

Saúde Sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Desafios no Âmbito da Saúde Coletiva

Organizadoras

Maria Alix Leite Araújo

Marilene Alves Oliveira Guanabara

Aline Sales Nunes

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Angelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horacio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josénio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduína Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antonio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva de Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Organizadoras

Maria Alix Leite Araújo
Marilene Alves Oliveira Guanabara
Aline Sales Nunes

Saúde Sexual

e Infecções Sexualmente Transmissíveis: Desafios no Âmbito da Saúde Coletiva

ADRIANA BEZERRA BRASIL DE ALBUQUERQUE
ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA
ALANA LEITE MIRANDA
ALANNA BORGES CAVALCANTE
ALINE RODRIGUES FEITOZA
ALINE SALES NUNES
AMANDA EMÍLIA NUNES QUEZADO PRAXEDES
ANA CRISTINA MARTINS UCHOA LOPES
ANA DÉBORA ASSIS MOURA
ANA FÁTIMA BRAGA ROCHA
ANA IZABEL OLIVEIRA NICOLAU
ANA MARIA MARTINS PEREIRA
ANA RITA PAULO CARDOSO
ANDRÉA LIMA GOMES DOS SANTOS
ANGELICA ESPINOSA BARBOSA MIRANDA
ANTONIA LÍVIA RODRIGUES SOUSA
BEATRIZ ELARRAT CANTO CUTRIM
CAMILA FÉLIX AMÉRICO
CAMILA SANTOS DO COUTO
CARLA VIRGÍNIA DE MORAIS VARELA MORORÓ
CAROLINE SOARES NOBRE
CONCEIÇÃO DE MARIA DE ALBUQUERQUE
DANIELLE TEIXEIRA QUEIROZ
DAYZE DJANIRA FURTADO DE GALIZA
DEBORAH GURGEL FREIRE
ELK DE ASSIS ARAÚJO
ERIKA GURGEL ALBUQUERQUE
FÁBIO ALVES OLIVEIRA
FABRINNE GONÇALVES LOPES
FRANCISCO EDSON DAS CHAGAS SILVA
HELEN HUTE RODRIGUES DA SILVA
HERLA MARIA FURTADO JORGE
IZAUTINA VASCONCELOS DE SOUSA

JANIKELE FERREIRA DE OLIVEIRA
JÉSSICA ALMEIDA DE OLIVEIRA
JULYANA GOMES FREITAS
KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM
LÉA MARIA MOURA BARROSO
LIDIANA MENDES LACERDA
LIRNA BRAGA TRAVASSOS
LUANA IBIAPINA CORDEIRO
MAIZA CLAUDIA VILELA HIPÓLITO
MARIA ALIX LEITE ARAÚJO
MARIANA HERBSTER GURGEL
MARIA RAFAELA ALEXANDRE RODRIGUES SILVA
MARIA SAUJANNA SANY DE MOURA
MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA
MIRNA ALBUQUERQUE FROTA
MONIGLE DA SILVA SANTOS
NELIE CRISTINA LUZ TEIXEIRA
PAULA THISSIANY DE OLIVEIRA GURGEL
RAYSSA BARRETO DE OLIVEIRA MORAIS
REGINA YOSHIE MATSUE
RÔMULO MATIAS ALVES
ROSENDO FREITAS AMORIM
ROSIANNE GOMES CIPRIANO BRANDÃO
ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE
SADRINE MARIA EUFRASINO DE PINHO
SIMONE PAES MELO
SURAMA VALENA ELARRAT CANTO
TELMA ALVES MARTINS
VALDENICI FIRMO DE AGUIAR
VALÉRIA FREIRE GONÇALVES
VALÉRIA LIMA DE BARROS
VENCELAU JACKSON DA CONCEIÇÃO PANTOJA
ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS



1ª EDIÇÃO
FORTALEZA | CE
2018

**SAÚDE SEXUAL E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS:
DESAFIOS NO ÂMBITO DA SAÚDE COLETIVA**

© 2018 *Copyright* by Maria Alix Leite Araújo, Marilene Alves Oliveira Guanabara e
Aline Sales Nunes (ORGANIZADORAS)

IMPRESSO NO BRASIL / *PRINTED IN BRAZIL*
EFETUADO DEPÓSITO LEGAL NA BIBLIOTECA NACIONAL

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – *Campus* do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel.: (85) 3101-9893 – FAX: (85) 3101-9893
Internet: www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br



COORDENAÇÃO EDITORIAL

Erasmu Miessa Ruiz

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Carlos Alberto Alexandre Dantas
carlosalberto.adantas@gmail.com

REVISÃO DE TEXTO E NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Felipe Aragão de Freitas Carneiro
felipearagaofc@hotmail.com

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

BIBLIOTECÁRIA: *Lúcia Oliveira CRB - 3/304*

A255 Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis : desafios
no âmbito da saúde coletiva / organizadoras, Maria Alix
Leite Araújo, Marilene Alves Oliveira Guanabara, Aline
Sales Nunes; Adriana Bezerra Brasil de Albuquerque...[et
al.]. - Fortaleza : EdUECE, 2018.

297p.

Isbn: 978-85-7826-624-0

1. Saúde sexual. 2. Sexualidade. 3. Doenças Sexualmente
Transmissíveis. I. Araújo, Maria Alix Leite. II. Guanabara, Ma-
rilene Alves Oliveira. III. Nunes, Aline Sales. IV. Albuquerque,
Adriana Bezerra Brasil de. V. Título.

CDD: 612.6

Sumário

PREFÁCIO | 9

Angelica Espinosa Barbosa Miranda

EPIDEMIOLOGIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO CEARÁ | 13

Surama Valena Elarrat Canto

Izautina Vasconcelos de Sousa

Elk de Assis Araújo

Maria Alix Leite Araújo

Ana Rita Paulo Cardoso

Beatriz Elarrat Canto Cutrim

ACOLHIMENTO E VÍNCULO COMO TECNOLOGIAS LEVES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA-CE | 26

Marilene Alves Oliveira Guanabara

Maria Alix Leite Araújo

Regina Yoshie Matsue

Valéria Lima de Barros

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Fábio Alves Oliveira

DILEMAS NO ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA SOB A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA-CE | 43

Conceição de Maria de Albuquerque

Caroline Soares Nobre

Camila Santos do Couto

Karla Maria Carneiro Rolim

Mirna Albuquerque Frota

PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA | 59

Mirna Albuquerque Frota
Lirna Braga Travassos
Amanda Emília Nunes Quezado Praxedes
Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
Rosendo Freitas Amorim

CONHECIMENTO DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL ACERCA DA SÍFILIS | 78

Valéria Lima de Barros
Janikele Ferreira de Oliveira
Francisco Edson das Chagas Silva
Dayze Djanira Furtado de Galiza
Marilene Alves Oliveira Guanabara

PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS COM *VENEREAL DISEASE RESEARCH LABORATORY REAGENTE* ACERCA DA SÍFILIS | 103

Antonia Lívia Rodrigues Sousa
Ana Maria Martins Pereira
Maiza Claudia Vilela Hipólito
Herla Maria Furtado Jorge
Simone Paes Melo
Maria Alix Leite Araújo

O TRATAMENTO DO PARCEIRO SEXUAL NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA | 121

Ana Fátima Braga Rocha
Erika Gurgel Albuquerque
Lidiana Mendes Lacerda
Ana Cristina Martins Uchoa Lopes
Camila Félix Américo
Maria Alix Leite Araújo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR AIDS NO ESTADO DO CEARÁ | 141

Monigle da Silva Santos
Danielle Teixeira Queiroz
Valéria Freire Gonçalves
Deborah Gurgel Freire
Adriana Bezerra Brasil de Albuquerque

**DIAGNÓSTICO, ESTIGMA, SAÚDE E PROJETOS FUTUROS: A PERCEÇÃO DE PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS | 155**

Fabrinne Gonçalves Lopes

Léa Maria Moura Barroso

Ana Fátima Braga Rocha

**PERFIL DE JOVENS QUE REALIZARAM TESTE RÁPIDO DO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA | 178**

Jéssica Almeida de Oliveira

Carla Virgínia de Morais Varela Mororó

Léa Maria Moura Barroso

Adriano Rodrigues de Souza

Julyana Gomes Freitas

Telma Alves Martins

**AValiação DE IDOSOS ACERCA DAS CAMPANHAS DE PREVENÇÃO DO
HIV-AIDS | 197**

Aline Rodrigues Feitoza

Alana Leite Miranda

Ana Débora Assis Moura

Nelie Cristina Luz Teixeira

Luana Ibiapina Cordeiro

Sadrine Maria EufRASINO de Pinho

Adriano Rodrigues de Souza

PERCEÇÕES DE UM GRUPO DE IDOSOS ACERCA DO VÍRUS HIV/AIDS | 212

Aline Rodrigues Feitoza

Alana Leite Miranda

Luana Ibiapina Cordeiro

Ana Débora Assis Moura

Nelie Cristina Luz TeXeira

Sadrine Maria EufRASINO de Pinho

Rômulo Matias Alves

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES ENCARCERADAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA | 228

Ana Fátima Braga Rocha
Mariana Herbster Gurgel
Rayssa Barreto de Oliveira Morais
Elk de Assis Araújo
Andréa Lima Gomes dos Santos
Maria Alix Leite Araújo

PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM CLÍNICAS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS | 244

Roumayne Fernandes Vieira Andrade
Maria Alix Leite Araújo
Paula Thissiany de Oliveira Gurgel
Maria Rafaela Alexandre Rodrigues Silva
Aline Sales Nunes

CONHECIMENTO E CONDUTAS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DA TRICOMONÍASE | 261

Helen Hute Rodrigues da Silva
Maria Sauanna Sany de Moura
Valdenici Firmo de Aguiar
Valéria Lima de Barros
Dayze Djanira Furtado de Galiza

O GESTAR E A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE | 280

Alanna Borges Cavalcante
Rosianne Gomes Cipriano Brandão
Ana Izabel Oliveira Nicolau
Valéria Lima de Barros
Dayze Djanira Furtado de Galiza

PREFÁCIO

ANGELICA ESPINOSA BARBOSA MIRANDA

Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mestra em Doenças Infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e graduada em Medicina pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). Professora do Departamento de Medicina Social na UFES. Assessora do Ministério da Saúde como membro do Comitê de Doenças Sexualmente Transmissíveis e do Comitê de Epidemiologia do Departamento de DST/Aids/HIV. Foi coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas da UFES de 2007 a 2011. Atualmente é pró-reitora de extensão da UFES. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Epidemiologia das Doenças Infecciosas, atuando principalmente nos seguintes temas: Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Saúde Reprodutiva.

O livro *Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis: desafios no âmbito da saúde coletiva* aborda aspectos relevantes sobre o impacto das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) na saúde da mulher e da criança. Os capítulos relatam experiências na abordagem de população exposta ao risco de ISTs na percepção dos profissionais de saúde em relação ao problema na abordagem clínica e nas medidas de prevenção de novos casos.

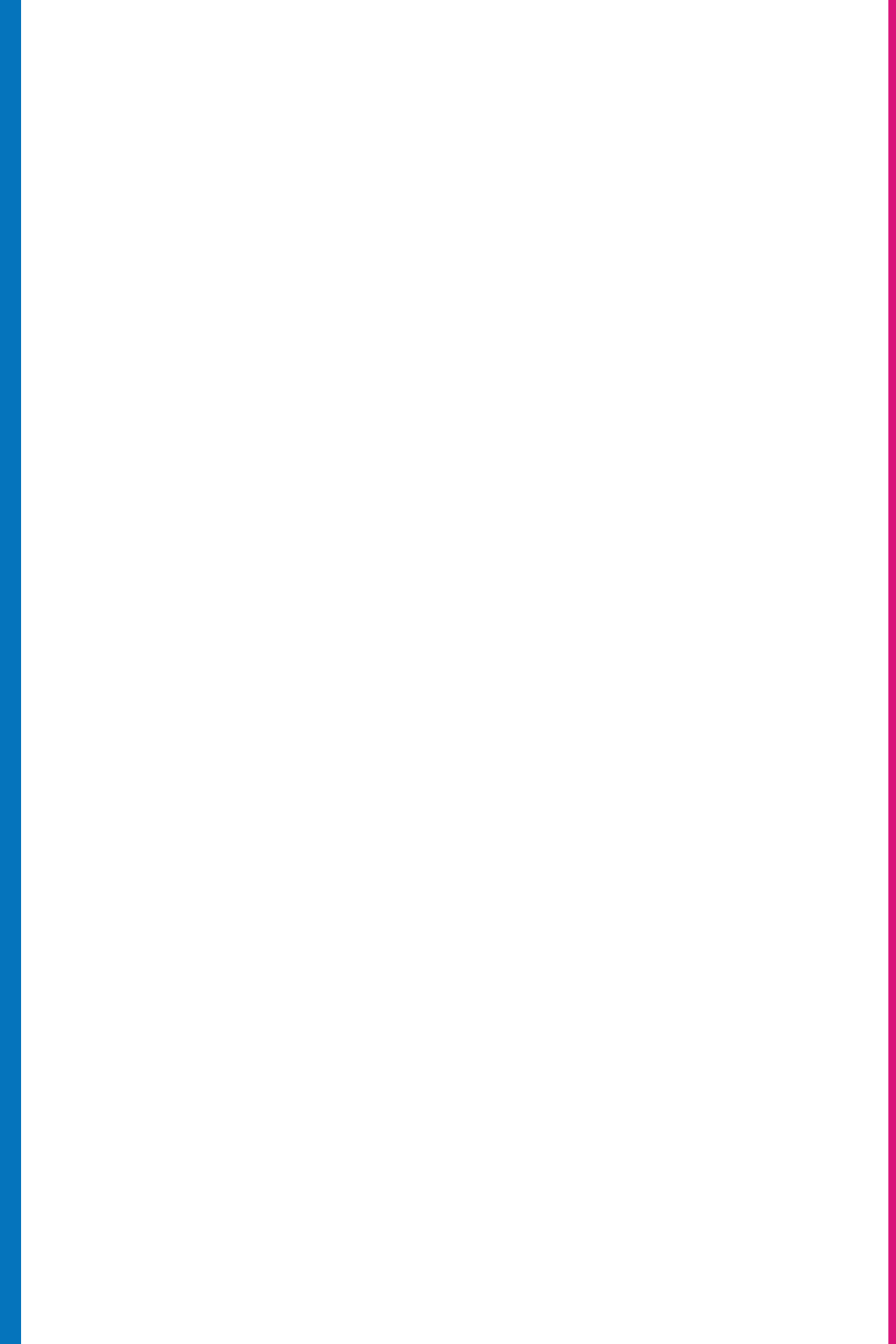
Em geral, as campanhas de prevenção das ISTs têm sido baseadas na orientação acerca do uso de preservativos, estratégia que tem representado um grande desafio para a efetiva redução na incidência de casos. Os profissionais de saúde enfrentam desafios concernentes ao acolhimento e ao aconselhamento de pacientes, especialmente diante da necessidade de lidar com a diversidade no comportamento sexual e no uso de drogas. Esses desafios estão diretamente relacionados às percepções pessoais e sofrem influência de fatores sociais, culturais e econômicos dos indivíduos envolvidos no processo.

A alta incidência de novos casos de ISTs e HIV/Aids no Brasil sugere que outros fatores podem influenciar o comportamento sexual quanto ao autocuidado e à prevenção dessas infecções. O advento da terapia antirretroviral de alta potência transformou a história natural da Aids, proporcionando vida mais longa e de melhor qualidade às pessoas que vivem com HIV. Mais recentemente, o uso da profilaxia pré-exposição, para evitar a infecção pelo HIV, pode ter contribuído para uma banalização da representação social dessas infecções e uma despreocupação quanto à necessidade de prevenção.

A nova epidemia de sífilis é um exemplo do problema atual que as ISTs representam no país, pois a sífilis é uma infecção que, para grande parte da população leiga, existia apenas nos livros de História, apesar de nunca ter sido eliminada; os dados de vigilância epidemiológica, inclusive, mostram um crescente número de casos notificados. A maior preocupação dos profissionais de saúde é com a transmissão de mulheres grávidas para os fetos, haja vista que os bebês podem sofrer malformações no sistema nervoso, ter problemas visuais e auditivos, podendo, até mesmo, vir a óbito. Precisamos fazer uma reflexão sobre o motivo de uma infecção tão antiga ainda ser uma ameaça para a saúde pública.

A educação em saúde e a adesão às práticas sexuais seguras são elementos essenciais para a prevenção das ISTs/Aids. Um aspecto importante a ser enfatizado é que a introdução de métodos mais eficazes de abordagem das ISTs não será eficaz no controle dessas infecções caso os indivíduos continuem sem acesso aos medicamentos e ao apoio prático e emocional necessários para a prevenção e o tratamento. Tendo em vista que essa população é assistida pela atenção básica, faz-se mister estabelecer estratégias conjuntas com a participação da família, dos educadores e dos profissionais de saúde para obter maior êxito no controle das ISTs.

Angelica Espinosa Barbosa Miranda



EPIDEMIOLOGIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO CEARÁ

SURAMA VALENA ELARRAT CANTO

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Pediatria pela Associação Médica Brasileira (AMB), com residência médica em Pediatria pela Universidade Federal do Ceará (UFC), e em Regulação em Saúde pela Universidade de São Paulo (USP) e graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Membro da Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualmente é médica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS).

IZAUTINA VASCONCELOS DE SOUSA

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPC), em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC), em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem também pela UECE. Atualmente é enfermeira do Berçário Médio Risco do Hospital Geral da Polícia Militar José Martiniano de Alencar, Fortaleza.

ELK DE ASSIS ARAÚJO

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pelo Centro de Qualificação e Ensino Profissional (Cequale) e em Psicopedagogia Institucional e Clínica pelo Instituto de Educação Superior e Profissional (IESP) e graduada em Enfermagem pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA).

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Pós-doutora pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestra em Saúde Pública também pela UFC e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifor.

ANA RITA PAULO CARDOSO

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), especializanda em Vigilância em Saúde pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Integrante do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia. Assessora técnica do Núcleo de Informação e Análise em Saúde (Nuias) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA). Interlocutora do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no Ceará.

BEATRIZ ELARRAT CANTO CUTRIM

Graduanda em Medicina pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

Introdução

A sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, o qual pode apresentar prematuridade, baixo peso, hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, pseudoparalisia, lesões pulmonares (pneumonia alba), rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, lesões renais (síndrome nefrótica), convulsão e meningoencefalite (BRASIL, 2013; CDC, 2015). É uma importante causa de mortes fetais, abortos espontâneos, óbitos perinatais e graves sequelas nos nascidos vivos (NEWMAN et al., 2013; ZHANG et al., 2016).

