ocorre a redução de dois ou mais títulos do teste não *treponêmico* (Ex de 1:32 para 1:8) ou a negatificação após seis meses à 9 meses do tratamento, considera-se cura da infecção. A negatificação dos testes não *treponêmicos* está diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento, podendo algumas pessoas que foram diagnosticadas a partir da fase secundária, permanecer com titulação baixos estáveis pelo resto da vida. No caso de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em três meses e três diluições em 6 meses. A elevação de títulos de teste não treponêmico em duas diluições (1;16 para 1;64), indica reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado. (Brasil 2015, SESAU-TO 2017)

Este capítulo teve como objetivo apresentar as características principais da sífilis, o diagnóstico e tratamento adequado. No próximo capítulo serão tratadas as especificidades da sífilis em gestantes na cidade de Palmas Tocantins com foco em dois Centros de Saúde. Também serão apresentado o contexto regional do Estado do Tocantins e a metodologia adotada neste estudo.

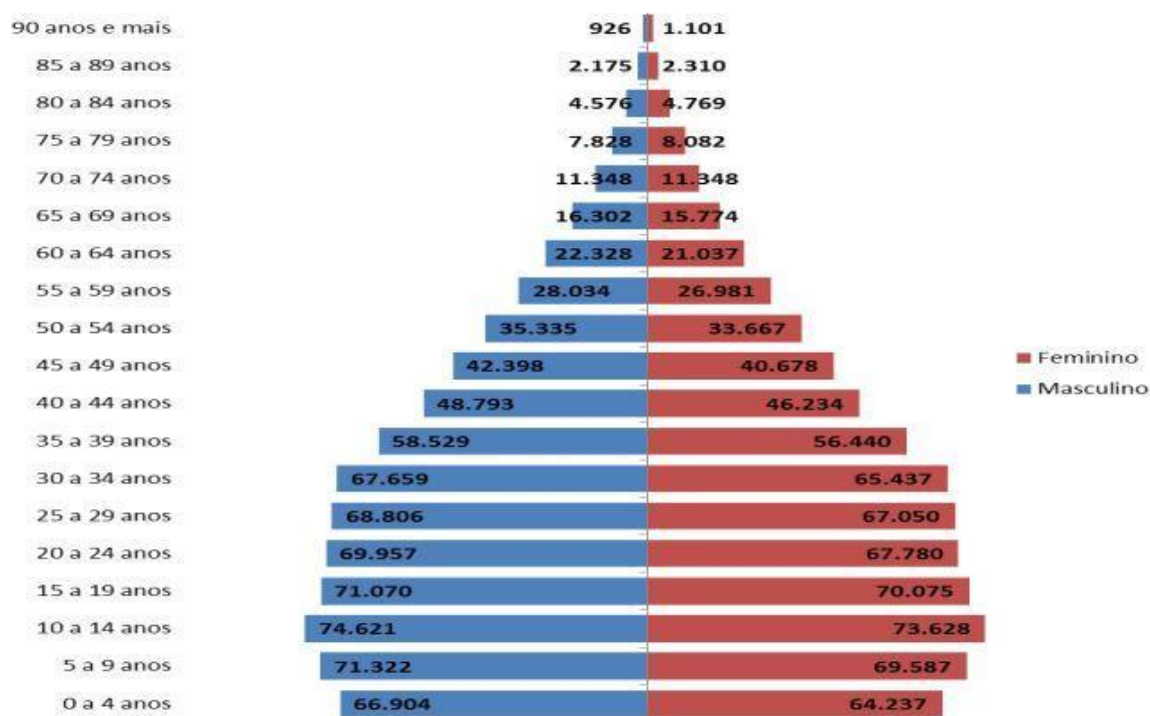
6. CONTEXTO E CENÁRIO DO ESTUDO

Este capítulo irá, inicialmente, abordar o cenário e o contexto onde a pesquisa foi realizada, bem como analisar a atenção pré-natal no município de Palmas, associando-os às questões de da qualidade na atenção à SC. Abaixo constam o objetivo geral e os objetivos específicos nessa fase da pesquisa:

6.1 O Estado do Tocantins

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2015), o estado do Tocantins possui 1.383.453 habitantes, o que representa um percentual de 0,7% dos brasileiros, sendo que 78,8% do total de habitantes residem na zona urbana, enquanto 21,2% vivem no campo. Constituído por 139 municípios, o Tocantins possui uma área de 277.720,520 km², a densidade populacional é de 4,2 habitantes por quilômetro quadrado e a taxa de analfabetismo varia em média de 13%. A taxa de crescimento da população obteve decréscimo de 2,12 em 2001 para 1,49 em 2010.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde - PES/TO (Tocantins, 2015), a estrutura populacional do estado vem sofrendo modificações ao longo dos anos causando reflexos na taxa de crescimento da população considerando a redução da taxa de fecundidade, elevação da expectativa de vida e do índice de envelhecimento (figura 10).

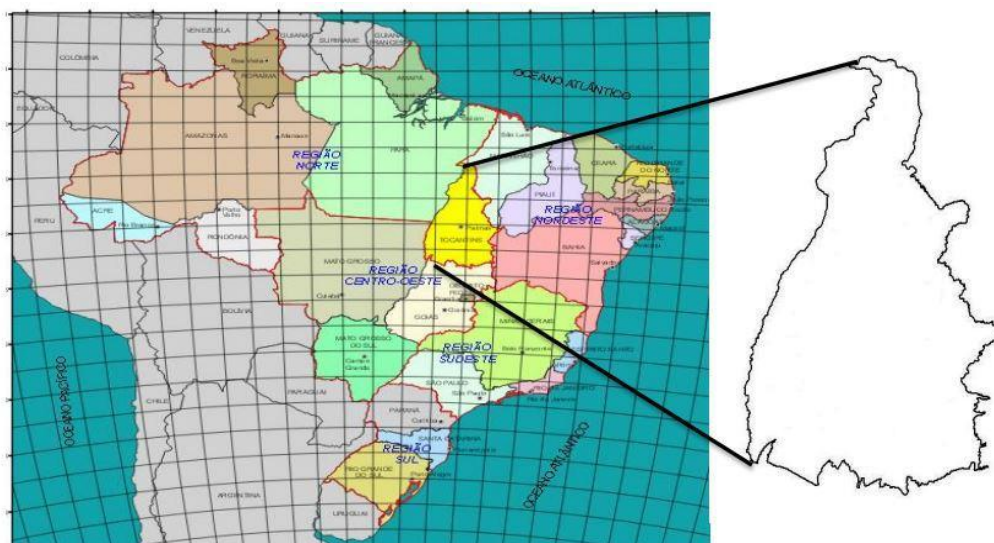
Figura 10 População do Tocantins por faixa etária

Fonte: SESAU, 2015

O Tocantins tem também uma população de cerca de treze mil indígenas distribuídos em oito etnias: os povos Karajá, Javaé, Xambioá, Xerentes, Krahô, Krahô-canela, Canela do Tocantins e Apinajé[1]. Assim, o estado possui uma riqueza cultural e étnica, com uma população heterogênea proveniente de vários estados do País. Entre os habitantes do Tocantins, 56,8% são pardos, 33,4% brancos, 7,5% negros e 1,1% indígenas (IBGE, 2015). A capital Palmas foi concebida como uma cidade planejada em 1990 e recebeu também pessoas de todas regiões do Brasil, o que contribuiu para a diversidade cultural do estado.

O Estado do Tocantins localiza-se na região Norte do Brasil e faz divisa com os Estados de Maranhão, Goiás, Pará, Bahia, Piauí e Mato Grosso. No mapa abaixo (figura 11) é possível visualizar sua localização geográfica.

Figura 11 Localização geográfica do Tocantins



(Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Tocantins>)

Dos 139 municípios tocantinese, 92,8% são de pequeno porte, ou seja, têm até 20.000 habitantes. De acordo com o PES/TO (Tocantins, 2015, p. 20), esta realidade “apresenta desafios a serem superados, tendo em vista que grande parte dos municípios tocantinese de pequeno porte carecem de estrutura econômica e social”. Em relação à economia do Estado, a composição do Produto Interno Bruto consiste em 17,8% agropecuária, 24,1% indústria e 58,1% serviços (IBGE, 2015). Ainda segundo dados do IBGE, o Tocantins encontra-se na 13ª posição no mapa da pobreza do Brasil. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Tocantins era 0,699 em 2010, o que situa o estado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). Segundo a SESA (2010) a dimensão que mais contribui para o IDHM do Tocantins é a longevidade (0,793), seguida da Renda (0,690) e da Educação (0,624).

No tocante à saúde, consoante ao Decreto Federal n.º 7.508/2011, o estado está dividido em 8 regiões, sendo elas: Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia, Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão, Capim Dourado, Amor Perfeito, Ilha do Bananal e Sudeste (figura 12).

Figura 12 Regiões de Saúde no Tocantins



Fonte: CONASS

De acordo como o portal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde², as regiões de saúde Capim Dourado e Médio Norte, em termos populacionais, são as duas regiões mais populosas com 348.719 e 289.511 habitantes em 2015. Ainda sobre as regiões que mais tiveram destaque no aumento populacional, o portal declarou:

Entre os anos de 2010 e 2015 em números absolutos todas as regiões tiveram crescimento populacional, mas a distribuição da população em termos relativos demonstra que as regiões do Capim Dourado e Médio Norte Araguaia sofreram discreto acréscimo e as outras 6 regiões com discreto decréscimo. Em 2010 as regiões Capim dourado e Médio Norte Araguaia concentravam 40,79% da população, contudo em 2015 apresentam 42,13% dos habitantes do Estado.

Ainda, no mesmo portal, segundo declarações do Vice-secretário da saúde no Tocantins, Luiz Edgar Leão Tolini, o Tocantins continua endêmico para as doenças transmissíveis como dengue, leishmaniose visceral e hanseníase. Tolini

² <https://www.conass.org.br/tocantins/>

reconhece que ainda existem sérias lacunas na operacionalização de ações e serviços, mesmo com os avanços já ocorridos como na melhoria do acesso à saúde no Estado, com o aumento do número de consultas de pré-natal, redução da mortalidade infantil, o sucesso no controle da malária e erradicação do sarampo.

O Plano Estadual de Saúde (Tocantins, 2015), informa que, após vários estudos nas reuniões da Câmara Técnica de Gestão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em articulação com gestores municipais e técnicos do estado, foi realizado o 3º redesenho de Regionalização definindo as novas regiões de saúde que antes eram 15 passando a 8, aprovadas consoante a Resolução CIB – TO n.º 161/2012, através de critérios que definiram o recorte regional, de ações e serviços de saúde mínimos para composição da Região em 05 eixos:

- Atenção primária: 80% de cobertura ESF e suficiência da AB na região;
- Urgência e emergência: 1 Pronto Socorro funcionando 24 hs todos os dias da semana com cirurgião geral e atendimento obstétrico de risco habitual (cesárea) na região;
- Atenção psicossocial: pelo menos 1 CAPS I na região;
- Atenção ambulatorial especializada e hospitalar: atendimento ambulatorial em clínica médica e cirurgia geral e hospitalar nas clínicas médicas, cirúrgicas e obstétricas;
- Vigilância em saúde: equipe de vigilância constituída legalmente no município.

O órgão responsável pela saúde no Tocantins é a Secretaria de Saúde (SESAU) que se encontra centralizada na capital Palmas. Dados de 2015 do Ministério da Saúde apresentam um panorama dos estabelecimentos de saúde no Tocantins (tabela 01)

Tabela 01 Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento

Quantidade por Tipo de Estabelecimento e Tipo de Gestão – Tocantins – 2015				
Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Academia da Saúde	-	-	32	32
Central de Regulação	-	-	1	1
Central de Regulação Médica das Urgências	-	-	3	3
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	-	6	-	6
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	1	1	19	21
Centro de Saude/Unidade Básica de Saude	19	2	334	355
Central de Regulacão de Servicos de Saúde	-	2	3	5
Clínica Especializada/Ambulatorio Especializado	9	8	207	224
Consultório	-	-	360	360
Cooperativa	-	1	1	2
Farmacia	-	4	7	11
Hospital Especializado	-	2	1	3
Hospital Geral	8	20	32	60
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	-	1	-	1
Laboratório de Saúde Pública	-	-	1	1
Policlínica	1	1	14	16
Posto de Saúde	-	-	29	29
Pronto Atendimento	4	-	14	18
Secretaria de Saúde	-	1	114	115
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	17	17
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	23	12	147	182
Unidade de Vigilância em Saúde	-	1	100	101
Unidade Mista	-	-	1	1
Unidade Móvel de Nível Pre-Hosp-Urgência/Emergência	-	-	21	21
Unidade Móvel Terrestre	-	3	15	18
Telesaúde	-	1	-	1
Total	65	66	1473	1604

Fonte: MS, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil -CNES out. 2015.

Sobre a estrutura da rede hospitalar o documento do Plano Estadual de Saúde (Tocantins, 2015, p. 244) as descreve:

Os hospitais da rede pública estadual, identificados pela forma de gerenciamento em Regionais - de gerência estadual, municipais e de pequeno porte - de gerência municipal, são financiados de forma tripartite pela União, Estado e Município. São dezenove os hospitais na gestão e gerenciamento do Estado, localizados em quinze cidades distintas, dos quais três são unidades que concentram serviços de alta complexidade: dentre eles o Hospital Geral de Palmas, o Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos em Palmas, e o Hospital Regional de Araguaína.

O mesmo documento delinea a organização dos serviços SUS no Tocantins e a implantação das RAS no estado. Atualmente estão em operação as redes:

- Rede de Atenção Psicossocial - RAPS;
- Rede de Urgência e Emergência - RUE;
- Rede de Promoção, Prevenção e Tratamento do Câncer;

- Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência;
- Rede Cegonha.

Sobre a Rede Cegonha, foco desta dissertação, o Plano Estadual de Saúde (Tocantins, 2015) informa que o Tocantins apresentou dois planos de ação que contempla as oito regiões de saúde. O primeiro Plano de Ação da Rede Cegonha compreendeu as Regiões de Saúdes Prioritárias do Bico do Papagaio, Capim Dourado e Médio Norte Araguaia. O segundo contemplou as regiões Guaraí, Paraíso, Porto Nacional, Gurupi e Dianópolis. O documento apresenta o desenho do Componente Parto e Nascimento :02 Hospitais de Gestação de Alto Risco (GAR); 01 casa da Gestante Bebê e Puérpera; 02 Hospitais com UTIN; 03 Hospitais com UCINCo e UCINCa; e 15 Hospitais de Risco Habitual.

Dos 139 municípios do Tocantins, 138 aderiram a Rede Cegonha, destes, 121 municípios com registro no Sistema de Plano de Ação das Redes Temáticas – SISPART³, em 2012, 16 municípios com registro no SISPART em 2013 e 01 município com registro no SISPART em 2014, dentre os quais 56 com Plano de ação publicado em 2014 e 82 aguardando publicação. O município de Palmas publicou o seu Plano de ação em 2012 (Montalvão, 2017).

De acordo com Pedroso (2017, p. 27), a implantação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins, esta foi efetuada em cinco etapas operacionais:

- (i) adesão e diagnóstico com o 26 objetivo de definir o processo de implementação a partir dos dados epidemiológicos de atenção à saúde materna e infantil;
- (ii) desenho regional da rede cegonha com o objetivo de elaborar mapas de análise de acordo com a situação da saúde da mulher e da criança, nas 8 (oito) regiões de saúde do Estado;
- (iii) contratualização dos pontos de atenção que objetivou elaborar os Planos de Ações dos Municípios a partir do desenho regional, em 2013 todos 139 municípios aderiram a rede e com a pactuação deste plano;
- (iv) qualificação dos componentes, que objetivou implementar as ações definidas para cada componente da rede (os indicadores), de acordo com os planos de ações regionais;

³ O SISPART é o sistema criado pelo Ministério da Saúde como objetivo de facilitar o acesso aos municípios ao processo de adesão ao Programa Rede Cegonha. Os gestores municipais devem realizar o cadastro e inserir o Plano de Ação Municipal no sistema, descrevendo todas as ações que deverão ser desenvolvidas nos componentes e descrever como acontecerá a articulação com a Rede de Atenção à Saúde (Montalvão, 2017).

