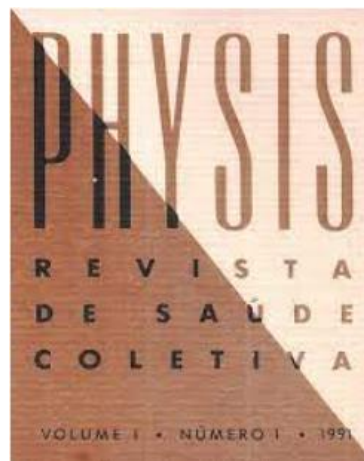


6.3. ARTIGO 3:

Trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita em uma Região de Saúde

(Manuscrito 3 escrito e formatado nos padrões da Physis Revista de Saúde Coletiva, ISSN
Versão on-line: 1809-4481)



Trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita em uma Região de Saúde

Care trajectories of women with gestational outcome of congenital syphilis in a Health Region

Resumo

Observa-se na Bahia considerável aumento nos casos de sífilis materna e congênita. Há uma carência de investigações que analisem a assistência pré-natal ofertada nos municípios do Estado, para melhor compreensão dos entraves vivenciados. Objetivou-se analisar as trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em 2019, em uma Região de Saúde. Trata-se de estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Utilizou-se a estratégia metodológica da análise de trajetórias e a sífilis congênita como evento-sentinela. Foram entrevistadas seis mulheres de municípios selecionados por apresentarem o maior número de casos de sífilis congênita registrado naquele ano. Os resultados demonstraram lacunas operacionais relacionadas à oferta do teste rápido de gravidez e educação em saúde, atualização dos profissionais nos protocolos assistenciais, testagem rápida no 1º e 3º trimestres com ampliação das categorias profissionais, abordagem e tratamento presuntivo dos parceiros, resultados de sorologias em tempo hábil, administração da penicilina e consolidação da informatização em todas as Unidades Básicas de Saúde, contínua oferta de educação permanente, qualificação do processo comunicativo dos profissionais. As trajetórias se mostraram importante ferramenta para apreensão das realidades, revelando elementos favoráveis e entraves ao controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Atenção primária à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Transmissão vertical de doença infecciosa; Sífilis.

Abstract

A considerable increase in cases of maternal and congenital syphilis has been observed in Bahia. There is a lack of investigations that analyze the prenatal care offered in the State's municipalities, to better understand the obstacles experienced. The objective was to analyze the care trajectories of women with a gestational outcome of congenital syphilis registered in the Notifiable Diseases Information System in 2019, in a Health Region. This is an evaluative study, with a qualitative approach. The methodological strategy of trajectory analysis was used and congenital syphilis was used as a sentinel event. Six women were interviewed from municipalities selected because they had the highest number of cases of congenital syphilis recorded that year. The results demonstrated operational gaps related to the provision of rapid pregnancy testing and health education, updating professionals in care protocols, rapid testing in the 1st and 3rd trimesters with expansion of professional categories, approach and presumptive treatment of partners, serology results in time skills, administration of penicillin and consolidation of computerization in all Basic Health Units, continuous provision of continuing education, qualification of the communication process of professionals. The trajectories proved to be an important tool for understanding realities, revealing favorable elements and obstacles to the control of vertical transmission of syphilis in Primary Health Care.

Keywords: Prenatal care; Primary health care; Quality of health care; Vertical transmission of infectious disease; Syphilis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção de abrangência mundial e evolução crônica, com grande repercussão às populações (MAGALHÃES et al., 2013). Com transmissão sexual ou vertical, é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, capaz de atravessar a placenta, infectar o feto e causar a sífilis congênita (SC), sendo esta responsável por uma variedade de desfechos negativos tais como abortos, natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer, problemas congênitos e óbitos neonatais (SENA et al., 2017; SILVA et al., 2019a).

Desde 1995 o Brasil é signatário do Plano para Eliminação da SC como um problema de saúde pública e tem empreendido políticas e programas que visam à eliminação dessa infecção no país (GUEDES et al., 2023). Dentre os mais recentes, destacam-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b), a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis e o Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública (BRASIL, 2017; BRASIL 2021; BRASIL, 2022a).

Considerada um dos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS), a assistência pré-natal tem grande potencial para reduzir o número de casos de sífilis congênita, sendo este um marcador da sua qualidade, uma vez que existem métodos custo-efetivos para prevenção, diagnóstico e tratamento dessa infecção (GUEDES et al., 2023; VICENTE et al., 2023). O Ministério da Saúde preconiza a captação precoce da gestante à primeira consulta, a realização de testes rápidos no início do 1º e 3º trimestres, a inclusão da parceria no pré-natal, o preenchimento do Cartão da Gestante, o fornecimento de orientações acerca das consultas, a realização de busca ativa de faltosas e visitas domiciliares (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2022b; BRASIL, 2023a).

Entretanto, recentes estudos de revisão documentaram a baixa realização de testes rápidos, diagnóstico tardio da sífilis gestacional, tratamento inadequado das gestantes, ausência ou tratamento inadequado dos parceiros, inadequado acompanhamento laboratorial e falhas no aconselhamento e no desenvolvimento de educação em saúde na APS, como entraves para a quebra da cadeia de transmissão

da sífilis (AZEREDO et al., 2021; MELO & SANTOS, 2023; TORRES et al., 2022; SILVA et al., 2021). Contextos de desigualdade no acesso e vulnerabilidade materna, tais como baixa escolaridade, cor não-branca, idade mais jovem, pobreza e desemprego também têm influenciado na entrega de uma adequada assistência pré-natal e na ocorrência de sífilis na gestação e sífilis congênita (GUEDES et al., 2023; BENZAKEN et al., 2020; UCHÔA et al., 2022; FREITAS et al., 2019a; PASCOAL et al., 2023).

Considerando a baixa severidade dos sintomas iniciais, ou mesmo a sua ausência, a maioria das pessoas desconhecem o seu status sorológico e perpetuam a propagação da doença (SILVA et al., 2019a). Tal qual no Brasil, no Estado da Bahia também se observa um considerável aumento nos casos de sífilis materna e congênita. No período de 2012 a 2022, a taxa de incidência de sífilis congênita (casos por mil nascidos vivos) apresentou trajetória ascendente, saindo de 2,7 em 2012 para 7,2 em 2022 (BRASIL, 2023b), apesar do potencial de enfrentamento da transmissão vertical da sífilis devido à Cobertura Populacional Estimada das Equipes de Saúde da Família (eSF) no estado alcançar 81,94% (BAHIA, 2023a).

Araújo et al. (2012) advertem que a adesão formal dos municípios à Estratégia de Saúde da Família (ESF) não constitui garantia de uma mudança efetiva das práticas desenvolvidas pelas equipes de APS. Por sua vez, Azeredo et al. (2021) e Vicente *et al.* (2023) destacam que as dificuldades para o controle da transmissão vertical da sífilis não se limitam à dimensão biológica, envolvendo também complexas questões culturais, educativas e afetivas. Neste contexto, nota-se uma carência de investigações direcionadas à análise da assistência pré-natal ofertada nos municípios do Estado da Bahia, para melhor compreensão dos entraves vivenciados na perspectiva das usuárias. Assim, este estudo objetiva analisar as trajetórias assistenciais de mulheres com desfecho gestacional de sífilis congênita registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2019, em uma Região de Saúde baiana.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, acerca das práticas de assistência pré-natal desenvolvidas pelos serviços de Atenção Primária à Saúde. Foi utilizada a estratégia metodológica da análise de trajetórias (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004), com priorização da sífilis congênita como evento-sentinela (VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

A trajetória assistencial (TA) é uma tecnologia avaliativa centrada no usuário, que contempla a escuta atenciosa daqueles que vivenciam a experiência de adoecimento (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008). Tal abordagem direciona suas análises ao sistema formal de saúde, com ênfase na busca pela assistência (GERHARDT, BURRILE E MÜLLER, 2016), tratando-se de uma delimitação do percurso do itinerário terapêutico (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008).

Os eventos-sentinela são ferramentas importantes para avaliação dos sistemas e serviços de saúde, pois dizem respeito a situações que poderiam ser evitadas mediante o adequado funcionamento dos serviços de saúde (Rutstein et al., 1976). O Ministério da Saúde recomenda a investigação retrospectiva dos casos de sífilis congênita, como estratégia de alta relevância para a identificação dos seus determinantes e proposição de medidas pertinentes para correção de falhas na prevenção, assistência e vigilância (BRASIL, 2014).

O cenário do estudo foi uma Região de Saúde do interior baiano, composta por 19 municípios, com população de 639.718 habitantes (BRASIL, 2023c). Foram selecionados os quatro municípios que apresentaram o maior número de casos de sífilis congênita registrado no SINAN no ano de 2019, dentro do seu estrato populacional, considerando as camadas de até 10 mil habitantes; de 10 a 30 mil habitantes; de 30 a 50 mil habitantes e acima de 100 mil habitantes. A caracterização dos municípios segue descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos municípios, Região de Saúde, Bahia, 2023.

Município	População (Estim. IBGE 2021) *	Cob. Pop. Estimada (%) da Estratégia Saúde da Família (ESF) **	Cob. de APS ***	Laboratório de Saúde Pública ****	SAE/ CTA ****	Hospital atende SUS ****	Maternidade Terciária SUS ****	Nº casos SINAN 2019 incluídos PESQUISA *****	Município eleito no Estrato (maior nº casos)
ESTRATO 1									
Até 10 mil habitantes									
A	4.896	100%	100%	-	-	-	-	2	SIM
E	9.768	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
F	8.659	100%	100%	-	-	-	-	0	NÃO
G	8.667	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
H	2.386	100%	100%	-	-	-	-	1	NÃO
I	8.264	100%	100%	-	-	-	-	0	NÃO
ESTRATO 2									
De 10 mil a 30 mil habitantes									
B	26.581	100%	93,60%	-	-	1	-	5	SIM
J	21.229	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
K	17.013	100%	100%	-	-	1	-	3	NÃO
L	14.671	100%	84,83%	-	-	-	-	0	NÃO
M	24.921	100%	100%	-	-	1	-	1	NÃO
N	17.113	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
O	15.914	100%	100%	-	-	1	-	1	NÃO
P	10.253	100%	97,77%	-	-	1	-	1	NÃO
Q	12.028	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
R	15.996	100%	86,17%	-	-	1	-	0	NÃO
ESTRATO 3									
De 30 mil a 50 mil habitantes									
C	46.885	100%	100%	-	-	1	-	3	SIM
S	30.831	100%	100%	-	-	1	-	0	NÃO
ESTRATO 4									
Acima de 100 mil habitantes									
D	343.643	56,22%	73,36%	01	01	13	01	11	SIM
Região de Saúde	639.718	76,48%	84,70%	01	01	26	01	21	4

Fonte:

* Plataforma e-Gestor AB/Relatórios Públicos/Financiamento APS/Pagamentos APS (2022-atual)/Capitação ponderada (parc. OUT/23, comp. AGO/2023); acessado em 10/01/24;

** Cobertura estimada ESF. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SAIS/SESAB), acessado em 10/01/24, dado gerado em 08 de novembro de 2023, dados e-Gestor/SISAB referentes a agosto/2023.