É dividida em dois períodos: a precoce (surge até o segundo ano de vida) e a tardia (surge após o segundo ano de vida). Em mais de 60% dos casos, a sífilis congênita é assintomática, porém, na sífilis congênita tardia, as manifestações clínicas são raras e resultantes da cicatrização da doença sistêmica precoce, podendo envolver vários órgãos (BRASIL, 2013).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1986 (Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 – Ministério da Saúde). A taxa de incidência em 2015 foi de 6,5 casos por 1.000 nascidos vivos; as regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentaram as maiores taxas, com 6,9 casos por 1.000 nascidos vivos. Dentre as unidades federativas, o Ceará aparece com uma taxa de 8,7 para cada 1.000 nascidos vivos, incidência

superior à média nacional. Chama a atenção o fato de que seis dos nove estados do Nordeste estão com as taxas acima da média do Brasil (BRASIL, 2016).

No Ceará, entre os anos de 2010 e 30 de junho de 2016, foram notificados 6.119 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. No ano de 2010, foram notificados 652 casos com uma taxa de incidência de 5,1 por 1.000 nascidos vivos, sendo observado aumento na incidência ano a ano, subindo de 883 (6,9 por 1.000 nascidos vivos) em 2011 para 1.115 (8,7 por 1.000 nascidos vivos) em 2015. O aumento da taxa de incidência pode representar os esforços do Ministério da Saúde e da Vigilância Epidemiológica dos estados na capacitação de recursos humanos e na detecção, notificação e investigação dos casos (BRASIL, 2016; CEARÁ, 2016).

Tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, os fatores de risco para a aquisição de sífilis por uma mulher em idade fértil são os seguintes: baixo nível socioeconômico, promiscuidade sexual, falta de acesso ao sistema de saúde, uso de drogas e abandono de escola. Em relação à sífilis congênita, acrescentam-se como fatores de risco: ausência de assistência pré-natal e gestante adolescente e/ou sem parceiro fixo (DOMINGUES et al., 2015; GUINSBURG; SANTOS, 2010).

São utilizados critérios de definição de casos embasados na história materna, formulados para a vigilância epidemiológica, que também servem para o manejo dos recém-nascidos. Nos neonatos, com a eventualidade de terem sífilis congênita, devem ser realizados exames diagnósticos, que incluem punção lombar e exames radiológicos. Essas crianças podem permanecer internadas por no mínimo 10 dias para o tratamento com penicilina, conforme os critérios determinados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; CDC, 2015).

Em relação ao diagnóstico da gestante, é preconizada a realização de dois testes sorológicos para sífilis durante a gravidez, sendo o primeiro no início da assistência do pré-natal e o segundo no terceiro trimestre da gestação, além de um último no momento do parto, certificando que não houve uma reinfecção ou doença não detectada (BRASIL, 2012).

Mesmo com décadas de experiência epidemiológica e clínica com sífilis na gestação e sífilis congênita, ambas continuam a ser importantes problemas de saúde pública no Brasil e no resto das Américas, sendo inadmissível que nos dias atuais ainda nasçam crianças com sífilis congênita, um agravo totalmente evitável quando o pré-natal e o tratamento adequado da gestante e das parcerias são realizados.

O objetivo deste trabalho é relatar a situação da sífilis congênita no estado do Ceará durante os anos de 2010 a 2013.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo de casos de sífilis congênita notificados no estado do Ceará no período de 2010 a 2013, correlacionando-os com a realização do pré-natal e do tratamento da mãe e do parceiro sexual. Foram utilizados dados secundários, disponibilizados pelo *site* eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), coletados no mês de abril de 2015.

O Ceará é uma das 27 unidades federativas do Brasil e está situado no norte da região Nordeste, com 184 municípios, sendo a cidade de Fortaleza sua capital. Sua área total é de 148.920.472 km² ou 9,37% da área do Nordeste e 1,74% da superfície do Brasil. A população do estado, de acordo com dados do Censo Demográfico de 2010, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 8.842.381, com densidade demográfica de 56,76 hab./km² (BRASIL, 2010b).

As variáveis disponíveis foram a unidade federativa de residência, município de residência, realização do pré-natal, tratamento da mãe e do parceiro. Os dados foram processados pelo programa *Microsoft Office Excel* (versão 2010) e apresentados em gráficos, na forma de números absolutos.

Como se trata de dados cujo conteúdo é de caráter público, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, mesmo assim os pesquisadores seguiram todos os preceitos éticos necessários para análise e divulgação dos dados dessa natureza.

Resultados e discussão

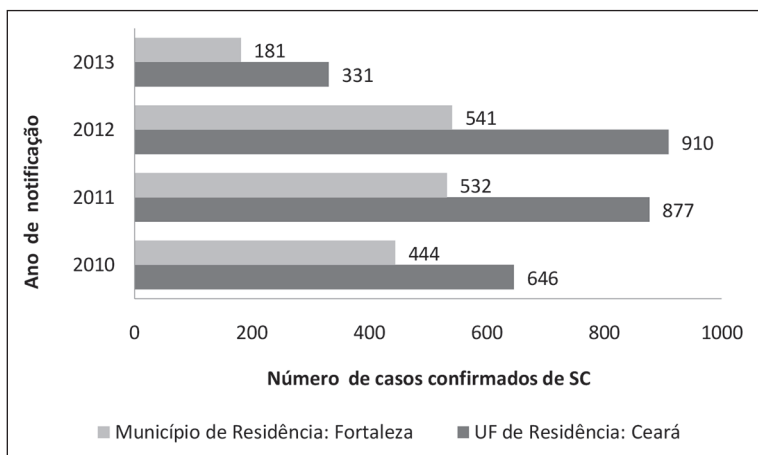
No estado do Ceará, no período de 2010 a 2013, foram notificados 2.764 casos de sífilis congênita (Gráfico 1); chamou a atenção nos dados o baixo número de casos registrados no ano de 2013 (331), contrastando com o número divulgado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 1.128 casos (CEARÁ, 2016), mostrando uma limitação do estudo quanto aos dados informados pelo DataSUS. Observou-se que, durante esse período, foram notificados em Fortaleza 1.698 casos de sífilis congênita, representando 61,4% dos casos notificados no Ceará.

Considerando-se a necessidade de diminuir a incidência de sífilis congênita, é importante que os profissionais de saúde e gestores tenham acesso a informações demonstrativas da magnitude do problema em cada localidade, com base na situação epidemiológica, e assim disponham de subsídios para o planejamento e monitoramento das intervenções a serem empreendidas (CARVALHO; BRITO, 2014).

No ano de 2010, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aprovou um Plano de Ação para a eliminação da trans-

missão vertical do HIV e da sífilis nas Américas, cuja meta até o ano de 2015 era a ocorrência de até 0,5 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos (OPAS, 2010). Somente Cuba atingiu essa meta (KAMB et al. 2015).

Gráfico 1 – Número de casos confirmados de sífilis congênita, Ceará, 2010-2013



Fonte: DataSUS (2015).

Verificou-se que, entre os anos de 2010 e 2013, 1.963 (70%) gestantes cujo conceito foi notificado com sífilis congênita realizaram o pré-natal, sendo o tratamento instituído em 1.184 (60%), com 333 (17%) parceiros tratados (Gráfico 2). Pode-se observar que a realização do pré-natal não assegurou o diagnóstico precoce de sífilis na gestante e não permitiu o tratamento adequado, o que evitaria a transmissão vertical da doença. O tratamento adequado com a Penicilina Benzatina pode evitar 97% dos casos de transmissão ao conceito (BLENCOWE et al., 2011).

A sífilis em gestante apresenta medidas de diagnóstico e tratamento de baixo custo, sendo facilmente exequível em uni-

dades de atenção primária, o que poderia facilitar o acesso da gestante ao diagnóstico e tratamento precocemente. Portanto, a assistência pré-natal de qualidade, com a realização do teste rápido, e o tratamento adequado, inclusive para os parceiros sexuais, são as medidas necessárias para conter a transmissão desse agravo (DOMINGUES et al., 2015; NEWMAN et al., 2013).

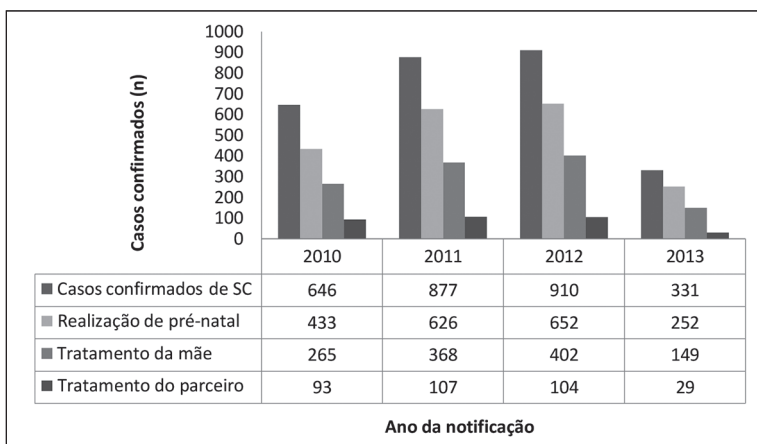
A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que a assistência pré-natal se inicie precocemente, ainda no primeiro trimestre gestacional, pois desse modo poderão ser identificados e prevenidos certos agravos, como a transmissão vertical da sífilis e do vírus da imunodeficiência humana (HIV). O protocolo nacional determina a realização de duas sorologias para sífilis e HIV, já a OMS e a OPAS estimam que mais de 90% das gestantes realizem pelo menos uma vez cada exame (DOMINGUES et al., 2015).

A frequência mínima de seis consultas no pré-natal é considerada adequada pela OPAS, e essa oferta pode alterar os desfechos das gestações, podendo levar à mortalidade perinatal em até cinco vezes na ausência da mesma (MAGALHÃES et al., 2013; RIPSÁ, 2002).

A oferta adequada do pré-natal tem alta efetividade dos resultados, considerando que é a intervenção de mais curto prazo em saúde pública (nove meses), com isso, além de prevenir desfechos desfavoráveis da gestação, reduz os gastos com a assistência do recém-nascido (MAGALHÃES et al., 2013).

Esse elevado número de parceiros que não receberam tratamento adequado para sífilis evidencia a negligência dos serviços de saúde, pois este deveria ser prioritário, haja vista a possibilidade de reexposição da gestante ao treponema, impedindo a quebra da cadeia de transmissão da doença e reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical. O controle da sífilis congênita requer, portanto, maior engajamento de profissionais que atuam na atenção primária (COSTA et al., 2013).

Gráfico 2 – Casos confirmados de sífilis congênita, realização do pré-natal, tratamento da mãe e do parceiro, Ceará, 2010-2013



Fonte: DataSUS (2015).

O Governo Federal instituiu em 2005 a Lei Federal nº 11.108, que garante o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, programa do Governo Federal financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que visa melhorar a assistência maternoinfantil. O atendimento às demandas do binômio mãe-filho passa a ser contemplado de forma mais específica, preconizando exames pré-natais a partir da confirmação da gravidez, também se faz encaminhamento para uma unidade de maior complexidade, caso seja necessário, para o cuidado de alto risco, caso a gestante apresente durante a gestação intercorrências ou quadro de risco que justifique ser referenciada a um serviço mais especializado para atendimento às suas demandas específicas, como também informar à gestante a unidade a que ela deverá se dirigir para a realização do

parto, de acordo com a evolução do seu pré-natal (SANTOS et al., 2012).

Nesse cenário, tanto a lei do acompanhante quanto a Rede Cegonha podem colaborar com a inserção paterna nas consultas de pré-natal, com incentivo para o seu envolvimento durante esse período, transformando o paradigma do binômio mãe-filho no trinômio pai-mãe-filho. O apoio às políticas para incentivar o pré-natal acompanhado do parceiro será um importante passo para seu sucesso.

As ações de prevenção da sífilis congênita são custo-efetivas (KAHN et al., 2014), porém demandam abordagens complexas por envolverem questões relativas ao comportamento sexual. Isso significa que o enfrentamento da sífilis congênita não depende apenas de conhecimentos biomédicos, recursos humanos e materiais, pois envolve intervenções não somente sobre aspectos biológicos, mas também comportamentais e socioculturais (GONÇALVES et al., 2008).

É importante a abordagem interdisciplinar das famílias, com o objetivo de garantir o seguimento dos casos de sífilis, adesão ao tratamento e controle da circulação do *Treponema pallidum*.

Conclusão

A sífilis congênita ainda atinge em grande número nossas crianças, com o pré-natal não sendo realizado satisfatoriamente e com a baixa adesão de tratamento das parcerias sexuais dessas gestantes, portanto constituindo-se um indicador que aponta para problemas na assistência pré-natal, uma vez que o diagnóstico e o tratamento em gestante têm 100% de possibilidade da sua realização na assistência do pré-natal.

A maioria das mães fez o pré-natal, porém a sífilis não foi diagnosticada ou não foi adequadamente tratada, assim é preciso

criar estratégias para fortalecer a qualidade da assistência pré-natal prestada, oferecendo capacitação aos profissionais da atenção primária, visto que é nesse nível de assistência que devem ocorrer o acompanhamento pré-natal e a capacitação quanto às questões técnicas do manejo da doença, como na abordagem de gestantes com sífilis, respeitando as especificidades e dificuldades vivenciadas para o seguimento adequado do tratamento e criando também estratégias para que o parceiro se envolva no período gravídico, com adesão ao tratamento. Essas ações poderão contribuir para reduzir a transmissão vertical da doença e enfrentar esse grave problema de saúde pública ainda existente no Ceará.

Referências

BLENCOWE, H. et al. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*, v. 11, suppl. 3, p. S3-S9, 2011.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 7 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*. Brasília, DF: MS, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Sífilis*. Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Sífilis*. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para controle da sífilis congênita*. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevalências e frequências relativas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras*. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estados@*. Brasília, DF: MPOG, 2010b.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 287-294, 2014.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. *Congenital syphilis*. 2015. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/tg2015/congenital.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CEARÁ. *Informe epidemiológico sífilis congênita*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2016.

CHOPRA, S. et al. Declining trends of syphilis seroprevalence among antenatal clinic cases and STD clinic cases in a tertiary-care centre: from January 2002 to December 2012. *Brief Communication*, v. 33, n. 5, p. 126-128, 2015.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis:

dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-12, 2016.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

GUINSBURG, R.; SANTOS, A. M. N. *Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010.

KAHN, J. G. et al. The cost and cost-effectiveness of scaling up screening and treatment of syphilis in pregnancy: a model. *PLoS One*, v. 9, n. 1, e87510, 2014.

KAMB, M. L. et al. Cuba eliminates mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis: a call to action for the Americas Region. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1-2, p. 3-5, 2015.

LIMA, B. G. C.; NASCIMENTO, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/Aids e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 123-153, 2008.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*, v. 10, n. 2, 2013.

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção*. OMS, 2008.

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: estrategia de monitoreo regional*. Montevideo: CLAP/SMR, 2010.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SANTOS, H. G. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Sul do Brasil: comparação de duas coortes em análise hierarquizada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1915-1926, 2012.

SILVA, D. M. A. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 278-285, 2014.

ZHANG, X. H. et al. Effectiveness of treatment to improve pregnancy outcomes among women with syphilis in Zhejiang Province, China. *PLoS Med*, v. 10, n. 2, 2016.

ACOLHIMENTO E VÍNCULO COMO TECNOLOGIAS LEVES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA-CE

MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA

Doutoranda e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Professora efetiva da Unifor. Coordenou a Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital Geral Dr. César Cals no período de 2013 a 2014.

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Pós-doutora pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestra em Saúde Pública também pela UFC e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifor.

REGINA YOSHIE MATSUE

Pós-doutora em Antropologia pela Universidade Nacional de Cingapura, doutora em Relações Internacionais (sub-área Antropologia) pela Universidade de Tsukuba, Japão, convalidado como equivalente ao doutorado em Antropologia da Universidade de Brasília (UnB), mestrado em Antropologia e em Estudos Asiáticos também pela Universidade de Tsukuba e graduada em Antropologia Social pela UnB. Foi professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor) de 2009 a 2013. Realizou pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) como bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) de 2014 a 2016. Atualmente é professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária de Chapecó (Unochapecó).

VALÉRIA LIMA DE BARROS

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Professora assistente da Universidade Federal do Piauí (UFPI), *Campus* Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB).

ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS

Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestra em Enfermagem Clínico-Cirúrgica também pela UFC, especialista em Hipertensão Arterial pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), em Enfermagem Assistencial pela UFC e em Aperfeiçoamento em Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública também pela UFC e graduada em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), em Letras e em Enfermagem, essas duas últimas formações pela UFC. Professora titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor).

FÁBIO ALVES OLIVEIRA

Mestrando em Ciências Médicas pela Universidade de Fortaleza (Unifor), licenciado em Biologia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e graduado em Enfermagem pela Unifor. Coordenador de Enfermagem do Serviço de Imagem da Clínica Omnimagem. Enfermeiro da Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital São Camilo - Cura d'Ars e enfermeiro do Serviço de Imagem e plantonista da Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital Geral Dr. César Cals.

Introdução

Melhorar a qualidade dos cuidados em saúde é o grande desafio para os países em desenvolvimento. Na Conferência de Saúde de Alma-Ata, fica evidente a necessidade de fortalecer as ações primárias com vistas a facilitar o acesso e promover e garantir a saúde a todos os povos (WHO, 1978).

A atenção primária integra um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, esse nível de atenção é ofertado pela Estratégia Saúde da Família, que surgiu como uma tentativa de reorientar o modelo assistencial por meio de uma atenção diferenciada, em que o acolhimento e o vínculo com os usuários dos serviços são valorizados. A atenção dispensada pela equipe da Estratégia Saúde da Família deve estar além da identificação do diagnóstico e do tratamento da enfermidade, centrando-se também na pessoa.

Por esse motivo, as relações intersubjetivas e as demandas dos usuários devem ser consideradas, sendo necessário, para tanto, que se estabeleçam o acolhimento e o vínculo. Os profissionais devem, portanto, desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar-se e atender às demandas dos usuários. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar também tecnologias que efetivamente concretizem as ações e o cuidado.

Merhy (2007) classifica as tecnologias em saúde em leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves representam as relações de interação e subjetividade, representadas pelo acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia e gestão como formas de governar o processo de trabalho. As tecnologias leve-duras estão ligadas aos saberes que direcionam o trabalho, representadas pelas normas, protocolos e o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo. Já as tecnologias duras são representadas pelos equipamentos e máquinas, em que se encerra o trabalho morto, fruto de outros momentos de produção. Essas tecnologias devem ser desenvolvidas em conjunto, complementando-se.

Nessa perspectiva, a utilização de tecnologias para a prevenção da sífilis congênita requer a reorganização dos serviços, de forma que seja garantido, dentre outras ações, o desenvolvimento de competências profissionais e recursos laboratoriais, ferramentas essenciais para a construção de novas práticas em saúde na atenção à gestante.

No caso das gestantes, a assistência pré-natal deve ocorrer precocemente, de forma qualificada e humanizada, garantindo-se continuidade e uso de tecnologias apropriadas. Dentre essas tecnologias que permeiam o cuidado à gestante, destacam-se o acolhimento e o vínculo, uma vez que – acredita-se – são inquestionáveis seus benefícios para a prevenção da sífilis congênita.