(v) certificação, em que Ministério da Saúde avaliou as ações realizadas de acordo com os componentes implantados;

Segundo estudo realizado por Santos (2013), sobre a implantação da Rede Cegonha nos Estados brasileiros, o Tocantins se destaca por, apesar de ter menor número de estabelecimentos credenciados à Rede Cegonha, apresenta maiores frequências de realização de procedimentos relacionados à saúde da mulher no período de 2010 a 2012 do que os estados de Goiás e Acre. O estudo também revela que das unidades federativas que receberam um menor volume de recursos repassados pelo Governo Federal referentes à Rede Cegonha no período de 2011 a 2012, o Tocantins está entre os cinco menos contemplados com recursos: Amapá, 0,5%; Roraima, 0,6%; Espírito Santo, 0,7%; Acre, 1,1%; e Tocantins, 1,4%.

Na próxima seção serão detalhados os cuidados de atenção à mulher no âmbito da Rede Cegonha na Capital do Tocantins - Palmas.

6.2 Atenção à Saúde da Mulher na Capital Palmas – TO

O município de Palmas no Tocantins possui segundo estimativas do IBGE⁴ 299.127 pessoas. O mesmo fica situado na região de saúde do Capim Dourado (figura 13) cuja população é de aproximadamente 333.566 pessoas, composta de 14 municípios - a maior de todas as regiões de saúde. Em relação ao perfil de Morbimortalidade, a região apresenta redução na TMI de 15,0 óbitos/1000 nv no ano de 2011 para 14,0 óbitos/1000 nv no ano de 2015. De acordo com o Plano Estadual de Saúde (Tocantins, 2015, p. 102), considerando que esta é a região mais populosa do estado, também com maior número de nascidos vivos (6273) entre as demais regiões, pode-se justificar a ocorrência do maior número óbitos em menores de um ano. A região Capim Dourado apresenta uma média de cobertura de nascidos vivos de 7 (sete) ou mais consultas de pré-natal de 51%, em 2015.

⁴ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>

Figura 13 Região de Saúde Capim Dourado



Fonte: Plano Estadual de Saúde (2015)

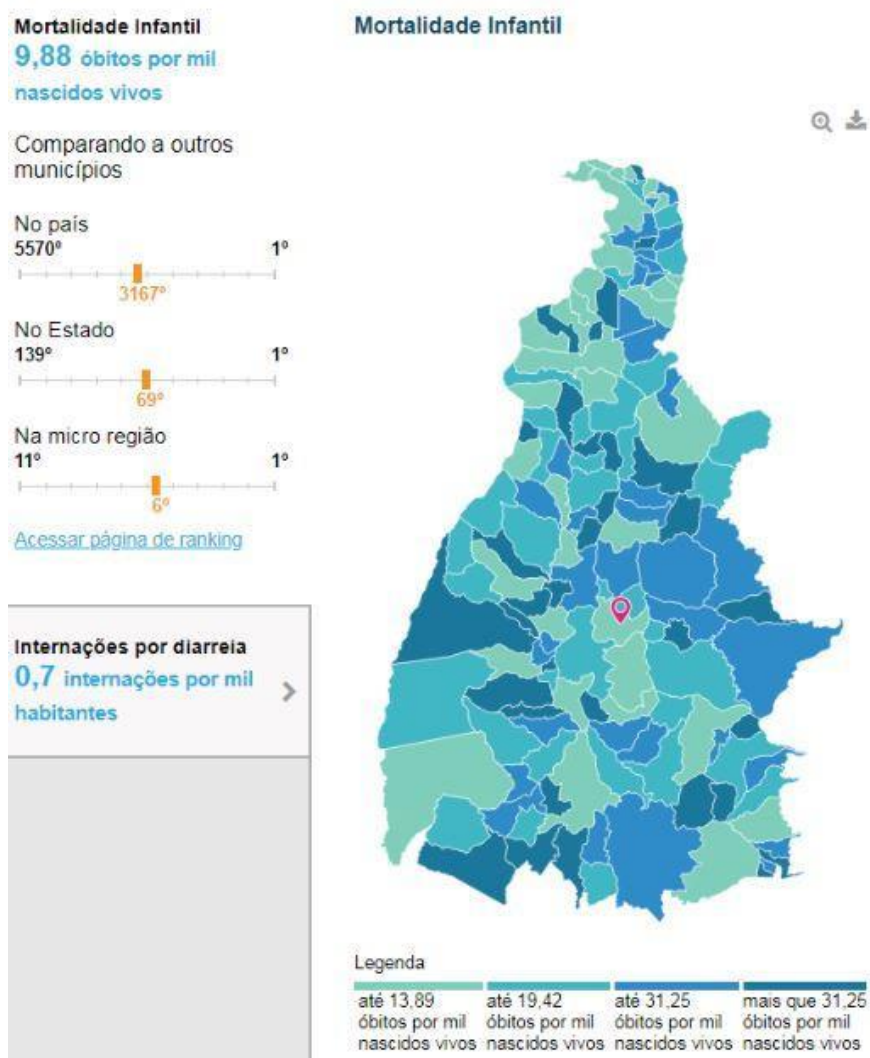
Observamos na figura 13 que o município de Palmas, pelo fato de ser a capital do Estado, possui uma maior rede de cobertura da Rede de Atenção à Saúde em comparação aos demais municípios da Região Capim Dourado. Segue a lista dos estabelecimentos presentes na capital do Tocantins, conforme a legenda da figura:

- HR2 - Hospital Regional de Média Complexidade;
- HR3 - Hospital Regional de Média Complexidade;
- UPA- Unidade de Pronto Atendimento;
- SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Emergência;
- CAPS II - Centro de Atendimento Psicossocial;

- CAPS AD III - Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas;
- Onco SDM - Serviços de Diagnóstico de Mama;
- Onco SRC - Serviços de Referência de Colo do Útero;
- Onco UNACON - Unidades de Alta Complexidade em Oncologia;
- Onco CQG - Centro Qualificador de Ginecologistas;
- CER - Centro Estadual de Reabilitação;
- CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Lacen-TO - Laboratório Central de Saúde Pública do Tocantins;
- CCZ - Centro de Controle de Zoonoses;
- Vigilância em Saúde;
- DESEI - Distrito Especial Sanitário Indígena;
- Hemodiálise;
- HOMOTO - Hemorrede do Tocantins;
- UBS - Unidade Básica de Saúde;
- Escola Tocantinense do SUS;
- Policlínicas Especializadas;
- CEO - Centro de Especialidades odontológicas.

Palmas foi um dos primeiros municípios que realizou adesão ao Programa Rede Cegonha, considerando que é a capital do Estado, possui acesso a ampla rede de serviços de saúde. De acordo com Montalvão (2017) 94 profissionais de nível superior em todas as Unidades de Saúde Básica executam o pré-natal e são capacitados para execução do teste rápido da sífilis e outros desde 2013. Dados do IBGE apontam que a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.88 para 1.000 nascidos vivos (figura 14).

Figura 14 Mortalidade infantil em Palmas - Tocantins



Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>

O Relatório DVPS/CDTNT/Área técnica de DST, AIDS e Hepatites Virais/outubro/2014 aponta que no ano de 2013, 3.109 gestantes (64,45%) realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, atingindo assim a meta estadual pactuada de 66,23%. Em 2016, como forma de organização do sistema municipal de saúde, foi instituída a Rede de Atenção Municipal de Saúde - RAVS-PALMAS através da portaria Nº 518/SEMUS/GAB, DE 14/07/ 2016, cujo texto reza seu objetivo:

Promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção preventiva, contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica,

sanitária e eficiência econômica, visando a estruturação de um sistema integrado de seguridade e proteção social no município de Palmas-TO.

A portaria define ainda as seguintes diretrizes e opções metodológicas da RAVS:

I - Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede, por meio de sistemas de informação potentes;

II - Planejamento Estratégico Situacional pautado nas necessidades individuais e coletivas, nas condições de saúde da população dinamicamente adscrita;

III - Utilização de linhas de cuidados baseadas em evidências, instituídas de forma colaborativa por equipes multiprofissionais, usuários e comunidade com ênfase no autocuidado apoiado;

IV - Uso intensivo de tecnologia de informação como meio de evitar redundâncias, disponibilizando tecnologias de registro eletrônico em saúde a todos os pontos da rede, permitindo a tomada de decisões oportunas e avaliação da eficiência das ações e serviços de saúde;

V - Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção;

VI - Participação social ativa por meio de conselhos regionais e locais de saúde com presença na governança da rede.

A portaria determina que as Unidades de Saúde da Família da gestão municipal do SUS passam a ser chamadas de Centro de Saúde da Comunidade (CSC) seguidas de suas denominações vigentes. No Art. 7º, a portaria define que a RAVS-PALMAS será organizada em 8 divisões territoriais de saúde, o que inclui um território especial de saúde, que abrange a totalidade de unidades de atenção à saúde e demais pontos de atenção à saúde, incluindo:

I - Território de Saúde Canela: CSC 307 Norte, CSC 403 Norte, CSC 405 Norte, CSC 409 Norte, CSC 503 Norte e CSC 603 Norte.

II - Território de Saúde Apinajé: CSC 406 Norte, CSC 508 Norte, CSC Loiane Moreno e EACS 108 Sul.

III - Território de Saúde Xambioá: CSC 403 Sul, CSC 712 Sul e CSC 806 Sul. IV - Território de Saúde Krahô: CSC 1103 Sul, CSC 1004 Sul, CSC 1106 Sul, CSC 1206 Sul e CSC 1304 Sul.

V - Território de Saúde Karajá: CSC Eugênio Pinheiro, CSC Aurenny II, CSC Novo Horizonte, CSC Liberdade e CSC Alto Bonito.

VI - Território de Saúde Javaé: CSC Bela Vista, CSC Santa Bárbara, CSC Setor Sul, CSC Morada do Sol, CSC Santa Fé, São João.

VII - Território de Saúde Xerente: CSC Laurides, CSC Taquari e CSC José Lúcio. VIII - Território Especial de Saúde Pankararú: CSC Taquaruçu, CSC Mariazinha, CSC Walterly (Taquaruçu Grande), Ponto de Atendimento Rural Coqueirinho, Ponto de Atendimento Rural Sargento Walter e Ponto de Atendimento Rural Santa Terezinha.

Assim, os Centros de Saúde centros de saúde da 406 Norte e 210 Sul (CSC Loiane Moreno) - lócus deste estudo, ficam localizados no território de saúde Apinajé. Ainda sobre a organização da RAVS, a portaria define três componentes básicos: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que devem ser implantados em cada Território de Saúde, e deverá compor-se de Equipes de Saúde da Família especializadas por meio de ações clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas individuais e coletivas; Núcleos Temáticos (NT) composto por profissionais de saúde de todos os territórios de saúde e demais pontos de atenção da RAVS-PALMAS organizado com o objetivo de estruturar as redes temáticas, a exemplo da rede de Atenção Psicossocial, a rede de Urgência e Emergência, a Rede Cegonha, entre outras, e as linhas de cuidados de portadores doenças crônicas e infecciosas; e Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI): Composto por profissionais envolvidos no processo de gestão territorial integrada das políticas de proteção e seguridade social, objetivando articular o trabalho do desenvolvimento social, econômico, da educação e da saúde com os atores sociais e arranjos institucionais formais e não formais dos territórios.

Quanto ao acolhimento do usuário, em 2016 a Secretaria de Saúde de Palmas-TO elaborou um manual de acolhimento à demanda espontânea (SEMUS 2016), com objetivo de qualificar a porta de entrada, realizando uma triagem humanizada. O documento orienta que todos os profissionais de saúde são responsáveis pelo acolhimento do usuário, sendo encaminhado dignamente a sala de triagem para uma escuta qualificada, considerando os protocolos de classificação de risco para então definir as prioridades. Algumas situações revelam que apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas que necessitam de cuidado contínuo dos profissionais, é importante que os Centros de Saúde da Comunidade (CSC) acolham os usuários da demanda espontânea (eventualidades e imprevistos).

Assim, o Manual do Acolhimento teve como objetivo promover a transformação no processo de trabalho de toda equipe, pois o acolhimento à demanda espontânea exige uma lógica de corresponsabilidade, incluindo os usuários na organização do fluxo de atendimento. Desta forma, de acordo com o Manual, os centros de saúde saem das “caixinhas” das reservas de vagas para programas específicos, ampliando para cuidados crônicos e demanda espontânea, considerando que muitas vezes pela demora no atendimento, o paciente procura outra porta de entrada em busca de alívio do sintoma imediato, deixando de comparecer a consulta agendada devido o longo prazo.

A SEMUS-Palmas realizou diversos momentos de formação para todas as equipes, a fim de implantar o novo formato de acolhimento. O acolhimento à demanda espontânea necessitou de mudanças, exigiu uma transformação no processo de trabalho de toda equipe, por ser um trabalho coletivo que exigiu a corresponsabilidade de todos os envolvidos inclusive dos usuários, mudando lógica de organização do fluxo de atendimento, proporcionando qualidade no acesso aos serviços de saúde. A principal mudança proposta foi focada no usuário não agendado e referindo queixas, para que os CSC voltassem suas forças para acolher essas pessoas e garantir o acesso deste usuário no dia. O documento “*Palmas para que acolhe*” está em vigor, atualmente e cada centro de saúde segue trabalhando seu acolhimento de acordo com as orientações do manual, e as gestantes têm prioridades em todos os serviços, com acesso “aberto” para início do seu pré-natal, não necessitando está agendado para início de seu pré-natal. Por exemplo, confirmou gravidez, já se inicia o pré-natal com médico ou enfermeiro, com consultas subsequentes de acordo com as recomendações do MS (SEMUS 2016).

No ano de 2018, a Superintendência de Atenção Primária e Vigilância a Saúde (SUPAVS) emitiu o Memorando nº 365 /2018/SEMUS/SUPAV sobre o Acesso Avançado, que veio fortalecer o documento “Palmas para Quem acolhe” garantido que 60% das vagas fossem destinados a pacientes do dia com o lema “faça o trabalho de hoje, hoje”. Outros 40 % de vagas para organizar os agendamentos das condições crônicas. O pré-natal, que é considerado uma condição crônica teve as consultas com reserva de horário ampliado, 30 minutos de consulta para cada mulher, a fim de proporcionar melhor acolhimento, anamnese, exames físicos, orientações, assim como o devido preenchimento do prontuário

eletrônico e cartão das gestantes. Assim Pacientes com queixas, são encaminhados para sala de acolhimento, para escuta inicial e direcionado para as vagas de demanda espontânea para o dia ou até 24 horas a depender da situação de saúde avaliada pelos técnicos de enfermagem ou enfermeiros que seguem a classificação de risco do documento Palmas para quem acolhe. Gestantes devem ser passar pela sala de triagem onde é rotina medir a Pressão arterial, pesar e encaminha para o profissional médico ou enfermeiro. a grávida em nenhuma hipótese deve voltar sem atendimento.

Em relação à saúde integral da mulher, em 2012 foi publicado o Protocolo Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense que se trata de um instrumento de orientações clínicas sobre pré-concepção, pré-natal, parto e puerpério (Tocantins/SESAU, 2012). De acordo com o documento, na busca pela redução da mortalidade materna e infantil, o Tocantins aderiu a todos os pactos e programas lançados pelo Ministério da Saúde: Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2006, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil em 2009, e em 2011 à Rede Cegonha. O referido Protocolo apresenta orientações de atenção à mulher desde o momento da pré-concepção até o puerpério.