***Cobertura de APS. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (CAMAB) da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SAIS/SESAB), acessado em 10/01/24, dado gerado em 07 de novembro de 2023, dados e-Gestor/SISAB referentes a agosto/2023.

**** Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), acessado em 10/01/24.

***** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, acessado em 24/02/22, no Núcleo Regional de Saúde Sudoeste. Excluídos os casos com diagnóstico final “descartado”, casos duplicados e abortos ocorridos até 11 semanas.

Nota: SAE-Serviço de Assistência Especializada IST/HIV/AIDS; CTA-Centro de Testagem e Aconselhamento.

Os municípios selecionados apresentam cobertura populacional estimada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de 100% (BAHIA, 2023a), exceto o município D, que é o município sede da Região de Saúde e que comporta importantes serviços especializados da rede de assistência pré-natal: Laboratório Municipal de Referência Regional (LMRR), unidade descentralizada do Laboratório Central da Bahia (LACEN) e referência laboratorial para exames de interesse em saúde pública; Serviço de Assistência Especializada (SAE) em IST/HIV/AIDS e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de referência regional; e a Maternidade pública de nível terciário de referência macrorregional (BRASIL, 2023d).

A partir do endereço informado nas Fichas de Notificação de Sífilis Congênita, foram contatadas as Coordenadoras de Atenção Básica dos quatro municípios e solicitada a identificação da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da equipe de referência para cada caso. Foi solicitado o apoio das enfermeiras das respectivas unidades de APS de referência, no sentido de localizar na área de abrangência as mães dos vinte e um bebês registrados com sífilis congênita nos referidos municípios, no ano 2019.

Foram localizadas 13 mulheres, sendo uma do município A, quatro do município B, duas do município C e seis do município D. Também foi solicitado o apoio das enfermeiras para o contato inicial com as respectivas usuárias de cada equipe identificada. Por meio de contato telefônico, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e feito o convite às 13 mulheres para participação no estudo, tendo sido obtido o consentimento de seis delas. Diante das recusas de participação, o município selecionado no estrato de 30 a 50 mil habitantes (município C) não teve representação.

Posteriormente, foi verificada a distribuição das usuárias conforme modalidade de APS, área urbana ou rural e município de moradia, conforme Tabela 2. Foram construídas seis trajetórias assistenciais.

Tabela 2. Número de entrevistas realizadas por município e modalidade de APS, Região de Saúde, Bahia, 2023.

Município	Modalidade de APS	Nº de usuárias localizadas	Nº de usuárias entrevistadas/ Contexto territorial
A	USF zona urbana	01	01 (residência zona rural)
B	USF zona urbana	02	01 (residência zona urbana)
	USF zona rural	01	00

	UBS tradicional zona urbana (EACS)	01	01 (residência zona urbana)
C	USF zona urbana	01	00
	USF zona rural	01	00
D	USF zona urbana	03	01 (residência zona urbana)
	USF zona rural	02	02 (residência zona rural)
	UBS tradicional zona urbana (EACS)	01	00
TOTAL	-	13	06

Fonte: construção própria, a partir dos dados da pesquisa.

Em relação à modalidade das equipes de APS, foram entrevistadas três usuárias de Equipes de Saúde da Família e uma usuária de UBS tradicional/Equipe da Estratégia de Agente Comunitários de Saúde (EACS) com área de abrangência de zona urbana e duas usuárias de Equipes de Saúde da Família com área de abrangência de zona rural.

A produção de dados ocorreu no período de 29 de julho de 2022 a 06 de outubro de 2023 por meio de entrevista guiada por um roteiro semiestruturado contendo aspectos sócio-demográficos (idade, cor, dados da época do pré-natal: ocupação, escolaridade, situação conjugal, rendimento mensal do lar, recebimento de benefício social, plano de saúde, dentre outros) a fim de caracterizar as participantes, e sete blocos de perguntas que permeiam a temática da assistência pré-natal e parto.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, de forma individual, em sala reservada na UBS de referência da usuária (exceto uma, que ocorreu em sala reservada no local de trabalho da usuária, por sua própria preferência), com uso de gravador de áudio, com um tempo médio de duração de 42 minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra, com supressão das falas da pesquisadora, organizadas e salvas em arquivo de texto.

As trajetórias assistenciais foram construídas a partir das entrevistas com as usuárias e complementadas com consulta a prontuários da APS, cartões da gestante e resultados de exames que estavam disponíveis. Foram realizadas interpretações qualitativas com base na Técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2015), a partir de categorias que emergiram do material empírico.

Visando verificar a adequação técnica da assistência prestada ou oportunidades de intervenção perdidas, foi realizada a comparação das trajetórias assistenciais das usuárias com a matriz disposta no Quadro 1, que contém as ações

preconizadas para o controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde.

Quadro 1. Matriz para verificação da adequação técnica das ações de controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Primária à Saúde, Região de Saúde, Bahia, 2023.

COMPONENTES	INDICADORES (Identificação por meio de entrevista com usuárias, prontuário, cartão do PN, resultados de exames, relatórios)
Educação em saúde	Realização de atividades educativas na comunidade (grupos, sala de espera, eventos de mobilização, etc) sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, importância do início precoce do pré-natal (até 12 semanas).
Diagnóstico sorológico da infecção	1ª ROTINA (ideal no 1º trimestre da gestação, na 1ª consulta de pré-natal): aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido ou método do papel filtro) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste. 2ª ROTINA (início do 3º trimestre da gestação, 28ª semana): aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido ou método do papel filtro) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste;
Tratamento da gestante	Realização de anamnese e exame físico; classificação do estágio da sífilis (recente – primária, secundária ou latente recente; ou tardia – latente tardia ou terciária); definição da adequada conduta terapêutica; iniciar 1ª dose de penicilina benzatina independente do resultado do 2º teste (não-treponêmico); solicitação “Diagnóstico de sífilis após TR reagente” ao laboratório; notificação e investigação da sífilis em gestante; orientação de retorno. OBS: início do tratamento materno até 30 dias antes do parto e conclusão até o momento do parto.
Seguimento da gestante com sífilis	Solicitação mensal de teste não treponêmico para “Monitoramento do tratamento de sífilis” ao laboratório; interpretação dos resultados dos testes não-treponêmicos para monitoramento da resposta terapêutica; controle sorológico da cura ou suspeita de reativação/reinfecção; avaliação da necessidade de encaminhamento para consulta especializada.
Abordagem do(s) parceiro(s)	Solicitar comparecimento do(s) parceiro(s) sexual(is) da gestante na UBS; aconselhamento pré-teste; testagem para sífilis na UBS (teste rápido) ou solicitação “Diagnóstico de sífilis” ao laboratório; aconselhamento pós-teste; solicitação “Diagnóstico de sífilis após TR reagente” ao laboratório; realização de anamnese e exame físico; classificação do estágio da sífilis; definição da adequada conduta terapêutica; realização do tratamento; notificação e investigação da sífilis adquirida; orientação de retorno; solicitação trimestral (3, 6, 9 e 12 meses) de teste não treponêmico para “Monitoramento do tratamento de sífilis” ao laboratório; interpretação dos resultados dos testes não-treponêmicos para monitoramento da resposta terapêutica; controle sorológico da cura ou suspeita de reativação/reinfecção; avaliação da necessidade de encaminhamento para consulta especializada.
Orientação individual/casal	Orientar sobre os riscos da sífilis; realização dos exames e retorno às consultas; tratamento e reação de Jarisch-Herxheimer; uso do preservativo nas relações sexuais.

Fonte: Elaboração própria com base em DOMINGUES (2011), BRASIL (2013a), BRASIL 2014, BRASIL (2022b).

O estudo atende às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido

submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob CAAE: 52307221.7.0000.0055 e Parecer nº 5.176.473/2021.

As usuárias aceitaram participar voluntariamente, foram informadas sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia do seu sigilo das informações coletadas, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No intuito de garantir o anonimato, as participantes foram identificadas pela letra “P” acrescida do número arábico correspondente à ordem das entrevistas (P1, P2, etc), a localidade de residência (zona urbana – U ou zona rural – R) e município de origem (A, B, D).

RESULTADOS

No momento do estudo, as usuárias entrevistadas tinham idade de 21 a 41 anos. Em todas as trajetórias, a assistência pré-natal foi prestada entre o segundo semestre de 2018 e o primeiro semestre de 2019, quando as usuárias tinham entre 17 e 37 anos, predominando a faixa etária de 27 a 37 anos. A maioria se autodeclarou parda, com ensino fundamental incompleto, rendimento familiar de até um salário-mínimo. Quatro delas exerciam alguma ocupação remunerada, mas somente uma era a provedora principal do lar e três declararam recebimento de benefício social (Bolsa Família). Nenhuma das usuárias tinham plano de saúde.

No tocante aos conceitos, cinco foram nascidos vivos a termo, com peso acima de três quilos e um foi natimorto com 24 semanas. Duas usuárias relataram icterícia neonatal com uso de fototerapia. Todos os nascidos vivos foram considerados assintomáticos e tratados para sífilis congênita recente, permanecendo internados na maternidade de referência por até 15 dias.

A seguir, são analisados os principais achados das entrevistas, prontuários e documentações em saúde utilizados na construção das trajetórias assistenciais. Os nomes das pessoas e dos serviços foram suprimidos. Os elementos para verificação da adequação técnica das ações de controle da transmissão vertical da sífilis, já mencionados, são apresentados ao longo de categorias que agregam todos os pontos de contato das usuárias com a APS no decorrer das respectivas trajetórias assistenciais.

Acesso e utilização da UBS de referência

Dentre as participantes do estudo, cinco já residiam na área de abrangência da UBS onde foi realizado o pré-natal. Todas elas tinham com algum nível de vinculação estabelecida com a equipe, pela utilização prévia de atendimentos tais como planejamento reprodutivo, preventivo do câncer de colo uterino, atendimento médico e/ou vacinas. Apenas três referiram já ter participado de atividades educativas promovidas pela equipe.

Quatro usuárias residiam em microárea coberta por ACS, conheciam e eram visitadas pelos mesmos e uma residia em microárea descoberta. Apenas uma participante não tinha vinculação prévia à equipe que assistiu ao seu pré-natal, pois morava em outro município e só passou a residir no território da equipe no período gestacional.