É importante destacar que, entre 1998 e junho de 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 142.961 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, dos quais 44.054 (30,8%) no Nordeste. No Ceará, a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 8,7 casos por 1.000 nascidos; em Fortaleza, de 15,0 casos por 1.000 nascidos vivos. Esses números mostram que o problema da infecção persiste no Brasil, o que pode estar relacionado à baixa qualidade

da assistência pré-natal (MELO; FILHO; FERREIRA, 2011), destacando que são muitas as oportunidades perdidas para a sua prevenção (ANVERSA et al., 2012). Ademais, é considerável o quantitativo de gestantes e de parceiros que não realizam o tratamento (DOMINGUES et al., 2012), possivelmente em virtude da não realização do exame VDRL¹ (ANVERSA, 2012), bem como em virtude de problemas relacionados a fragilidades no estabelecimento do acolhimento e do vínculo.

Levantamento realizado nas bases de dados Medline e Liliacs, no período de julho a setembro de 2011, demonstrou a escassez de artigos que tratam da temática relacionada à utilização de tecnologias para a prevenção da sífilis congênita na atenção primária. Considerando-se a lacuna de pesquisas e a relevância do tema, este estudo teve por objetivo analisar a utilização de tecnologias leves de acolhimento e vínculo como dispositivo para a prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, utilizando como estratégia de pesquisa o estudo de caso múltiplo (YIN, 2010), no qual se buscou analisar o processo de atenção pré-natal às gestantes com sífilis na atenção básica, apontando as questões que dificultam o acesso às tecnologias de prevenção e controle da sífilis congênita.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, que é dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SER). Em tese, essas secretarias têm o papel de executar as políticas setoriais de forma articulada, definindo prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando ser-

¹ Sigla de *Venereal Disease Research Laboratory* (em tradução livre: Teste Laboratorial de Doença Venérea).

viços articulados em uma rede de proteção social (FORTALEZA, 2009).

Fizeram parte do estudo duas SER, cujo critério de seleção foi baseado no histórico de notificação de casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita nos anos de 2007 a 2009. De cada SER foram selecionadas duas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS). Essas SER e UAPS apresentaram resultados contrastantes em relação ao número de notificações, tendo uma apresentado o menor e a outra o maior número de casos notificados no município. Vale salientar que todas as UAPS de Fortaleza atendem na lógica da Saúde da Família.

Supõe-se que a notificação de casos de sífilis na gestante por parte das UAPS pode estar relacionada a um maior cuidado com a problemática da sífilis. Realizou-se um estudo de caso individual em cada unidade selecionada, constituindo-se um estudo de caso múltiplo holístico, com unidade única de análise. Para Yin (2010), há quatro tipos de estudo de caso possíveis: o caso único com enfoque holístico, o caso único com enfoque incorporado e os casos múltiplos com os mesmos enfoques. O estudo de caso holístico deve ser aplicado quando não é possível identificar uma “subunidade lógica”.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a setembro de 2011, por meio de entrevistas, grupos focais e observação não participante das unidades e das consultas de pré-natal. Foram entrevistados nove médicos, 15 enfermeiras(os) e quatro gestantes com resultado de exame de VDRL positivo. Visando cumprir os preceitos éticos e preservar a identidade dos entrevistados, as citações foram identificadas pelo primeiro nome da categoria profissional, a saber: médico, enfermeiro(a) e gestante.

Como tecnologias leves, foram considerados o acolhimento e o vínculo. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o acolhimento propõe a reorganização do serviço de modo

a oferecer sempre uma resposta positiva aos problemas de saúde apresentados pelos usuários. Vale destacar que outra ferramenta compatível com a ideia das tecnologias leves e importante no sentido da humanização da atenção à saúde refere-se ao vínculo. Instrumento importante dentro da Estratégia Saúde da Família, o vínculo busca promover a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais da equipe e a população (BRASIL, 1998).

Como dispositivo de uma política de humanização dos serviços de saúde, o acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural. Portanto, essa estratégia pretende ultrapassar os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e compreender as esferas dos valores éticos (BREHMER; VERDI, 2010). De acordo com Souza et al. (2008), o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre a equipe e a população, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar os processos de trabalho.

A análise dos dados consistiu em extrair sentido do *corpus* das entrevistas. Foi feito um aprofundamento para entendimento e interpretação dos significados mais amplos das falas (CRESWELL, 2007). Posteriormente, os dados foram analisados à luz das teorias sobre tecnologias em saúde (GONÇALVES, 1994; MERHY, 2005). A categoria previamente definida foi “Acolhimento e vínculo: estratégias que não se concretizam na atenção de gestantes com sífilis”.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza (Unifor), com Parecer nº 072/2009, sendo financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, vinculada ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resultado e discussão

A idade dos profissionais médicos e enfermeiros variou de 25 a 53 anos e o tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família variou de sete meses a 18 anos. Entre as gestantes, a idade variou de 16 a 43 anos. Todas tinham até o ensino médio completo ou incompleto, viviam com o parceiro que era o pai da criança e ocupavam-se de atividades do lar.

Acolhimento e vínculo: estratégias que não se concretizam na atenção de gestantes com sífilis

Nas observações dos atendimentos, identificou-se que as consultas pré-natal realizadas pelos enfermeiros e médicos ocorrem de forma muito rápida e não proporcionam uma boa interação entre os profissionais de saúde e as usuárias. É possível que tal condição comprometa o acolhimento e o vínculo, necessários à boa qualidade da assistência pré-natal. Em várias ocasiões, pôde-se perceber a perda de oportunidades de esclarecimento das dúvidas das gestantes, situação atribuída pelos profissionais ao excesso de demanda: “*Infelizmente essa é uma unidade de saúde que tem uma demanda muito grande*” (Médico).

O atendimento ocorria de forma mecanizada, não favorecendo espaço para a escuta, e as orientações ocorriam descontextualizadas e desconsideravam as queixas das gestantes. Valorizar as demandas das usuárias, bem como suas singularidades, subjetividades e realidade de vida, consiste em recomendação fundamental para que o acolhimento e o vínculo se concretizem. A escuta e o acolhimento são imprescindíveis para que a gestante com sífilis possa compartilhar as dúvidas e os anseios provocados pelo diagnóstico.

A partir das informações das entrevistas e das observações das unidades, foi possível constatar que o vínculo entre a unida-

de, os profissionais e as gestantes com sífilis é muito frágil, o que pode levar essas mulheres a não comparecerem à unidade de saúde para as consultas subsequentes. Por outro lado, a unidade não tem um controle registrado das gestantes faltosas e não realiza o acompanhamento sistemático das mesmas por meio da visita domiciliar. Percebe-se tal condição nas falas adiante:

Descobri que estava com sífilis na terceira gestação; eu comecei o tratamento e – como ele [o parceiro] não quis fazer – desisti. (Gestante).

No exame, deu que eu tinha sífilis, aí passou Benzetacil, aí eu tomei só uma dose. Eu não fui para a minha última consulta de pré-natal, né, que no caso seria onde eles iam ver que eu não tinha feito a medicação. (Gestante).

É notório que a falta de acolhimento e de vínculo compromete a adesão da gestante e do parceiro ao tratamento. Essas gestantes, quando não conseguem a adesão do parceiro ao tratamento, não encontram apoio no serviço para desenvolver estratégias de enfrentamento a esse problema, limitando-se a faltar às consultas subsequentes, o que representa um grave problema para o controle da sífilis. Ademais, o vínculo do serviço com a comunidade parece ser muito frágil e não há garantia de acesso precoce da gestante à consulta, uma vez que, de um modo geral, essas referiram iniciar o pré-natal tardiamente, comprometendo o tratamento precoce e, inclusive, a quantidade de consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), como ilustram as falas à frente:

Comecei o pré-natal com cinco meses de gravidez. (Gestante).

Estava com seis meses quando comecei o pré-natal; entrei no sétimo agora, foi quando comecei o tratamento. (Gestante).

Só fiz três consultas; está aí no cartão: só três consultas. (Gestante).

Teve uma gestante com sífilis que iniciou o pré-natal tarde. A gente pediu exames dela com urgência, e ela veio quase perto de ter o menino. (Médico).

Às vezes, elas chegam muito ao final da gravidez, porque também não querem fazer no início, não vêm. Apesar do serviço estar funcionando, a gente não obriga, a gente oferece. (Enfermeiro).

Observou-se que, em geral, o acolhimento acontecia de forma pontual, quando ocorria, o qual se desenvolvia em um espaço definido, limitando-se a triar as pessoas para atendimento. Para Brehmer e Verdi (2010), o acolhimento converge fundamentalmente para uma relação estabelecida entre os profissionais e os usuários, em que o acolher é ouvir suas necessidades, de modo a oferecer respostas, transformando o ato mecânico em uma ação humana sensível.

Nesse sentido, Matumoto (1998) propõe que o acolhimento aproxime as pessoas de modo humanizado, valorizando a fala e a escuta na perspectiva do desenvolvimento da autonomia. Os resultados desta pesquisa apontam que o acolhimento na unidade está restrito à enfermagem, e não como uma ação universalizada entre todos os profissionais. Percebe-se o acolhimento como uma ação fragmentada, que não favorece a escuta, tornando-se uma espécie de triagem humanizada. Os enfermeiros se sentem sobrecarregados e reconhecem que essa prática precisa ser mais bem trabalhada.

Consoante Merhy (1997), o atendimento deve ocorrer por meio de um processo de interseção presente na relação entre trabalhador e usuária, em uma lógica acolhedora e assistencial que proporcione a troca de informações e a escuta dos problemas, condição que não é favorecida na maneira como vem se desenvolvendo nas unidades pesquisadas.

Borges e Silva (2015) definem acolhimento como escuta qualificada dos problemas de saúde dos usuários, garantindo-lhes sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução de seu problema ou anseio. Portanto, trata-se de uma ação que deve estar inserida em todas as etapas da atenção à saúde da mulher, especialmente daquelas com sífilis. Sobre isso, vejamos as falas a seguir:

Aqui não tem acolhimento. A unidade não é acolhedora. Vão lá para a coordenação, e as pessoas não acolhem. Eles não têm a capacidade de ouvir. Vocês têm que ouvir, acolher todo mundo. E outra coisa, daqui a uns dias eu desisto, eu não faço. Acolhimento é a equipe. Eu me sinto obrigada a fazer porque é uma política federal, não é política municipal, mas não é da categoria do enfermeiro. Isso é da unidade, a unidade tem que ser acolhedora. Eu canso de dizer: 'Não dá para fazer acolhimento dessa forma, gente. Não existe isso, não. Isso aqui não é acolhimento, não. Isso aqui é para amenizar os problemas da unidade'. (Enfermeira).

Para mim, o acolhimento deve ser feito pela equipe de Saúde da Família e com os pacientes da sua área. O que é que é o acolhimento? A primeira coisa é criação de vínculo. (Enfermeiro).

A assistência pré-natal, quando iniciada precocemente, pode proporcionar múltiplos benefícios para a gestante e a criança, pois favorece a possibilidade de maiores contatos com o serviço de saúde, contribuindo para evitar os possíveis efeitos adversos da sífilis no recém-nascido (GOMEZ et al., 2013).

Estudos mostram que as gestantes, mesmo quando iniciam o pré-natal precocemente e recebem o diagnóstico de sífilis durante a gestação, não são tratadas adequadamente (CAMPOS et al., 2010; HOLANDA et al., 2011). Essa situação demonstra que o controle da sífilis congênita está para além do cumprimento

to dos procedimentos recomendados nos protocolos oficiais e do uso de tecnologias duras, como disponibilização dos exames e do tratamento. Acredita-se que depende também das relações interpessoais estabelecidas entre profissional e usuária, pois é nesse encontro que se expressam os componentes vitais das tecnologias leves, articuladas à produção dos processos de interseção que se dão através das práticas de acolhimento, vínculo e “autonomização” (MERHY, 1997).

O acolhimento e o vínculo devem ser tecnologias primordiais empregadas pelos profissionais para contribuir com a resolubilidade do problema da sífilis na gestante, uma vez que estudos mostram que mulheres com infecções sexualmente transmissíveis enfrentam dificuldades em relação ao diagnóstico, especialmente na revelação ao parceiro sexual (CAVALCANTE et al., 2016).

Olha, o que eu vejo das outras equipes e nas unidades é que têm uma dificuldade, sim, do parceiro [quanto ao tratamento], muitas vezes eles não vêm. (Enfermeira).

Eu me sinto meio que de pés amarrados. Eu tive um caso em que a gente buscou o parceiro, conscientizou-o, ele tomou uma dose da medicação e depois não tomou mais, porque bebia demais. (Enfermeira).

O pior é que a gente não consegue trazer o parceiro, principalmente quando é usuário de drogas. (Enfermeira).

É que elas encontram resistência do companheiro em fazer o tratamento, e a gente não consegue interferir, a gente não consegue que ela exija que o companheiro se trate. (Enfermeira).

Nesse sentido, os profissionais enfrentam dificuldades no trato das questões ligadas às infecções sexualmente transmissíveis, especialmente relacionadas ao tratamento do parceiro sexual (DOMINGUES et al., 2013). Para que o parceiro seja tratado,

faz-se necessária a revelação do diagnóstico, situação muitas vezes de difícil condução, pois não existe um modelo considerado mais eficaz.

Devido à dificuldade na abordagem dos parceiros sexuais, os profissionais se limitavam a informar à gestante da necessidade de tratamento do mesmo, agindo de forma totalmente improvisada, sem se orientarem por concepções teóricas que respaldassem a sua práxis. O tratamento do parceiro sexual é um dos maiores desafios a serem enfrentados para o controle da sífilis congênita no mundo, por não existir uma estratégia definida e considerada mais adequada para garantir que esse processo ocorra de forma segura e que não coloque em risco a integridade do casal.

Ayres et al. (2003) demonstram preocupação em relação ao fato de que o cuidado em saúde depende de improvisação e de criação singular, posturas não autorizadas ou estimuladas pela razão tecnológica. A falta de habilidade para trabalhar as questões das próprias infecções sexualmente transmissíveis – no caso, a sífilis –, especialmente em relação à revelação do diagnóstico aos parceiros sexuais, compromete sobremaneira o acolhimento, a escuta qualificada e o apoio emocional às gestantes, visto que muitas vezes impede o profissional de informar e dialogar abertamente sobre o problema, por dificuldade de conduzir o processo (DOMINGUES et al., 2013).

A informação e o apoio emocional são componentes essenciais do aconselhamento e tão necessários quando alguém se descobre portador de uma infecção sexualmente transmissível. As tecnologias leves de acolhimento e vínculo devem ser utilizadas como ferramentas que venham a contribuir na produção do cuidado à gestante com sífilis, servindo como dispositivo potencializador para uma lógica de trabalho que valorize as subjetividades e as singularidades dos sujeitos.

Considerações finais

Pode-se constatar que o acolhimento e o vínculo não são utilizados como tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita, situação que dificulta o diagnóstico precoce da sífilis e possivelmente contribui para os péssimos indicadores de sífilis no município de Fortaleza. A falta dessas tecnologias está relacionada à não sistematização dos serviços e à falta de priorização das gestantes, especialmente aquelas com diagnóstico de sífilis. A essas devem-se assegurar a longitudinalidade do atendimento e um cuidado diferenciado, considerando que a sífilis é um problema muito grave, tanto para a mãe quanto para o feto, e totalmente passível de tratamento e controle na atenção primária.

Em Fortaleza, como em outras cidades do Brasil, necessário se faz aumentar os esforços no sentido de garantir maior cobertura de atenção pré-natal. Existem protocolos de atenção e manejo de casos de sífilis em gestantes. Entretanto, ocorre a inobservância na realização do tratamento dos casos identificados em gestantes e seus parceiros sexuais, que não são envolvidos no processo de cuidado. Assim, é preciso desenvolver estratégias que promovam o envolvimento dos parceiros sexuais, considerando que a responsabilidade para o controle da sífilis congênita deve ser compartilhada com o mesmo.

Por fim, é imprescindível que a Unidade de Atenção Primária em Saúde se articule interna e externamente, no sentido de elaborar um plano de ação exequível que favoreça a captação precocemente das gestantes e a continuidade do atendimento. Garantir que o controle e a prevenção da sífilis congênita se tornem realidade no município perpassa necessariamente pela organização da oferta e da demanda do atendimento, o que requer a disponibilização de tecnologias adequadas para garantir o acesso ao VDRL e ao tratamento.

Referências

- ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.
- BORGES, J. D. M.; SILVA, L. A. A. O acolhimento na atenção básica à saúde: saberes e práticas. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 9, n. 5, p. 7887-7894, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: MS, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica. Pacto pela Saúde*. Brasília, DF: MS, 2006. v. 4.
- BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 15, p. 3569-3578, 2010.
- CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.

CAVALCANTE, E. G. F. et al. Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 450-457, 2016.

CRESWELL, J. W. Projetos de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Mangueiras, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, 2013.

FORTALEZA. Secretaria de Saúde. Aids, sífilis em gestante e transmissão vertical da sífilis e do HIV. *Boletim Epidemiológico*, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 1-20, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. *Indicadores Saúde da mulher*. Fortaleza: SMS, 2012.

GOMEZ, G. B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, Genebra, v. 91, n. 3, p. 217-226, 2013.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

HOLANDA, M. T. C. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.

MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enferma-

gem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MELO, N. G. D. O.; FILHO, D. A. M.; FERREIRA, L. O. C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 213-222, 2011.

MERHY, E. E. *Cuidando com o cuidado: o caso da fila do toque e a aplicação do ato de cuidar*. Niterói: UFF, 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, s. 1, p. 100-110, 2008.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WHO – World Health Organization. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata*. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

DILEMAS NO ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA SOB A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA-CE

CONCEIÇÃO DE MARIA DE ALBUQUERQUE

Mestra em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e graduada em Administração de Empresas pela Unifor. Docente da Graduação em Enfermagem da Unifor.

CAROLINE SOARES NOBRE

Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (Fametro), especializanda em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e graduada em Enfermagem pela Unifor.

CAMILA SANTOS DO COUTO

Doutoranda e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (Fametro) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Docente da Graduação em Enfermagem da Unifor.

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM

Pós-doutora pela Universidade de Rouen/França (CHU-ROUEN), doutora e mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Docência em Educação a Distância pela Universidade de Fortaleza (Unifor) e em Perinatologia e Saúde Reprodutiva pela UFC e graduada em Enfermagem pela Unifor. Professora titular da Graduação em Enfermagem da Unifor. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva e coordenadora do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Unifor.

MIRNA ALBUQUERQUE FROTA

Pós-doutora pela Universidade de Rouen/França (CHU-ROUEN) e pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), doutora e mestra em Enfermagem, especialista em Enfermagem em Saúde Pública e graduada em Enfermagem, essas quatro últimas formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora titular da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Unifor.

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) estão entre as patologias da saúde pública mais comuns no mundo, devido à elevada incidência, prevalência, gravidade e estigma social que causam, dificultando diagnóstico e tratamento. Saraceni, Leal e Hartz (2005) destacam que, entre as ISTs, a sífilis é considerada uma doença antiga, com mais de 500 anos de existência, a qual se transformou em uma pandemia, com um quadro clínico agudo na passagem do século XV para o XVI. A evolução do tratamento ocorreu somente com a introdução da penicilina, no século XX.