O Grupo Condutor Materno Infantil (GCMI) foi instituído em 09 de março de 2018 no município de Palmas-TO. Este grupo representa o grupo condutor materno infantil, orientado pela Rede Cegonha, pois possui os mesmos objetivos. Em 2018, O GCMI elaborou um documento orientador sobre SC desde a prevenção, tratamento e seguimento, abordando pré-natal pois é indissociável na prevenção da SC. O documento obedece às orientações dos protocolos do Ministério da Saúde, salvo algumas orientações específicas para realidade do município de Palmas. Portanto, o documento preconiza que todas as gestantes devem realizar no mínimo 07 consultas com atenção integral qualificada, devendo realizar teste rápido para sífilis no 1º, 2º e 3º trimestre. Quanto ao VDRL o documento orienta que seja realizado na primeira consulta de pré-natal e repetir no início do terceiro trimestre, realizando busca ativa das pacientes com testes reagentes. Estabelece que seja realizado diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. Enfatiza as orientações de quanto ao registro das informações, orientando que os resultados das sorologias e o

tratamento sejam devidamente descritos no e-SUS e na caderneta da gestante, com registros preciso de datas de consultas e droga utilizada na gestante e no parceiro.

O GCMI ratifica o que preconiza o MS, quando cita que os casos de sífilis adquirida, sífilis gestacional e SC, são casos de notificação compulsória. Para garantir a adequada notificação, a secretaria estadual de Saúde do Tocantins e a secretaria municipal de Palmas utilizam um sistema de informação chamado NOTIFICASUS, que se trata de um sistema de informação a nível Estadual e municipal, em que os dados posteriormente passam por um digitador para alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Todos os profissionais de saúde da equipe da ESF são cadastrados, com fins de notificar e acompanhar os agravos a nível local. Outra informação contida no documento do GCMI, sobre o diagnóstico de sífilis que deve ocorrer através do Veneral Diseases Research Laboratory (VRDL) ou do Rapid Plasm Reagin (RPR), que são testes utilizados para triagem e considera a sua elevada sensibilidade, considerando ideal que seja realizado os testes treponêmicos (FTA-Abs e TPHA) para confirmação de diagnóstico em todas as mulheres que tiverem teste não-treponêmico positivo.

Destaca-se a disponibilidade dos testes rápidos para sífilis, exame treponêmico, por se tratar de um exame prático, de fácil execução, disponíveis em todo CSC do município. Sobre o tratamento materno, é enfático em afirmar a necessidade de tratamento adequado, e para q este tratamento seja adequado deve ser completo, com as doses corretas de penicilina benzatina para cada caso e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, com parceiro tratado concomitantemente, caso não tenha as informações sobre o tratamento do parceiro disponível no e-SUS, o caso é considerado tratamento inadequado.

Silva e Monteiro (2009) realizaram uma pesquisa sobre a Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO. Foi realizado estudo epidemiológico, descritivo envolvendo uma amostra de 101 puérperas que realizaram pré-natal na ESF. Os dados foram coletados em maternidade pública até 24 horas após o parto, no período de julho a dezembro de 2009, por meio de entrevistas com as puérperas e dos cartões de gestante. Os pesquisadores relatam os resultados:

Assistência pré-natal caracterizou-se pela adequação considerada alta, entretanto, verificou-se que há aspectos a serem aprimorados para que sejam contemplados os critérios exigidos pelo PHPN⁵, especialmente no que se refere ao registro dos procedimentos do exame clínico-obstétrico e repetição dos exames laboratoriais no terceiro trimestre de gestação (idem, p. 22).

Silva e Monteiro concluem o estudo sugerindo que sejam realizados treinamentos com os profissionais que atuam Estratégia de Saúde da Família em Palmas com o objetivo de sensibilizá-los sobre a importância da realização e registros dos procedimentos do exame clínico-obstétrico e exames laboratoriais, no intuito de melhorar a adequação do pré-natal e a realização de avaliações periódicas da atenção pré-natal.

Outro estudo realizado em Palmas Tocantins, constatou que, no que diz respeito à implementação da RC, há maior cumprimento das ações no componente parto e nascimento do que nos demais três componentes que compõem essa política, ou seja, pré-natal, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (Pedroso, 2017). A pesquisadora constatou também que a adesão ao pré-natal ainda não é satisfatória, mesmo nas regiões que cumprem a meta de captação precoce das gestantes, ocorre a demora exames principalmente a Ultrassonografia Obstétrica. Pedroso (idem, p. 66) “a oferta desses exames do pré-natal ocorre principalmente no primeiro trimestre de gestação, sendo menos frequente no final, ou quando fazem não estão chegando em tempo hábil e os profissionais da atenção básica não anotam os resultados no cartão ou o fazem de forma inadequada”. Assim estes estudos revelam alguns gargalos na Rede de Atenção à Saúde da mulher em Palmas. Na próxima seção, o foco será o atendimento à gestante com sífilis, o que constitui uma gestação de alto risco e que merece atenção redobrada.

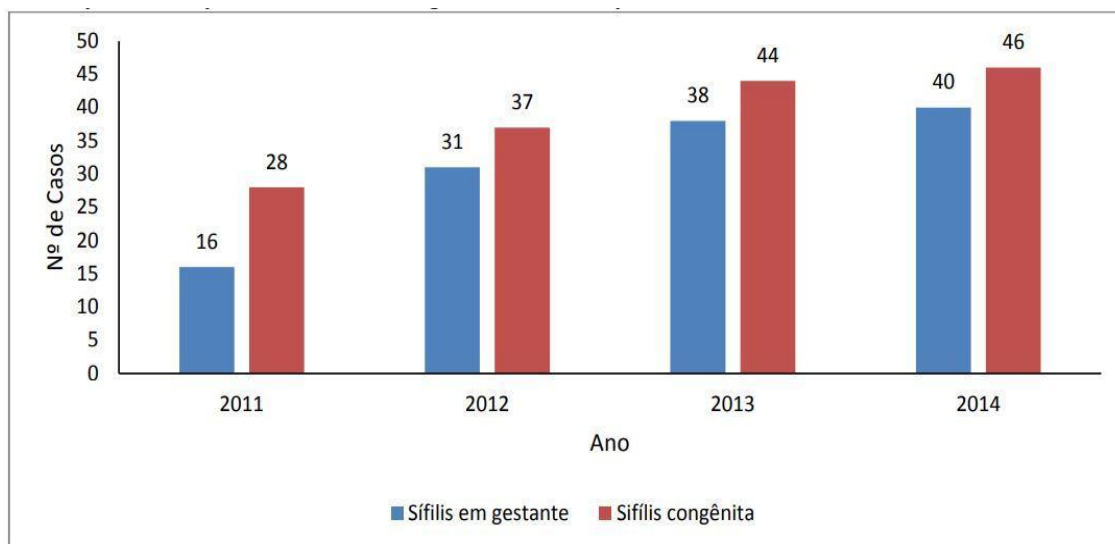
6.3 Atenção à saúde da mulher gestante com sífilis em Palmas Tocantins

O Plano Estadual de Saúde do Tocantins (2015, p.111) observa que no Tocantins, em especial na Região do Capim Dourado, quando há registro de sífilis em gestante, sempre ocorre a SC, o que configura as possíveis falhas no pré-natal (gráfico 01). “Outro fato a destacar é que em todos os anos da série histórica, a região apresentou número maior de SC do que sífilis em gestante, sendo município

⁵ Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

de Palmas o detentor de tal situação dentro da região, apontando assim falha de detecção e ou registro”, relata o documento.

Gráfico 1 Número de casos de sífilis em gestante e SC (< 1 ano de idade) notificadas no SINAN, por município de residência, região de saúde Capim Dourado – TO, 2011 a 2014.



Fonte: Sesau/DVPPS/DVEDTNT/GDST-AIDS, SINAN

Ainda de acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018 (Brasil, 2018), Palmas está entre doze capitais que apresentaram taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de SC mais elevada que a nacional. Outros dados do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis⁶, apontam que no município de Palmas, o diagnóstico da sífilis em 38% das mulheres grávidas é tardio, ocorre apenas no segundo trimestre de gestação (tabela 02).

⁶ Fonte: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> Acesso em 30 ago. 2019.

Tabela 2 Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico em Palmas, Tocantins (2005-2018)

Idade Gestacional	Total	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1º Trimestre	139	5	6	3	2	6	4	5	13	20	16	29	30
2º Trimestre	192	7	6	11	4	3	9	8	15	24	20	57	28
3º Trimestre	155	2	7	3	10	6	10	12	7	17	11	39	31
Idade gestacional ignorada	13	1	-	1	-	-	1	-	2	3	1	3	1
Ignorado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: MS/SV/DCCI <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>

Os CSC das Quadras 406 Norte e 210 Sul, lócus de realização desta pesquisa, são orientados pelo Grupo condutor de Doenças sexualmente transmissíveis da SEMUS-Palmas. Nos dois CSC em estudo, existem um posto de coleta do laboratório que é terceirizado, com uma técnica de enfermagem responsável com funcionamento 8 horas por dia. A coleta é realizada nas primeiras horas da manhã, as amostras são encaminhadas ao laboratório, o FTA-abs é encaminhados Laboratório Central de Saúde Pública do Tocantins (LACEN-TO). O VDRL é um exame rápido que em dois dias está com o resultado pronto, porém somente é disponibilizado a mulher gestante em média após 07 dias, pois o laboratório aguarda os resultados de outras sorologias que demoram em mais tempo para ficar pronto. Os resultados dos exames, conforme vão ficando prontos, são disponibilizados no PCLAB que se trata de um sistema laboratorial ou outros ao GAL (gerenciador de ambiente laboratorial), Porém não é uma rotina para todos os profissionais, ficando na responsabilidade da mulher em ir em busca de seus resultados e em seguida agendar consultas pré-natal para mostrar seus exames.

Sobre os testes rápidos, que se trata de um teste treponêmico, os CSC ofertam diariamente, priorizando as gestantes para que realizem suas testagens no primeiro dia do pré-natal ou no mesmo dia do diagnóstico gestacional. A SEMUS-Palmas reforçou a capacitação de testadores em todos os centros de saúde, capacitando maior número possível de profissionais nos CSC para que haja cobertura diária de testadores para hepatite b, hepatite c, sífilis e HIV. Vale ressaltar que muitos dos testadores são residentes, assim existindo rotatividade frequente dos profissionais capacitados.

O Conselho Regional de Enfermagem - COFEN emitiu nota técnica CLTN/03/2017, assegurando profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros quanto a administração da penicilina benzatina nos centros de saúde, esclarecendo que as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% e 0,05% dos pacientes tratados com penicilina, o que não justifica a não administração da penicilina benzatina nos CSC. Autorizando ainda os enfermeiros a prescrever o tratamento para sífilis conforme protocolo do Ministério da saúde e que mesmo na ausência de médicos nos CSC, não inviabiliza a administração do medicamento.

Considerando que a sífilis trata-se de um grave problema de saúde pública, e que o município de Palmas encontra de dificuldades no controle desta doença, a secretaria municipal de Palmas decretou mudanças em relação ao local e início do tratamento para sífilis. Assim, foi publicado um Memorando Nº. 2.538 em 28 de novembro de 2018 autorizando a administração de penicilina benzatina nos CSC, com objetivo de um tratamento oportuno, devendo ocorrer logo após o resultado do teste rápido reagente ou VDRL reagente em gestantes, parceiro de gestantes e também em sífilis adquirida. O referido documento recomenda que os CSC tenham em seu estoque 18 frascos de Penicilina G Benzatina 1200.000 UI para iniciar tratamento imediato, sendo que as liberações de novos frascos são dependentes das notificações, ou seja a cada caso novo é encaminhado à farmácia a receita e em anexo a notificação do caso.

A orientação é que não se deve negar tratamento para usuários de outros CSC que eventualmente busquem o serviço. No Ano de 2018 a SEMUS-TO através da portaria 2538, determina que todos os CSC de Palmas Tocantins, segam realizando o tratamento de sífilis com penicilina benzatina nas suas dependências, exceto final de semana que as administrações ocorrem nas UPAS (unidades de pronto atendimento) Essas mudanças favorecem o tratamento oportuno da mulher e das suas parcerias. As notificações são simples e rápidas realizada direta no Sistema Notifica SUS e todos os profissionais pode ter acesso após ser cadastrado.

O grupo condutor Materno infantil realizou reuniões em todos os centros de saúde orientando sobre o correto e rigoroso registro de todas as doses de Penicilina G Benzatinas administradas nos CSC durante a semana e nas Unidades de Pronto atendimento (UPA) nos finais de semana, determina ainda que todas as doses

administradas devem ser registradas no Prontuário eletrônico e-SUS AB, no caso de sífilis gestacional devem também ser registradas no cartão da gestante. (SEMUS 2018).

Montalvão (2016) investigou o grau de implantação das ações dirigidas ao controle da SC, no âmbito da Rede Cegonha, na atenção básica no município de Palmas. A pesquisa foi realizada em 08 Unidades Básicas de Saúde de Palmas que foram escolhidas por meio de sorteio considerando que todas realizam atividade de pré-natal. Montalvão (idem, p. 33) relata sobre os resultados da sua pesquisa:

Os achados deste estudo permitem concluir que a implantação das ações dirigidas ao controle da SC no pré-natal na atenção básica como parte do Programa Rede Cegonha são considerados, em sua maioria, parcialmente implantadas. Estes dados mostram que existem ações sendo desenvolvidas para controle da sífilis nas unidades básicas de saúde, mas que, apesar do investimento do Estado na qualificação da Rede Cegonha, estas ações ainda precisam ser ampliadas e aperfeiçoadas para seu pleno desempenho. Alguns aspectos em específico podem ser ressaltados, como a inclusão do parceiro no tratamento e a melhoria da oferta do teste rápido para sífilis na primeira consulta (triagem), constituem-se desafio.

Os estudos citados contribuem para a construção de um panorama sobre a situação da Atenção à saúde da mulher em Palmas, em especial no âmbito da Rede Cegonha. O Plano Municipal de Saúde do município, contempla a saúde da mulher como uma de suas metas estratégicas, embora não tenha uma meta específica apenas para as mulheres:

Fortalecer a Atenção Básica com prioridade na Estratégia Saúde da Família através do acompanhamento, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes de acordo com os ciclos de vida: criança, adolescente, idoso, mulher e homem e das áreas técnicas da saúde escolar, prisional, alimentação especial e dos sistemas de informação, da organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica, garantindo melhoria no acesso e qualidade da assistência à saúde da população de Palmas-TO.

De acordo com Amorim (2016, p. 107) que fez um estudo do grau de coerência do Plano Municipal de Saúde de Palmas em comparação com o Plano Nacional de Saúde (PNS), esta meta (acima descrita), está de acordo com os objetivos do PNS, em especial: “Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade”.

A gestão estadual, por meio da Diretoria Estadual de Atenção Primária e Diretoria de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, iniciou desde 2012 a execução das capacitações da testagem rápida para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/AIDS para os profissionais Atenção Básica à Saúde. Sabendo que no município de Palmas foram qualificados 89 profissionais, em um universo de 33 Unidades Básicas de Saúde, com 64 equipes e 91% de cobertura, ainda assim, destaca-se uma alta incidência de SC na capital. No entanto, apesar da elevada oferta de pré-natal constata-se a dificuldade no controle de casos de sífilis e, conseqüentemente, a presença de casos de SC. Essa situação confere ao município uma baixa qualidade dos serviços de saúde voltados ao pré-natal e puerpério.