Todas as entrevistadas referiram gostar do atendimento da UBS e não tinham queixas acerca do seu horário de funcionamento, nem de dificuldades para realizarem o deslocamento, mesmo as de zona rural. As que moravam um pouco mais distante, lançavam mão de carona no ônibus escolar ou eram levadas por familiares de moto até a unidade, para o atendimento pré-natal.

A descoberta da gravidez e o início do pré-natal

Quando se descobriram grávidas, duas participantes eram casadas, duas tinham relacionamento estável e duas eram solteiras. Nenhuma das gestações foram planejadas e a maioria aconteceu em uso inconstante de método contraceptivo.

Falei, doutor, eu vou parar de tomar a medicação. Ele, por quê? Eu falei, eu não estou me sentindo bem. Ele falou assim, você para, mas usa preservativo. Falei, doutor, mas eu só tenho uma trompa. Ele falou assim, mas mesmo assim, você evita. Aí eu falei assim, ah, sou tenho uma trompa, é difícil de engravidar. Aí ficou. (P6RA)

Eu evitei durante 16 anos, parei a cartela, 21 comprimidos e nesse período de 21 eu só tomei 6. Nesse período de 6, eu engravidei já nessa etapa, entendeu? (P1RD)
Não, planejava assim não. Eu não cheguei a planejar a gravidez. Eu pensava em ser mãe de novo, mas não cheguei a planejar assim. E eu estava solteira (...). Era só ficante mesmo, só ficante. (P3RD)

Às vezes usava e aí às vezes não. E quando eu engravidei, eu tinha tomado a pílula do dia seguinte, que era para tomar duas e eu só tomei uma. Eu tinha tomado e depois apareci grávida. (P2UD)

Eu tomava (Ciclo 21) todo dia 7 horas da manhã, mas o negócio que a gente bebia e bebida corta o efeito. (P4UB).

Ao desconfiar da gestação, a maioria das usuárias buscaram, por conta própria, realizar algum teste de gravidez. Três delas realizaram o primeiro diagnóstico por meio

da compra de teste na farmácia (P6RA, P3RD, P2UD), sendo dois deles posteriormente confirmados por Beta-HCG, um solicitado pela enfermeira da UBS e realizado pelo SUS (P6RA) e um realizado particular por conta própria (P2UD). Outras duas tiveram como primeira opção o exame de sangue (beta-HCG), também pago com recursos próprios (P1RD, P4UB). Apenas uma mulher procurou primeiramente a enfermeira da UBS para investigar a amenorréia, porém, mesmo com a solicitação em mãos, optou por pagar o exame para saber logo o resultado (P5UB).

Comprei, fiz o exame. Vim aqui (na UBS), conversei com a enfermeira, ela fez outro teste de gravidez. Aí ó (...), vamos fazer um de sangue pra nós ver se dá certo mesmo. Aí fizemos o de sangue que deu a gravidez. (P6RA)

Eu fiz o de sangue. Só que foi uma intuição minha. Nos primeiros dias eu já falei, eu já estou grávida. (...) Eu paguei. (P1RD)

Aí eu comprei um teste na farmácia e deu positivo. Comprei outro, deu positivo, aí pronto, aí falei agora eu tô. (P3RD)

Aí eu ia procurar o posto depois que eu fui no laboratório e fiz o exame, o teste. (...) Isso, sem passar no posto. (P4UB)

Fiz exame, paguei 16 reais pra fazer o exame de sangue. Ai no outro dia peguei o resultado, a moça falou que eu tava grávida, eu falei, poxa, mais um? Mas saúde, vindo com saúde está bom. (P5UB)

Não, eu fiz tudo em casa. Eu fiz em casa e o de sangue por minha conta. (P2UD)

Foi possível observar certa agilidade das usuárias em realizar a confirmação da gravidez. Com base na análise dos documentos disponíveis, 3 mulheres iniciaram o pré-natal entre a 6^a e 8^a semana de gestação. Duas mulheres não sabiam informar a idade gestacional com que iniciaram o pré-natal; de acordo com os relatos, uma indicou ter iniciado perto de completar três meses e a outra informou que na primeira consulta ainda não deu para ouvir o coração do bebê, o que sugere terem iniciado ainda no 1^o trimestre (não foi possível a conferência nos prontuários). Nenhuma das usuárias referiu dificuldade em marcar a primeira consulta de pré-natal. As datas de retorno já ficavam agendadas.

Assim que eu fiquei sabendo que eu tava grávida, nós já começamos a iniciar o pré-natal todo. (...) Já ficavam marcadas (as consultas). Fazia uma e já sabia a data da outra. (P6RA)

Assim que eu descobri que eu estava grávida eu já comecei também. (...) Já ficava sempre já registrado. Já tinha tipo uma obrigação de sempre, ela estar atendendo, entendeu? (P1RD)

Quando eu fiz o teste, eu fui lá no posto e marquei o pré-natal. (...) Já ia para três meses. (...) já ia saindo da sala, já marcava para o próximo mês. (P4UB)

Não, assim que eu descobri que estava grávida dele eu já comecei meu pré-natal. (...) Não, na primeira consulta não (consegui ouvir o coração). (...) Não, eu já saía daqui com a data já marcada. Já para eu fazer a outra consulta. (P5UB)

Quando eu descobri e que eu vim fazer o pré-natal, eu estava com seis semanas. (...) aí eu ia na recepção e eles marcavam. Já via na agenda dela e marcava pro próximo mês. (P2UD)

Uma das mulheres iniciou o pré-natal com bastante atraso (segundo o prontuário, com 31 semanas), devido à falta de documentos pessoais para obtenção do primeiro atendimento, demonstrando uma alta vulnerabilidade. Ela residia na zona rural de outro município e tinha se mudado para a área de abrangência da equipe já com a gravidez avançada.

Porque assim, quando eu tava grávida desse bebê, eu tinha que ter os documentos de saúde de lá da cidade tudo, tinha que tirar o SUS (cartão) e eu não tinha os documentos nenhum ainda, porque lá onde minha mãe mora era difícil para resolver tudo. Aí eu tive que fazer, tirar identidade, tirar tudo para mim para ter o neném. Eu tive que tirar tudo, sair primeiro e para depois ser atendida no posto. Para ter um cartão de SUS, tudo. Depois que eu fiz, eu comecei a fazer os exames, o pré-natal aqui. (...) Só tinha um registro e pronto. Depois que eu tirei tudo, eu vim. (P3RD)

Cinco usuárias tiveram a sua primeira consulta de pré-natal realizada pela enfermeira e somente uma usuária teve sua primeira consulta realizada pela médica da respectiva equipe de APS. Dentre as usuárias atendidas por enfermeiras, em quatro delas (P2UD, P4UB, P5UB e P6RA) foi realizada a coleta dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B, Hepatite C e solicitados exames laboratoriais; em uma usuária (P1RD) só foi realizada a coleta da Triagem pré-natal e solicitados exames laboratoriais, sem informação sobre o motivo da não realização dos testes rápidos na UBS. A usuária atendida pela médica (P3RD), embora estivesse com a gestação avançada, não teve os testes rápidos realizados no dia da 1ª consulta, saindo com solicitações de exames: sorologias, Triagem pré-natal, exames laboratoriais e ultrassonografia, e agendado retorno com a enfermeira para 20 dias.

Dentre os exames preconizados para o pré-natal, a maioria deles foi acessada pelo SUS. Entretanto, quatro usuárias referiram ter realizado um ou dois exames na rede particular, especialmente a ultrassonografia, devido à ocorrência de demora na marcação pelo SUS. Apenas uma mulher referiu ter pago para fazer o exame laboratorial de sífilis.

A ultrassom eu tive que fazer pago, porque se marcasse aqui ia demorar um pouquinho a mais, um mês ou dois pra poder chamar você. Aí com uma mulher sempre quando ela está grávida ela fica ansiosa pra saber o sexo da criança pra comprar as coisinhas, fiz pago, mas a maioria o exame de sangue, fezes, essas coisas foi tudo pelo posto. (P5UB)

Nem todos. Só paguei só um exame de urocultura, que era 30 reais, e uma ultrassom. Os outros tudo foi pelo SUS. (P4UB)

Eu nem lembrava de ultrassom mais, mas daí acabou chegando. Aí chegou, eu fiz, e foi no dia que eu fiz, já descobri o sexo. (P2UD)

Não, os exames que eu paguei mesmo só foi ultrassom. (P3RD)

Não, sempre marcava (pelo SUS). Eu tive uma dificuldade com a ultrassom, porque eu tive que fazer duas pagas, porque às vezes aqui na época chegou a demorar. (P1RD)

Eu fiz todos eles, sangue, de urina. Ultrassom eu fiz. Pelo SUS, aqui no bairro. (P6RA)

Pago foi pra saber se eu estava grávida. E o de sífilis pra saber se ainda estava um pouquinho alterado ainda. (P5UB)

Nos três municípios, as guias dos exames laboratoriais eram deixadas na UBS ou na Central de Marcação e as pacientes aguardavam o agendamento das datas para realização. No município A, os exames gerais de sangue, fezes e urina foram coletados no próprio município e o material levado para análise em laboratório conveniado ao SUS localizado no município vizinho. No município B, os exames gerais de sangue, fezes e urina foram coletados e analisados em laboratório conveniado ao SUS no próprio município. Já em relação às sorologias, a usuária do município A precisou se deslocar até o município D, sede da região de saúde, para coletar no Laboratório Municipal de Referência Regional (LMRR). A usuária do município B, teve sangue coletado no próprio município e as amostras encaminhadas para análise no LMRR. No município D, todos os exames eram coletados e analisados no LMRR. Em todos os casos, os resultados poderiam ser acessados pela internet. Quanto ao tempo de espera pelos resultados, houve queixa em relação às sorologias, realizadas no LMRR.

*Antes aqui, botava para marcar hoje, para fazer amanhã de manhã. (...) Agora aqui está diferente. Mas toda a vida foi marcado hoje pra fazer amanhã de manhã. Coletava no **LMRR**. Demorava uns 20 dias, um mês mais ou menos. (P2UD)*
*Eu ia no outro posto grande, no outro posto de baixo e marcava. Era fácil, porque como a pessoa é gestante, é mais fácil pra marcar. E rapidinho eu marcava meus exames. Tem gente que hoje tem dificuldade, mas eu não. Nunca tive dificuldade pra marcar meus exames. (...) Demorou os outros resultados que vinha do **LMRR**. (...) Recebi quando estava de quatro pra cinco meses. Demorou. (P4UB)*
*Elas me mandaram o pedido, eu deixava aqui no posto o pedido, aí eles me ligavam e falavam que ia ser no **LMRR**, onde que ia ser. Aí eu ia lá pro **LMRR** fazer lá uns exames de sangue. (...) Demorou não porque eu dava bastante pressa. (...) Eu falava, porque eu já tô perto de ganhar e aí a médica lá quer ver. (...) Ela falava, não, você pode vim tal dia que você já pega, então você pode pegar pela internet também. (P3RD)*

Sobre os resultados dos primeiros exames que deram negativos para sífilis, a usuária P1 recebeu da enfermeira os resultados da Triagem pré-natal na 3ª consulta de pré-natal (18 semanas) e mostrou os resultados dos exames laboratoriais para a médica na 4ª consulta (24 semanas), os dois foram negativos para sífilis. A usuária P2UD recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido negativo para sífilis na 1ª consulta (6 semanas) e mostrou os resultados dos exames laboratoriais para a médica na 3ª consulta (15 semanas), a sorologia para sífilis não reagente. Por sua vez, a usuária P6RA recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido negativo para sífilis na 1ª consulta (6 semanas) e foram avaliados resultados de exames laboratoriais (não

informa quais) pela enfermeira na 3ª consulta (16 semanas), registrado como “sem alteração”.