A sífilis é epidemiologicamente relevante, mantendo elevados índices de transmissão, apesar do tratamento eficaz, de baixo custo e de fácil acesso contra o agente causador. Estima-se que a sífilis pode decorrer em altos índices de mortalidade perinatal, abortos, sífilis congênita e nascimentos de neonatos prematuros e de baixo peso. Devido à alta capacidade infecciosa, contribui para a propagação de comorbidades, tais como a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e o tétano. No decorrer dos anos, a atenção primária priorizou ações voltadas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), ainda que a prevalência estimada da sífilis se apresente quatro vezes maior (DE LORENZI; FIAMINGHI; ÁRTICO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que a prevenção da sífilis congênita é um componente primordial para a redução da morbimortalidade infantil. Em 2006, o Brasil

lançou o “Pacto pela Saúde”, tendo como uma das finalidades a redução da mortalidade materno-infantil. Em 2011, instituiu-se a Rede Cegonha, em que, dentre as ações do componente pré-natal, encontram-se a prevenção e o tratamento das ISTs, HIV/Aids e hepatites virais, com disponibilização de testes rápidos de sífilis e HIV. O “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita” tem como meta reduzir a incidência da sífilis congênita a valores menores a um caso por mil nascidos vivos (BRASIL, 2007, 2016; PAHO, 2011).

Em contrapartida, a sífilis congênita permanece como um desafio da saúde pública (COSTA et al., 2013). No mundo, estima-se a ocorrência de 12 milhões de novos casos da doença por ano (WHO, 2011). No Brasil, dados do *Boletim Epidemiológico de IST/Aids*, do Ministério da Saúde, revelam que, nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita, visto que em 2004 a taxa concentrou-se em 1,7 casos para cada mil nascidos vivos e em 2013 subiu para 4,7. O Ceará detém o terceiro maior índice entre os estados do Brasil, com 7,7 óbitos por mil nascidos vivos. Entre as capitais, Fortaleza encontra-se na quarta posição, com 14,6 óbitos por mil nascidos vivos. Evidencia-se um aumento na mortalidade por sífilis de 2,2 por mil nascidos vivos em 2004 para 5,5 em 2013 (BRASIL, 2016).

Para os pesquisadores Nonato, Melo e Guimarães (2015), os altos índices de sífilis congênita estão diretamente relacionados à má qualidade da assistência pré-natal. Dados oficiais apontam alta cobertura do pré-natal no Brasil, onde 90% das gestantes são assistidas por profissionais qualificados (BRASIL, 2005).

No entanto, estudos como os de Araújo et al. (2008) e Viellas et al. (2014) demonstram que, apesar da alta cobertura, a qualidade e a continuidade da assistência ainda são ineficazes para a diminuição dos casos de crianças contaminadas, haja vista

a baixa cobertura de testagem para sífilis na gestação, expondo um pré-natal com lacunas na assistência, tais como: ausência e/ou demora de exames de rotina, falhas na interpretação dos resultados dos testes sorológicos, erros e/ou ausência de tratamento de mães e dos parceiros sexuais, favorecendo a transmissão vertical.

O estudo descritivo realizado por Silva et al. (2014) em Fortaleza, Ceará (CE), em 67 unidades de atenção primária à saúde, revela que os profissionais (médicos e enfermeiros) demonstraram conhecimento em relação à importância do diagnóstico, tratamento e acompanhamento das gestantes diagnosticadas, mas não apresentaram conhecimento satisfatório acerca das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para prevenção e controle da sífilis congênita.

Conforme análise realizada por Costa et al. (2013), na qual apenas 70,9% das usuárias diagnosticadas com sífilis congênita realizaram o pré-natal, resultando, assim, em uma assistência pré-natal defasada, em que os profissionais de saúde não conseguem priorizar a sífilis congênita como problema de saúde pública e as medidas de prevenção são falhas, ocasionando uma extensão do período de internamento do binômio mãe e filho, aumentando gastos com tratamento.

Informações que corroboram os dados da pesquisa avaliativa desenvolvida em 89 unidades primárias de Fortaleza, Ceará, classificadas como satisfatórias e insatisfatórias, revelaram que 47,2% das unidades têm caráter insatisfatório para diagnosticar e tratar gestantes com sífilis, além do baixo percentual (21,3%) de profissionais capacitados para o manejo da sífilis, dos quais apenas 16,9% administravam a Penicilina G Benzatina (ARAÚJO et al., 2014).

A vivência no tocante à assistência hospitalar prestada ao binômio mãe e filho permitiu a identificação de lacunas assisten-

ciais voltadas ao diagnóstico, tratamento e prevenção da sífilis congênita no âmbito da saúde coletiva, bem como dos altos índices de morbimortalidade e comorbidades refletidos na prática hospitalar. Assim, objetivou-se conhecer a percepção das enfermeiras acerca dos dilemas de enfrentamento da sífilis congênita em Fortaleza-CE. O questionamento concernente aos dilemas parte da necessidade de sensibilizar os profissionais em relação à patologia e, conseqüentemente, desencadear processos estratégicos de enfrentamento.

Metodologia

O desenvolvimento da temática foi norteado pelo estudo de caráter exploratório e descritivo com enfoque na abordagem qualitativa, que Knechtel (2014) assegura que tem como objetivo o significado dos fenômenos e processos sociais, cuja finalidade é obter uma visão detalhada e complexa, analisando e observando a forma como os pesquisadores configuram e compreendem o processo estudado.

O estudo desenvolveu-se nas dependências de um hospital municipal de Fortaleza-CE. Apesar de ser considerado na rede pública de saúde como uma unidade secundária, dispõe em sua organização de unidade neonatal (UN) e alojamento conjunto (AC), setores nos quais foram coletados os dados. Nessas unidades ocorrem a continuidade do tratamento do binômio mãe e filho aos portadores de sífilis.

Participaram da pesquisa as enfermeiras das unidades que assistiam aos recém-natos portadores de sífilis congênita. A alta aceitabilidade redundou na participação de 13 profissionais que exerciam a assistência na UN ou AC havia no mínimo seis meses. O estudo não perpetrou restrição quanto à cor, credo, raça, nível de formação, estado civil ou situação financeira.

A coleta de dados realizou-se no período de janeiro a abril de 2012, mediante entrevista semiestruturada, de forma que primeiramente realizou-se a identificação dos possíveis participantes por chamamento público. Aos interessados entregou-se uma carta-convite para a realização da entrevista, visando apresentar a pesquisa. Após consentimento verbal, as enfermeiras assentiram em participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A entrevista semiestruturada baseou-se na questão norteadora: “*Quais dificuldades você identifica para o enfrentamento da sífilis congênita?*”. Para a confiabilidade e fidedignidade na transcrição dos relatos, as entrevistas foram gravadas.

As leituras sucessivas do *corpus* contribuíram para análise e elaboração das categorias do estudo, submetidas à análise temática de Minayo (2010), com as etapas: pré-análise ou organização do material; exploração desse material por intermédio da classificação, codificação e categorização; e interpretação dos resultados, o que permite a produção de ideias e hipóteses de acordo com as respostas.

A pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva “Promoção da qualidade de vida do binômio mãe e filho portadores de sífilis”, que tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), com Parecer nº 195/2010, seguindo o que preconiza o Ministério da Saúde por meio da Resolução nº 466/2012. Para garantir o sigilo e o compromisso ético de manter as participantes no anonimato, bem como de livrá-las de qualquer constrangimento, dano moral e físico, os relatos receberam as identificações E1, E2, E3, E4... E13.

Resultados e discussão

Entrevistaram-se 13 enfermeiras, nove delas realizavam assistência na UN e quatro no AC. Cinco encontravam-se na

faixa etária de 30 a 35 anos, cinco entre 36 e 40 anos, duas com 43 anos e uma com 63 anos, o que representa maturidade pessoal entre as enfermeiras. No entanto, apesar da faixa etária, algumas profissionais eram recém-formadas, seis tinham entre 1 e 10 anos de formadas, outras seis entre 11 e 20 anos e uma 32 anos.

O tempo de serviço variou, pois seis tinham entre 1 e 3 anos, outras seis tinham entre 4 e 10 anos e uma tinha 11 anos. Das 13 depoentes, cinco eram então especialistas em Pediatria e Neonatologia, uma em Obstetrícia, duas estavam cursando a especialização, oito eram especialistas em outra área e uma cursava mestrado em Cuidados Clínicos. Ressalta-se que três enfermeiras tinham mais de uma especialização.

A sífilis congênita com representação diária

A diversidade de percepções é evidenciada e configura-se como um reflexo do cotidiano da prática hospitalar, revelando sentimento de “frustração” por parte das enfermeiras ao receberem um recém-nascido com sífilis congênita na unidade. A patologia é encarada como algo “rotineiro”. Outro aspecto destacado enaltece o preconceito e o constrangimento, pois revela a dificuldade em orientar a mãe para com os cuidados diários com o neonato.

Quando cheguei a esta unidade, me assustei com a quantidade de casos, mas hoje tornou-se rotineiro [...]. (E5).

É tão comum aqui. A gente já tem um olhar até massificado, é uma realidade bem pesada que a gente vive [...], já virou nosso dia a dia. (E8).

O que me chama realmente a atenção são os índices bem elevados. (E12).

Quando a gente recebe e sabe que é sífilis, a gente tem certo preconceito, a gente toma um pouco mais de cuidado na hora do manuseio, no uso das luvas [...], é até constrangedor. (E13).

A prática das enfermeiras, independentemente do cenário de trabalho e da qualificação profissional, é determinada pela forma como elas relatam, percebem e concebem as situações do cotidiano, as quais nortearão suas ações. Como profissionais da saúde, sabe-se que é fundamental o empenho para a melhoria desse panorama, partindo do pressuposto de que a recuperação e o bem-estar dos clientes são influenciados diretamente pelos tipos de atendimento e de cuidado prestados pela enfermagem (KRUG; SOMAVILLA, 2004; SILVA; FERREIRA, 2008).

A quantidade elevada de casos provoca a dessensibilização do cuidado a essa patologia. A descrença e o comodismo dos profissionais frente à patologia fazem com que seja interpretada e relacionada à estagnação. O que agrava a situação é o surgimento de preconceitos advindos de uma profissional de saúde, no qual a função deveria ser a de cuidar e proteger sem distinções do tipo de doença, crença, raça, cor e sexualidade.

Dilemas no enfrentamento da sífilis congênita

As mães adolescentes são enfatizadas com determinada repulsa pelas profissionais diante de sua condição, acreditando-se que os casos de gestação na adolescência sejam o limiar da desatenção da saúde pública, o que revela o despreparo da assistência à saúde em seus mais complexos eixos, tais como a educação em saúde e a promoção da saúde.

Sampaio et al. (2011) ressaltam que, ao manter as ações restritas aos protocolos de atendimento, o serviço de saúde impossibilita a comunicação com as adolescentes e o acesso ao pre-

servativo, ao planejamento familiar e à assistência à saúde sexual. Essa situação se atrela à própria carência dos insumos de prevenção e à precária organização dos processos de trabalho, o que vulnerabiliza adolescentes às ISTs e à gravidez não planejada.

A gente tem muita mãe adolescente com esses casos de sífilis congênita. Mãe de 17 anos, terceiro filho e com sífilis congênita. A gente está pecando em algum lugar lá atrás, né? [E8].

[...] a gente vê que é uma coisa bem solta, a gente vê muita menina nova já com sífilis, menina de 14 anos. Como é que pode? [E13].

Pesquisas epidemiológicas anuem com esses relatos, revelando um número elevado de adolescentes com sífilis gestacional (CAMPOS et al., 2010; COSTA et al., 2011; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). No que diz respeito à adolescência, essas pesquisas sugerem que jovens com reduzido nível de escolaridade são mais suscetíveis às ISTs/HIV/Aids, entretanto a despreocupação com os aspectos preventivos parece estar mais relacionada ao comportamento próprio da adolescência do que à desinformação.

Outro estudo realizado em Fortaleza-CE revelou que 34,5% das gestantes com VDRL reagente eram adolescentes (CAMPOS et al., 2010), condizendo com a análise documental de Costa et al. (2013), em que 21,9% dos casos notificados eram de mães adolescentes. Tais resultados ratificam a iniciação sexual precoce e desprotegida, o que remete à necessidade de incentivar as práticas sexuais seguras.

Freitas e Dias (2010) referem-se à adolescência como uma fase de transição, na qual a timidez com relação à sexualidade e a falta de intimidade com o parceiro para negociar o uso de preservativo podem interferir na tomada de decisão. Os autores ressaltam que não se tem a pretensão de mostrar os caminhos e

as estratégias que minimizem as dúvidas, mas deve-se problematizar o tema, de modo a se buscar alternativas responsáveis e coerentes com os interesses.

Destaca-se que as ISTs em adolescentes vêm alertando a saúde para a atenção e os cuidados eficientes direcionados a essa população. Outro dilema destacado nas informações referentes à sífilis diz respeito aos parceiros, que frequentemente não colaboram no tratamento, sendo fator de risco para a reinfecção. Em contrapartida, evidenciou-se que as mulheres assumem uma posição participativa quando se fazem presentes nas consultas de pré-natal e em grupos educativos.

Os parceiros, em alguns casos, recusam-se a receber tratamento, elevando os riscos de reinfecção. Conforme protocolo do Ministério da Saúde, os parceiros devem realizar a testagem e, conseqüentemente, o tratamento em caso de confirmação diagnóstica. Uma vez que ocorra a ausência de tratamento destes, a gestante é considerada inadequadamente tratada e, consecutivamente, caracteriza-se um caso de sífilis congênita (BRASIL, 2016).

Temos dificuldade mesmo após a detecção para as mães seguirem o tratamento como também os parceiros. [E1].

O pré-natal em si e o tratamento, muitas vezes, o companheiro não quer fazer, infelizmente. [E2].

[...] orientação desses casais para usar preservativo e também para evitar transmissão e [realizar] o tratamento. O que a gente vê muito é que as parceiras tratam e que o parceiro não aceita o tratamento, e acaba tendo constantemente uma recontaminação, mantendo os valores elevados, né? [E12].

O absentéismo ao tratamento por parte do companheiro é atribuído como fator que dificulta o controle da infecção como medida de prevenção da ocorrência da sífilis congênita. A au-

sência de tratamento pode ocorrer pelo despreparo das equipes diante do resultado de sorologia positiva, como também pela carência de capacitação e orientação para os parceiros sexuais. Outro fator apontado é a demora no recebimento e retorno do resultado do exame, que inviabiliza a prescrição em tempo hábil para tratamento (COSTA et al., 2013; SILVA et al., 2010; SILVA et al., 2014).

O apoio familiar e do companheiro é fundamental durante a gestação. No caso das ISTs, torna-se difícil para o casal enfrentar a situação, devido aos constrangimentos social e conjugal que se apresentam mediante a desconfiança gerada na relação. O apoio profissional se torna imprescindível para a orientação e esclarecimentos de dúvidas que poderão surgir. Percebe-se carência de estímulos para que ambos sejam tratados. Costa et al. (2013), no estudo documental realizado no Núcleo de Informação e Análise em Saúde no Ceará, identificaram aumento dos casos notificados de parceiros não tratados a cada ano, de forma que, a partir de 2005, houve crescimento progressivo desses índices, superando de forma substancial o número de parceiros não tratados.

O terceiro dilema foi o envolvimento materno com drogas ilícitas, expressado com preocupação. As enfermeiras relataram que convivem com as genitoras no período de internação, escutam suas histórias de vida e angústias, findando a existência da relação entre as drogas e as ISTs. Discorreram acerca da frequência com que recebem mães dependentes químicas, referindo que tal uso é um agravante para a disseminação da doença. Andrade (2011) aponta que profissionais de saúde têm dificuldades de lidar com questões como uso de drogas e ISTs, pelo desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao consumo, reproduzindo preconceitos do senso comum acerca dos usuários, e pelo medo de exposição profissional à violência do tráfico.

A gente vê constantemente aqui usuárias de crack, outras casadas que o companheiro se recusa a fazer o tratamento. Acredito que precisa de um processo de conscientização. [E1].

E hoje a gente sabe que têm outros agravos ligados à sífilis congênita, como o uso de drogas [...]. [E4].

[...] o que se vê são mães usuárias de drogas. [E5].

Buss e Pellegrini Filho (2007) contribuem com a discussão a respeito da interação entre as drogas e as ISTs, ao dissertarem sobre a relação entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com sua situação de saúde. Os determinantes sociais em saúde, que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Pesquisa realizada por Portela et al. (2013), cujo objetivo foi identificar as repercussões do uso de drogas na gravidez e as consequências para o recém-nascido, revelou que, de um universo de nove puérperas usuárias de drogas, seis tiveram resultado positivo no VDRL e quatro transmitiram a sífilis para o seu filho. Mesquita et al. (2012) igualmente ressaltam a relação da sífilis congênita a uma consequência evidenciada do uso de drogas no período gestacional.

Sabe-se que inúmeros são os agravantes vinculados às ISTs, no entanto a sífilis congênita obtém papel de destaque quando se relaciona às drogas. Essa relação pode comprovar a carência de apoio sociocultural e educacional, sendo com frequência uma situação exposta pelos profissionais de saúde.

É relevante destacar que não houve relatos concernentes aos problemas referentes às notificações dos casos. Para Costa et al. (2013), as notificações são ímpares no processo de cuidado da sífilis congênita; os autores mencionam que as altas taxas podem ser reflexos da eficiência das notificações. Magalhães et al. (2013)

e Nonato, Melo e Guimarães (2015) suscitam um debate acerca das estratégias de prevenção à sífilis congênita evidenciadas na literatura, visto que se deve apoiar o fortalecimento de uma vigilância epidemiológica, com rastreamento e tratamento precoce dos casos durante o acompanhamento pré-natal e o parto, bem como o aconselhamento para propiciar a compreensão da gestante sobre a relevância de consentir quanto às recomendações necessárias para a desvinculação da reinfecção por sífilis e para a diminuição da transmissão vertical.

Considerações finais

A sífilis congênita é permeada por dilemas, visto que, apesar das políticas e programas de enfrentamento implementados ao longo dos anos, suas taxas permanecem em ascensão. Verifica-se que alguns impasses encontrados pela atenção primária são igualmente citados pelos profissionais de atenção secundária. A carência e a efetividade do tratamento do parceiro, mães adolescentes e usuárias de drogas são elementos-chave na perspectiva das enfermeiras para a redução dos casos de sífilis congênita. Identifica-se a “culpabilização” da atenção primária em parte dos relatos, de forma que há um distanciamento das lacunas encontradas pelos níveis de atenção.

A existência de dificuldades no combate à sífilis é fato já explorado por diversos pesquisadores, bem como os fatores associados e as possíveis medidas profiláticas efetivas. Acredita-se que a reflexão dos profissionais de saúde acerca da relevância da atenção à sífilis e à sífilis congênita fortalecerá o processo de empoderamento profissional e social da gestante e da comunidade por meio de educação em saúde.