Afinal, uma questão se levanta: se há a adequada oferta do serviço pré-natal por que há crianças que ainda nascem com SC? A Secretaria Municipal de Palmas desenvolve o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade que muitos contribuem com a assistência em saúde. O município se organiza ao modelo MACC (Modelo de Atenção às Condições Crônicas) no qual o pré-natal está incluído. Diante ao momento vivido, é prudente responder ou decifrar onde está ocorrendo essa falha, pois SC é um grande problema de saúde pública resultando em crianças adoecidas, seqüeladas quando sobrevivem às conseqüências da bactéria pelo treponema.

Diante destes pressupostos, justifica-se esta pesquisa para conhecer as condições que em que vem sendo realizada a atenção pré-natal e buscar esclarecer quais causas estão levando ao não diagnóstico e tratamento oportuno das mulheres grávidas com sífilis. Compreender estas razões são informações importantes para que se rompa a cadeia de transmissão da SC. Neste sentido, faz-se necessário conhecer quando às mulheres iniciam o pré-natal e o que os serviços lhes oferecem neste município e, para isso será montada uma coorte retrospectiva com dados de prontuários eletrônicos E-SUS de mulheres que realizaram o pré-natal em 02 centros de saúde de Palmas nos anos de 2016, 2017 e 2018.

6.4 Perfil das Unidades de saúde 210 Sul e 406 Norte em Palmas.

Este estudo foi realizado nos Centros de Saúde e Comunidade das Quadras 210 Sul e 406 Norte, cuja localização na área de saúde é o território Apinajé, situados no Plano Diretor da cidade de Palmas, Tocantins. Tanto o CSC da 406 Norte e o CSC 210 Sul tem a mesma estrutura física de funcionamento: 03 equipes da Estratégia Saúde da Família, 01 área de recepção, 03 salas de esperas climatizadas, 01 sala de acolhimento 03 consultórios médicos, 03 consultórios odontológicos, 03 consultórios de enfermagem, 01 sala de coleta de material para exames, 01 sala de pequenos procedimentos, 01 sala de vacina, 01 sala de esterilização, 01 expurgo, 01 sala de coordenação e 01 copa. Na área externa na frente das unidades existe 01 academia ao ar livre.

O Centro de Saúde e Comunidade (CSC) Loiane Moreno (210 sul), inaugurada em 14 de dezembro de 2012, fica localizado na quadra 110 sul al 07 APM 07 S/N, Plano Diretor Sul. Sua área de abrangência corresponde às Quadras 206 Sul, 306 Sul, 308 Sul 208 Sul 112 Sul, 212 Sul, 110 Sul, 210 Sul, atende uma população de 12.684 habitantes.

O Centro de Saúde e Comunidade (CSC) 406 Norte, inaugurado em 13 de junho de 2013, fica localizado na quadra 406 Norte, Alameda 03 APM 9, Plano Diretor Norte. Sua área de abrangência correspondente às Quadras 304 Norte, 404 Norte, 406 Norte, 504 Norte, 506 Norte e 604 Norte com uma população de estimada de 8.593 habitantes. Estão cadastradas nesta CSC 03 equipes da Estratégia Saúde da Família, com turnos diários de atendimento 08 horas.

Os dois centros de saúde seguem um padrão tanto na estrutura física quanto no número de equipes. Cada CSC comporta 03 equipes da ESF e cada equipe é composta por médicos, 01 odontólogos, 01 enfermeiros, 01 atendentes de consultório dentário (ACD) e 01 técnicos de enfermagem. Há ainda uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio Saúde da Família), composta por 01 psicólogo, 01 fisioterapeutas, 01 nutricionista, 01 farmacêutica, 01 ginecologista, 01 fonoaudiólogo, 01 educador físico, quanto a Equipe NASF ela varia em quantidade devido ao programa de residência, assim o número de profissionais pode variar. Ainda sobre recursos humanos, os CSC contam com 02 técnicas de enfermagem responsáveis

pela sala de vacina e outras 02 técnicas de enfermagem responsáveis pela sala de triagem, 01 agente de serviços gerais, 01 coordenadora geral e 01 recepcionista. Os Agentes de saúde e comunidade (ACS) que também compõem a ESF somam 09 (ACS) na 406 Norte e 12 (ACS) na 210 Sul.

Os centros de saúde ainda funcionam como um campo de prática de saúde do SUS, como parte do Programa Integrado de Residências em Saúde – PIRS, desde de 2013, devido a essa questão existe pequena variação no número de profissionais de nível superior (diário oficial). Durante o período estabelecido deste estudo retrospectivo, as duas equipes estavam com funcionamento de residência médica e residência multiprofissional, somente em janeiro de 2019 que foi suspensa a residência Médica do CSC 406 Norte, hoje apenas com a residência multiprofissional. Estes CSC recebem ainda estudantes de cursos de Enfermagem e Odontologia, alunos do internato de cursos de Medicina, alunos do internato de Enfermagem e alunos de outras graduações da área da saúde. Por ser uma unidade escola, os profissionais da ESF, recebem formação para preceptoria, assumindo o compromisso de preceptor, se efetivando ensino e serviço.

Nos dois centros de saúde existe um posto de coleta de exames laboratoriais, com uma técnica de enfermagem responsável pelas coletas e entregas dos exames.

6.5 Procedimentos metodológicos da pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a atenção pré-natal no município de Palmas Tocantins, verificando aspectos da qualidade no controle da SC. O estudo tem como discussão central a política de acompanhamento pré-natal para o SUS emanada pelo Ministério da Saúde (MS) em especial no controle e tratamento das mulheres portadoras de sífilis.

A pesquisa propôs analisar a cobertura e concentração e diversas variáveis relativas à atenção ao pré-natal nos centros de saúde das Quadras 406 Norte e 210 Sul no município de Palmas Tocantins, atendidas no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2019.

Assim, este estudo buscou avaliar a capacidade do serviço do pré-natal destes referidos centros de saúde na identificação, diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis em gestantes analisando as providências tomadas nos casos de doença identificados.

6.6 Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa do tipo coorte retrospectivo de mulheres gestantes atendidas no serviço de pré-natal das USB da Quadra 406 Norte e 210 Sul do município de Palmas. Foram analisados os prontuários de mulheres gestantes no período de janeiro de 2016 a janeiro 2019 das respectivas USB.

Foi realizado um estudo de natureza exploratória a partir de informações obtidas nos prontuários das mulheres com a intenção de investigar variáveis que informem sobre a atenção que as mulheres gestantes receberam.

As variáveis para o estudo de prontuário são aquelas que podem indicar ou sugerir sobre a qualidade e eficácia da atenção ao pré-natal no controle da SC: identificação início do pré-natal, número e periodicidades das consultas, exames realizados, tratamentos recebidos, dentre outras. Critérios de exclusão: mulheres que realizaram pré-natal na rede privada, indo à unidade apenas para vacinas ou outro procedimento aleatório. Critérios de inclusão: todos os casos de gestantes atendidas no período acima citado salvo aqueles prontuários onde não estejam disponíveis informações úteis ao estudo.

Foi submetido à Plataforma Brasil da ESCS/Brasília e Plataforma da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas como procedimento praxe de análise de ética em pesquisa científica no país. Foi aprovado conforme parecer CEP ESCS nº 3.464.985 em (anexo I) e Parecer CEP FESP 3.609.977 (anexo II). Todos os dados foram tratados anonimamente e analisados de forma agregada, não identificável.

Os gestores das unidades eleitas para o estudo autorizaram a sua realização e assinaram termo de aquiescência. Para a obtenção, tabulação, cruzamento e análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico SPSS Statistics. Sobre a coleta dos dados, primeiro foi realizado nas duas UBS um levantamento das mulheres que realizaram pré-natal no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2019. Foi encontrado dificuldades de localizar este público considerando que as unidades

não dispõem de arquivos das suas gestantes pregressas registros ou arquivos. Assim, através de reunião com os ACS e revisitas as Fichas cadastrais conseguiu-se reunir informações mais consistentes. Foi realizada também uma busca das crianças em puericultura de 1 a 3 anos para identificar quais eram filhos das mães que fizeram pré-natal nos Centros de saúde em estudo.

As mulheres em pré-natal no período da coleta estavam organizadas em uma planilha Excel, em Google Drive separada por equipes, porém as informações estavam alimentadas de forma incompleta, estando algumas equipes com as planilhas vazias o que também dificultou a busca. Após a aprovação pelo comitê ético, iniciou a pesquisa nos prontuários eletrônicos que só são aberto através de senha autorizada pela coordenação, afim de coletar os dados no prontuário, abrindo um a um, desde a primeira consulta pré-natal até o puerpério. Os dados coletados preenchem as colunas das planilhas pré-elaborada de acordo com os protocolos do PN na Atenção Primária. (Apêndice1)

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo teve acesso ao prontuário de 180 mulheres que realizaram pré-natal no período de janeiro de 2016 à janeiro de 2019. Em 2016, houve um registro de 55 pré-natais (PN) atingindo um percentual de 30,56%. Em 2017, foram 53 pré-natais (PN) equivalendo a 29,44%. Em 2018, 48 registros de pré-natais, atingindo percentual de 26,67%. De acordo com o número estimado de gestantes no município de Palmas e, considerando uma população de 228.332 habitantes, essa amostra equivale 10% das mulheres gestantes de Palmas considerando-se o triênio avaliado. Observou-se ainda uma discreta variação também encontrada na distribuição dos pré-natais por centros de saúde. No Centro de Saúde e Comunidade (CSC) 406 Norte, 91 pré-natais corresponderam a 50,56% e no Centro de Saúde e Comunidade (CSC) 210 Sul 87 pré-natais equivalendo a 48,33%. Essa ligeira diferença percentual entre os CSC pesquisados pode estar relacionada às semelhanças socioeconômicas e culturais dos centros de saúde estudada.

7.1 Avaliação das variáveis relacionadas aos perfis das gestantes

Em se tratando da faixa etária nota-se uma prevalência em mulheres entre 18 à 24 anos, totalizando 62 pacientes com percentual de 34%; De 25 à 29 anos 62 pacientes perfazendo 28%; e 8 mulheres, com idade inferior a 18 anos, correspondendo a 12% e que já se caracteriza como gravidez na adolescência.

A Unidade recebe muitas trabalhadoras, que alugam pequenos apartamentos (*quitinete*) por ser o local mais próximo de seus trabalhos, justificando-se a maioria ser de mulheres adultas. Detectou-se no estudo o quantitativo de 12% de gravidez na adolescência. A gravidez na adolescência é o evento que concentra os maiores riscos, já que é uma gravidez de alto risco por si só. O mesmo percentual foi encontrado em uma capital da região sul do país, observando que a gravidez na adolescência vem apresentando queda e, no levantamento realizado na literatura referente a outras capitais, também se encontrou o índice de 12,9% (Fernandes et al., 2015). Porém esse dado diverge outro estudo realizado em uma das principais

idades do Tocantins, que o índice atingiu quase o dobro (23,6%). Sob essas investigações, é razoável inferir que esse fato esteja ligado a própria localização central das unidades de saúde, que, para morar nestes setores, exige-se posses e condições socioeconômicas maiores, afinal casas próprias tem alto valor e os alugueis também atingem preços maiores na capital. Pode-se, ainda, suspeitar de abortos clandestinos, mas esse fato requer um levantamento e uma discussão mais aprofundada.

Foram avaliadas as variáveis raça e cor. Pelos resultados é perceptível que os serviços da CSC 406 Norte e CSC 210 Sul preenchem de forma incompleta os quesitos de raça e cor. Importante ressaltar que nos serviços de saúde se faz necessário o correto preenchimento da raça, por se tratar de importante ferramenta para a gestão, com fins de formulação de políticas públicas, bem como para avaliar a equidade na utilização dos serviços de saúde. A raça predominante das mulheres grávidas que realizaram pré-natal nestes centros de saúde foi a raça negra, totalizando 104 mulheres o que corresponde a 57,78%, seguido pela cor branca com 31 mulheres e correspondendo a 17,22%. Contrariando um estudo de 2016 que demonstrou que mulheres que realizaram pré-natal com mais de seis consultas foram as brancas e amarelas (Brasil, 2016). Outro fato é que se tratando da maioria de mulheres negra é esperado desfechos desfavoráveis, pois são exatamente as mulheres negra que apresentam baixos níveis sócio econômico e as que menos buscam os serviços de saúde, estando assim mais expostas a vários agravos à saúde (IBGE 2008; 2009). Outro dado relevante é que raça indígena não apareceu no recorte da pesquisa. Infere-se que talvez seja pela falta de formação dos profissionais responsáveis, ou as gestantes indígenas estão passando por pardas, ou o serviço de saúde não as reconhece. É questionável que em uma capital de um Estado que abriga 06 etnias indígenas com uma população de mais de 6000 indígenas não esteja presente num recorte de atendimento em duas unidades de saúde nenhuma mulher indígena.

Quanto ao estado marital, a mulher casada foi predominante. Porém o estudo foi prejudicado pela falta de preenchimento deste item no prontuário eletrônico e-SUS AB em 77,78 % das mulheres que realizaram pré-natal nos centros de saúde. Percebe-se que há a necessidade de treinamento qualificado aos profissionais da saúde que atendem essas gestantes de forma que possam compreender a

importância em manter esses dados do usuário preenchidos desde a recepção até a equipe multiprofissional. Para equipe da ESF esse dado é de suma importância, principalmente para sífilis gestacional, que considera o tratamento inadequado da sífilis na gestação, quando seu(s) parceiro (s) sexual (s) não realiza tratamento ou quando o tratamento é incompleto (Brasil 2015).

De acordo com os dados apresentados na tabela 03, as mulheres gestantes estão iniciando o pré-natal no primeiro trimestre 73,33 %. Este resultado revela que as mulheres estão tendo acesso ao serviço de atenção ao pré-natal visto que os dados apontam que elas iniciam o pré-natal precocemente, ainda nas primeiras semanas gestacionais.

Tabela 3 Início de pré-natal e pré-natal com mais de 7 consultas

	Pelo menos 7 consultas no pré-natal	Início do pré natal (trimestre)	Frequência	Percentual
Início do pré-natal		1º Tri	132	73,33
		2º Tri	35	19,44
		3º Tri	5	2,78
		NA	8	4,44
		Total	180	100,00
Pré-natal com mais de sete consultas	Não		52	28,89
	Sim		115	63,89
	NA		13	7,22
	Total		180	100,00

Fonte: Autoria própria

. Outro resultado positivo é o fato de que 63,89% receberam mais de 07 consultas de acordo com os protocolos do Ministério da saúde e da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Brasil 2014; FEBRASGO, 2014).