Em relação aos resultados dos primeiros exames que deram positivos para sífilis, a usuária P3RD recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido positivo para sífilis na 2ª consulta (35 semanas). Até essa data ela estava sem exames laboratoriais. A enfermeira realizou a notificação do caso e prescreveu o tratamento com benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI durante três semanas, com início imediato. As três doses da medicação foram administradas na própria UBS nas datas 07/03/19, 14/03/19 e 21/03/19. A usuária deu à luz no dia 25/03/19.

Eles me deram benzetacil. (...) Foi, eu vim tomar três, foi. Eu já tomei umas seis. Era assim, porque três vezes. Cada uma que eu vinha, eu tomava duas. Uma na bunda, uma na outra. (...)Deu tempo (até o final da gestação), eu tomei aqui com as meninas. (P3RD).

A usuária P4UB recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido positivo para sífilis na 1ª consulta (perto de três meses), porém, segundo ela, a profissional não iniciou de imediato o tratamento, preferiu aguardar o resultado laboratorial do VDRL. Na 3ª consulta (por volta de cinco meses de gestação) a usuária levou os resultados para a enfermeira avaliar, ela prescreveu a benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI por três semanas, com início imediato. Segundo a usuária, as três doses da medicação foram administradas no hospital municipal e era necessário o registro da data da aplicação no verso da receita, para fins de comprovação na UBS.

*No mesmo dia. Aí eu fui pro hospital, tomei no hospital. Eu tomava no hospital, toda quarta-feira eu ia pra lá. (...)Duas cada dia. (P4UB)
E toda vez que eu ia, tinha que ficar marcando atrás a data e o horário que eu fui. (...) Eu tinha que vir mostrar pra ela.*

Já a usuária P5UB, recebeu da enfermeira o resultado de teste rápido positivo para sífilis na 1ª consulta (não sabe informar a idade gestacional). Ela já tinha tido sífilis na gestação anterior, foi diagnosticada no momento do parto e referiu ter feito tratamento dela e da criança no hospital. Segundo ela, a enfermeira solicitou um novo exame de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), que deu alteração, e prescreveu a benzilpenicilina benzatina, cujas doses foram aplicadas no hospital municipal. O relato da usuária sugere que o tratamento fora iniciado no período final da gestação e apresenta algumas inconsistências em relação às doses usualmente praticadas, porém não foi possível acessar os registros em prontuário da UBS para melhor detalhamento. A ficha de notificação informa a data de início do tratamento 28/03/19, tendo o parto ocorrido em 05/04/19.

O tratamento foi passado pra mim, foi sempre tomar o sulfato ferroso e tomar esse benzetacil durante dois dias. E todo dia eu tinha que ir no hospital tomar, todo dia eu tinha que tomar, todo dia eu tinha que tomar, quase nas ultimas da gravidez. (...) Era oito injeções. (...) Dava duas em cada lado e com uma semana eu tive que ir lá de novo. (...) Foram duas semanas. (P5UB)

Ela (a enfermeira) fazia de tudo pra eu poder correr atras dos exames antes de eu ganhar a criança. (...) Até a medicação ela correu atrás pra eu tomar essas benzetacil antes de ganhar criança, pra na hora que ganhar já a unidade tivesse mais baixa pra ele. (P5UB)

Em relação à abordagem dos parceiros após o diagnóstico de sífilis na gestação, duas das três usuárias referiram que os companheiros foram convocados pelas enfermeiras a comparecerem na UBS para realização da testagem. O companheiro de P5UB não aceitou ir à unidade. Dessa forma, a enfermeira enviou por meio da usuária uma solicitação de exame laboratorial de sífilis para que ele fizesse. Ele fez o exame no laboratório particular, deu negativo. A usuária levou o resultado para a avaliação da enfermeira, não tendo sido prescrito nenhum tratamento para ele.

Ele foi chamado. Não veio. Ele não quis vir. (...) A enfermeira me deu o pedido, porque ele não quis vir. (...) Eu fui com ele, peguei a receita, fui com ele lá no laboratório, ele fez pago, aí deu 0,0. Eu trouxe para a enfermeira ver. (...) Não precisou passar tratamento para ele, só foi para mim mesmo. (...) Ela passou para ele fazer só o exame de sífilis. Como não deu nada, ele não. (P5UB)

O casal foi orientado pela enfermeira quanto à importância do uso do preservativo nas relações sexuais.

Fomos orientados. De qualquer jeito, como uma mulher, convivendo junto ou não, tinha que usar preservativo. (...) Foi bem orientado. (...) Ele aceitava usar, às vezes sim, as vezes não, mas como eu já tinha sífilis e ele já fez um exame e não deu nada, então a gente teve que usar, porque podia passar pra ele, então a gente teve que usar. (...) Eu pegava sempre com o posto. (P5UB)

Já o parceiro de P4UB, compareceu à UBS, onde a enfermeira realizou a testagem rápida, dando positivo para sífilis. No mesmo momento, a enfermeira prescreveu o tratamento para ele e orientou a realização de exames laboratoriais. Entretanto, ele não queria ir ao hospital para ser medicado, gerando uma discussão entre o casal; posteriormente ele aceitou, tomando uma dose da medicação (duas injeções de 1.200.000 UI) neste dia, mas não retornou para receber as demais doses, que segundo ela, foram prescritas.

Ele compareceu. Fez o teste rápido. Deu positivo. Foi a enfermeira e depois nós fomos para o laboratório para fazer o de sangue. Passou a injeção para ele tomar também. Para ele foi no mesmo dia. Ele não queria nem ir. Aí depois disse, você vai ficar comigo agora (...). Não vou ficar com você mais não. A gente foi para o hospital. Uma semana só, ele só tomou duas. Nas outras semanas, ele não foi. (P4UB)

Na consulta de pré-natal seguinte, a enfermeira buscou saber da usuária sobre o tratamento do parceiro, tendo sido informada do abandono, porém, não foi realizada

busca ativa. Uma vez que ele não quis completar o tratamento, a usuária passou a exigir o uso do preservativo nas relações sexuais.

Lá no pré-natal perguntou, mas eu falei pra ela que ele não queria nada com a vida. Ele é novo, ele tem 23 anos. (...) Ela explicou. Falou para ele que era uma doença, que ele tinha que se tratar, cuidar, para não avançar, que era perigoso. E se ele não se tratar, iria continuar passando por mim. Mas entrava no ouvido e saía no outro. Aí eu passei a usar preservativo. Todas as vezes, eu não deixava não. (P4UB)

Segundo P3RD, seu parceiro não foi convocado pela equipe para comparecer à unidade. Porém, há registro no prontuário de que a enfermeira orientou que a paciente conversasse com o parceiro e o convocasse, embora a usuária tivesse informado que o companheiro atual não é o pai da criança, que estão juntos há dois meses e que usam preservativo. A usuária relatou que a equipe fez a solicitação de exames, que foram agendados e realizados no SAE/CTA localizado na sede do município, tendo retornado com os resultados negativos para mostrar à médica.

*Não. Não chamou ele. Eles marcaram o exame para ele. Ele foi fazer o exame. Pediu, ele fez no **SAE/CTA** o exame. Só que os exames dele deu tudo (...) negativo. Ele não tinha, porque já é mais de idade então ele não tinha nada, não deu nada. Deu tudo os pedidos, chegou aqui, aí mostrou tudo para a médica e deu tudo negativo, deu nada. Ele não teve. (P3RD)*

O seguimento da gravidez e a conclusão do pré-natal

Entre as usuárias entrevistadas, observou-se que cinco tiveram a maioria das consultas de pré-natal realizadas por enfermeiras, embora todas tenham passado por consulta médica na sua respectiva equipe de APS, variando de uma a três consultas médicas, geralmente na oportunidade de entrega de resultados de exames e/ou para avaliação de alguma queixa clínica.

Somente uma das usuárias (P6RA) passou por apenas duas consultas de enfermagem, devido ao histórico de complicações em gestações anteriores. Esta passou por cinco consultas com o médico da USF e, a partir de 20 semanas, por conta própria, passou a fazer acompanhamento concomitante com um obstetra particular, que já a acompanhava na parte ginecológica, pois também desejava que ele fizesse o seu parto.

Quanto ao número total de consultas, foram identificadas três usuárias com mais de seis consultas, duas usuárias com menos de seis consultas e uma usuária que não soube informar. A realização dos exames preconizados para o terceiro trimestre de gestação ocorreu de forma variável entre as usuárias.

Dentre aquelas sem o diagnóstico de sífilis no início do pré-natal, P1RD com 28 semanas recebeu da enfermeira as solicitações de exames do 3º trimestre:

laboratoriais, urocultura, ultrassonografia e orientada à coleta da 2ª Triagem pré-natal na unidade. A usuária não relatou e não há registros de realização de testes rápidos neste período. Na consulta seguinte (31 semanas) há registros da enfermeira de que a paciente ainda não tinha recebido o agendamento dos exames. Na 8ª consulta de pré-natal (36 semanas), a enfermeira registrou que aguardava os resultados de exames laboratoriais. Na 9ª consulta (38 semanas), foram avaliados os resultados da 1ª Triagem pré-natal, com resultado de sífilis não reagente; usuária com lesão anal, avaliada pela médica. Ainda sem resultados dos exames laboratoriais. Segundo a usuária, os exames laboratoriais foram coletados e ela não conseguiu receber os resultados antes de parir.