Referências

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 4-9, 2008.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 300-306, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids*. Prevalências e freqüências relativas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras. Brasília, DF: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso*. Brasília, DF: MS, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

COSTA, M. C. O. et al. HIV/Aids e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/Aids. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 35, supl. 1, p. 179-195, 2011.

DE LORENZI, D. R. S.; FIAMINGHI, L. C.; ÁRTICO, G. R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Revista Femina*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. *Hospital Distrital Gonzaga Mota-Messejana*. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_redehospitalar_gonzaga-messejana.asp>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FREITAS, K. R.; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 351-357, 2010.

KNECHTEL, M. R. *Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada*. Curitiba: Intersaberes, 2014.

KRUG, S. B. F.; SOMAVILLA, V. C. Uma análise reflexiva da atuação do profissional enfermeiro junto à condição de acidentado do trabalho, segundo a teoria de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 277-279, 2004.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MESQUITA, K. O. et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *A pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

PAHO – Pan American Health Organization. *Clinical guideline for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean*. Paho, 2011.

PORTELA, G. L. C. et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 58-63, 2013.

SAMPAIO, J. et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/Aids no semiárido nordestino. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011.

SARACENI, V.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 3, p. 263-273, 2005.

SILVA, D. M. A. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 278-285, 2014.

SILVA, M. R. F. et al. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 301-309, 2010.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Changing the perspective on specialized knowledge in nursing: an epistemological debate. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1042-1048, 2008.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014.

WHO – World Health Organization. *Methods for surveillance and monitoring of congenital syphilis elimination within existing systems*. Geneva: WHO, 2011.

PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

MIRNA ALBUQUERQUE FROTA

Pós-doutora pela Universidade de Rouen/França (CHU-ROUEN) e pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), doutora e mestra em Enfermagem, especialista em Enfermagem em Saúde Pública e graduada em Enfermagem, essas quatro últimas formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora titular da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Unifor.

LIRNA BRAGA TRAVASSOS

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor).

AMANDA EMÍLIA NUNES QUEZADO PRAXEDES

Mestranda em Saúde Pública e graduada em Enfermagem, ambas as formações pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Atualmente é enfermeira da emergência do Hospital São Carlos.

VENCELAU JACKSON DA CONCEIÇÃO PANTOJA

Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá (Unifap). Conselheiro Federal de Enfermagem - Segundo Secretário. Autor do livro *Educação sexual não é bicho de sete cabeças*. Membro do Comitê Nacional de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis e HIV. Enfermeiro da Coordenação Estadual IST/Aids do Amapá.

ROSENDO FREITAS AMORIM

Doutor e mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Lógica Dialética pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e licenciado em Filosofia e História também pela UECE. Professor titular da Universidade de Fortaleza (Unifor) e assessor técnico da Secretaria da Educação do Estado do Ceará (Seduc-CE). Professor efetivo do Mestrado em Saúde Coletiva e professor colaborador do Programa de Pós-Graduação (mestrado e doutorado) em Direito, ambos vinculados à Unifor.

Introdução

Entre as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a sífilis merece destaque. Trata-se de uma doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, que se dissemina por via hematogênica, atravessa a placenta e atinge o feto (CARVALHO; BRITO, 2014). Quanto à sintomatologia da sífilis, Sonda et al. (2013) elucidam que cerca de dois terços dos recém-nascidos acometidos pela doença são assintomáticos precocemente, todavia os demais apresentam sintomas, como: lesões cutaneomucosas – como placas mucosas –, lesões palmoplantares, fissuras radiadas periorificiais, condilomas planos anogenitais e hepatoesplenomegalia.

Para Mesquita et al. (2012), a exposição à doença resulta em sérias implicações para a mulher e o embrião, sendo motivo de alta morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos desfavoráveis da gestação em mais de 50% dos casos, como aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos. Vale ressaltar que a maior prevalência de sífilis na gestação se dá em mulheres de baixa condição socioeconômica, indicando maior vulnerabilidade social e reprodutiva, tornando mais complexo o controle da sífilis nessa população.

O acesso ao teste para diagnóstico durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes com testes positivos e de seus parceiros preveniriam facilmente a sífilis congênita, contudo, muitas vezes, por falta de conhecimento e orientação sobre o as-

sunto, o problema acaba por passar despercebido, o que mantém os altos índices de recém-nascidos atingidos pela doença. Mais de 50% dos recém-nascidos filhos de mães não tratadas ou tratadas inadequadamente não manifestam sintomas da doença, os quais, assim, podem não ser diagnosticados ao nascimento, com sérias consequências no futuro (MAGALHÃES et al., 2013).

A ocorrência de sífilis congênita está associada à condução inadequada dos casos – desperdiçando-se o momento em que deveria ser dada a devida atenção para o diagnóstico e o tratamento –, à ausência de orientações, ao não tratamento do parceiro e ao tratamento dos casos diagnosticados realizado de forma incorreta (DOMINGUES et al., 2013).

O *Boletim epidemiológico da sífilis* (2015), do Ministério da Saúde, demonstrou que a taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil em 2011 foi de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, com as maiores taxas sendo apresentadas nas regiões Nordeste (3,8) e Sudeste (3,6). Em 2012, a taxa de detecção de sífilis em gestantes no Brasil foi de 5,8 por 1.000 nascidos vivos e a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 3,9 por 1.000 nascidos vivos. Em 2013, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 7,4 por 1.000 nascidos vivos e taxa de incidência de sífilis congênita de 4,7 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2015a).

O Ministério da Saúde propôs eliminar a sífilis congênita até o ano 2000, essa meta não foi alcançada e ainda enfrenta a crescente incidência da sífilis congênita na população. No ciclo gravídico puerperal é preocupante, devido ao agravamento na forma congênita, aumentando os números de mortalidade perinatal, abortos e sequelas neurológicas nos recém-nascidos. Por isso, tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica no Brasil em 1986 (Portaria nº 542, de

22 de dezembro de 1986 – Ministério da Saúde). Recomenda-se que o teste da sífilis seja ofertado a todas as gestantes no início da gestação, na trigésima semana e no parto, além de que sejam realizadas campanhas de combate à sífilis congênita no país, para fins de sua eliminação (MELLO; SANTOS, 2015).

Dados oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS) relatam que por ano ocorrem por volta de 12 milhões de casos novos na população adulta em todo o mundo, a maioria em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que a prevalência média de sífilis em parturientes varia de 1,4% a 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical em aproximadamente 25%. Esse agravo pode sugerir uma baixa qualidade da assistência pré-natal, tendo em vista que o diagnóstico e o tratamento podem ser efetivamente realizados durante a gestação em serviços de atenção primária à saúde (CORREIA et al., 2014; MAGALHÃES et al., 2013).

A ineficiência dos programas de atenção básica de saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF) e a Rede Cegonha, associada às mudanças comportamentais da sociedade atual, como aumento de uso de drogas e iniciação sexual precoce, torna imperativo que se investiguem quais os fatores que têm contribuído para a continuada transmissão da sífilis congênita, de forma a redirecionar as medidas de prevenção e controle (MESQUITA et al., 2012).

Consoante Rodrigues et al. (2014), para que ocorra uma redução da prevalência da sífilis congênita, é necessário um diagnóstico precoce, sendo indispensável a realização de exames sorológicos e de imagem do recém-nascido, para que, caso necessário, inicie-se o tratamento, diminuindo, assim, a prevalência da infecção e qualquer sequela na criança, ofertando-lhe uma melhor qualidade de vida.

Diante do exposto, objetivou-se analisar e discutir as evidências científicas acerca da prevenção da sífilis congênita.

Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura científica. A revisão integrativa sintetiza resultados de pesquisas anteriores e mostra, sobretudo, as conclusões do *corpus* da literatura, orientando a busca desta. Os dados sintetizados e comparados permitem que se obtenham conclusões gerais sobre o problema de pesquisa, que se caracteriza pela criticidade própria das pesquisas primárias no que se refere à replicação, clareza e rigor científicos (CROSSETTI, 2012).

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa perpassa por seis etapas: selecionar a hipótese ou questão da revisão, selecionar a amostra a ser estudada, definir as características do estudo, analisar os estudos incluídos na revisão, interpretar os resultados e apresentar a revisão com a síntese do conhecimento.

Como primeira etapa, para orientar este estudo, foi abordada a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências científicas acerca da prevenção da sífilis congênita?”.

Na segunda etapa, definiu-se a amostra da pesquisa, utilizando-se, para levantamento bibliográfico, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como fonte principal e o banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). A escolha por essas bases de dados ocorreu devido às suas publicações serem referentes à América Latina e ao Caribe, apresentando várias publicações nacionais e de relevância quanto ao tema escolhido. Recorreu-se também à base de dados do *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO), que é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, e à Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), que é composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem.

Ainda na segunda etapa, definiram-se critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão estabelecidos para orientação da busca e seleção dos estudos obedeceram aos seguintes aspectos: estudos que foram indexados nas bases de dados a partir das palavras-chave: “sífilis congênita”, “atenção primária à saúde” e “prevenção”; estudos que fizessem abordagem da temática da prevenção da sífilis congênita; publicações nacionais divulgadas em língua portuguesa, com publicação no período de 2006 a 2016; estudos com natureza qualitativa, quantitativa e quantitativa; e pesquisas desenvolvidas por membros da área da Saúde. Os critérios de exclusão estabelecidos foram publicações que correspondessem a editoriais, resumos de congressos, anais, opiniões e comentários. O levantamento de dados da pesquisa foi realizado no segundo trimestre do ano de 2016.

Os descritores utilizados nas bases de dados e na biblioteca virtual foram: “sífilis congênita”, “atenção primária à saúde” e “prevenção”. Foram adotados os operadores “*and*” e “*or*”.

Na terceira etapa, empregou-se um instrumento para avaliar a qualidade do estudo e a realização da extração de dados de cada publicação pré-selecionada. Esse instrumento foi explicado e disponibilizado aos leitores, de sorte a não comprometer a validade dos resultados da revisão. O referido instrumento serviu para sumarizar e documentar, de modo fácil e conciso, as informações sobre os artigos incluídos na revisão. A elaboração e o uso de instrumentos de coleta são necessários, a fim de permitir a avaliação individual da metodologia e os objetivos dos estudos, além de possibilitar a síntese dos artigos incluídos, considerando suas semelhanças e diferenças.

Posteriormente, na quarta etapa, realizou-se a leitura minuciosa dos estudos pré-selecionados, para identificação de elementos que se relacionassem com a temática e seleção dos trechos que contivessem as evidências científicas necessárias, as

quais, após esse processo, foram agrupadas de acordo com o tema central e os elementos relacionados a ele.

Na quinta etapa, empreenderam-se uma análise e interpretação aprofundadas dos artigos selecionados, comparando com os dados encontrados na literatura. Na sexta etapa, finalizou-se o estudo, com a síntese do conhecimento obtido através dessa revisão, apresentada em categorias temáticas.

Resultados e discussões

A busca do material de análise por meio dos descritores resultou em um total de 556 artigos; após o cruzamento com os critérios de inclusão e exclusão definidos, totalizaram-se 44 artigos, dentre os quais, depois da leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 20, que foram lidos na íntegra para a seleção de 18 artigos, os quais compõem a amostra do presente estudo. O Quadro 1 resume as informações dos estudos analisados.

De acordo com o Quadro 1, os estudos de abordagem quantitativa são os mais presentes, com 16 artigos, havendo apenas um estudo qualitativo e um estudo de revisão integrativa. Quanto ao ano de publicação, constatou-se a publicação de quatro artigos em 2012, três em 2013, 2014 e 2016 cada, dois em 2015, um em 2011 e um em 2006. Os outros anos não tiveram artigos que abordassem o tema específico.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos de acordo com o título, tipo de estudo, autores, periódico, ano e objetivos

Nº	Título do artigo	Tipo de estudo	Autores	Periódico/Ano	Objetivos
01	Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita	Estudo descritivo quantitativo	Eliete da Cunha Araújo; Kelly de Souza Gama Costa; Raíaela de Souza e Silva; Valéria Nascimento da Gama Azevedo; Fábio André Souto Lima	<i>Revista Paraense de Medicina</i> , 2006	Analisar a relação entre a assistência pré-natal e a ocorrência de casos de sífilis congênita.
02	Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle	Estudo transversal descritivo	Ana Luíza de Araújo Campos; Maria Alix Leite Araújo; Simone Paes Melo; Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves	<i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 2010	O objetivo deste estudo transversal foi conhecer o perfil epidemiológico das gestantes com VDRL reagente, em Fortaleza, Ceará, Brasil, no ano de 2008.

03	Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente	Estudo descritivo quantitativo	Roumayne Fernandes Vieira Andrade; Nara B. G. Lima; Maria Alix Leite Araújo; Denise M. A. Silva; Simone Paes Melo	<i>Journal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis</i> , 2011	Analisar o conhecimento dos enfermeiros com relação ao manejo da gestante com exame de VDRL reagente.
04	Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família	Estudo ecológico observacional, descritivo e analítico (quantitativo)	Cinthia Lociks de Araújo; Helena Eri Shimizu; Artur Iuri Alves de Sousa; Edgar Merchán Hamann	<i>Revista de Saúde Pública</i> , 2012	Estimar a incidência da sífilis congênita e identificar sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família.
05	Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual	Estudo transversal descritivo	Ana Luiza de Araújo Campos; Maria Alix Leite Araújo; Simone Paes Melo; Roumayne Fernandes Vieira Andrade; Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves	<i>Fundação Oswaldo Cruz</i> , 2012	Analisar o perfil sociodemográfico e comportamental dos parceiros sexuais, a proporção daqueles inadequadamente tratados e os motivos da não realização do tratamento.

06	Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita	Estudo descritivo quantitativo	Valéria Saraceni; Angelica Espinosa Barbosa Miranda	<i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 2012	Investigar a relação entre a cobertura da FHS nas regiões brasileiras e a razão de casos de sífilis em gestante e de sífilis congênita.
07	Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal	Pesquisa documental exploratório-ratária	Karina O. Mesquita; Gleiciane Kélen Lima; Adriano A. Filgueira; Sandra Maria C. Flór; Cibelly Aliny S. L. Freitas; Maria Socorro C. Linhares; Fabiane A. Gubert	<i>Journal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis</i> , 2012	Analisar o perfil dos casos de sífilis congênita de Sobral, Ceará, diagnosticados no período de janeiro a dezembro de 2010.
08	Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década	Estudo transversal e documental quantitativo	Camila Chaves da Costa; Lydia Vieira Freitas; Deise Maria do Nascimento Sousa; Lara Leite de Oliveira; Ana Carolina Maria Araújo Chagas; Marcos Venícios de Oliveira Lopes; Ana Kelve de Castro Damasceno	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 2013	Avaliar a taxa de notificação de sífilis congênita no estado do Ceará entre os anos 2000 e 2009; descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita; verificar a realização do pré-natal e tratamento das gestantes e a realização do tratamento dos seus parceiros.

09	Sífilis materna e congênita: ainda um desafio	Estudo descritivo quantitativo	Daniela Mendes dos Santos Magalhães; Inês Aparecida Laudares Kawaguchi; Adriano Dias; Iracema de Mattos Paranhos Calderon	<i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 2013	Estabelecer o perfil das gestantes com VDRL reagente acompanhadas em maternidades públicas do Distrito Federal.
10	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal	Estudo transversal quantitativo	Rosa Maria Soares Madeira Domingues; Valéria Saraceni; Zulmira Maria de Araújo Hartz; Maria do Carmo Leal	<i>Revista de Saúde Pública</i> , 2013	Analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis.
11	Avaliação da assistência pré-natal em unidade com Estratégia Saúde da Família	Estudo transversal	Marianne Dias Corrêa; Maria Alice Tsunehiro; Marlise de Oliveira Pimentel Lima; Isabel Cristina Bonadio	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 2014	Analisar o processo da assistência PN de uma unidade com ESF, conforme os indicadores do PHPN.
12	Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo	Estudo descritivo quantitativo	Maria Alix Leite Araújo; Valéria Lima de Barros; Heber José de Moura; Ana Fátima Braga Rocha; Marilene Alves Oliveira Guanabara	<i>Cadernos de Saúde Coletiva</i> , 2014	Avaliar a estrutura e o processo de trabalho dos profissionais de saúde para desenvolver as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará.

13	Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza	Estudo descritivo quanto quantitativo	Denise Maia Alves da Silva; Maria Alix Leite Araújo; Raimunda Magalhães da Silva; Routhayne Fernandes Vieira Andrade; Heber José de Moura; Ana Beatriz Barbosa Esteves	<i>Texto & Contexto Enfermagem</i> , 2014	Objetivou-se verificar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis.
14	A sífilis congênita no olhar da Enfermagem	Revisão integrativa	Valéria Silva de Mello; Rosângela da Silva Santos	<i>Revista de Enfermagem da UERJ</i> , 2015	Discutir publicações científicas relacionadas à sífilis congênita e à Enfermagem.
15	A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás	Pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa e de coleta retrospectiva	Ellen Márcia Alves Rezende; Nelson Bezerra Barbosa	<i>Revista APS</i> , 2015	Analisar a sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012.

16	Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil	Estudo descritivo quantitativo	Rosa Maria Soares Madeira Domingues; Maria do Carmo Leal	<i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 2016	Estimar a incidência de sífilis congênita ao nascimento e verificar os fatores associados à transmissão vertical da sífilis.
17	Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle	Estudo descritivo e retrospectivo	Kátia Regina Gandra Lafeté; Hercílio Martelli Júnior; Marise Fagundes Silveira; Lívia Máris Ribeiro Paranaíba	<i>Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção</i> , 2016	Identificar e descrever casos de sífilis congênita e materna, notificados e não notificados, em uma cidade brasileira.
18	Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária	Estudo exploratório com abordagem qualitativa	Antonia Regynara Moreira Rodrigues; Maria Adelane Monteiro da Silva; Ana Egliny Sabino Cavalcante; Andrea Carvalho Araújo Moreira; José Jeová Mourão Netto; Natália Frota Govanna	<i>Revista de Enfermagem da UFPE</i> , 2016	Analisar a atuação dos enfermeiros na atenção primária à saúde no acompanhamento da sífilis.

Fonte: Elaboração própria (2016).

Após a leitura minuciosa dos artigos, foi possível dividir o conteúdo nas categorias: “Acesso à atenção primária à saúde” e “Assistência à gestante com sífilis no pré-natal”.

Acesso à atenção primária à saúde

A Atenção Básica à Saúde, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve obedecer a três funções imprescindíveis que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: resolutividade, atendendo a 85% dos problemas mais comuns de saúde; ordenação, coordenando os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e responsabilização, voltando-se à saúde da população usuária que está adstrita às equipes de cuidados primários nas redes de atenção à saúde (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Os autores supracitados destacam que a Atenção Básica à Saúde, ainda que se institua no primeiro nível de atenção e seja essa a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, deve atuar na organização e integração das redes de atenção à saúde e na promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo, assim, a coordenação e a continuidade do cuidado.