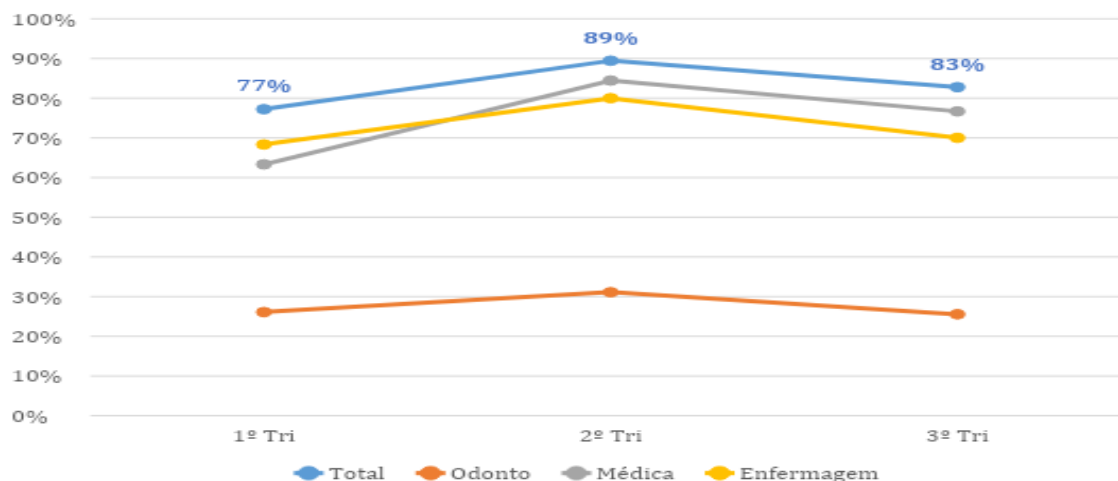
Resultados similares foram encontrados em pesquisas realizadas no Brasil. Viellas e colaboradores (2014) estudaram de forma abrangente a assistência pré-natal no Brasil tanto no serviço público e privado nos anos 2011 e 2012. Os autores constataram que 75,8% das mulheres iniciaram pré-natal antes da 16ª semana e

73,1% realizaram de 6 a 7 consultas. Leal et. al (2018) cujo estudo utilizou dados provenientes de informações de nascidos vivos e inquéritos nacionais e publicações, observaram que houve um aumento de 49% para 67% da cobertura de sete ou mais consultas pré-natais entre 1995 e 2015. Este estudo chamou a atenção para as diferenças regionais variando 47% na região Norte para quase 80% na região Sul. Portanto, os resultados obtidos em Palmas demonstra que em relação ao início precoce do PN e cobertura de mais de 07 consultas, mesmo pertencendo a região norte, os resultados se equiparam com o crescimento que houve no Brasil e que os serviços estão garantindo precocemente o acesso das mulheres gestantes.

Importante ressaltar que no presente estudo os dados foram colhidos do prontuário eletrônico e pode ter ocorrido falta dos registros de algumas consultas, principalmente no ano 2016 quando o prontuário eletrônico foi recém-implantado no município e os serviços ainda enfrentavam dificuldade na adaptação do uso. Alguns prontuários inclusive estavam escritos apenas “vide ficha da gestante” comprovando a transição em 2016 entre o uso do prontuário físico e o prontuário eletrônico. O Grupo Condutor Materno Infantil do município de Palmas afirmou que em 2017, 80% dos nascidos vivos em Palmas, suas mães tiveram 07 consultas ou mais no território estudado, utilizando como fonte a declaração de nascidos vivos que contem nos campos V informações sobre gestação e parto. Assim não se pode descartar um sub-registro destas consultas nos prontuários eletrônicos das unidades no período estudado.

O gráfico dois deixa explícito que as consultas médicas e enfermagem se concentram no segundo trimestre ambos com percentuais altos próximos a 80%. Estes dados revelam que os serviços garantem o acesso as consultas médicas e de enfermagem. Esse resultado difere do estudo de Nunes (2017) que estudou acesso ao PN no ano de 2012 e 2013 por meio de entrevistas com gestantes em seus domicílios. Os dados recolhidos mostraram que houve um percentual maior de consultas médicas com estas gestantes e apenas 30% de consultas de enfermagem. Assim, neste cenário, a assistência PN foi centrada no médico, e a enfermagem ficou apenas com serviços burocráticos.

Gráfico 2 *Evolução do percentual de consultas realizadas, por trimestre e tipo (total, odontológica, médica e enfermagem)*



O contraditório no presente estudo aparece quando consultas médicas e de enfermagem caminham lado a lado, demonstrando a evolução do cuidado centrado compartilhado entre médicos e enfermeiros. Este fato pode estar relacionado a formação dos trabalhadores e por ser o CSC um campo de prática para residências médicas e enfermagem, explicando assim que os processos de trabalho tanto médico e de enfermagem trabalham em sincronia, efetivando um trabalho organizado de acordo com a proposta da ESF.

Quanto às consultas odontológicas que aparecem com apenas 30% no gráfico 2, é importante considerar as especificidades da organização dos serviços saúde bucal, para consulta e realização de procedimento odontológicos. Tomasi (2017) achou um resultado similar, encontrando cobertura muito baixa das equipes de saúde bucal, comparada a médicos e enfermeiros. Em outro estudo Mattos e Davoglio (2015) realizaram uma revisão sistemática de literatura a respeito de pesquisas sobre saúde bucal em gestantes, e encontraram em seus resultados alguns problemas relacionados a saúde bucal e pré-natal, tais como: informações deturpadas que levam a baixa procura pelo dentista; falta de encaminhamento dos profissionais médicos para avaliação odontológica; a associação da saúde bucal com questões de higiene; aparência e estética feita pelas gestantes; o

medo do procedimento odontológico; problemas estes que afastam a gestante do odontólogo. Desta forma é importante ampla discussão do assunto entre as ESF e Equipe saúde bucal trabalharem de forma integrada.

Tabela 4 Frequência de visita domiciliar de profissional

Profissional da visita domiciliar

Profissional da visita domiciliar	Freq. 1º Tri	Freq. 2º Tri	Freq. 3º Tri	Perc. 1º Tri	Perc. 2º Tri	Perc. 3º Tri
NS	32	27	29	17,78	15,00	16,11
ACS	36	41	52	20,00	22,78	28,89
NA	112	112	99	62,22	62,22	55,00

No que diz respeito às visitas domiciliares, a tabela 4 demonstra que os agentes comunitários de saúde são os que mais visitam por semestre, porém com baixos índices de visita, ou seja, 20,00%, 22,00% e 28,89%, respectivamente. As visitas por profissionais de nível superior são incipientes. Estes dados revelam que a atenção domiciliar não está fortalecida neste serviço, principalmente se tratando de grávidas que são prioridades.

Na Tabela 05 constam, por trimestre, três variáveis básicas para avaliar a saúde da gestante: o exame físico das grávidas: altura de fundo uterino (AFU) e batimento cardíaco-fetal (BCF). Os dados comprovam que o momento em que as gestantes do estudo foram examinadas com mais precisão foi no segundo e terceiro trimestre, em que o exame físico BCF indicou índices de 81,67% e 83,89%, respectivamente, e a AFU 83% e 81%, respectivamente.

Tabela 5 Exame físico, exames laboratoriais e TR por trimestres

	Exame	Freq. 1º Tri	Freq. 2º Tri	Freq. 3º Tri	Perc. 1º Tri	Perc. 2º Tri	Perc. 3º Tri
Exames AFU BCF Anamnese	AFU	50	147	145	27,78	81,67	80,56
	BCF	55	151	147	30,56	83,89	81,67
	Anamnese	113	130	128	62,78	72,22	71,11
Exames laboratoriais	Hemograma	87	0	114	48,33	0,00	63,33
	ABORH	79	0	0	43,89	0,00	0,00
	Coombs	49	52	52	27,22	28,89	28,89
	Glicemia	77	0	101	42,78	0,00	56,11
	VDRL	82	0	93	45,56	0,00	51,67
	Anti-HIV	83	0	85	46,11	0,00	47,22
	Toxoplasmose	82	0	82	45,56	0,00	45,56
	HBSAG	79	0	82	43,89	0,00	45,56
	EAS	86	0	107	47,78	0,00	59,44
	Urocultura	82	0	96	45,56	0,00	53,33
	USG obstétrico	76	0	0	42,22	0,00	0,00
	PCCU	10	0	0	5,56	0,00	0,00
	Totg75g	0	55	0	0,00	30,56	0,00
Testes rápidos de sífilis, HIV, HEP B & C	Sífilis	62	56	61	34,44	31,11	33,89
	HIV	51	51	51	28,33	28,33	28,33
	HEP-B	48	41	47	26,67	22,78	26,11
	HEP-C	40	41	30	22,22	22,78	16,67

A variável anamnese, que trata de registros importantes sobre os aspectos subjetivos da mulher como relato das queixas e aspectos emocionais, aparece melhor relatada no segundo trimestre (72%) e no terceiro trimestre 71,11%. Estes dados levantam algumas reflexões como por que no primeiro trimestre em que a maioria das mulheres iniciou seu pré-natal e necessitam uma abordagem ampla das consultas, apenas 62% das mulheres tem a anamnese bem relatada? Outra questão seria o por que destas 37,2 % gestantes no primeiro trimestre, 27,78% no segundo trimestre, e as 28,89% gestantes no terceiro trimestre não constam no prontuário a descrição da anamnese, pois é este um relatório que se deve constar um maior número de informações da mulher. Correlacionando com as variáveis, constatou-se que a anamnese não está sendo realizada em sua completude com relato das queixas, história atual, histórias pregressas, antecedentes de violência, antecedentes obstétricos nos prontuários das gestantes estudadas e a experiência pessoal da mulher no seu período gravídico.

Sobre a rotina de exames laboratoriais solicitados e avaliados, a tabela 5 apresenta que a sua maior porcentagem no primeiro trimestre foi 48,33%, e de 63,33% no terceiro trimestre, o que representa a pouca oferta dos exames importantes para o diagnóstico de doenças que levam à transmissão vertical e

outros danos a mãe ou ao feto. Os dados da pesquisa revelam também que a porcentagem dos exames realizados no primeiro trimestre está abaixo de 50%. O ideal seria que 100% das mulheres deveriam realizar a rotina de exames laboratoriais. Portanto, esses resultados são preocupantes na Atenção pré-natal: pois estas gestantes estão perdendo a oportunidade em diagnosticar precocemente doenças que necessitam ser tratadas imediatamente, ainda no primeiro trimestre, afim de não ultrapassar a barreira placentária e não trazer danos para o feto e para mulher.

Um estudo realizado em um hospital Universitário de referência na cidade de Santa Cruz/Rio grande do Norte em 2014, dados de avaliou 50 parturientes, através do cartão da gestante quanto aos exames laboratoriais e chegou a resultados baixos percentual, apenas 32% das mulheres haviam realizados exames laboratoriais na segunda rotina (Marcos et al. 2015). Em outro estudo numa unidade básica de saúde de Maceió/AL, foram investigadas 108 mulheres em atendimento no Pré-natal, através de formulário semiestruturado. Destas mulheres apenas 28,58% realizaram exames laboratoriais no primeiro trimestre e 87,50% no segundo trimestre. O referido estudo revelou que 74% das mulheres encontram dificuldades em realizar os exames de rotina do pré-natal e as maiores dificuldades apontadas foram relacionadas a marcação e aquisição dos exames. Estes estudos indicam que existem sérios problemas em relação a não realização dos exames de rotina do pré-natal, pois a mulher e feto ficam em situação vulnerável a agravos de saúde com chances altas taxas de morbidades e mortes evitáveis (Cavalcante et al. 2016).

A tabela 5 revela outro resultado extremamente pertinente para este estudo no tocante às frequências e percentuais dos testes rápidos por trimestre. Nesta tabela, o teste rápido para sífilis aparece em maior porcentagem no primeiro trimestre (34%), seguido do HIV, Hepatite B e Hepatite C apontando índices de 28,33%, 26,67% e 22,22%, respectivamente. A oferta está em desconformidade como que é preconizado nos documentos oficiais do MS no que diz respeito ao que deve ser ofertado a todas as mulheres. Em relação à sífilis, os dados do estudo demonstram o quanto que 65% das mulheres perdem a oportunidade de um diagnóstico e tratamento oportuno considerando que no município de Palmas o teste rápido para sífilis é preconizado como diagnóstico e não só, como rastreamento em

grávidas. Observado ainda porcentual mais baixo o rastreamento para hepatite B, hepatite C e HIV.

Estudos de Leal (2019) revelaram que 68,7% das mulheres grávidas realizaram os testes para Sífilis, entretanto apenas 47% receberam o resultado em 15 dias. O autor cita a falta de entrega de exames para sífilis como a variável que mais se relacionou com falhas na atenção do pré-natal. Cavalcante e seus colaboradores (2016) em seu estudo observaram que as mulheres foram assíduas as suas consultas pré-natais, porém chegavam sem os resultados dos exames solicitados, impossibilitando a intervenção de agravos (Cavalcante et al. 2016). Os resultados destes estudos se reportam à fragilidade na realização destes exames, necessitando de medidas urgentes para sanar esse problema que vincula a problemas na qualidade da Atenção Pré-natal.

Com relação ao tipo de parto e via do parto, a análise foi prejudicada pela falta de registros desta informação 67,22% e 68,33% respectivamente. Ainda assim com os poucos dados preenchidos 21,67% predominou o cesariano e 27,22% dos partos foi a termo (tabela 6).

Tabela 6 Trabalho de parto e via de parto

	Tipo de parto	Frequência	Percentual
Parto	A termo	49	27,22
	Pós-termo	6	3,33
	Pré-termo	4	2,22
	NA	121	67,22
	Total	180	100,00
Via do parto	Cesárea	39	21,67
	Normal	18	10,00
	NA	123	68,33
	Total	180	100,00

Estes dados sobre o tipo de parto confirmam a tendência observada no Brasil: a intervenção médica ainda predomina, assim como a falta de orientações sobre o empoderamento da mulher e do seu próprio corpo. Estudo sobre saúde

reprodutiva nos 30 anos do SUS no Brasil confirma um elevado número de parto cesariano em crescimento continuado entre 1987 e 2014 (Leal, 2018).

Quanto a falta de registro em relação ao tipo de parto, que deveriam constar no prontuário, trata-se de outra situação séria. Estes dados deveriam ser colhidos nas visita domiciliares dentro das primeiras semanas de nascimento entre (07 a 10 dias após o parto), em que os registros da maternidade devam ser reconhecidos e documentados no prontuário da gestante. Essa visita precoce após o nascimento é fundamental para prevenir mortalidade materna e neonatal, ou na consulta puerperal que deve ocorrer nos 42 dias após o parto, garantindo tanto a consulta quanto seu correto registro no prontuário. (Brasil 2012) Portanto, a falta desses dados no prontuário leva a questionar se essas ações estão sendo realizadas, pois se são realizadas não estão sendo devidamente documentadas.

A tabela 7 apresenta os dois exames específicos pra rastreamento de sífilis: o Teste rápido para sífilis (TR), que se trata de exame treponêmico e o VDRL que é o exame não treponêmico. No caso do exame treponêmico, os dados revelam que 34,44% e 33,89% realizaram os testes no primeiro e terceiro trimestre respectivamente. No caso do VDRL em que a mulher deve ser testada no 1º e 3º trimestres, aparece com um percentual de 45,56% e 51,61% realizados no primeiro e terceiro trimestre respectivamente.

Tabela 7 Testes rápidos de sífilis e VDRL

Testes rápidos de sífilis e VDRL

Exame	Freq. 1º Tri	Freq. 2º Tri	Freq. 3º Tri	Perc. 1º Tri	Perc. 2º Tri	Perc. 3º Tri
Sífilis	62	56	61	34,44	31,11	33,89
VDRL	82	0	93	45,56	0,00	51,67

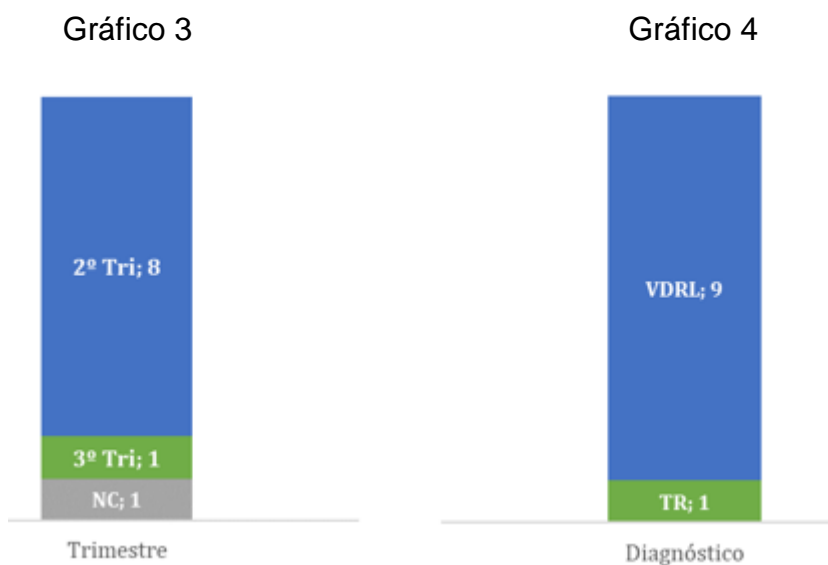
Estes resultados apontam baixos percentuais considerando que ambos os exames devem ser garantidos no primeiro e terceiro trimestre, como rastreamento, e quando os testes diagnosticam sífilis, o VDRL passa a ter uma frequência maior, pois deverão ser realizados mensalmente, para que ocorra o controle do tratamento. Em sua pesquisa, Marques Queiroz e associados (2015) encontraram problemas na

realização do VDRL, em que constatou que 91,8% das mulheres realizaram a VDRL no primeiro trimestre e no terceiro trimestre somente 36,7%. Observa-se, portanto, uma lacuna temporal que pode ser perigosa visto que as infecções por sífilis podem ocorrer durante o período gestacional.