É, eu só sei dizer que não deu tempo para eu pegar o resultado que eu tinha que trazer para ela e vir aqui de novo. E não deu tempo para mim trazer para elas. Era esse aí que estava o problema. (P1RD)

Eu senti diferença, quase na data de ganhar. Primeiro eu senti coceira na mão, muita coceira. E coceira no pé. E eu achei estranho aquilo, e coçava, e coçava. (...) Depois eu comecei a sentir no ânus. Coçava muito, que ardia. Aí eu fui no posto aqui (...) E aí, porém, falaram que não era nada, era normal. Ela me examinou, todinha, ela olhou, ela viu os caroços grandes já no ânus, nas mãos e tudo, coçava. Tinha ferida. (...) Ela não pediu (exames) porque o exame já tinha mandado pra mim fazer. Só que nesse período foi o período que eu já entrei em trabalho de parto. (P1RD)

No caso de P6RA, com 19 semanas o médico da USF registrou na caderneta de pré-natal a solicitação de exames do 2º trimestre. Na consulta seguinte (26 semanas), o médico da USF registrou o resultado de VDRL 1:4, a informação de que a paciente refere infecção pré-gestacional com tratamento em três doses, sem tratamento do parceiro, e a solicitação de novo VDRL. Resultado de exame do LMRR apresentado pela usuária no dia da entrevista demonstrou que a coleta foi feita em 26/11/18 (9 semanas), o resultado liberado em 17/12/18, porém impresso em 24/01/19; entretanto, só há registro na caderneta da gestante de que o médico avaliou esse exame em 27/03/19 (19 semanas). O resultado de novo VDRL realizado em 29/03/19 foi positivo 1:4, mas não há registros na caderneta de orientação ou prescrição de tratamento, aparentando ter sido considerada pelos profissionais uma cicatriz sorológica. A usuária ainda foi atendida pelo médico da USF em 08/05/19 (32 semanas) com registro de solicitação de exames do 3º trimestre, e em 29/05/19 (35 semanas) com registro de solicitação de exames. Não foi possível acessar os registros em prontuário da UBS para melhor detalhamento.

A partir de 16/02/19 há registros na caderneta da gestante, da realização de consultas com dois obstetras particulares, mas sem evolução no campo de

observação, diagnóstico e conduta. Segundo a usuária, ela não foi informada pelos profissionais sobre nenhuma alteração nos exames.

*Antes de parir, eu tinha recebido todos os exames. Nenhum dos médicos falaram. Nenhum momento. Só quem me falou foi a **doutora**, mas não explicou o que foi. (...) ela disse que eu tinha que fazer o parto normal (cesáreo) que era mais vantagem porque o neném não corria o risco de pegar alguma infecção. (P6RA)
 (...) Nessa gravidez eu nunca soube que tinha dado sífilis. Porque eu confiei no teste do dedo do posto. Fez, não deu reagente, eu falei então sumiu. (P6RA)
 Bem antes dessa gravidez, eu fiz o exame de sangue, o doutor falou que eu tinha dado e aí passou medicação. Ele falou que eu tinha um probleminha no sangue. Aí ele falou que eu ia passar o tratamento. Aí eu fiz o tratamento, (...) com as benzetacil. (...) Só fez o tratamento com a benzetacil e pronto. Não repetiu o exame não. (P6RA)*

Já no caso de P2UD, ela havia passado em consulta de pré-natal com a médica da USF em 08/05/19 (21 semanas), tendo sido avaliados os últimos exames realizados, a ultrassonografia obstétrica e a eletroforese de hemoglobina. Segundo a usuária, ela vinha com o pré-natal normal e, antes da próxima data de consulta, observou que o bebê tinha parado de mexer, o que a fez procurar atendimento na maternidade de referência.

*Eu estava vindo normal, estava vindo normal, aí o neném já mexia, como estava um pouco grande, já mexia. Aí, quando foi um dia eu estava em casa, tinha acabado de acordar, e o neném já não mexia(...). Isso foi numa quinta-feira, aí na sexta-feira eu fui para a **maternidade de referência**. Fui, passei o dia todo lá na **maternidade de referência**. (P2UD)
 Aí quando chegou lá dentro, (...) o médico usou aquele aparelho, que usa no posto pra ouvir os batimentos, aí ele falou, eu não estou ouvindo os batimentos, mas pode ser que o aparelho está quebrado. (P2UD)
 (...) fez a ultrassom, não ouviu o batimento e, nem foi pra mim que ele falou, ele olhou pra ela (médica), foi meio, e disse mais um óbito, e saiu da sala. Falou, vem aqui, (...) na maior ignorância, veste a roupa e vem aqui que eu vou te passar outra ultrassom pra você fazer a manhã. (P2UD)
 (...) eu fiquei assim, em choque lá dentro, mas eu tentando me segurar, mas eu saí depois que ele me deu os papéis todos, saí daquele hospital que eu parecia que tava louca, eu saí correndo e minha irmã correndo atrás de mim. Que foi menina, que foi, que foi? O neném morreu, o neném morreu e saí chorando. (P2UD)*

No dia seguinte, a usuária não conseguiu fazer a ultrassonografia na maternidade de referência, e procurou uma clínica particular, onde pagou para fazer o exame e confirmou o óbito fetal. Retornou à maternidade com o resultado, onde foi internada para realização de curetagem. Na admissão, foram realizados exames que constataram que ela estava com sífilis, mas ela só soube do diagnóstico no momento da alta.

*Peguei e fui pro centro, pagar esse exame. Fui, fiz a ultrassom, aí deu certeza que tava morto. Peguei, já voltei pra **maternidade de referência** na mesma hora, fiz lá rápido, voltei. Aí já fui internada pra fazer a curetagem. (P2UD)
 Eu perguntava e eles não falavam nada. Aí só foi falado no dia que eu saí do hospital, no dia que me deram alta. (P2UD)*

Dentre aquelas com o diagnóstico de sífilis no início do pré-natal, P4UB relatou que, com seis meses de gestação, a enfermeira solicitou novos exames, após a realização do tratamento. Quando os resultados chegaram, ela já estava com 8 meses e foi prescrito para que ela repetisse o tratamento com as injeções de penicilina e realizasse novos exames; ela realizou o segundo tratamento, porém, não deu tempo serem avaliados os novos exames antes do parto. Segundo ela, não foram realizados os testes rápidos no 3º trimestre na UBS. A usuária não dispunha mais da caderneta da gestante, nem dos resultados de exames, e não foi possível acessar os registros em prontuário da UBS para melhor detalhamento.

Todos de novo. Com seis meses. (P4UB)

Depois que eu fiz o exame, que chegou com oito meses, já tava com oito meses. Quando eu ia para o hospital, eu tinha que deitar a barriga lá, era um trabalho brabo. (P4UB)

Tava baixo, só que ela falava que eu tinha que tomar as injeções. Foi por isso que eu tomei as doze, porque eu tomei seis e depois tomei mais seis. (P4UB)

E ela mandou fazer mais exames, aí quando foi para entregar os outros testes eu tinha ganhado o menino. (P4UB)

Por fim, no acompanhamento do 3º trimestre de P5UB, a usuária refere ter passado por novo teste rápido e ter recebido novas solicitações de exames laboratoriais. Segundo ela, não houve dificuldade para a marcação, que os resultados não demoraram e que conseguiu mostrar no posto antes de parir. O parto ocorreu no hospital municipal, mas, devido às alterações no exame de sífilis do bebê, eles foram transferidos para fazer o tratamento dele na maternidade de referência, onde ela foi medicada novamente.

Nesse exame deu alteração. Foi o de sífilis. Deu novamente. Tive que fazer tratamento na gravidez e depois da gravidez. (P5UB)

*Ai depois que eu tive a criança, depois que eu tive a criança que eles me encaminharam lá pra **maternidade de referência**, aí eu tive que tomar mais, mesmo que a unidade estava baixa, eu tive que tomar (P5UB)*

Repercussões do diagnóstico de sífilis gestacional e congênita e o conhecimento sobre a doença

Três usuárias obtiveram o diagnóstico de sífilis gestacional durante o pré-natal, por meio das enfermeiras, que procederam às primeiras orientações. Duas usuárias já tinham ouvido falar da sífilis, uma delas por ter sido diagnosticada no parto anterior (P5UB) e a outra por ter assistido a palestras nas gestações e testagens anteriores para IST (P4UB).

*Ouvi na **sede da região de saúde** quando eu fui pro **SAE/CTA**, que direto eu ia lá fazer exame de HIV. Eu sou muito preocupada com essas coisas. Lá eu já ouvi a palestra, e eu ouvi a palestra também antes, quando eu queria operar. (P4UB)*

*Quem me informou foi o médico da **sede da região de saúde**. O médico da **maternidade de referência**. (...) Eu perguntei pra ele porque esse sífilis era causado. (P5UB)*

Embora P4UB já tivesse ouvido falar da doença, seus relatos demonstram que o diagnóstico de sífilis gestacional lhe trouxe um grande abalo emocional. Foram importantes o apoio e as orientações que recebeu da enfermeira, e o fato de ter tido oportunidades para tirar suas dúvidas.

Nossa, esse dia eu desabei. Pra mim o chão parou. Nunca aconteceu isso comigo, nunca na minha vida. Aí depois desse dia pra cá, eu comecei a passar mal. Comecei a ter crise de ansiedade, isso aqui em mim tampava. Eu ia pra lá e falavam assim, não, é assim mesmo, se acalme e tal. Aí depois que eu tive o menino, que eu fui fazer o tratamento com o médico pra ver o que era que eu estava sentindo. Ele falou que era a ansiedade, passei na policlínica ainda. (P4UB)

Ela já tinha me explicado, ela falou comigo (...) não fica assim não, porque ela viu como é que eu fiquei na hora assim. (...) não fica assim não, você não fica botando nada na cabeça, relaxa, nós vamos cuidar de você e tal. (...) está bom, mas a preocupação é grande. A gente fica com medo da criança nascer morta ou tiver algum problema a mais. (P4UB)

Tinha hora que pelo celular a gente trocava mensagem. Qualquer coisa que eu já tinha dúvida, eu já mandava para ela (enfermeira) mensagem. (P4UB)

O relato da usuária P3RD foi de que nunca tinha ouvido falar da sífilis, e que o diagnóstico lhe deixou assustada. A abordagem desenvolvida pela enfermeira no pós-teste pareceu mais centrada na comunicação do diagnóstico e da disponibilidade do tratamento.

Não, eu só soube dessa doença depois que eu fiz esses exames, que eu fiquei preocupada e ficava pesquisando no celular pra mim saber. Que eu não tinha ainda conhecimento com esses tipos de coisa assim. Eu fiquei assustada. (P3RD)

Só falou assim, você está com sífilis e anotou lá. Falou assim, aí você vai vir fazer o acompanhamento aqui no posto. Que eu acho que ela pensava também que eu já sabia, mas eu não, não, depois que eu cheguei que eu fui perguntar as meninas e até hoje ainda... Até hoje eu pego o celular lá em casa e fico olhando, que eu ainda não me informei ainda, porque é muita coisa ali. Aí eu fico olhando no Instagram também tem o negócio, o site, aí eu fico olhando direto. (P3RD)

Eu não sabia que ia passar para ele, ninguém falava que passava. (P3RD)

As outras três usuárias só souberam do diagnóstico de sífilis gestacional no momento do parto. Todas elas já tinham ouvido falar algo sobre a sífilis. A partir dos relatos, foi possível observar alguns impactos, em primeiro lugar pela expectativa construída no pré-natal de que estava tudo bem com elas e com o bebê.