Tem-se investido no Brasil na ampliação da Rede de Atenção Primária à Saúde, por meio do Programa Estratégia Saúde da Família, como uma extensa rede para avançar na prevenção e controle da sífilis e dos demais agravos à saúde (RODRIGUES et al., 2016).

Especificamente para o controle da sífilis em gestantes e da sífilis congênita, são atribuições da Atenção Básica à Saúde a realização do diagnóstico precoce da sífilis, o tratamento de gestantes e parceiros, o acompanhamento clínico e laboratorial e a notificação de todos os casos diagnosticados, tendo disponível a Penicilina G e outros insumos, conforme Portaria nº 156, referente a 2006, do Ministério da Saúde.

Assistência à gestante com sífilis no pré-natal

A sífilis materna e a sífilis congênita continuam sendo relevantes problemas de saúde pública no Brasil. As elevadas taxas de ocorrência de sífilis congênita indicam falhas na atenção primária à saúde, por ser uma doença de fácil prevenção e por sua abordagem correta durante o pré-natal reduzir grande número de sua incidência.

De acordo com o Ministério da Saúde, por ano 50.000 parturientes têm o diagnóstico de sífilis em função da assistência durante o pré-natal e do grau de instrução da mãe, resultando ao ano em aproximadamente 12.000 nascidos vivos com sífilis congênita no Brasil (LAFETÁ et al., 2016). A sífilis em gestantes, quando inadequadamente tratada, pode ter como consequências: óbito fetal, óbito neonatal, prematuridade e baixo peso ao nascer.

A não detecção da sífilis no pré-natal e/ou a deficiência na assistência prestada representam a perda de uma oportunidade de intervenção na prevenção de complicações durante a gestação, tais como aborto e malformação congênita, limitando as possibilidades de reduzir a incidência da sífilis congênita (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Como principais falhas identificadas, os estudos destacam: baixa qualidade da assistência ao pré-natal, deficiência no diagnóstico, não tratamento ou tratamento inadequado das gestantes e dos parceiros e subnotificação dos casos.

A dificuldade continua no entrave do diagnóstico e do tratamento precoce e adequado, culminando, desse modo, na transmissão vertical (LAFETÁ et al., 2016). O diagnóstico e o tratamento realizados de forma adequada e em tempo hábil são altamente eficazes, reduzindo a transmissão vertical em até 97% (DOMINGUES; LEAL, 2016). O tratamento da gestante é considerado adequado quando é realizado com Penicilina G Benzatina, tendo

sido concluído 30 dias antes do parto, sendo a dose da medicação ministrada conforme o estágio da doença; cabe realçar que o parceiro deve ser tratado concomitantemente (LAFETÁ et al., 2016).

O tratamento do parceiro é fundamental para evitar novas transmissões e reinfecções, bem como a transmissão para o feto, porém no país estima-se que apenas 12% dos parceiros sexuais são tratados para sífilis. Deve-se realizar uma busca ativa consentida dos parceiros das gestantes com diagnóstico de sífilis que não responderem ao chamado para realizar o tratamento, por meio da equipe de vigilância epidemiológica ou da equipe de saúde da família da sua área (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Um agravante para o controle da doença é a subnotificação, pois, mesmo com altas taxas de incidência obtidas na base de dados do Sinan, é estimado no Brasil um sub-registro em torno de 67%. A notificação de sífilis congênita é obrigatória desde 1986, enquanto a de gestantes com a doença passou a ocorrer a partir de 2005.

Ressalta-se que em 2014 houve uma escassez de penicilina no Brasil e em outros lugares do mundo, medicamento mais eficaz para combater a sífilis, principalmente a congênita, representando, portanto, uma grave ameaça para a saúde das gestantes com sífilis e dos bebês.

Considerações finais

Os estudos demonstraram que o controle da sífilis na gestação e da transmissão vertical no país ainda é deficiente, resultando em ocorrências elevadas de desfechos negativos para a mãe e para o bebê. Outro agravante observado nos estudos diz respeito à subnotificação dos casos, o que contribui negativamente para o controle da doença.

Desse modo, fazem-se necessárias ações mais efetivas em educação em saúde para a prevenção da sífilis congênita, pois

alguns estudos demonstraram falhas na qualidade da assistência pré-natal e na forma de abordagem das campanhas educativas, que se resumem às estratégias que têm sido utilizadas para redução dos casos.

Portanto, conclui-se que garantir uma assistência ampla e de qualidade, para que seja realizada uma captação da mãe ao pré-natal, com vistas a efetivar um diagnóstico precoce, a fim de iniciar um tratamento eficaz, já disponível na Unidade Básica de Saúde, é fundamental para a prevenção da sífilis congênita.

Referências

ANDRADE, R. F. V. et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 188-193, 2011.

ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, Brasília, DF, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.

ARAUJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. *Revista Paraense de Medicina*, Belém, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 300-306, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da notificação da sífilis congênita no Brasil, 2000 a 2003*. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Sífilis*. Brasília, DF: MS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília, DF: MS, 2015b.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.

CAMPOS, A. L. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 287-294, 2014.

CORRÊA, M. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 24-32, 2014.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na Enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 1-12, 2016.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MELLO, V. S.; SANTOS, R. S. A sífilis congênita no olhar da

Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 699-704, 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. P. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MESQUITA, K. O. et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Ceará, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012.

MIRANDA, A. E. et al. Fatores de risco para sífilis, em mulheres jovens, atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Vitória (ES), Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p. 76-83, 2012.

OMS – Organização Mundial de Saúde. *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação*. Washington: OMS, 2008.

REZENDE, E. M. A.; BARBOSA, N. B. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. *Revista APS*, Goiânia, v. 18, n. 2, p. 220-232, 2015.

RODRIGUES, A. R. M. et al. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 10, n. 4, p. 1247-1255, 2016.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.

SILVA, D. M. A. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 278-285, 2014.

SONDA, E. C. et al. Sífilis congênita: uma revisão da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 28-30, 2013.

CONHECIMENTO DE GESTANTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL ACERCA DA SÍFILIS

VALÉRIA LIMA DE BARROS

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Professora assistente da Universidade Federal do Piauí (UFPI), *Campus* Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB).

JANIKELE FERREIRA DE OLIVEIRA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) da UFPI, na linha de Saúde Sexual e Reprodutiva.

FRANCISCO EDSON DAS CHAGAS SILVA

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) da UFPI, na linha de Saúde Sexual e Reprodutiva.

DAYZE DJANIRA FURTADO DE GALIZA

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (Urca). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA

Doutoranda e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Professora efetiva da Unifor. Coordenou a Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital Geral Dr. César Cals no período de 2013 a 2014.

Introdução

Dentre as possíveis intercorrências que podem advir durante o período gestacional, a sífilis aparece como uma das mais graves, considerando-se os possíveis desfechos desfavoráveis para o binômio materno-fetal. Isso porque, nessa fase, traz implícito o risco de transmissão vertical, o que pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto, com uma taxa que varia de 30 a 100%, dependendo do estágio da sífilis materna (BRASIL, 2007).

Em geral, a infecção do concepto pelo *Treponema pallidum* ocorre por via transplacentária, quando a mãe com *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) reagente não realiza o tratamento ou o faz de forma inadequada (NASCIMENTO et al., 2012), podendo levar ao abortamento espontâneo, morte fetal ou neonatal, prematuridade e graves danos à saúde do concepto, tais como comprometimento oftalmológico, auditivo e neurológico (AZULAY, R.; AZULAY, D., 2006).

Considerando que a infecção pode ser transmitida ao feto, com graves implicações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda em relação às gestantes o diagnóstico e o tratamento oportuno destas, assim como de seus parceiros sexuais portadores da sífilis (BRASIL, 2015a). O Ministério da Saúde (MS), por sua vez, preconiza que, durante a assistência pré-natal, toda gestante seja submetida a pelo menos dois exames de VDRL, sendo um por ocasião da primeira consulta e outro por

volta da 30^a semana gestacional. Recomenda ainda a realização do teste no momento do parto, visando assegurar ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada adequadamente ou tenha se reinfectado (BRASIL, 2012a).

Destarte, são consideradas adequadamente tratadas as gestantes medicadas com Penicilina G Benzatina, única droga treponemicida capaz de atravessar a barreira placentária e, conseqüentemente, tratar também o feto, na dosagem adequada à fase clínica da doença, cujo tratamento tenha sido concluído pelo menos 30 dias antes do parto. Além disso, necessário se faz que o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais) tenha(m) sido concomitantemente testado(s) e, se for o caso, tratado(s) (BRASIL, 2012a).

No Brasil, em 2013, registraram-se no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 7,4 por 1.000 nascidos vivos. Na região Nordeste, essa mesma taxa foi de 5,3; no Piauí, de 5,1. No tocante à incidência de sífilis congênita, o país apresentou, nesse mesmo ano, uma taxa de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa essa superada pela região Nordeste, que apresentou maior incidência de casos (5,3). No Piauí, esse índice foi de 2,6 nesse mesmo ano, um dos menores registrados no país (BRASIL, 2015a). Esse dado, entretanto, pode refletir a subnotificação (BRASIL, 2012b).

Esses números fazem da sífilis um grave problema de saúde pública. Parece contraditório que uma doença de fácil diagnóstico, com terapêutica medicamentosa conhecida, eficaz e de baixo custo, apresente incidência tão elevada.

Ademais, estudo realizado com gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás (GO), revelou que a frequência de utilização de preservativos, a porcentagem de gestantes que havia realizado o exame de VDRL em gestações

anteriores e o conhecimento geral sobre sífilis dessas mulheres mostraram-se insatisfatórios, o que evidencia a necessidade de maior empenho por parte dos profissionais de saúde para que as gestantes realizem o exame durante o pré-natal, deixando explícito o que a sífilis pode acarretar às mesmas, aos seus parceiros e, principalmente, aos seus bebês (ALMEIDA; LINDOLFO; ALCÂNTARA, 2009).

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o conhecimento das gestantes em acompanhamento pré-natal acerca da sífilis gestacional e congênita, visto que a partir de tais achados é possível avaliar a qualidade da assistência prestada, bem como identificar possíveis lacunas a serem sanadas. Desse modo, o estudo buscou averiguar ainda o conhecimento das gestantes pertinentes às implicações decorrentes do acometimento da sífilis.

Metodologia

Estudo exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de Picos, Piauí (PI). Tais UBS dispunham de equipes com profissionais pré-natalistas, a saber, médicos e enfermeiros.

Uma vez que se almejava conseguir uma amostra expressiva que pudesse demonstrar resultados significativos, a escolha das unidades se deu por serem aquelas que, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde do município, comumente acompanham o maior número de gestantes por mês.

A população do estudo compôs-se pelas gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal nas UBS escolhidas durante o período da coleta de dados, independentemente da idade gestacional. Como critérios de inclusão, consideraram-se os

seguintes: morar na zona urbana de Picos-PI; ser cadastrada e acompanhada pela Equipe de Saúde da Família de sua unidade; comparecer às Unidades de Saúde para consulta de pré-natal no período da coleta de dados; e concordar de forma voluntária em participar do estudo. Foram excluídas as gestantes menores de idade. Compareceram às UBS 58 gestantes, das quais seis se recusaram a participar do estudo e duas eram menores de idade. A amostra final constituiu-se de 50 participantes.

A coleta de dados ocorreu de abril a maio de 2015. Para tal, aplicou-se um formulário semiestruturado, contendo questões de relevância para o estudo, tais como dados sociodemográficos e obstétricos e questões com enfoque no conhecimento das participantes acerca da sífilis, formas de transmissão, diagnóstico, tratamento, prevenção e consequências para o binômio materno-fetal.

A análise dos dados realizou-se com a utilização do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Organizaram-se os resultados em tabelas, de forma descritiva, com frequências absolutas e relativas, para melhor compreensão dos mesmos, os quais foram discutidos com base na literatura pertinente.

O estudo faz parte de um projeto maior, intitulado *Educação em saúde: estratégias para o enfrentamento da sífilis no contexto da Atenção Básica*, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), visando atender a todas as recomendações expressas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) acerca das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, com aprovação pelo Parecer nº 983.664.

Resultados

Participaram do estudo 50 gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal em seis Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Picos-PI. Os dados coletados foram organizados de acordo com as respostas obtidas, apresentados na forma de tabelas e analisados utilizando a estatística descritiva. Inicialmente, a Tabela 1 ilustra o perfil sociodemográfico das participantes.

Tabela 1 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal em UBS da zona urbana, segundo as variáveis socio-demográficas. Picos-PI, 2015

Variáveis	Nº	%	
Faixa etária (anos)			
18 – 20	13	26	Média – 25,8
21 – 30	27	54	Mediana – 26
31 – 40	7	14	DP – 6,3
> 40	3	6	
Cor			
Branca	16	32	
Parda	30	60	
Preta	2	4	
Amarela	2	4	
Escolaridade			
1º grau incompleto	17	34	
1º grau completo	5	10	
2º grau incompleto	8	16	
2º grau completo	10	20	
Superior incompleto	5	10	
Superior completo	5	10	
Estado civil			
Solteira	11	22	

Casada	26	52	
União consensual	13	26	
Ocupação			
Sim	45	90	
Não	5	10	
Tipo de ocupação			
Do lar	23	46	
Vendedora	3	6	
Professora	3	6	
Estudante	4	8	
Não trabalha	5	10	
Outros	12	24	
Renda familiar (em salário mínimo)			
≤ 2	38	76	
> 2	12	24	

Fonte: Elaboração própria (2015).

Os dados sociodemográficos evidenciaram que a idade média das gestantes foi de 25,8 (DP: 6,3), variando de 18 a 43 anos, sendo que a maioria delas (54%) encontrava-se na faixa etária de 21 a 30 anos. Prevaleram as pardas (60%), com o primeiro grau incompleto (34%), em relacionamento estável, a saber: casadas (52%) ou em união consensual (26%).

No que se refere à ocupação, a maioria era do lar (46%). Quanto à renda familiar, prevaleceram aquelas com renda menor ou igual a dois salários mínimos (76%).

A Tabela 2, por sua vez, ilustra os dados obstétricos das participantes do estudo.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal em UBS da zona urbana, segundo as variáveis obstétricas e dados referentes a gestações anteriores. Picos-PI, 2015

Variáveis	Nº	%	
Trimestre gestacional			
1º trimestre	11	22	
2º trimestre	27	54	
3º trimestre	12	24	
Nº de gestações			
1ª gestação	24	48	
2ª gestação	15	30	
3ª gestação	8	16	
4ª gestação	1	2	
5ª gestação ou mais	2	4	
Nº de filhos			
Nenhum	28	56	Média – 1,58
Um	16	32	Mediana – 1
Dois	5	10	DP – 0,75
Três	1	2	
Aborto em gestações anteriores			
Não teve aborto	41	82	
Aborto provocado	3	6	
Aborto espontâneo	1	2	
Outros	5	10	
Complicações em gestações anteriores			
Não teve complicação	45	90	
Pré-eclâmpsia	2	4	
Polidrâmnio	1	2	
Sangramento	2	4	

Fonte: Elaboração própria (2015).

Em relação à história obstétrica das participantes do estudo, constatou-se que 54% encontravam-se no segundo trimestre gestacional. A idade gestacional variou de 6 a 38 semanas. No tocante ao número de gestações anteriores, 48% delas vivenciavam sua primeira gestação e 30%, a segunda. A maioria não tinha filhos (56%). Acerca de aborto e complicações em gestações anteriores, 82% e 90% responderam que não, respectivamente.

A seguir, a Tabela 3 apresenta os dados relacionados ao conhecimento das gestantes acerca da sífilis.

Tabela 3 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal em UBS da zona urbana, segundo as variáveis relacionadas ao conhecimento acerca da sífilis. Picos-PI, 2015

Variáveis	Nº	%
Sabe o que é sífilis		
Sim	32	64
Não	18	36
O que entende sobre sífilis		
DST	26	52
Outros	6	12
Não entende	18	36
Onde ouviu falar pela 1ª vez		
Centro de saúde	9	18
Rádio/TV	5	10
Escola	26	52
Trabalho	2	4
Parentes, vizinhos, amigos	6	12
Outros	2	4

Fonte: Elaboração própria (2015).

Quanto ao conhecimento das gestantes sobre o tema em foco, observou-se que a maioria respondeu saber o que é sífilis (64%). Questionadas sobre o que entendiam ser sífilis, responderam ser uma infecção sexualmente transmitida (52%), sendo mais citada a escola como o local onde ouviram falar pela primeira vez dessa infecção (52%).

Neste estudo, procurou-se ainda investigar o conhecimento das gestantes sobre as formas de transmissão e prevenção da sífilis. Os resultados obtidos encontram-se expostos na Tabela 4, adiante.

Tabela 4 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal em UBS da zona urbana, segundo as variáveis relacionadas ao conhecimento acerca das formas de transmissão e prevenção da sífilis. Picos-PI, 2015

Variáveis	Nº	%
Formas de transmissão acertou completamente		
Não	50	100
Formas de transmissão		
Relações sexuais desprotegidas	27	54
Relações sexuais e transmissão vertical	8	16
Aleitamento materno	1	2
Não sabe	14	28
Orientada por atividades de educação em saúde sobre sífilis		
Sim	17	34
Não	33	66
Onde foi orientada		
Não foi orientada	33	66
CTA	2	4
Palestra no posto de saúde	3	6
Palestra na escola	9	18
Palestra no posto de saúde e na escola	2	4
Outros	1	2

Medidas de prevenção acertou completamente		
Sim	4	8
Não	46	92
Medidas de prevenção		
Usar preservativo nas relações sexuais	24	48
Realizar os exames logo no 1º trimestre da gestação	16	32
Deve voltar a fazer o teste antes do parto	10	20
Não sabe	13	26

Fonte: Elaboração própria (2015).

Em relação às formas de transmissão da sífilis, a alternativa mais citada foi através das relações sexuais desprotegidas (54%). Constatou-se, entretanto, que nenhuma gestante conhecia completamente as formas de transmissão da sífilis. Na questão em foco, a resposta era considerada completamente correta quando assinalados os itens relações sexuais desprotegidas; transmissão vertical; contato com lesões; relações sexuais e transmissão vertical. Ressalta-se que 28% desconheciam as formas de transmissão do agravo. Ademais, 66% negaram ter sido orientadas por meio de atividade de educação em saúde. Entre aquelas que afirmaram ter recebido alguma orientação, a escola foi a fonte citada em 18% dos casos.

Quanto às medidas de prevenção, também uma variável de múltipla escolha, apenas 8% das gestantes acertaram completamente a questão, sendo esta considerada correta quando assinaladas as três alternativas, a saber: usar preservativo nas relações sexuais, realizar os exames logo no primeiro trimestre da gestação, devendo repeti-lo antes do parto. A forma de prevenção mais citada foi o uso de preservativo nas relações sexuais, com 48% das respostas.