O estudo de Lopes e colaboradores (2015) que pesquisaram sobre a implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal no município de Fortaleza - Ceará, concluíram que entre os profissionais mais capacitados para realização dos testes rápidos estão os enfermeiros com índice de 79,2%. O que corrobora com o fato de que a primeira consulta deva ser realizado pelo enfermeiro e os testes rápidos devam ser oferecido e concretizados nesse momento. Os pesquisadores observaram ainda que mesmo com profissionais capacitados, havia outros problemas, de ordem local, como espaços físicos inadequados, falta de kits disponíveis, ou kits com data de validade vencida nas unidades. Desta forma analisar profundamente e solucionar os problemas da baixa oferta dos testes rápidos para as grávidas nestas unidades é urgente pois de acordo com (Ellaine) em seu estudo afirma que a SC é evitável durante o PN, porém no Brasil ocorre a persistência desta doença como um problema de saúde pública, estando associado as falhas no PN e maior vulnerabilidade social. (Leal 2018). Assim a falta de realização dos testes rápidos e VDRL contribuem para baixa qualidade do pré-natal para detectar casos de sífilis precocemente.

Os gráficos 3 e 4 representam 10 casos de sífilis gestacional ocorridos no CSC 406 Norte e Loiane Moreno de janeiro de 2016 a janeiro de 2019 e as formas de diagnóstico. O Gráfico 4 demonstra que dos 10 casos de sífilis gestacional 9 mulheres foram diagnosticadas por VDRL, assim podendo analisar que perdeu a oportunidade de diagnóstico precoce com Teste Rápido (TR) que deve ser ofertado a todas as mulheres no primeiro trimestre. Apenas 01 mulher foi diagnosticada com teste rápido. Importante lembrar que no caso de gestante o teste rápido é considerado exame não só apenas de triagem, mas de diagnóstico em caso de sífilis em gestantes.

Gráfico 3 e 4 – 10 casos de sífilis gestacional ocorrido no CSC 406 norte e Loiane moreno de janeiro de 2016 a janeiro de 2019 e as formas de diagnóstico.



O Gráfico 4 demonstra que dos 10 casos de sífilis gestacional 9 mulheres foram diagnosticadas por VDRL, podemos pressupor que estas gestantes perderam a oportunidade de diagnóstico precoce com Teste Rápido (TR) que deve ser ofertado a todas as mulheres no primeiro trimestre.

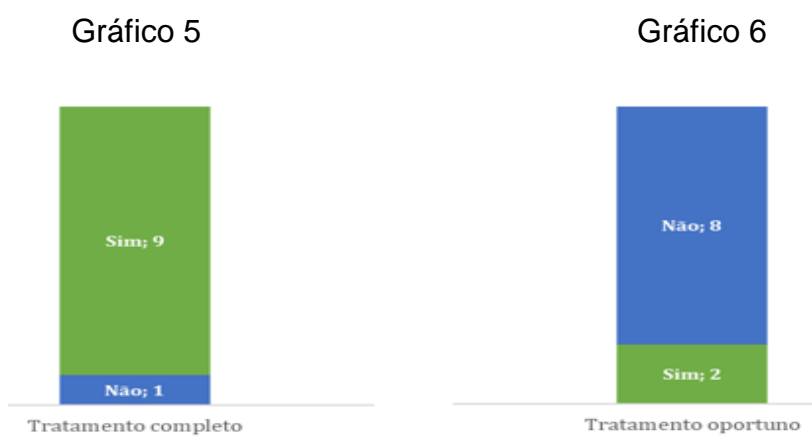
Os dados revelam que apenas 01 mulher foi diagnosticada com teste rápido. Ressalta-se que no caso de gestante o teste rápido é considerado exame não só apenas de triagem, mas de diagnóstico em caso de sífilis em gestantes. O que pode explicar os resultados apresentados pelo Boletim epidemiológico de sífilis (Brasil, 2018) quando demonstra que o diagnóstico de sífilis em gestantes diagnosticada no primeiro trimestre na região Norte, tem baixa proporção (25,3%,) comparando com a região Sul (47,7%).

De certo os testes rápidos colaboraram com diagnóstico que se reflete nas melhora das notificações de Palmas, pois em 2016, no município havia taxas de incidência de sífilis congênita maiores que as taxas de detecção de sífilis em gestantes que na época refletiu uma baixa qualidade no Pré-natal. Ou seja, os casos notificados de sífilis congênita foram maiores do que sífilis em gestante, levando a

interpretação que os casos de gestantes que deveriam ser diagnosticados e tratados nos Centros de saúde não estavam ocorrendo, já seus filhos que nasciam infectados por sífilis congênita, eram notificados e tratados em maternidades.

Em 2017, o município de Palmas saiu desta lista, o que denota que melhorou nesse quesito, conforme apontado no Boletim epidemiológico (2018) está se efetuando o diagnóstico, tratamento e estão ocorrendo as notificações. O boletim esclarece que o diagnóstico precoce precisa melhorar radicalmente para evitar a transmissão vertical, e ainda mais, acompanhar o tratamento com exames não treponêmico (VDRL) mensais para mulheres que foram diagnosticadas e tratadas a fim de averiguar a eficácia do tratamento (boletim epidemiológico 2018)

Gráfico 5 e 6 Número de mulheres que receberam o tratamento completo para sífilis gestacional e tratamento oportuno respectivamente.



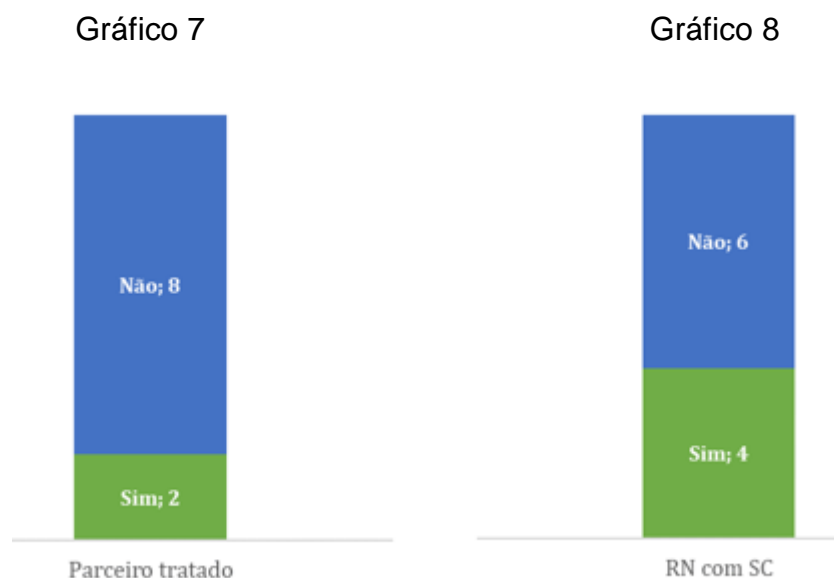
O gráfico 5 aponta que 9 mulheres realizaram o tratamento completo e que apenas 01 mulher não completou seu tratamento. Porém, o gráfico 6 aponta que 8 tratamentos não foram oportunos. Desta forma, a mulher expôs seu conceito à transmissão vertical, com o risco da SC, mais uma vez evidenciando que o PN está fragilizado nas ações direcionadas ao tratamento da sífilis gestacional e, conseqüentemente, a SC.

Com esse recorte dos CSC de Palmas, se observa pelos resultados que pouco melhorou, visto que 6 casos ou seja 60% dos tratamentos realizados não

foram oportunos, vindo corroborar com dois estudos sobre o perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita em Palmas Tocantins. No primeiro estudo sobre o perfil epidemiológico da sífilis em Palmas de janeiro de 2011 a janeiro de 2017 observou que apenas 5,1 das gestantes foram adequadamente tratadas e 43,8% foram inadequadamente tratadas, o que se explica alta incidência da SC no município de Palmas (Tocantins/ SESAU, 2008). O segundo estudo de Cavalcante et al. (2017) apontou casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no ano de 2007 a 2014 e observou que a maioria dos casos de sífilis em gestantes (54,4%) não receberam tratamento e 40,7% receberam tratamento inadequado e apenas 1,0% recebeu tratamento adequado. Desta forma é urgente e em curto prazo, decisões e organização dos serviços que venham fortalecer a quebra da cadeia de transmissão da sífilis via vertical a fim de reverter esse quadro crítico e danoso para gestante e concepto e crítico para APS e ESF de Palmas Tocantins.

Gráfico 4 Número de mulheres com parceiro tratado

Gráfico 5 Número de RN diagnosticados com SC



O Gráfico 7 expõe um outro problema grave no controle da sífilis gestacional e congênita: 8 parceiros não foram tratados. Ou seja, 80% deles não receberam o tratamento. Essa falha por si só já leva a considerar que a mulher teve seu

tratamento inadequado, proporcionando a sua reinfecção no período gestacional. Esse fator deixa o feto vulnerável à transmissão vertical. Outros trabalhos também identificaram o mesmo problema. No Rio de Janeiro os casos notificados de SC, apenas 11% dos parceiros foram tratados (Reis 2018). Outro estudo retrospectivo realizado em Palmas destacou que (78,40%) dos parceiros não foram tratados fortalecendo ainda mais a afirmação de que os cuidados destinados aos parceiros das mulheres diagnósticas com sífilis durante a atenção pré-natal estão deixando a desejar, haja vista que ocorrendo a reinfecção, haverá nova exposição ao feto e assim terá chances dobradas de nascer com SC (Neto et al. 2018).

O gráfico 8 demonstra o desfecho desfavorável de 04 casos de SC, ou seja 40% dos filhos de mãe com sífilis gestacional evoluíram com SC diagnosticada no período neonatal, porém esse número pode ser maior, pois os casos apresentados foram colhidos dos prontuários maternos. Considerando o número elevado de tratamento não oportuno e falhas no registro dos prontuários, é possível, que existam mais casos de sífilis congênita neste período. Outro fator não menos importante é o segundo critério para diagnóstico de SC que ocorre no período pós-neonatal com testes treponêmico ou não treponêmico reagentes antes dos 13 anos de idade, ou seja, durante esse período a criança deve ser acompanhada com exames periódicos e se diagnosticada nesta fase, também é considerado sífilis congênita, podendo ser dados que possam aumentar ainda mais os casos de sífilis congênita. Cavalcante e associados (et al 2017) constataram na sua pesquisa que das mães que realizaram pré-natal e seus filhos desenvolveram SC - 83,0% dos seus parceiros não haviam realizado tratamento. E no estudo de Neto (2018), 78,40% dos parceiros de gestantes com sífilis congênita não realizaram tratamento. O pesquisador encontrou uma taxa de sífilis congênita em progressão sendo que em 2011 a taxa era de 3,8% saltando em 2015 para 6,9%, taxa esta superior que a média nacional que em 2015 era (6,5%). Esses dados demonstram que mesmo sendo um recorte, uma pequena amostra de Palmas, evidencia o tamanho problema em relação ao controle da sífilis congênita na cidade de Palmas.

7.2 Considerações finais

Do exposto, constatou-se nesta pesquisa que os centros de saúde estudados encontram problemas na atenção pré-natal em várias ordens: registro inadequado nos prontuários - desde os dados cadastrais até os relatos dos profissionais das equipes multiprofissionais; problemas encontrados nas visitas domiciliares tanto por agentes de saúde e profissionais de nível superior que foram incipientes; número baixo de consultas de saúde bucal a gestantes nos diferentes trimestres gestacionais, merecendo investigação para explicar essa baixa consultas.

Considerando que a SC é um forte indicador para qualidade do pré-natal, foi verificado neste estudo que a atenção pré-natal nestes centros de saúde, encontram-se fragilizados, e especificamente avaliando os cuidados voltados para prevenção da sífilis na gestante e SC, é perceptível que as mulheres estão chegando precocemente ao serviço, porém o serviço não as acolhe na sua completude, deixando de prestar cuidados relevantes, como a baixa oferta dos testes rápidos para sífilis, não garantindo a solicitação, a realização e avaliação dos exames de rastreamento em tempo oportuno.

Ocorre ainda uma falha nas buscas das mulheres faltosas, deixando somente na responsabilidade da mulher a busca dos exames laboratoriais, sem nenhuma rotina na comunicação dos laboratórios e centros de saúde em casos de VDRL reagentes, para que o serviço possa fazer buscas. Ao diagnóstico da sífilis com VDRL e no segundo trimestre, chama atenção para melhor coordenação dos cuidados para o primeiro trimestre. Em relação aos parceiros não tratados é fato limitador no controle da sífilis gestacional e SC, pois o estudo comprova número elevado de parceiros que não realizaram o tratamento, na comprovação da mulher está diagnosticada com sífilis gestacional.

Os serviços se mostram completos por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, com presença de residentes, mas não dispõe de qualidades suficientes que garantam o controle da SC, necessitando de medidas urgentes e prioritárias para o controle da sífilis. Se propõe com os resultados deste estudo somar esforços junto aos grupos condutores materno infantil e de doenças infecto contagiosas do município para elaboração de planos de ação que possam

contribuir para que as equipes de ESF nas diversos centros de saúde do município de Palmas possam rever essas lacunas, no formato de educação permanente, com metodologias ativas, para que os profissionais das equipes possam se reconhecer no processo, como sujeito capaz de mudança que possam melhorar esse indicador de qualidade do Pré-natal, no cuidado da gestante e parceiro e assim impedir a transmissão vertical, com a meta “0 Sífilis Congênita no meu centro de saúde”.

Outro produto deste estudo é um relatório com recomendações, a ser entregue a gestão de Palmas Tocantins (Anexo III) na espera que as mudanças possam ocorrer nas bases que são os CSC, com apoio da gestão, e melhorando esse indicador de saúde do município, proporcionando assim às mulheres de Palmas a chance de seu filho nascer saudável, sem sífilis congênita.

Referências

Amorim, EPS. O Plano Municipal de Saúde de um município do Estado do Tocantins: análise de coerência interna e externa. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2016.

Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bull World Health Organ. 2004;82(6):433-8.

Braga JC, Paula SG. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde: PREV-SAÚDE. Brasília, 1980.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1995.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Aborto, Parto e puerpério. Brasília; 2001. 212 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do parto: humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: 2002. 28p.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília; 2004. 82 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno 5).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 140p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis : manual de bolso / Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 180 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. [Internet]. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema  nico de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Acessado em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, 32. Brasília; 2012 a. 318 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012b. 110 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico de Gestação de alto risco. Brasília; 2012c. 302 p

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco Cadernos de Atenção Básica, n  32. 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012d.