*Eu soube da sífilis foi lá quando eu tive o **bebê**, que eles falaram que o bebê tinha que ficar internado para fazer o tratamento de uma infecção. Aí eu fui perguntar, que infecção é essa? Ela falou, é sífilis que deu pouco, mas deu. (...) Eu não esperava. Eu esperava fazer o parto, sair no outro dia e pronto. (P6RA)*

Os 5 meses deram tudo normais. Não deu alteração nenhuma. (...) Porque eu fiz todos os exames aqui, todo mês eu faço o exame de sangue aqui e não tinha dado nada de sífilis. Aí no quando eu perdi, que mostrou que meu neném morreu por conta da sífilis. (P2UD)

Quando eu fui ganhar neném, lá que eles falaram que eu estava com sífilis, já com esse problema. (P1RD)

No caso de P6RA, havia um receio adicional de que as pessoas soubessem que o motivo do prolongamento da internação hospitalar era a sífilis, devido ao estigma e preconceito em relação às IST.

Às vezes eu tenho até vergonha de falar. Eu, sabe, eu não conhecia essas coisas, eu vim passar a saber quando eu comecei a trabalhar na saúde, saber o que era. (...) Aí eu ficava assim, oh meu Deus, será que elas pensam que eu tive outros, que eu pulava a cerca, porque eu tive meu marido, aí a gente fica com vergonha. Aí sempre quando vinha um, ah, porque você ficou aqui? Eu falava, ah, elas me falam que o bebê está com uma infecção. Até hoje a maioria das pessoas só sabe que nós sabemos que é uma infecção. (P6RA)

Na vivência de P1RD, houve uma certa demora na comunicação do diagnóstico de sífilis materna. Ela foi abordada pela equipe técnica somente para administração da medicação, sem que lhe fosse explicado o motivo. Posteriormente, ela e o esposo foram chamados e comunicados da condição dela e do bebê e da necessidade do marido buscar atendimento no SAE/CTA.

No outro dia eu lembro que veio um menino lá, um médico, com um negócio pra dar uma injeção em mim. Só que eu não entendi. Essa injeção pra quê? Não me falaram nada, (...) não me explicou nada, só veio e aplicou. (...) aí eu falei, por que? eles falaram assim, não sei, aí mandaram aplicar em você, pronto. (P1RD)

E aí surgiu que ela (médica) me chamou eu e meu esposo mais tarde. Aí conversou com a gente (...) falou você está assim, assim, assim (...) Que minha filha estava com uma sífilis, que eu estava e passei pra ela e que ela ia fazer um tratamento de 10 dias. (P1RD)

Eles só falaram assim, agora você vai nesse... Esqueci no lugar que eles dão o cartãozinho (SAE/CTA). Eu e meu esposo. Pra ele fazer um exame... Pra saber se ele também tava. (...) Eu não tomei susto. Que depender do meu marido, que hoje graças a Deus é outro homem. (...) Mas pelo marido que eu tinha, eu não me espantei. (P1RD)

O caso de P2UD foi ainda mais complexo, pois se tratou de um natimorto. O sofrimento da mãe passava não somente pela perda do filho, mas também pela dúvida acerca do que realmente tinha acontecido. A comunicação do diagnóstico só aconteceu no momento da alta hospitalar e sem o devido acolhimento.

A mulher só chegou pra mim, da alta, ela me deu duas injeções de benzetacil lá e não falou porquê. Só deu a injeção e falou que você já está de alta, vou tentar pegar um papel. Encostei lá, ela me deu um papel, ela falou: esse papel aqui é pra você levar no posto pra continuar o tratamento da sífilis. Aí eu falei, sífilis? Eu não sabia o que que era, na época. Sabia que era uma doença, mas não sabia o porquê, o que que era. Aí ela falou, sim, você perdeu o neném por conta da sífilis. Achei estranho. Aí ela falou: você vai e leva esse papel no posto e fica lá acompanhando. Falou isso. Só isso. (P2UD)

Marcas da experiência de ter um filho com sífilis congênita

Na experiência das usuárias, foi possível observar, que o diagnóstico e o tratamento da sífilis congênita nos bebês geraram sentimentos negativos nas mães. O receio de ser algo grave e a preocupação com as punções venosas e os diversos exames foram evidenciados nos relatos.

*Foi um choque. Que eu falei assim, o **bebê** então nasceu com algum problema, mas eles não querem falar. E mesmo assim, quando falou que nasceu com algum problema, eu pensei comigo, deve ser alguma coisa grave. Aí que uma enfermeira veio e falou comigo, não, não é isso que você está pensando não, fica tranquila, é só mesmo pra combater a infecção, eles falavam a infecção. Aí foi indo, foram dois dias, eu fui acalmado e já vi outras mães também com os filhos com os mesmos problemas, aí eu ficava mais tranquila. (P6RA)*

Aí que eu fui ver, eu fiquei mais assim chocada foi porque tava vindo todo dia, eles pegavam ele pra furar, furava o pezinho, furava o canto. E eu fiquei com medo foi que (...) diz que tem hora que tem que furar o pescocinho, mas lá foi mais o pezinho. (...)Ele tomava um remédio com a mangueirinha, tinha que ficar no pé. Então ele saiu desse hospital, mas foi quase 15 dias lá, ficando lá inteiro até dar alta. (P3RD)
Teve que furar as costinhas, teve que tirar o raio x, eles fizeram o exame do ouvidinho. Tudo que era de exames que tinha de fazer, eles fizeram. (P5UB)

A distância dos familiares e os custos financeiros também eram motivos de angústia para as mulheres, especialmente para aquelas que residiam na zona rural ou em outros municípios e que tinham outros filhos pequenos.

A dificuldade maior que teve é porque lá na UTI só fica até sete horas. E aí eu ficava com ela, a dificuldade é que eu tava longe da minha casa, dos meus dois filhos, longe dela e dificuldade em pagar transporte. Tinha (...) isso tudo. Aí eu ficava numa casa da vizinha. Era um pouco longe, tinha que pegar a Uber. Então a dificuldade foi essa, porque (...) dinheiro, porque a gente não tinha.(P1RD)

Meu mundo acabou. Era dia e noite chorando, dia e noite, minha mãe ficava falando, pára (...) de chorar, tu vai quebrar seu resguardo, pára. Eu imaginava ir no hospital e os outros (filhos) aqui. Avemaria, minha ansiedade ficou mais transtornada por causa disso. Eu criei ansiedade, tive ansiedade por causa disso. (P4UB).

Foi assim, foi triste. Porque eu já tinha ficado, a outra menina minha, fiquei 15 dias com ela lá. E aí, quando ele falou pra mim que eu tinha que ficar mais 14 dias, (...) é triste. Que às vezes você não tem família perto para poder te dar um apoio, às vezes para poder te dar um conselho, te dar um conforto, tudo tinha que ser você. Tudo você tem que botar na sua cabeça, tem que ficar, tem que ficar, não tem outro jeito. (P5UB)

As falas das usuárias também estiveram permeadas por sentimentos de culpa por ter transmitido a doença para a criança, bem como de desconfiança no relacionamento conjugal.

Eu ficava chorando dia e noite, dia e noite chorando. Olhava pra ele e falava, meu filho, porque isso foi acontecer com tu? (P4UB)

Porque se eu soubesse que eu estava com esse problema na gravidez, que eu tinha o problema na gravidez para passar para ele, eu tinha ido atrás, corrido atrás. Olhe doutor, eu estou com esse problema, eu quero o tratamento, para não passar para ele. Mas aí eu não fui indicada. (P6RA)

Não, eu tive um tipo de reação, não da doença, mas de falar assim, a gente passou pra minha filha. Ela não tem culpa, então a reação minha foi essa. Porque os bichinhos não tem culpa. E poderia ter um cuidado especial meu ou um cuidado

dele. (...) Porque eu estava entrando no negócio sabendo como que era. E também eu não imaginaria nunca que essa doença chegaria até... Que a gente imagina assim, com as outras lá fora ele previne. Comigo aqui dele... Então, às vezes é um pouco também de confiança. (P1RD)

Foi assim uma coisa meio chata. Por eu não estar esperando por estar grávida, aí eu comecei a acostumar, quando eu acostumei aconteceu tudo isso, fiquei assim, abalada. (...) E acabei, tipo assim, no meu pensamento... Eu falei assim, como eu fiz tantos exames e nunca deu nada, a única solução pra eu ter tido essa doença foi pegado dele. Então ele me traiu, pegou alguma mulher na rua com essa doença e passou pra mim. E meu pensamento até hoje é isso. (P2UD)

Marcou ele um pouco, mas marcou mais pra mim. Porque como eu já tinha, ele já ficou, tipo, cismado, assim, por que eu tinha isso, (...) ficou perguntando por que eu tinha pegado, da onde, se eu tinha traído dele com alguém, eu falei pra ele que não, porque eu já tinha antes, eu já tinha pegado antes. (P5UB)

O apoio dos profissionais foi destacado pelas usuárias como algo importante para que pudessem passar por aquele momento difícil.

Ajudou, bastante. Ajudou bastante. Depois que ele (o médico do hospital) me explicou tudo certinho, falou o motivo que eu tinha que ficar, que eu tinha não que pensar em mim, mas nos meus filhos. Aí que me deu mais força para ficar. (P5UB)
O pessoal do hospital só falava que ele estava bem, que não precisava ficar preocupada. Só que eles viam como e que eu ficava. Foi tanto que veio duas psicólogas conversar comigo. Mas a psicóloga veio conversar comigo, e a mesma coisa de falar assim, deságua (...). Para mim chorar era mais uma solução. (P4UB)

DISCUSSÃO

Observou-se que, no período de realização do pré-natal investigado, as participantes do estudo eram, em sua maioria, adultas jovens, com características socioeconômicas de baixa escolaridade e renda mensal, sem plano de saúde, sendo três delas beneficiárias do programa social Bolsa Família. Diversos estudos têm apontado uma maior frequência de sífilis gestacional em mulheres mais jovens e em condições de desigualdades, tais como baixa escolaridade e baixa renda familiar, e um maior risco de sífilis congênita nos conceitos de mulheres pretas e pardas, que iniciaram tardiamente o pré-natal (BENZAKEN et al., 2020; UCHÔA et al., 2022; PASCOAL et al., 2023; PAIXÃO et al., 2023).

Embora as gestações não tenham sido planejadas pelas mulheres, a existência de uma vinculação prévia da maioria delas com a respectiva equipe de APS, e a cobertura por Agente Comunitário de Saúde, pareceram favorecer a busca precoce pela assistência pré-natal. O início do pré-natal até 12 semanas de gestação é condição de suma importância para diagnósticos e intervenções oportunas, visando a proteção da saúde do binômio mãe-filho (BRASIL, 2013a).