A realização do diagnóstico da sífilis durante a gestação é de fundamental importância, visto que permite a instituição

do tratamento em tempo oportuno, minimizando-se, assim, as chances de ocorrer a transmissão do treponema via vertical e a consequente redução dos casos de sífilis congênita. Nesse contexto, a Tabela 5 ilustra os achados concernentes ao diagnóstico e tratamento do agravo em questão.

Tabela 5 – Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal em UBS da zona urbana, segundo as variáveis relacionadas ao conhecimento acerca do diagnóstico e tratamento da sífilis. Picos-PI, 2015

Variáveis	Nº	%
Como é feito o diagnóstico		
Através dos sintomas	2	4
Através do VDRL solicitado na consulta de pré-natal	19	38
Através da análise dos sintomas e realização do VDRL	8	16
Não sabe	21	42
Quem deve receber o tratamento		
Somente a gestante deve ser tratada	2	4
O parceiro deve realizar o tratamento	1	2
A gestante e o parceiro devem ser tratados	32	64
Não sabe	15	30

Fonte: Elaboração própria (2015).

Os dados mostram que 38% das gestantes acreditavam que o diagnóstico se dá com a realização do exame de VDRL, enquanto 16% afirmaram ser por meio dos sintomas e realização do VDRL. Não sabiam como este é feito 42% delas. Em relação ao tratamento, 64% responderam que a gestante e o parceiro devem realizar o tratamento concomitantemente, sendo que 30% não sabiam como o mesmo deve ser realizado.

Quando a sífilis acomete a mulher durante o percurso de uma gestação, traz consigo o risco da transmissão vertical. Nesses casos, intensas são as consequências tanto para a mãe quanto para o filho. Os resultados expostos na Tabela 6 relacionam-se ao

conhecimento das gestantes quanto às consequências da sífilis para o binômio materno-fetal.

Convencionou-se considerar a resposta correta quando assinaladas todas as alternativas elencadas, excetuando-se o “não sabe”, pois todas elas podem advir da sífilis.

Tabela 6 – Distribuição das gestantes acompanhadas em UBS da zona urbana, segundo as variáveis relacionadas ao conhecimento acerca das consequências da sífilis para o binômio maternofetal. Picos-PI, 2015

Variáveis	Nº	%
Consequências para o binômio materno-fetal acertou completamente		
Sim	1	2
Não	49	98
Consequências para o binômio materno-fetal		
Aborto espontâneo	16	32
Natimorto	5	10
Morte fetal ou neonatal	12	24
Comprometimento da visão e audição do recém-nascido	14	28
Comprometimento neurológico	3	6
Não sabe	25	50

Fonte: Elaboração própria (2015).

Entre as gestantes pesquisadas, 98% demonstraram desconhecer as consequências da sífilis para a mãe e o feto. Dentre as respostas mais citadas, destacou-se o aborto espontâneo (32%), enquanto que metade (50%) não soube responder quais as consequências que a sífilis pode causar à mãe e ao feto.

Discussão

Esta pesquisa analisou o conhecimento das gestantes em acompanhamento pré-natal em Unidades Básicas de Saúde

(UBS) no município de Picos-PI acerca da sífilis gestacional e da sífilis congênita. As participantes apresentaram o seguinte perfil: idade entre 18 e 43 anos, com predomínio da faixa etária entre 21 e 30 anos, sendo pardas em sua maioria, com baixo grau de escolaridade, casadas ou em união consensual, com algum tipo de ocupação, notadamente do lar. Quanto à renda familiar, constatou-se que, para grande parte delas, esta era igual ou inferior a dois salários mínimos.

Gomes e César (2013), em estudo realizado com gestantes atendidas em uma UBS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), constataram que a faixa etária das mesmas apresentou variação bastante aproximada (20 a 29 anos). Dessa forma, observa-se que essas mulheres são jovens e estão engravidando predominantemente em idade que não representa risco reprodutivo.

No entanto, a cor de pele que prevaleceu foi a branca, com 54,2%, o que difere do presente estudo, em que se sobressaiu a cor parda, com apenas 32% das entrevistadas autodeclaradas brancas. Notadamente, esse resultado justifica-se devido à diferença de colonização, sendo que os estados da região Sul foram predominantemente colonizados por alemães e italianos, os quais apresentam um tom de pele mais claro, diferentemente dos da região Nordeste (GOMES; CÉSAR, 2013).

Souza et al. (2013) também observaram características semelhantes quanto aos dados de gestantes em acompanhamento pré-natal em uma unidade de São Luís, Maranhão (MA), no que diz respeito à faixa etária, ocupação e renda familiar. Contudo, quanto ao grau de escolaridade, esses autores observaram um nível de instrução mais elevado, visto que se sobressaíram as gestantes com segundo grau completo.

A escolaridade é considerada um agravante para a saúde das gestantes, uma vez que, à medida que o nível escolar é baixo, nota-se que a falta de conhecimento e de educação a respeito das

condições de funcionamento do seu próprio corpo e da intervenção do meio ambiente no estabelecimento de sua saúde, o que equivale a um fator elevado de exclusão social e risco obstétrico (BRASIL, 2004).

Corroborando os achados deste estudo quanto à ocupação, Sousa et al. (2013) constataram que 70% das gestantes se dedicam a cuidar do lar, o que evidencia que grande parte das mulheres se destina somente às atividades domésticas. No que concerne à renda familiar, encontrou-se que a maioria era de baixa renda. Esse achado pode estar vinculado ao fato de que este estudo, assim como as pesquisas anteriormente citadas, tenha abrangido usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) acompanhadas em UBS, cujo atendimento abrange tradicionalmente as populações mais carentes.

O perfil sociodemográfico aqui evidenciado aproxima-se também daquele revelado por estudos com gestantes diagnosticadas com VDRL reagente (CAMPOS et al., 2010; LEITÃO et al., 2009), assim como ao investigar casos notificados de sífilis congênita (HOLANDA et al., 2011), de onde se pode inferir que a sífilis acomete, em geral, mulheres jovens com baixo grau de instrução e baixa renda familiar.

No tocante ao trimestre gestacional, prevaleceram aquelas que estavam no segundo trimestre; em relação ao número de gestações, a maior proporção foi verificada entre as primigestas. Quanto ao número de filhos, a maioria delas (56%) não tinha filhos. Silva et al. (2009), em estudo realizado em uma Regional de Saúde de Fortaleza, Ceará (CE), com 140 participantes, constataram que a maioria (67,1%) estava na primeira ou segunda gestação, o que corresponde aos dados encontrados na presente pesquisa. Esses autores encontraram ainda um maior percentual entre as participantes que não tinham filhos (41,4%), dados que também corroboram os encontrados aqui, ainda que com diferenças percentuais.

Entre as gestantes que vivenciavam sua segunda ou terceira gestação, algumas já haviam sofrido aborto (18%), sendo ele provocado (6%), espontâneo (2%) ou decorrente de fatores externos (10%), tais como acidente de carro, raiva e susto. Quase todas as mulheres que já tinham filhos (90%) negaram ter sofrido qualquer tipo de intercorrência em gestação anterior. As demais apontaram pré-eclâmpsia (4%), sangramento (4%) e polidrâmnio (2%).

Mais uma vez, verifica-se semelhança com os achados de Silva et al. (2009), considerando-se que estes também encontraram um expressivo percentual de mulheres que negaram aborto em gestações anteriores (82,1%), assim como entre aquelas que não haviam apresentado problemas (57,3%). As mulheres que haviam passado por alguma intercorrência destacaram infecção urinária (19,5%), anemia (17%) e hipertensão (3,7%). Nesse ponto, a similaridade se encerra, já que as intercorrências citadas no presente estudo foram pré-eclâmpsia, polidrâmnio e sangramento.

O conhecimento é considerado um instrumento de grande importância para cada um, visto que o saber é muito relevante para a mudança de atitudes e práticas, principalmente no que se refere à transmissão de patologias. Em geral, o indivíduo com déficit de conhecimento ou com conhecimento equivocado apresenta déficit no autocuidado e está mais suscetível a adquirir qualquer agravo/doença (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007).

Desse modo, buscou-se investigar o conhecimento das gestantes acerca da sífilis. Como resultado, encontrou-se inicialmente que grande parte delas (64%) informou saber o que era a doença. Entretanto, um percentual menor (52%) respondeu ser uma doença sexualmente transmissível (DST). As demais citaram outras respostas, dentre as quais: doença do sangue, doença que tem como sintomas feridas, doença simples e, ao mesmo tempo, complicada, entre outras.

Víctor et al. (2010), ao analisarem o conhecimento de puérperas sobre sífilis e sífilis congênita, constataram que o conhecimento das mesmas é insuficiente, dado que, entre as participantes (20), apenas duas citaram claramente que era uma DST. Muitas apenas fizeram referência ao fato de ser uma doença prevenível com o uso do preservativo.

Percebe-se, portanto, quer seja entre gestantes ou entre puérperas, que essas mulheres não sabem conceituar a sífilis. Considerando-se a gravidade da doença e suas consequências para a mãe e para o feto, esse é um achado preocupante, pois, como se sabe, o desconhecimento dessa enfermidade em geral implica um maior risco de exposição a agravos.

O processo do adoecer é comumente relacionado ao aparecimento de sinais e sintomas. No caso da sífilis, estes passam despercebidos primariamente, o que pode contribuir para a invisibilidade do agravo (SILVA; SANTOS, 2004).

Questionadas acerca do local onde ouviram falar de sífilis pela primeira vez, a escola obteve o maior percentual de respostas (52%). Silva e Santos (2004), em estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, no intuito de identificar o conhecimento materno sobre a sífilis e analisar os sentimentos de mães de recém-nascidos com sífilis congênita em relação à transmissão vertical, constataram que, em algum momento, estas ouviram falar da doença, na escola, em propagandas no rádio/televisão, nas consultas de pré-natal, nas salas de espera e/ou nos cursos de gestantes realizados pelas enfermeiras nas UBS.

No que tange às formas de transmissão da sífilis, ressaltase que esta era uma questão de múltipla escolha. Assim sendo, a alternativa mais mencionada foi através de relações sexuais desprotegidas (54%), seguida da alternativa não sabe (32%). Corroborando os dados aqui encontrados, Simoura et al. (2004), em estudo realizado em uma UBS de Teresópolis, Rio de Janeiro

(RJ), que pretendeu avaliar o nível de conhecimento/orientação das gestantes sobre a sífilis e a sífilis congênita, puderam constatar que, entre as 20 participantes do estudo, quatro disseram não saber as formas de transmissão da sífilis e apenas uma disse ser por relação sexual desprotegida. Esses dados são preocupantes, pois evidenciam um déficit no conhecimento das participantes, o que pode contribuir para a elevação das taxas de transmissão vertical.

Assim é que, quando indagadas se já haviam sido orientadas por meio de alguma atividade de educação em saúde, as mulheres, representadas por um percentual expressivo (66%), negaram qualquer orientação. Nos casos em que receberam, esta veio por meio de palestras realizadas na escola, ainda que o tema central se vinculasse às DSTs em geral. Essa situação evidencia oportunidades perdidas pelos profissionais no que diz respeito às ações de educação em saúde junto a essas mulheres. O que se espera é que, durante o período gestacional, estas sejam orientadas especificamente a respeito das DSTs, sendo informadas de que a transmissão pode acontecer também por via vertical.

Santos e Penna (2009), em seu estudo, relataram que a educação em saúde pode promover um aprendizado prático, contribuindo, assim, para tornar as pessoas mais preparadas, no intuito de lidar com certos acontecimentos e situações que fazem parte da vida e que se relacionam com sua própria saúde. Desse modo, as atividades educativas são muito importantes para toda a população, por garantirem uma percepção maior dos possíveis agravos à saúde, sendo algo preconizado há muito tempo, porém as mesmas não são realizadas com frequência.

Esses resultados evidenciam que as atividades de educação em saúde, realizadas de forma pontual e/ou autoritária, não atingem o objetivo esperado, a saber, repassar aos indivíduos as

informações necessárias para que tenham condições de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Indicam também que o profissional deve identificar as carências sobre as quais pode vir a atuar.

Quanto às medidas de prevenção da sífilis gestacional e congênita, observou-se um baixo percentual de gestantes (8%) que respondeu corretamente acerca do assunto. Essa era uma variável de múltipla escolha, em que a alternativa mais citada foi o uso de preservativo nas relações sexuais (48%).

No estudo de Simoura et al. (2004), ficou evidenciada a mesma tendência, pois apenas 20% das gestantes mencionaram o uso de preservativo nas relações sexuais como forma de prevenção. Ressalta-se ainda que nenhuma relatou como é feita a prevenção da transmissão vertical, o que revela o despreparo das gestantes atinente ao entendimento da doença. Fonte et al. (2012), por sua vez, verificaram que a maioria (60,7%) das gestantes citou o uso de preservativo como forma de prevenção das DSTs.

Um ponto observado por Simoura et al. (2004) merece destaque: os autores verificaram que as gestantes confundem a sífilis com o HIV/Aids e detêm maior conhecimento em relação à última. De fato, ambos os agravos são passíveis de serem transmitidos verticalmente e podem acometer a gestante concomitantemente, contudo apresentam diferenças, sendo a principal delas o fato de que a sífilis é passível de cura.

Esse descompasso entre a sífilis e o HIV vai além e pode ser notado também em relação ao acompanhamento proporcionado às gestantes com um ou outro agravo. Ramos, Figueiredo e Succi (2014), buscando identificar os possíveis entraves ao controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV, verificaram desigualdades significativas no conhecimento dos profissionais, o que se reflete no modo como essas gestantes são atendidas.

No que concerne ao diagnóstico da sífilis, um número significativo das gestantes (38%) respondeu que o mesmo é realizado mediante exames laboratoriais (VDRL) solicitados na consulta de pré-natal, ao mesmo tempo que uma parcela também significativa (42%) disse não saber como o diagnóstico é feito.

O MS preconiza a testagem para sífilis no primeiro e terceiro trimestres gestacionais, bem como no momento do parto (BRASIL, 2012a). No entanto, as gestantes que se encontravam nessa fase não demonstraram conhecer essa necessidade. Assim sendo, é possível que esteja havendo falhas no serviço de saúde, visto que é papel dos profissionais orientar a respeito desse procedimento.

Araújo M., Vieira e Araújo C. (2009), com a finalidade de conhecer como se desenvolve o aconselhamento coletivo pré-teste anti-HIV para gestantes em uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE, perceberam que a prática do aconselhamento coletivo não faz parte da rotina dos profissionais. Os autores citados ainda concluíram que, se realizado de forma ordenada, o aconselhamento contribui para o autoconhecimento e realização das participantes. Entretanto, para isso é necessária a realização de muitos encontros. O profissional tem o papel de conduzir esse processo, induzindo as discussões, sendo o aconselhamento coletivo importante para a realização posterior do individual, um realizado no pré-teste e o outro, no pós-teste, respectivamente.

Quando indagadas acerca de quem deve realizar o tratamento em casos de diagnóstico positivo, sobressaíram-se as que responderam que a gestante e o parceiro devem ser tratados juntos (64%). Esse é um achado bem significativo, pois demonstra que as mulheres, mesmo com um conhecimento escasso, têm consciência de que os parceiros devem ser tratados concomitantemente. O fato de saberem que se trata de uma DST, situação

em que geralmente o tratamento é recomendado para o casal, pode ser uma explicação para tal achado.

A droga de escolha para o tratamento da sífilis é a penicilina, medicação de baixo custo, eficaz e de fácil acesso, sendo essa a única capaz de atravessar a barreira placentária, tratando, assim, o feto. Dessa forma, as gestantes com história comprovada de alergia devem ser dessensibilizadas (BRASIL, 2012a).

Quando investigadas com relação às consequências para o binômio materno-fetal, as mulheres, em sua quase totalidade (98%), não souberam responder adequadamente à questão. Aqui convencionou-se adotar “resposta completamente certa” para assinalar todas as alternativas elencadas, a saber: aborto espontâneo, natimorto, morte fetal ou neonatal, comprometimento da visão e audição do recém-nascido e comprometimento neurológico.

Ressalta-se que uma participante respondeu completamente à questão, sendo ela uma profissional da saúde (enfermeira), de quem se espera conhecimento sobre o assunto. Entre aquelas que arriscaram alguma resposta, as intercorrências mais citadas foram: aborto espontâneo (32%) e comprometimento da visão e audição do recém-nascido (28%). Portanto, o achado aponta para o desconhecimento quanto às intercorrências que a doença pode ocasionar, o que traz desvantagens significativas para essas mulheres, uma vez que o conhecimento acerca do agravo pode ajudá-las no enfrentamento da doença, permitindo a adoção das medidas de prevenção a partir das informações adquiridas.

Conclusão

O conhecimento das gestantes sobre sífilis gestacional e sífilis congênita configura-se como um fator relevante para a promoção da saúde e prevenção de novos casos, uma vez que o

desconhecimento implica fator de risco para a obtenção da doença. Assim sendo, decidiu-se estudar o tema em questão, no intuito de analisar o conhecimento das participantes acerca da sífilis no que diz respeito à transmissão, diagnóstico, tratamento, consequências para o binômio materno-fetal e prevenção da sífilis congênita.

Constatou-se a predominância de mulheres jovens, pardas, com baixo nível de instrução, casadas ou em união consensual, com algum tipo de ocupação – destacando-se do lar – e baixa renda familiar.

Os achados evidenciaram fragilidades quanto ao conhecimento das gestantes, dado que elas apresentaram um desconhecimento significativo relacionado à doença. Os resultados encontrados demonstraram o baixo nível de conhecimento concernente à sífilis, haja vista que, ainda que tenham dito saber o que é a doença – em sua maioria, uma infecção sexualmente transmissível –, verificaram-se lacunas significativas de conhecimento referente às formas de transmissão e prevenção, este último conhecimento limitado tão somente ao uso do preservativo durante as relações sexuais. Essa situação foi também verificada em relação ao diagnóstico e tratamento em caso de exame positivo. Por outro lado, prevaleceu o acerto no que concerne ao tratamento da gestante e do parceiro.

O resumo aqui exposto indica a necessidade da realização de atividades de educação em saúde por parte dos profissionais que atuam na assistência às gestantes, no intuito de esclarecer dúvidas, assim como de informar acerca da gravidade da sífilis, bem como de suas complicações para o binômio materno-fetal.

Dessa forma, este trabalho trouxe resultados que podem contribuir para a qualidade da assistência pré-natal, de sorte a motivar os profissionais de saúde a pensarem novas estratégias que possam orientar as gestantes no que tange à sífilis gestacio-

nal e congênita, visto que a necessidade de orientação nesse período é de suma importância, principalmente quando relacionada às doenças passíveis de transmissão vertical, como é o caso da sífilis.

Referências

ALMEIDA, K. C.; LINDOLFO, L. C.; ALCÂNTARA, K. C. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 181-184, 2009.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; ARAÚJO, C. L. F. Aconselhamento coletivo pré-teste anti-HIV no pré-natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 2, p. 122-135, 2009.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R. Treponematoses. In: AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; AZULAY-ABULAFIA, L. (Org.). *Dermatologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 323-339.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico – Sífilis*. Brasília, DF: MS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal do homem incentiva cuidado com a própria saúde*. Brasília, DF: MS, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF: MS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis*. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde aumenta em 34% notificação de sífilis congênita*. Brasília, DF: MS, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação*. Brasília, DF: MS, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.