Brasil. Conselho Nacional de Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de medicina. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Testes para diagnósticos da sífilis. Relatório de Recomendação. Brasília, 2015.15 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral  s Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS. 2017a. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20171130_N_SEI25000.480086201720_4839766236053979234.pdf acesso em 09 set. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 60-SEI/2017 – CGAA/DAB/SAS/MS. Memo nº 219 /2018/SEMUS/SUPAVS. Esclarecimento sobre a utilização do e-SUS AB e Sis prenatal Web no âmbito da Atenção Básica. 2017b. Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20171130_N_SEI25000.480086201720_4839766236053979234.pdf acesso em 09 set. 2019.

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 (DIAHV). Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília; 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Volume 49. nº 45, Out. 2018b.

Cavalcante, KOR. Santos, AA; Lúcio, IML; Silva, JMO; Melo, DSA; Jacintho, KS Exames de rotina no pré-natal: solução ou problema? Rev. enferm. UFPE on line;10(supl.3):1415-1422, abr. 2016.

Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiol. Serv. Saúde 2017. June; 26(2): 255-264.

Caldeyro-Barcia, R. et al. Frecuencia cardíaca y equilibrio acido base del feto. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519)

Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad Saúde Pública. 2010;26(9):1747-55.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária. Seminários para estruturação de consensos. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília: CONASS, 2014.

Cooper JM., Michelow IC., Wozniak PS., Sánchez PJ. Em tempo: a persistência da SC no Brasil – Mais avanços são necessários!. Rev. paul. pediatr. 2016; Sep 34(3): 251-253.

Cordeiro Júnior, W.; MAFRA, AA. A rede de atenção à urgência e emergência e o protocolo de classificação de risco de Manchester. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Work organization and professional profile of the Family Health Program: a challenge in the health basic attention restructuring[ign]. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2006 Set [citado 2019 Set 04]; 15(3): 7-18.

Costa AM, *Serviços de saúde e implementação do PAISM no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed Fio Cruz; 1999.

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde soc.*[Internet]. 2004 Dec [cited 2019 Sep 08]; 13(3): 5-15.

Costa, AM.. *Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos*. In:

Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, LVC; Noronha, JC; Carvalho, AI. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

Costa MC, Demarch EB, Azulay David Rubem, Périssé André Reynaldo Santos, Dias Maria Fernanda Reis Gavazzoni, Nery José Augusto da Costa. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *An. Bras. Dermatol.* [Internet]. 2010 Dec [cited 2019 Aug 17]; 85(6): 767-785.

Cunha, AC. *Avaliação da atenção ao pré-natal na atenção primária à saúde*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017.

De Lorenzi Dino Roberto Soares, Madi José Mauro. SC como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2001 Dec [cited 2019 Aug 17]; 23(10): 647-652.

Da Silva Feitosa JA, Rocha CHR, Costa FS (2016). SC. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 2016 5(2) 286-297.

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido*. Brasília: 2017. 44 p.

Domingues RMS, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):425-37.

Draibe SM, Silva PLB. *Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro*. Campinas: NEPP/UNICAMP/OPAS; 1990. Mimeo.

Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, MHMD, Senna, MDCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2007. 21, 164-176.

Giovanella, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018, v. 34, n. 8.

Goldenberg RL, McClure EM, Belizán JM. Commentary: reducing the world's stillbirths, *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009 May 7;9 Suppl 1:S1. disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19426464> acesso em 11 set. 2019.

IBGE, I. B. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Rio de Janeiro: IBGE.2015.

Kalichman & Ayres J.R. M: Integralidade e tecnologias da atenção a saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 32 (8) Ago 2016.

Klausner JD. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. *Bull World Health Organ*. 2013;91(3):158.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(5): 2307-2316.

Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23, 1915-1928.

Leão, CDA., Caldeira, AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16, 4415-4423.

Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2016; 19, 63-74.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2001; 6(2):269-91.

Lima, LD.; Machado, CV.; Albuquerque, MV.; Iozzi, FL. Regionalização da Saúde no Brasil. IN: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.de V. C.; Noronha, J. C.; Carvalho, A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelo LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. *Rev. Bras. Enferm.* 2016 Feb [cited 2019 Oct 30] ; 69(1) : 62-66.

Luppi, C. G. et al. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e da SC. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2016. 112 p.

Magalhães DMDS, Kawaguchi IAL, Dias, A, Calderon IDMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comunicação em Ciências da Saúde* 2011; 43-54.

Marques Queiroz, DJ. Bezerra Soares, D. Araújo NOKC. Avaliação da Assistência Pré-Natal: Relevância Dos Exames Laboratoriais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 28, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 504-512.

Matta, GC. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde*, 3(2): 371-396, 2005b.

Matta GC. Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. IN: Morosini, M. Corbo, V.C. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R.; Mattos, RA. (Org.). Os sentidos integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2006. p. 39-64.

Mattos, BNC. Davoglio, RS. Saúde bucal: a voz da gestante. *RFO UPF* [online]. 2015, vol.20, n.3, pp. 393-399.

Mendes, EV (org.) políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 2. ed. São Paulo, HUCITEC, 1994. cap. 1, p. 19-91.

Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Aug [cited 2019 Aug 22] ; 15(5): 2297-2305.

Menezes EV, Yakoob MY, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(Suppl 1):S4.

Miranda, AE, Rosetti Filho E, Trindade CR, Gouvêa GM, Costa DM, Oliveira TG, et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(4):386-391.

Montalvão, AS. Desafios para redução da SC: avaliação da implantação das Ações do Pré-Natal no âmbito da Rede Cegonha na Atenção Básica em Palmas Tocantins,

2017. 49 f. Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Sep 08]; 42(116): 11-24.

Motta, I. A. et al., SC: por que sua prevalência continua tão alta? Revista Médica de Minas Gerais. v. 28. supl. 6. 2018.

Nascimento MI Cunha AA Guimarães EV Alvarez FS Oliveira SRS, Villas Bôas E L. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2012 Feb [cited 2019 Aug 17]; 34(2): 56-62.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978. Disponível em <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>

Organização Mundial de Saúde - OMS. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Editora OMS: Suíça, 2008.

Organização das Nações Unidas (ONU). Declarações do Milênio. 2000. Disponível em <https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf> . Acesso em 17 set. 2019.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., Macinko, J. (2012). Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*, 6736(11), 60054-8.

PAIM, J S, Sistema Único de Saúde (SUS, aos 30 anos. Ciência de saúde coletiva 2018 v 23. Rio de Janeiro 2018.

Pedroso, MV. Compreensão dos trabalhadores da rede cegonha no município de Palmas – TO: assistência ao pré-natal e suas implicações no processo de parto e nascimento. 2017.86f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Palmas, 2017.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e SC. São Paulo, 2000.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Guia de bolso para o Manejo da sífilis em gestantes e SC. São Paulo, 2016. 116 p. Disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/sifilis/guiadebolsodasifilis_2edicao2016.pdf acesso em 11 set. 2019.

Santos, GL. Implantação da rede cegonha nos estados brasileiros: um olhar para o componente do parto. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

Soares LG, Zarpellon B, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2017 Dec 17(4): 781-789.

Sousa MF , Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 Oct [cited 2019 Aug 16] ; 14(Suppl 1): 1325-1335.

Souza RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. São Paulo: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2012.

Silva, MB, Monteiro PS. Adequação do pré-natal em gestantes atendidas na Estratégia de Saúde da Família em Palmas-TO. Com. Ciências Saúde. 2010;21(1):21-30.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil) Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2753-2762, 2011.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, 2012.

Sumikawa S. et al. Sífilis: estratégias para o diagnóstico no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série TELELAB. 2010. 100 p.

Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2009 Apr [cited 2019 Aug 16] ; 14(2): 477-486.

Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense. Caderno 1: Protocolo de Atenção à Mulher no Pré-natal e Puerpério. Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 169p.

Tocantins. Secretaria do Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. Plano Estadual de Saúde 2016-2019/ Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2015.

Tocantins. Secretaria do Estado de Saúde SESAU: protocolo de vigilância em saúde. Unidade I- vigilância de doenças transmissíveis. 1º edição, Palmas, 2017.

Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira, DSD, Thumé E, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil:

indicadores e desigualdades sociais. Cadernos de Saúde Pública 2017 (33) e00195815.

Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Revista Panamericana de salud pública 2004; 16, 211-217.

Viana, R. C.; Novaes, M. R. C G; Calderon, I. P. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. Comunicação em Ciências da Saúde, v. 22, sup. 1, p. 141-152, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/136938>>. Acesso em 30 ago. 2019.

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme FMM, Costa JV, et al . Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública 2014, 30 (Supl 1): S85-S100.

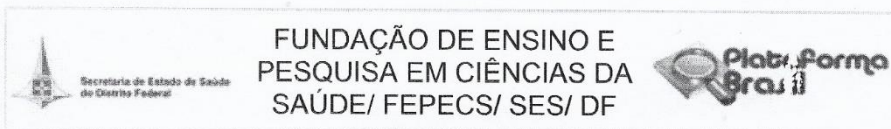
Volcy, C. Syphilis: Neologisms, social impact and development of research on its nature and etiology. Iatreia [online]. 2014, 1 (27) 99-109.

Volcy, C. Syphilis: Neologisms, social impact and development of research on its nature and etiology. Iatreia [online]. 2014, 1 (27) 99-109.

Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.

Wolf T, Shelton E, Sessions C, Miller T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009; 150:710-6.

Anexo 1



Continuação do Parecer: 3.464.985

Plataforma Brasil

24.851.511/0027-14 MUNICIPIO DE PALMAS Maria Amélia Sousa Silva

Recomendações:

—

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo. O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução 466/2012 - CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1335411.pdf	17/05/2019 19:01:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Atencao_ao_Pre_natal_um_estudo_acerca_da_sifilis_entre_gestantes_e_neonatos_em_Palmas_Tocantins.docx	17/05/2019 19:00:43	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Wilses.pdf	08/05/2019 14:06:27	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	06/05/2019 12:46:15	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento_CEP.pdf	30/04/2019 13:49:15	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Outros	carta_compromisso_pesquisador.pdf	30/04/2019 13:47:56	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Requerimento_Dispenza_TCLE.pdf	30/04/2019 13:43:23	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Ana_Maria_Costa.pdf	30/04/2019 13:30:14	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Fabio_Ferreira_Amorim.pdf	30/04/2019 13:29:54	Fábio Ferreira Amorim	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

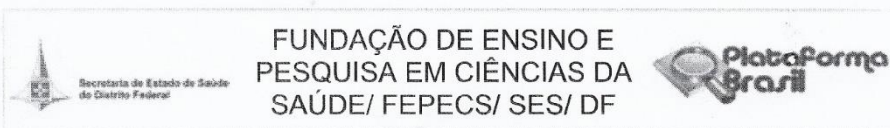
UF: DF

Município: BRASÍLIA

CEP: 70.710-904

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.464.985

Outros	Curriculo_Lattes_Wilises_de_Sousa_Tap ajos_Jacome.pdf	30/04/2019 13:29:40	Fábio Ferreira Amorim	Aceito
--------	--	------------------------	--------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Julho de 2019

Assinado por:

Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1		DATA do Início do PN	UNIDADE	DN	IDADE NO INÍCIO DO PRÉ NATAL	Raça	EstadoMarital	Escolaridade	Renda	Início da Pre natal	INICOU O PN COM (TR E/OU B-HCG)	Idade Gestacional no Início
4			ANO/UBS			NC	NC	NCE/EM/ES	NC	* TRI	NC	
23	707605216880395	02/09/2017	2017/406 NORTE	13/05/90	27 ANOS	PARDA	NC	EF	NC	2°TRI	B-HCG	13sem e 3d
24	708602517619489	15/10/2018	2018/406 NORTE	20/08/95	22 ANOS	BRANCA	NC	NC	NC	2°TRI	TR	20 semanas
25	700501758644656	30/01/2018	2017/406/NORTE	15/12/81	36 anos	BRANCA	NC	NC	NC	1° TRI	TR	13S
26	706501302641092	04/07/2018	2017/406 NORTE	26/12/89	28 anos	PARDA	UNIÃO ESTÁVEL	EM	NC	1° TRI	NC	2S
27	706905115054235	26/07/2016	2017/406/NORTE	05/06/90	26 anos	PARDA	NC	NC	NC	1° TRI	NC	10S
28	705007238302255	10/07/2018	2018/406/NORTE	18/08/87	30 anos	PARDA	NC	NC	NC	1° TRI	NC	9S4D
29	706009376400848	16/08/2017	2017/406/NORTE	09/09/79	37 anos	PARDA	NC	EM	NC	1° TRI	NC	12S2D
30	703508069172430	08/03/2016	2017/406/NORTE	16/10/88	27 anos	BRANCA	NC	EM	NC	1° TRI	TR	8S4D
31	708604040716889	12/07/2016	2017/406/NORTE	09/09/97	18 anos	PARDA	NC	EF	NC	1° TRI	TR	10S
32	702800179995460	04/07/2018	2017/406/NORTE	17/09/96	31 anos	PARDA	NC	ES	NC	1° TRI	TR	4S6D
33	898004028936332	14/01/2019	2018/406/NORTE	12/07/79	39 anos	PARDA	NC	EM	NC	1° TRI	TR	7S6D
34	700501198178059	28/11/2018	2018/406/NORTE	27/08/93	25 anos	AMARELA	NC	NC	NC	1° TRI	NC	8S
35	700008127922107	21/03/2019	2018/406/NORTE	16/05/96	23 anos	PARDA	NC	EM	NC	1° TRI	TR	4S5D
36	700109942397411	10/04/2017	2017/406 NORTE	29/05/94	23 anos	PARDA	NC	EM	NC	1° TRI	NC	9S2D
37	709705000558490	08/02/2019	2019/508/NORTE	25/03/83	35 anos	PRETA	NC	NC	NC	1° TRI	TR	3S4D
38	707400039004773	10/09/2018	2018/406/NORTE	16/11/81	36 anos	BRANCA	NC	EM	NC	1° TRI	TR	7S3D
39	708002810493928	28/02/2019	2019/406/NORTE	14/11/99	19 anos	PARDA	UNIÃO CONSENSU	EM	NC	1° TRI	NC	12S