Em contraposição, instiga-nos o fato de que as usuárias acionaram meios próprios para a confirmação do diagnóstico de gravidez, com somente uma busca pela APS,

levantando dúvidas sobre como se davam a disponibilidade e a divulgação dos testes rápidos de gravidez nas UBS naquele período. Há que se considerar o baixo custo dos chamados “testes de farmácia”, mas também a possibilidade de que havia uma baixa oferta desse teste e do exame laboratorial de Beta-HCG pelo SUS. Segundo BRASIL (2013b), o Teste Rápido de Gravidez (TRG) foi uma ação implantada a partir da instituição da Rede Cegonha, visando facilitar a detecção precoce da gravidez e colaborar para o início precoce do pré-natal.

A permeabilidade da agenda das equipes para marcação da primeira consulta e a garantia dos retornos subsequentes, favoreceram a realização de mais de seis consultas em metade das usuárias. Todas as usuárias tiveram acesso tanto a consultas de enfermagem quanto a consultas médicas, mas observou-se um protagonismo somente das enfermeiras na realização dos testes rápidos, o que pode ter levado as equipes a incorrer em perda de oportunidades. Estudos de Bagatini et al. (2016) e Lima et al. (2022) também encontraram uma centralização dos testes rápidos nos profissionais enfermeiros e alertaram para a necessidade de envolvimento de outras categorias profissionais, visando a expansão da oferta de exames para o cuidado integral à saúde das pessoas e o compartilhamento da agenda de trabalho entre a equipe.

Vimos, por meio das trajetórias assistenciais que nem todas as usuárias tiveram acesso aos testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatites Virais no início do primeiro e do terceiro trimestres de gestação. Observou-se também que foi aguardado o resultado do VDRL para se iniciar o tratamento de uma gestante com teste rápido positivo para sífilis, nunca tratada anteriormente. Tais condutas estão em desacordo ao que é preconizado pelos protocolos e podem ter colaborado para o atraso no início do tratamento, desfavorecendo melhores desfechos gestacionais. Também é importante destacar que a realização da Triagem pré-natal não substitui a realização dos testes rápidos, cuja vantagem é justamente a obteção do resultado no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato da gestante (BRASIL 2013a; BRASIL, 2022b).

A realização da maioria dos exames preconizados ao pré-natal, por meio do SUS, foi um dos resultados favoráveis identificados nas trajetórias. As estratégias utilizadas por alguns municípios, tanto da marcação de exames na própria UBS, quanto da coleta de exames no próprio município (ainda que posteriormente enviadas para análise em laboratórios externos), pareceu aprovada pelas usuárias e vantajosas para a facilitação do acesso e redução da peregrinação das gestantes. Entretanto, é

necessário ressaltar a importância de se garantir o recebimento dos resultados dos exames em tempo hábil, visto que a sua avaliação oportuna compõe um dos passos para a qualidade do pré-natal na APS (BRASIL, 2013a).

Em que pese a expertise do LMRR na realização de exames de interesse em saúde pública, observou-se nas trajetórias a necessidade de que seja conferida maior agilidade na liberação dos resultados. Segundo a análise de prontuários, caderneta da gestante e laudos de algumas usuárias, os resultados dos exames laboratoriais do 1º trimestre foram avaliados entre a 15ª e 24ª semanas de gestação. A literatura aponta que o tratamento da sífilis gestacional deve ocorrer o mais brevemente possível, idealmente até a 28ª semana, e que um dos seis principais fatores relacionados à falha terapêutica da sífilis materna é o tratamento após 24 semanas de gestação (BRASIL, 2023e; BRASIL, 2022b).

Quanto ao tratamento da sífilis gestacional, embora a benzilpenicilina benzatina tenha sido a droga de escolha nos três casos, conforme preconizado (BRASIL, 2022b), observou-se diferenças na logística da sua oferta durante o pré-natal. Em um dos casos, o tratamento foi desenvolvido na própria UBS, com a primeira dose administrada logo após o diagnóstico por teste rápido. Em outros dois casos, as usuárias foram encaminhadas para terem as suas medicações administradas no hospital municipal, sendo que tal rotina pode levar ao atraso no recebimento da primeira dose ou ao tratamento inadequado da sífilis (GUANABARA et al., 2017).

Estudos de Rodrigues & Domingues (2017), Araújo & Souza (2020), Figueiredo et al. (2020) e Paula et al. (2022) reportaram dificuldades para a administração de penicilina nas UBS, devido à indisponibilidade ou insuficiência do medicamento e insumos, ou mesmo à recusa dos profissionais pelo temor de eventos adversos. Embora sejam raros os casos de reação anafilática (BRASIL, 2022b; COFEN, 2017), Guanabara et al. (2017) advogam por investimentos em materiais e insumos que possibilitem o atendimento de urgência na APS, visando à garantia da administração da penicilina nas UBS.

Para ser considerado adequado, além da utilização da benzilpenicilina benzatina, o tratamento da sífilis gestacional deve ser iniciado até 30 dias antes do parto e finalizado até a sua ocorrência, com esquema terapêutico adequado ao estágio da infecção e intervalo de sete dias entre as doses (BRASIL 2022b; BRASIL 2023e). Ao observarmos a trajetória da usuária que iniciou tardiamente o pré-natal, seu relato e documentação clínica demonstraram que, embora tenham sido administradas as três

doses de penicilina, o parto ocorreu antes de se completarem 30 dias da primeira dose e o bebê foi notificado com sífilis congênita. O tratamento inadequado para sífilis no período gestacional não é incomum, e foi identificado em 61% dos partos ou abortos espontâneos atendidos entre 2008 a 2018 em um grande hospital do sul do Brasil (SWAYZE et al., 2022).

Ressalta-se a importância do adequado registro das doses prescritas e administradas, bem como dos exames de seguimento, tanto no prontuário quanto na caderneta da gestante, de forma a favorecer a recuperação de informações acerca do tratamento da sífilis durante a gravidez (FREITAS et al., 2019b; BRASIL, 2022b). Nesse sentido, ao tentar recuperar as trajetórias assistenciais das participantes deste estudo, ratificamos o caráter estratégico da informatização das UBS e da utilização do prontuário eletrônico pelas equipes de APS, no sentido tanto da qualificação dos registros da assistência à saúde, quanto da possibilidade de recuperação de informações imprescindíveis aos processos de investigação da transmissão vertical (BRASIL, 2014).

Embora a condição de tratamento das parcerias sexuais não se seja critério de definição de caso de sífilis congênita, é imprescindível que ele ocorra o mais rápido possível, dada a possibilidade de reinfecção da gestante (BRASIL, 2022b). Nesse estudo, as três usuárias diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal tiveram seus parceiros convocados para consulta e testagem na UBS. Entretanto, foram observadas dificuldades tanto no comparecimento quanto na aceitação do tratamento pelos parceiros. Verificou-se como estratégia das equipes o envio de solicitação de exames e de receita para os parceiros por intermédio da gestante. Estudos de Rodrigues & Domingues (2017) e Rocha et al. (2019) identificaram práticas semelhantes, mas alertam que não são estratégias apropriadas, uma vez que o tratamento deve ser administrado na própria UBS e que se perde a oportunidade de fornecer orientações e estabelecer vínculo.

A baixa adesão dos parceiros aos testes e tratamento foi documentada por diversos estudos, que evidenciaram barreiras institucionais (baixa qualidade da assistência pré-natal, não adesão a estratégias de convocação, dificuldade de acesso a testes e resultados) e barreiras sociais/individuais (aspectos culturais relacionados à assistência à saúde do homem, baixo envolvimento no pré-natal, conhecimento limitado, receio do tratamento doloroso) (FERNANDES; SOUZA; OLIVEIRA, 2021; ROCHA et al., 2019; SILVA et al., 2021; TORRES et al., 2022; BRASIL, 2023a).

Conforme verificado em algumas trajetórias, a prescrição de tratamento aos parceiros somente em caso de teste positivo, embora seja uma prática comum entre os profissionais, também é inadequada no sentido da interrupção da cadeia de transmissão (RODRIGUES & DOMINGUES, 2017). O Ministério da Saúde preconiza a “oferta de tratamento presuntivo aos parceiros sexuais, independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas, com dose única de benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular (1.200.000 UI em cada glúteo)” (BRASIL, 2022b, p.158). É válido ressaltar que a priorização da triagem e tratamento dos parceiros foi uma das iniciativas adotadas por Cuba, o primeiro país do mundo a receber da OMS a certificação da eliminação da transmissão vertical da sífilis e do HIV (SWAYZE et al., 2022).

Foi predominante nas trajetórias estudadas o cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF), estruturada a partir de territórios delimitados e adscrição de clientela a uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2017), o que potencialmente favorecia uma maior proximidade entre trabalhadores e usuárias. Nesse contexto, destaca-se a importância do acolhimento e de uma adequada abordagem pré e pós-teste por parte dos profissionais. Araújo e Souza (2021) e Tomasi et al. (2022) advertem que a concentração dos testes rápidos somente em uma categoria, aliada às crescentes demandas e um limitado tempo de consulta, podem favorecer a um trabalho mecânico, centrado apenas no procedimento, com pouco espaço para o apoio emocional e orientações às gestantes no pré-natal.

As trajetórias assistenciais também evidenciaram algumas características importantes ao processo comunicativo do diagnóstico de sífilis gestacional e sífilis congênita, tais como: informar de forma clara que a gestante tem sífilis, o que é, formas de transmissão, tratamento e cuidados; a abertura para a escuta da gestante, o que ela já sabe, suas dúvidas e receios, além da postura empática frente às reações e a identificação de necessidades de suporte multiprofissional. No contexto hospitalar também observou-se a necessidade do preparo da equipe para uma melhor comunicação, orientação e acolhimento de pessoas em momento de fragilidade.

Foi possível perceber as expectativas das mulheres em relação ao parto e a chegada do filho e os sentimentos de frustração e medo diante de um diagnóstico inesperado, potencializado pelo sofrimento relacionado ao tratamento venoso e à realização de muitos exames. Semelhantemente, estudo realizados com puérperas em uma unidade de pediatria hospitalar evidenciou sentimentos de susto, tristeza,

choro e pavor diante do diagnóstico de sífilis gestacional (SILVA et al., 2019a). Em relação à hospitalização da criança, Vicente et al. (2023) demonstraram que o tratamento prolongado e os procedimentos dolorosos mobilizaram um conjunto de emoções negativas nas mães, relacionadas à impotência, preocupação e ansiedade.

O relato de uma das usuárias sinalizou estigmas e preconceitos comumente relacionados às IST, que levam à vergonha do diagnóstico. Estudo de Silva et al. (2019b) apontou que a maioria das mulheres decidiu esconder o diagnóstico de sífilis congênita e informar outro motivo clínico para a internação da criança, destacando ainda que as IST ainda são culturalmente relacionadas a promiscuidade e comportamentos de risco.

As trajetórias evidenciaram dificuldades adicionais para as mulheres que tinham outros filhos pequenos e aquelas que moravam na zona rural e em outros municípios. O fato de estarem fora de casa por quase duas semanas e a preocupação com as questões financeiras e com os outros filhos revelaram a necessidade de estratégias para um melhor acolhimento emocional dessas mulheres durante a sua permanência no ambiente hospitalar.

Figueiredo et al. (2020) discutem que no contexto do diagnóstico de sífilis na gestação também afloram sentimentos como a raiva, a culpa e a insegurança. Nas trajetórias, também observamos nos relatos das mulheres tanto o sentimento de culpa por ter transmitido a doença para o bebê, quanto a desconfiança no relacionamento conjugal. Nesse sentido, Vicente et al. (2023) destacam a complexidade que envolve a prevenção e o tratamento da sífilis, pois não se limitam às questões biológicas, abrangendo também questões como gênero, sexualidade e preconceito.

CONCLUSÃO

As trajetórias assistenciais das usuárias se mostraram uma importante ferramenta para a apreensão das realidades vivenciadas no processo de assistência pré-natal no contexto da sífilis gestacional. Mesmo sendo um estudo locorregional, seus achados lançam luz sobre um conjunto de aspectos certamente vivenciados na prática diária, por usuárias e profissionais da APS de outras partes do país.

Foram identificados diversos elementos favoráveis à assistência pré-natal de gestantes com sífilis e seus parceiros, tais como a disponibilidade de testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatites B e C no processo assistencial de quase todas as mulheres

e a expressiva oferta dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal. Entretanto, algumas lacunas operacionais necessitam ser superadas para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical da sífilis.

Há necessidade de intensificação das ações de planejamento reprodutivo, com ampliação das ações de educação em saúde no território, bem como uma atuação mais efetiva dos ACS na divulgação dos serviços disponíveis na APS, tais como o teste rápido de gravidez, importante ferramenta para a identificação precoce de gestantes e convocação para o início do pré-natal antes das 12 semanas.

Evidenciou-se também a necessidade de atualização contínua de todos os profissionais da APS acerca dos protocolos assistenciais das IST na gestação, visando a adoção de condutas adequadas e em tempo oportuno para a garantia de melhores desfechos gestacionais. As trajetórias assistenciais destacaram especialmente a necessidade de consolidação da testagem rápida no início do 1º e 3º trimestres, a instituição do tratamento imediato da gestante e o tratamento presuntivo do parceiro.

Outrossim, é de suma importância a sensibilização e qualificação dos profissionais em relação à abordagem das parcerias das gestantes, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Estratégia do pré-natal do parceiro, buscando seu envolvimento desde o início da assistência pré-natal e o cuidado da sua própria saúde.

Do ponto de vista das ações de gestão, observou-se a necessidade de uma maior articulação com os serviços que compõem a rede laboratorial, no intuito da obtenção de resultados dos exames sorológicos no menor tempo possível. O processo de informatização de todas as UBS também necessita ser consolidado, com oferta de treinamento periódico dos profissionais de saúde acerca do prontuário eletrônico e suas funcionalidades, para a garantia dos devidos registros das observações, diagnósticos e condutas.

Aos gestores sinaliza-se ainda a premência de que seja instituída a administração da benzilpenicilina benzatina em todas as UBS, com rotinas de registro em prontuário e caderneta da gestante e estabelecimento de uma sistemática de monitoramento dos casos ativos pelas respectivas equipes de APS. Também faz-se imprescindível a ampliação das categorias capacitadas para a execução dos testes rápidos e a inclusão desta atividade na rotina de consultas de todos os profissionais da APS.

Ademais, é de grande relevância a contínua oferta de educação permanente profissionais da APS. Em relevo, destaca-se o tema do aconselhamento, para a promoção de uma escuta ativa, não restrita ao diagnóstico e tratamento, e que inclua a equipe multiprofissional, além do enfermeiro. As trajetórias também evidenciaram a necessidade de qualificação do processo comunicativo dos profissionais de saúde das maternidades, para abordagens mais acolhedoras e empáticas, e da promoção de ações que apoiem e orientem as mulheres durante a sua vivência intra-hospitalar.

Os limites do estudo abrangem, em primeiro lugar, o fato de não ter conseguido contemplar a participação de usuárias do município do estrato populacional de 30 a 50 mil habitantes, para um enriquecimento do olhar sobre a realidade de usuárias de municípios de médio porte dessa região. Em segundo lugar, o estudo de trajetórias é passível do viés de memória, pelo tempo decorrido da gestação, devido à intencionalidade de se investigar um período de funcionamento normal dos serviços, fora da pandemia da COVID-19. Neste contexto, o acesso a todos os prontuários teria sido de grande valia para a consolidação de algumas informações já esquecidas pelas usuárias.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) – Bolsa de doutorado, concedida a Jamille Amorim Carvalho Paiva (Termo de outorga nº BOL 1699/2019).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Túlio César Vieira de; SOUZA, Marize Barros de. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 1075-1087, 2021.

ARAÚJO, Túlio César Vieira de; SOUZA, Marize Barros de. Adesão da equipe à testagem rápida pré-natal e administração de penicilina benzatina na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

ARAÚJO, Cinthia Lociks de *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 479-486, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1 ed. 2015.

BAGATINI, Carmen Luísa Teixeira et al. Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**. Porto Alegre. Vol. 2, n. 1 (2016), p. 81-95, 2016.

BAHIA. Diretoria de Atenção Básica. **Caderno de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB): Cobertura populacional estimada de Saúde da Família 2012 a 2023** (dados até Agosto/2023). 2023a. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/> . Acesso em: 03 Jan. 2024.

BAHIA. Diretoria de Atenção Básica. **Caderno de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB): Cobertura da Atenção Primária à Saúde 2021 a 2023** (dados até agosto/2023). 2023b.

BELLATO, Rosenev; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; CASTRO, Phaedra. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In: Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. 2008. p. 167-187.

BENZAKEN AS, Pereira GFM, Cunha ARC da, Souza FMA de, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020;36(1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma e-Gestor AB, Relatórios Públicos (Financiamento APS/Pagamentos APS (2022-atual)/Capitação ponderada/Parcela OUT/23-Competência AGO/2023). 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2023d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). 2022c, acesso em 24 Fev.2022 no Núcleo Regional de Saúde Sudoeste/SESAB.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 16 p. – (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos; caderno nº 8

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 Jan. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil 2020-2021** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 22 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 29 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. 224 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. 73 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **NOTA TÉCNICA Nº 14/2023**. Dispõe sobre atualização da recomendação do intervalo entre doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento de sífilis em gestantes. DATI/SVSA/MS, 2023e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial – Sífilis 2023**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, Número Especial-Out. 2023b – versão eletrônica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>. Acesso em 03 Jan. 2024.

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 84 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nota técnica COFEN/CTLN nº 03/2017**. Dispõe sobre esclarecimentos aos profissionais de enfermagem, sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf> Brasília, 2017. Acesso em 14 Jan. 2024.

DA SILVA, Jéssica Gama *et al.* Sífilis gestacional: repercussões para a puerpera. **Cogitare enfermagem**, v. 24, 2019.

DOMINGUES, R.M.S.M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV**. Tese (Doutorado em em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, p. 201. 2011.

FERNANDES, Lilian Pinto Mota Rodrigues; SOUZA, Cláudio Lima; OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos. Oportunidades perdidas no tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 361-368, 2021.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00074519, 2020.

FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes *et al.* Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. **Revista de saude publica**, v. 53, 2019b.

FREITAS, Claudia Helena Soares de Moraes *et al.* Inequalities in access to HIV and syphilis tests in prenatal care in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel; BURILLE, Andreia; MÜLLER, Tatiana Leite. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: **Itinerários Terapêuticos: Integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 2016. p. 27-97.

AZEREDO, Lidiane Grutzmacher *et al.* CONGENITAL SYPHILIS: AN INTEGRATIVE RESEARCH. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 13, n. 1, 2021.

GUEDES, Ana Lúcia de Lima *et al.* Fatores associados às mulheres com diagnóstico de sífilis que realizaram pré-natal em unidade básica de saúde. **einstein (São Paulo)**, v. 21, p. eAO0046, 2023.

LIMA DA SILVA, Paula *et al.* Factors related to the loss of follow-up in pregnant women with syphilis: an integrative review. **Rev Rene**, v. 22, n. 1, 2021.

LOPES, Rosana Machado; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; HARTZ, Zulmira M. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S283-S297, 2004.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1109-1120, 2013.

OLIVEIRA GUANABARA, Marilene Alves *et al.* Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, p. 73-78, 2017.

PAULA, Mariane Andreza de *et al.* Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3331-3340, 2022.

PAIXAO, Enny S. *et al.* Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 11, p. e1734-e1742, 2023.

PASCOAL, Lorena Batista *et al.* Fatores de risco maternos e perinatais associados à sífilis congênita. **Medicina Tropical e Saúde Internacional**, 2023.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA, organizadores. **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, p. 17-42, 2008.

RODRIGUES DE OLIVEIRA LIMA, Reângela Cíntia *et al.* Nurses' perceptions of counseling and rapid testing for sexually transmitted infections. **Rev Rene**, v. 23, n. 1, 2022.

RODRIGUES, Danielle Carvalho; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. **The International journal of health planning and management**, v. 33, n. 2, p. 329-344, 2018.

RUTSTEIN, David D. *et al.* Measuring the quality of medical care: a clinical method. **N Engl J Med**, v. 294, n. 11, p. 582-588, 1976.

SENA, Átila Araújo *et al.* Fatores relacionados a persistente incidência de sífilis congênita na Bahia. Ouro Fino, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.9 n.4, p.1307-1314, 2017.

SOUZA MELO, Hadassa; DOS SANTOS, Daniel Coutinho. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO BÁSICA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 5, 2023.

SWAYZE, Emma J. *et al.* Ineffective penicillin treatment and absence of partner treatment may drive the congenital syphilis epidemic in Brazil. **AJOG global reports**, v. 2, n. 2, p. 100050, 2022.

TOMASI, Elaine *et al.* Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: What can (and should) improve?. **PLoS One**, v. 17, n. 1, p. e0262217, 2022.

TORRES, Paula Marília Afonso *et al.* Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis na gestação: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

UCHÔA, Thais Lopes do Amaral *et al.* Determinantes da sífilis gestacional em mulheres atendidas em programas de pré-natal na Amazônia brasileira. **Fronteiras na saúde pública**, v. 10, p. 930150, 2022.

VICENTE, Jéssica Batistela *et al.* Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, 2023.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. COSTA, EA org. **Vigilância Sanitária: temas para debate [online]**. Salvador: EDUFBA, 2009.