JX

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1		DATA do Início do PN	UNIDADE	DN	IDADE NO INÍCIO DO PRÉ NATAL	Raça	EstadoMarital	Escolaridade	Renda	Início da Pre natal	INICOU O PN COM (TR E/OU B-HCG)	Idade Gestacional no Início
4			ANO/UBS			NC	NC	NCE/EM/ES	NC	* TRI	NC	
5	70320669091890	10/07/2017	2017/406 norte	05/11/96	19 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1° tri	B-HCG	10sem e 2d
6	702308128800718	01/03/2016	2016/406 norte/	04/06/91	24 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1° TRI	TR	15 semanas
7	706705532304715	19/12/2016	2016/406 NORTE/	28/03/1995	24 ANOS	NC	NC	EM	NC	1° TRI	B-HCG	8sem e 1da
8	706304768747672	08/02/2017	2017/406 NORTE/	14/11/87	29 ANOS	BRANCA	NC	ES	NC	1°TRI	B-HCG	11sem 2d
9	705005404737455	06/07/2016	406N	10/11/87	31 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	NC	NC	NC
10	708301010031242	28/07/2016	2016 / 406 NORTE / (excluir)	09/07/89	26 ANOS	PARDA	NC	ES	NC	1° TRI	B-HCG	6 S
11	704207247571581	07/03/2017	2017 / 207 SUL /	29/10/97	19 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1° TRI	NC	12 S 2 D
12	700408153232550	07/12/2016	2017 / 406 NORTE /	31/08/91	25 ANOS	BRANCA	NC	ES	NC	2° TRI	NC	19 S 1 D
13	700506334268554	09/07/2018	2018 / 406 NORTE /	06/08/89	28 ANOS	AMARELA	NC	ES	NC	1° TRI	TR	4 S
14	700504739243350	14/03/2017	2017 / 406 NORTE /	20/10/93	23 ANOS	BRANCA	NÃO CONSENSU	EM	NC	1° TRI	NC	12 S 4 D
15	701407642618432	28/11/2016	2016 / 406 NORTE /	25/05/94	22 ANOS	AMARELA	NC	EF	NC	1° TR	NC	6 S
16	706407671485888	11/04/2017	2017 / 406 NORTE /	27/02/83	34 ANOS	AMARELA	NC	NC	NC	1° TRI	NC	12 S 1 D
17	704007158559170	11/10/2016	2016 / 406 NORTE /	17/05/94	22 ANOS	BRANCA	NC	EM	NC	1° TRI	TR	8S 6D
18	707806631666710	14/03/2017	2017 / 406 N /	01/10/1994	22 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	1° TRI	NC	13S 6D
19	706804276307720	26/06/2017	2016/406 NORTE	11/06/1985	32 ANOS	BRANCA	NC	EM	NC	2°TRI	NC	15sem e 2d
20	706100824767430	06/11/2018	2018/408 NORTE	17/09/93	25 anos	PARDA	CASADA	EM	NC	1° TRI	NC	8sem e 3d
21	704200271791689	19/10/2016	2016/406 NORTE	03/01/84	32 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1°TRI	NC	9sem e 2d
22	702505323326235	21/02/2017	2017/406 NORTE	17/07/80	36 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1°TRI	NC	9sem e 1d

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1		DATA do Início do PN	UNIDADE	DN	IDADE NO INÍCIO DO PRÉ NATAL	Raça	EstadoMarital	Escolaridade	Renda	Início da Pre natal	INICOU O PN COM (TR E/OU B-HCG)	Idade Gestacional no Início
4			ANO/UBS			NC	NC	NCE/EM/ES	NC	* TRI	NC	
59	704306514420294	15/05/2017	2017/ 406 NORTE	15/01/84	33ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1° TRI	TR	10s e 5d
60	702308150406210	30/01/18	2018 / 406 NORTE	24/12/1987	30 ANOS	BRANCA	NC	ES	NC	1° TRI	NC	NC
61	706405634781280	13/09/18	2018 / 406 NORTE	03/12/1996	22 anos	PARDA	NC	ES	NC	1° TRI	TR	8S 3D
62	702104764668696	29/08/18	2018 / 406 NORTE	22/09/1992	26 anos	PARDA	NC	ES	NC	1° TRI	BHCG	7S 3D
63	702806631008461	06/07/2019	2019 / 406 NORTE	11/05/92	26 anos	PARDA	NC	ES	NC	1° TRI	TR	5S 1D
64	709006990448519	18/03/2019	2019 / 406 NORTE	12/12/87	31 anos	PARDA	NC	ES	NC	1° TRI	NC	6S
65	704201728733389	08/01/2019	2019 / 406 NORTE	12/06/97	21 anos	BRANCA	NC	ES	NC	2° TRI	NC	14S 6D
66	701205091387014	09/01/2019	2019 / 406 NORTE	01/12/81	37 anos	BRANCA	NC	NC	NC	1° TRI	NC	6S 5D
67	70540846827919	14/01/2019	2019 / 406 NORTE	20/11/83	34 anos	BRANCA	CASADA	EM	NC	1°TRI	BHCG	7S4D
68	701409688847838	07/01/2019	2019 / 406 NORTE	12/07/97	21ANOS	PARDA	CASADA	EF	NC	1°TRI	USG	10S9D
69	702502348559532	30/11/2018	2018 / 406 NORTE	13/10/87	31 ANOS	PARDA	CASADA	EM	NC	1°TRI	NC	5S4D
70	705402433313998	07/02/2017	2017 / 406 NORTE	19/11/95	22 ANOS	PRETA	NC	EM	NC	3°TRI	NC	3S3S
71	709005833147415	12/07/2018	406 NORTE mulher B	05/081587	31 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	1° TRI	TESR RAPI	7S5M
72	701006873529594	10/10/2018	2018 / 406/ NORTE	22/08/94	24 ANOS	PARDA	NC	ES	NC	1°TRI	NC	NC
73	706207537442268	22/01/2019	2019 / 406 NORTE	12/08/97	22 ANOS	PARDA	NC	EF	NC	2°TRI	NC	22S
74	700704959425774	05/11/2018	2018 / 406/ NORTE	15/04/91	27 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1°TRI	TR	7S3D
75	705709437269830	16/07/2018	2018/406/NORTE	01/07/93	25 anos	BRANCA	NC	EM	NC	1°TRI	NC	6S3D
76	702801162306169	10/10/2017	2017/406/NORTE	10/08/78	39 anos	PARDA	NC	ES	NC	1°TRI	NC	7S3D
77	706807647311806	16/09/2016	2016/406/NORTE	22/03/90	28 anos	PARDA	NC	ES	NC	1°TRI	NC	6S6D

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1		DATA do Início do PN	UNIDADE	DN	IDADE NO INÍCIO DO PRÉ NATAL	Raça	EstadoMarital	Escolaridade	Renda	Início da Pre natal	INICOU O PN COM (TR E/OU B-HCG)	Idade Gestacional no Início
4			ANO/UBS			NC	NC	NCE/EM/ES	NC	* TRI	NC	
78	702600754788043	03/05/2016	2016/508/NORTE	29/09/82	36 anos	PARDA	NC	EF	NC	1°TRI	NC	6S6D
79	706000301168745	17/05/2016	2016/406/NORTE	07/06/92	27 anos	PARDA	NC	EF	NC	1°TRI	NC	10S3D
80	704804554760642	25/04/2016	2016/406/NORTE/	25/03/84	35 anos	BRANCA	NC	NC	NC	1°TRI	TR	5S
81	700008623714703	20/04/2016	2016/406/NORTE	06/11/98	18 anos	PARDA	NC	NC	NC	3°TRI	NC	28S
82	708003311188128	08/05/2018	2018/406/NORTE/	26/07/78	39 anos	BRANCA	NC	EM	NC	1°TRI	TR	8 S
83	707608223597688	03/11/2016	2017/405/NORTE	11/02/92	25 anos	PARDA	NC	EF	NC	1°TRI	NC	5S5D
84	700005214014206	07/03/2017	2017/406/NORTE	15/09/96	20 anos	PARDA	NC	EM	NC	1°TRI	NC	NC
85	700003563288601	13/07/2016	2016/406/NORTE/	14/07/97	19 anos	BRANCA	NC	ES	NC	2°TRI	USG	16S2S
86	708208155705046	22/07/2016	2016/406/NORTE/	30/05/87	29 anos	AMARELA	NC	NC	NC	1°TRI	BHCG	6S
87	705006253011850	18/04/2016	2016/406/NORTE	28/02/89	27 anos	PARDA	NC	NC	NC	1°TRI	NC	11S
88	700002408078207	04/04/2016	2016/406/NORTE	08/03/80	36 anos	PARDA	NC	ES	NC	1°TRI	NC	9s
89	700602478899964	12/04/2016	2016/406/NORTE	29/06/84	35 anos	PARDA	NC	EF	NC	1°TRI	NC	7S2D
90	707009879006439	01/03/17	2017/210 SUL	27/07/1987	29 ANOS	AMARELA	NC	EM	NC	2°TRI	NC	21s e 5d
91	708505558882080	08/01/2019	2019/210 SUL/	01/03/1981	37 ANOS	BRANCA	NC	EM	NC	1°TRI	B-HCG	8s e 1d
92	700001170556102	12/06/2018	2018/210 SUL/		23 ANOS	BRANCA	NC	NC	NC	1°TRI	B-HCG	7s/6d
93	701205003386916	26/06/2017	2017/210 SUL/	23/12/94	18 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	1°TRI	B-HCG	6s
94	708106197258640	24/01/2017	2017/210 SUL/	18/11/98	25 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	1°TRI	B-HCG	8s
95	708102532168937	31/10/2018	2018/1103 SUL (excluir)	30/09/90	28 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	1°TRI	TR	6s e 4d

		DATA do Início do PN	UNIDADE	DN	IDADE NO INÍCIO DO PRÉ NATAL	Raça	EstadoMarital	Escolaridade	Renda	Início do Pre natal	INICOU O PN COM (TR E/OU B-HCG)	Idade Gestacional no Início
4			ANO/UBS			NC	NC	NCE/EM/ES	NC	* TRI	NC	
96	701801204773174	10/01/2019	2019/210 SUL/	25/11/86	32 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	1º TRI	B-HCG	8s
97	700003176817201	16/10/2017	2017/210 SUL	23/12/1992	24 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	2º TRI	B-HCG	13s e 2d
98	702005325870689	04/09/2017	2017/210 SUL	23/03/1994	23 ANOS	BRANCA	NC	NC	NC	1º TRI	B-HCG	7s e 1d
99	708204636273042	11/12/17	2017/210 SUL/	14/05/1993	24 ANOS	BRANCA	NC	EF	NC	1º TRI	B-HCG	8s e 2d
100	70000269144409	18/05/2018	2018/210 SUL/	22/09/1993	24 ANOS	PRETA	NC	NC	NC	3º TRI	B-HCG	27s e 3d
101	700568402616860	06/07/2017	2017/210 SUL/ mulher C	20/03/2003	14 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	1º TRI	B-HCG	8s e 5d/USG
102	700703957286377	14/8/2017	2017/210 SUL/	27/04/1992	25 ANOS	AMARELA	NC	NC	NC	1º TRI	B-HCG	5s
103	700800494582984	13/09/2018	2018/210 SUL/	11/09/1988	32 ANOS	AMARELA	NC	NC	NC	1º TRI	B-HCG	9s e 2d
104	705808456946735	24/08/2018	2018/210 SUL/	24/05/1996	22 ANOS	AMARELA	NC	NC	NC	1º TRI	B-HCG	7s e 5d
105	705109349212840	26/01/2016	2016/210 SUL/	09/05/1980	36 ANOS	AMARELA	NC	EF	NC	1º TRI	B-HCG	7s
106	703404602048800	02/02/2016	2016/210 SUL/	07/08/1987	29 ANOS	PARDA	NC	ES	NC	1º TRI	NC	11S4D
107	704206394529781	02/02/2016	2016/210 SUL/	11/08/1983	33 ANOS	PRETA	NC	NC	NC	1º TRI	USG	12S6D
108	708209130372648	12/04/2016	2016/210 SUL/	02/07/1980	36 ANOS	PARDA	NC	NC	NC	3º TRI	NC	35S4D
109	703604081600434	12/04/2016	2016/210 SUL/	28/09/1992	23 ANOS	PARDA	CASADA	ES	NC	1º TRI	NC	8S3D
110	707009826988334	25/01/2017	2017/210 SUL/	01/04/98	21 anos	BRANCA	NC	EF	NC	1º TRI	TR	8S5D
111	705001007351654	23/03/2016	2016/210 SUL/	04/05/96	20 anos	PARDA	NC	EM	NC	2º TRI	NC	16S4D
112	702702649115860	01/03/2017	2017/210/SU	12/10/84	32 anos	AMARELA	NC	NC	NC	1º TRI	NC	14S1D
113	707403094184977	18/02/2016	2016/210/SUL	12/11/80	35 anos	BRANCA	NC	NC	NC	2º TRI	NC	25S6D
114	708601043199560	13/04/2017	2017/210/SUII	14/06/88	31 anos	BRANCA	NC	EM	NC	2º TRI	NC	22S5D
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
		DATA do Início do PN	UNIDADE	DN	IDADE NO INÍCIO DO PRÉ NATAL	Raça	EstadoMarital	Escolaridade	Renda	Início do Pre natal	INICOU O PN COM (TR E/OU B-HCG)	Idade Gestacional no Início
4			ANO/UBS			NC	NC	NCE/EM/ES	NC	* TRI	NC	
41	701205030176013	11/01/2019	2019/406 NORTE	19/03/90	29 anos	PARDA	NC	EM	NC	1º TRI	B-HCG	6S4D
42	700000884739508	25/03/2019	2019/406 NORTE	29/09/92	26 anos	BRANCA	NC	ES	NC	1º TRI	NC	7S4D
43	898003916842473	27/05/2019	2019/406 NORTE	01/11/84	34 anos	PARDA	NC	ES	NC	2º TRI		14S2D
44	700407926447146	30/01/2019	2019/406 NORTE	26/01/98	21 anos	BRANCA	SOLTEIRO	EM	NC	1º TRI	B-HCG	9S4D
45	70140968684783	11/12/2018	2018/406 NORTE	12/07/97	21 anos	PARDA	NC	EF	NC	1º TRI	B-HCG	6S4D
46	700008632529204	26/02/2019	2019/406 NORTE	10/07/99	19 anos	PARDA	NC	EM	NC	1º TRI	NC	11S3D
47	898004156497951	29/01/2019	2019/406 NORTE letra A	01/08/02	16 anos	PARDA	NC	EF	NC	1º TRI	NC	9S
48	706405634781280	13/09/2018	2019/406 NORTE	03/12/96	22 anos	PARDA	NC	ES	NC	1º TRI	TR	8S3D
49	708403244833361	25/09/2018	2018/406 NORTE	17/12/85	33 anos	PARDA	NC	ES	NC	1º TRI	NC	9S
50	705002220384255	16/08/18	2018/406 NORTE	09/01/93	24 ANOS	PRETA	NC	EF	NC	1º TRI	TR	9sem e 4d
51	702108722215395	05/12/2017	2017/406 NORTE	07/08/1992	25 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1º TRI	TR	4sem e 2d
52	700106931061813	28/08/2018	2018/406 NORTE	31/08/1992	26 ANOS	PARDA	NC	EF	NC	1º TRI	B-HCG	5sem e 4d
53	700207986049623	20/06/16	2016/ 603 NORTE (modifco 406N)	20/11/1988	29 ANOS	PARDA	NC	EF	NC	1º TRI	NC	8 sem e 1d
54	704601676043820	18/07/2017	2017/ 603 NORTE (modifco 406)	09/08/93	23 ANOS	PARDA	NC	EF	NC	2º TRI	NC	21s e 1d
55	705200494798576	13/09/2017	2017/ 406 NORTE	18/01/1981	36 ANOS	PARDA	NC	EM ESPECIAL	NC	2º TRI	NC	17s e 3d
56	705006411514459	05/03/2018	2018/ 406 NORTE	19/01/98	20 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	2º TRI	NC	16s
57	706807715960922	26/11/2018	2018/ 406 NORTE	27/08/93	25 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	1º TRI	NC	11s e 1d
58	708107648383140	12/01/2016	2016/ 406 NORTE	13/12/96	19 ANOS	PARDA	NC	EM	NC	2º TRI	NC	14 SEM

ANEXO 6 ASSINATURAS DOS GESTORES: GUPO CONDUTOR MATERNO INFANTIL QUE ASSISTIU A APRESENTAÇÃO E RECEBEU O RELATÓRIO DE PESQUISA.

Relatório de Pesquisa entregue a Gestão de Saúde do Município de Palmas (Grupo condutor Materno Infantil e Vigilância Epidemiológica) no dia 07 de novembro de 2019, como um dos critérios do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

- 1 Tainá Souza Ribundo
- 2 Jackilayne Coelho Cuprázio
- 3 Eduardo Silva Moura
- 4 Yuseley Sanches Capeto
- 5 Rosone Pereira Medeiros
- 6 Cintia Liana de S. Vasconcelos
- 7 Karolya Araújo Loualonte
- 8 Maria Lupatini de Moraes Lima
- 9 Thalayne dos Santos Coelho