CAMPOS, A. L. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Frequência das infecções pelo HIV-1, rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes simples, hepatite B, hepatite C, doença de Chagas e HTLV I/II em gestantes, do Estado do Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 40, n. 2, p. 181-187, 2007.

FONTE, V. R. F. et al. Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/AIDS. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 493-499, 2012.

GOMES, R. M. T.; CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 80-89, 2013.

HOLANDA, M. T. C. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 203-212, 2011.

LEITÃO, E. J. L. et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n. 2 Samambaia-DF. *Comunicação em Ciências Saúde*, Brasília, DF, v. 20, n. 4, p. 307-314, 2009.

NASCIMENTO, M. I. et al. Pregnancies complicated by maternal syphilis and fetal death. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 56-62, 2012.

RAMOS, V. M.; FIGUEIREDO, E. N.; SUCCI, R. C. M. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 887-898, 2014.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 652-660, 2009.

SILVA, L. R.; SANTOS, R. S. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 393-401, 2004.

SILVA, R. M. et al. Consulta pré-natal na perspectiva de gestantes em uma regional de saúde de Fortaleza-Ceará. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1001-1015, 2009.

SIMOURA, A. A. et al. A enfermagem e o saber das gestantes em assistência pré-natal acerca da sífilis e sífilis congênita. In: CBCENF, 7., 2004, Fortaleza. *Anais... Fortaleza: CBCEFN*, 2004.

SOUZA, N. A. et al. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde em São Luís-MA. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 15, n. 1, p. 28-38, 2013.

VÍCTOR, J. F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 113-119, 2010.

PERCEÇÃO DE PUÉRPERAS COM *VENEREAL DISEASE RESEARCH LABORATORY REAGENTE* ACERCA DA SÍFILIS

ANTONIA LÍVIA RODRIGUES SOUSA

Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor).

ANA MARIA MARTINS PEREIRA

Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), mestrada em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela (UECE), em Saúde Pública pelo Centro Universitário Internacional (Uninter) e em Vigilância em Saúde pelo Sírio-Libanês e graduada em Enfermagem pela Unifor. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Terra Nordeste (Fatene).

MAIZA CLAUDIA VILELA HIPÓLITO

Doutoranda e mestrada em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), especialista em Formação Docente em Educação Profissional Técnica pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) e em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Educação São Luís (FESL) e graduada em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Passos (FESP). Docente no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), Campinas.

HERLA MARIA FURTADO JORGE

Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com vinculação acadêmica na área da saúde materna e perinatal, mestrada em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), sendo bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e bacharel em Enfermagem pela Unifor. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Unifor.

SIMONE PAES MELO

Mestrada em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPC) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Guarulhos (UNG). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Unifor.

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Pós-doutora pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestra em Saúde Pública também pela UFC e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifor.

Introdução

A sífilis congênita é causada pela transmissão do *Treponema pallidum* da gestante infectada para o feto. A infecção nos recém-nascidos com sífilis congênita é, na maioria das vezes, intraútero e acontece como resultado da sífilis adquirida não tratada em gestantes. Essa questão permanece como um importante problema de saúde pública, indicando falhas no programa de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) no controle de sífilis adquirida e no acompanhamento pré-natal (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

No ano de 2013, foram infectadas pela sífilis 1,9 milhões de gestantes em todo o mundo. Embora a erradicação da sífilis congênita seja uma prioridade global, nacional e regional, nos últimos dez anos houve um progressivo aumento na taxa de incidência da doença no Brasil. Quando a gestante infectada é diagnosticada e prontamente tratada, sobretudo seu parceiro, as repercussões podem ser evitadas, por se tratar de uma doença prevenível de tratamento efetivo, barato e facilmente disponível (COSTA et al., 2013; NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A sífilis acomete anualmente cerca de 12 milhões de pessoas adultas e 90% desses novos casos estão em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que a prevalência da sífilis em parturientes varia entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25%. Maiores índices de notificação da sífilis congênita concentraram-se na região Sudeste, seguida da região

Nordeste, com 45,9% e 31,4%, respectivamente (FRANÇA et al., 2015).

O diagnóstico quase sempre tardio da sífilis dificulta a percepção dos sinais e sintomas, que passam despercebidos, o que pode refletir-se na pouca importância que as mulheres atribuem à doença, não a considerando como um agravo sério. Dessa forma, entende-se a relevância do profissional enfermeiro no cuidado das gestantes e no acompanhamento familiar, sendo assim terá a certeza do tratamento correto. É importante ressaltar que o enfermeiro é geralmente o primeiro profissional que vai identificar o resultado do exame; é ele quem promove atividades educativas junto às gestantes com sífilis e seus familiares.

O Ministério da Saúde reforça que todos os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2015).

A implantação de testes rápidos, realizados durante o pré-natal e nas maternidades, está em consonância com as propostas do Ministério da Saúde para a redução da transmissão vertical nas diferentes regiões do país. Constituem importantes desafios para os gestores de saúde, tendo em vista a necessidade do aumento na cobertura de testagem para sífilis no pré-natal: o tratamento da sífilis (gestantes e seus parceiros sexuais) no pré-natal e a ampliação do número de maternidades que efetivamente realizem todas as medidas de profilaxia da transmissão vertical da sífilis.

Nesse sentido, a realização do teste rápido em maternidades pelos enfermeiros apresenta vantagens, como a otimização da utilização do leito, evitando que a puérpera fique internada

aguardando apenas o resultado do teste para sífilis, e sobretudo o diagnóstico precoce, para que esse bebê possa receber logo a medicação nas primeiras horas e para tratar a gestante se ela não tiver iniciado o tratamento (BRASIL, 2015).

Com base no exposto, a relevância do estudo pauta-se na importância de identificar o conhecimento das puérperas com *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) reagente, visando contribuir para a elaboração de pesquisas futuras que trabalhem de forma integral e participativa a educação em saúde a partir dos resultados positivos ou negativos. Nesse contexto, objetivou-se analisar a percepção de puérperas com VDRL reagente acerca da sífilis.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, desenvolvido em cinco hospitais/maternidades da rede pública de Fortaleza-Ceará: Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter, Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Geral de Fortaleza e Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Foram identificadas 24 puérperas com VDRL reagente no momento do parto, das quais 21 participaram do estudo, pois duas se recusaram e uma foi retirada, por não contribuir para o resultado da pesquisa. A captação dessas mulheres deu-se por meio de visitas semanais às maternidades, selecionando gestantes internadas com exame de VDRL reagente.

Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2010. Para a obtenção dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada individual (gravada), com duração média de 20 minutos, contendo dados socioeconômicos e obstétricos e perguntas norteadoras referentes ao momento da descoberta da do-

ença, conhecimento acerca da mesma e sentimentos em relação à descoberta.

As entrevistas foram transcritas na íntegra após leituras minuciosas e sucessivas, para, a seguir, serem categorizadas e analisadas mediante a análise temática, das quais emergiram duas categorias analíticas: conhecimento das puérperas com VDRL reagente quanto à sífilis e percepções das puérperas após a descoberta do diagnóstico da sífilis. Para a análise dos dados, realizou-se a interpretação dos mesmos e a comparação com a literatura específica. A identificação das entrevistadas foi feita através da ordem das entrevistas, numerando-se de 1 a 21 (BARDIN, 2011).

O estudo faz parte do projeto “Prevalência e fatores associados à sífilis em mulheres admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará”, que foi aprovado com Protocolo nº 117/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todos os sujeitos aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e de sua importância, deixando claro o direito de participar ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento e informando quanto à proteção e à guarda do material gravado, garantindo sigilo e anonimato de acordo com a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, que institui as normas de pesquisas em saúde com seres humanos.

Resultados e discussão

A amostra foi constituída por 21 puérperas com VDRL reagente no momento do parto, internadas em cinco maternidades de Fortaleza-CE. Dentre elas, 13 (61,9%) puérperas apresentaram idade entre 16 e 25 anos, seis (28,6%) entre 26 e 35 anos e duas (9,5%) acima de 36 anos. Destaca-se que oito (38,1%) eram

solteiras e 13 (61,9%) tinham parceiro: casada, união estável ou até mesmo parceiro recente. A grande maioria era procedente da capital: 20 (95,2%). Evidenciou-se um perfil de baixa renda, sendo 12 (57,1%) mulheres desempregadas. De acordo com a escolaridade, identificou-se que a maioria não concluiu o ensino fundamental: 18 (85,7%); uma (4,8%) não concluiu o ensino médio; e apenas duas (9,5%) concluíram o ensino médio.

Observou-se no estudo que três (14,3%) mulheres não realizaram pré-natal; sete (33,3%) realizaram pré-natal com menos de seis consultas, das quais três (42,8%) mencionaram a infecção por sífilis em gestação anterior; e 11 (52,4%) realizaram pré-natal com seis ou mais consultas, das quais quatro (36,4%) também mencionaram a infecção por sífilis em gestação anterior.

Conhecimento das puérperas com VDRL reagente acerca da sífilis

Observaram-se a recorrência do desconhecimento das mulheres sobre os aspectos da doença, a ausência da sintomatologia, o que induz as mulheres a acreditarem que a doença não tem gravidade, a ineficácia da orientação durante o pré-natal e o conhecimento incipiente quanto à contaminação para o bebê e quanto à cura da doença.

Ao serem interrogadas sobre o conhecimento a respeito da sífilis, seis mulheres relataram desconhecer aspectos da doença e da importância do tratamento. Quando haviam recebido orientações durante o pré-natal, demonstraram não ter clareza sobre o que lhes havia sido informado pelos profissionais de saúde.

Não, nunca ouvi falar, ele [médico] disse que tinha que tomar injeção. (M1).

Não conheço. No bebê, pode causar cegueira, problema nas juntas. Só sei que dá problema. (M5).

A assistência pré-natal possibilita a troca de informações à gestante sobre o seu estado de saúde, no entanto pesquisa realizada em Montes Claros, Minas Gerais (MG), que analisou a característica da assistência pré-natal, identificou que 43% das gestantes com diagnóstico de sífilis realizaram o número mínimo de seis consultas, aproximadamente metade dos casos (48,4%) conseguiu iniciar o acompanhamento ainda no 1º trimestre de gestação (ARAUJO; TEIXEIRA, 2016).

Faz-se necessário repensar a assistência pré-natal de mulheres com VDRL reagente, revendo o calendário de consultas e garantindo acesso aos exames mensais de VDRL para controle de cura e ao tratamento dela e do parceiro sexual. Essa gestante necessita ser priorizada na unidade onde está sendo assistida e receber visitas domiciliares das equipes de saúde da família para acompanhamento e monitoramento das condutas adotadas.

A literatura sinaliza que os profissionais de saúde, quando fazem alguma orientação durante o pré-natal, limitam-se a ser prescritivos e valorizar os aspectos técnicos da condução do caso, desconsiderando as questões subjetivas e que dificultam sobremaneira o controle da sífilis congênita, como é o caso do tratamento do parceiro. Estudos mostram que um dos maiores motivos para a inadequação do tratamento da gestante com sífilis é o não tratamento do parceiro sexual (AMARAL, 2012). A inadequação ao tratamento é colocada como negligência dos serviços em outro estudo, pois a urgência da necessidade de tratamento do parceiro deveria ser considerada prioritária, haja vista a possibilidade de reexposição da gestante ao treponema, impedindo a quebra da cadeia de transmissão da doença e reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical (COSTA et al., 2013).

Outros aspectos podem comprometer o envolvimento da gestante no caso específico da sífilis, considerando que muitas

vezes é identificada na fase de latência, a exemplo da aceitação e do reconhecimento do problema, que passa a ser despercebido, dificultando o diagnóstico, o tratamento e o reconhecimento do problema pela gestante.

Identificou-se que as mulheres consideraram o problema sem gravidade e não acreditaram na infecção pelo fato de não apresentarem sintomatologia:

[...] não conheço os sintomas, só descobri porque eu fiz os exames. (M4).

Pega na relação, o povo diz, mas como é que pode se meu marido não tem? Não sei se eu acredito nisso, não. (M19).

Esse fato pode ser decorrente da falta de conhecimento acerca da sífilis. Em gestantes com diagnóstico durante o pré-natal, deve ser considerado um problema grave, ao considerar-se que essas mulheres realizaram o pré-natal, compareceram aos serviços para solicitar outros procedimentos, tiveram vários contatos com diferentes profissionais e possivelmente não foram orientadas com linguagem clara. Essa situação pode estar atrelada ao alto número de mulheres que, mesmo conhecendo o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, chegam ao parto sem ter recebido tratamento adequado.

Estudo realizado no interior do Ceará objetivou conhecer as medidas tomadas pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre casos de sífilis durante a gravidez, o qual constatou que apenas um caso de sífilis diagnosticado na gestação foi acompanhado (BARRETO et al., 2016). O estudo destacou ainda que as falhas na assistência pré-natal possibilitam o aumento de casos de sífilis congênita, juntamente com as graves consequências causadas pela patologia. A escassez de um protocolo voltado para a assistência de enfermagem à gestante com sífilis limita as atividades de profissionais (BARRETO et al., 2016). Percebe-se

que está faltando uma continuação da assistência, um olhar diferenciado, uma estratégia de convencer as mulheres com sífilis sobre a importância do tratamento.

Sobre a transmissão da doença, no geral as mulheres relataram conhecer a transmissão vertical. Uma expôs dúvidas e as demais informaram conhecer a transmissão por relação sexual; nenhuma mencionou a transmissão por transfusão de sangue contaminado.

Eu sei que ela passa para o bebê, só isso, que o bebê pode nascer com algum problema neurológico e pronto. (M6).

[...] se pegava através do beijo. (M13).

Através da relação sexual e de mãe para o bebê, no parto. (M18).

Esse achado confirma a importância da equipe multiprofissional na condução dos casos de sífilis, visto que a mesma tem o papel fundamental na orientação e envolvimento da mulher no tratamento, considerando a possibilidade das formas assintomáticas ou oligoassintomáticas.

Somente com assistência pré-natal de qualidade, exames laboratoriais em tempo hábil, tratamento do casal e conscientização de todos os envolvidos será possível alcançar o objetivo almejado de controle dessa infecção, medidas essas associadas a uma Estratégia da Equipe de Saúde da Família, de modo a aproximar-se da população, reconhecendo que a atenção básica é uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde, sobretudo a busca ativa às gestantes pelos agentes comunitários de saúde. O profissional e os gestores devem se conscientizar que o tratamento adequado da sífilis na gestação é a única maneira de impedir a transmissão vertical e, por consequência, a infecção congênita (LAFETA et al., 2016).

Lafeta et al. (2016) identificaram que a dificuldade de prevenção da transmissão vertical permanece um entrave para o diagnóstico e tratamento precoce de forma adequada. As gestantes realizam o número de consulta pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde, mas, mesmo assim, o diagnóstico de sífilis se dá no momento do parto na maioria das vezes.

Em uma pesquisa realizada em Belo Horizonte, os autores constataram que a detecção e tratamento da sífilis na gestante representam importantes medidas de saúde pública, essenciais para o controle e prevenção da sífilis congênita. É fundamental a aplicação de medidas corretas para o controle da transmissão vertical da sífilis, com a realização de exames de rotina e redução de eventos adversos, como nascimentos prematuros, abortos e natimortos (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

Quanto à sintomatologia da doença no bebê, as entrevistadas apresentavam noções sobre o problema; percebeu-se que as orientações realizadas pelos profissionais foram superficiais:

Não conheço. No bebê, pode causar cegueira, problema nas juntas. Só sei que dá problema. (M5).

Não sei os sintomas, não, mas a doutora informou que o bebê pode ficar cego, surdo e até morrer, se ele não for tratado. (M19).

A sífilis acarreta sérias implicações para a mulher grávida e o conceito; dentre as sequelas mais graves deixadas pela doença na criança acometida, podem-se citar: a ceratite intersticial com cegueira, a surdez neurológica, a hidrocefalia e o retardo mental. No período gestacional, pode trazer sérias complicações para a mulher e o filho, sendo responsável pela grande morbidade na vida intrauterina, levando ao aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos (LAFETA et al., 2016).

Verificou-se que poucas mulheres se mostraram preocupadas com a sífilis, e essa preocupação deve-se ao fato de as mesmas fazerem referência ao HIV, como mostram os depoimentos:

Foi depois que teve o bebê, quando saiu o resultado de que não tinha HIV, mas tinha sífilis. (M2).

Assim, eu fiquei assustada, fiquei com medo de que não tivesse cura, mas aí lá me disseram que tinha cura. Aí pronto! Mas agora é que eu estou assustada, porque eu fiz o tratamento, eu e o meu marido, e ainda continua. (M6).

Observou-se que algumas chegaram a expressar conhecimentos equivocados sobre a doença:

[...] a menina explicou que atinge os olhos e os ossos, tem tuberculose, né, cria feridas no corpo. (M2).

Não. E no bebê o sangue dele pode virar água. (M20).

O que está posto remete à reflexão sobre a importância das consultas de pré-natal recomendadas pelo Ministério da Saúde, ao preconizar o mínimo de seis consultas com realização do teste para sífilis (VDRL) no primeiro e terceiro trimestres de gestação e na hora do parto, podendo-se até ter um número mais reduzido de consultas, porém deve-se dar maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas, pois é durante as consultas de pré-natal que o profissional tem maior possibilidade de prestar assistência à mulher, identificando e tratando alguma patologia (BRASIL, 2012).

Evidenciou-se que as mulheres tiveram oportunidade de receber profilaxia ainda na gestação, no entanto o conhecimento sobre a doença foi esclarecido de fato na maternidade. Portanto, não basta ter somente assistência pré-natal, é preciso que tal assistência seja também de qualidade, para que possa prevenir ou pelo menos reduzir o risco de transmissão vertical da sífilis.

Percepções de puérperas após a descoberta do diagnóstico da sífilis

Os relatos apontaram sentimentos distintos em relação à descoberta da doença; algumas relataram sentimento de traição, susto, tristeza, medo pela não cura, preocupação com o recém-nascido, falta de sensibilidade com o diagnóstico e receio quanto à permanência no hospital. Uma das expressões mais preocupantes foi a insensibilidade ao receberem o diagnóstico:

Ah! Eu fiquei preocupada. (M1).

[...] então foi um castigo para mim essa doença, mas não fiquei triste nem com medo, não, porque tem cura, então não senti nada, não. Se não tivesse cura, se fosse uma doença grave, eu ficaria preocupada. (M20).

Cabe aos profissionais de enfermagem/médicos orientar e informar quanto à prevenção e tratamento, realizar controle de cura para a mulher e, sempre que possível, para o parceiro e ainda enfatizar a gravidade da doença de forma clara e em linguagem compatível para o entendimento dessas mulheres.

O apoio emocional dos profissionais de saúde durante o pré-natal pode contribuir para o enfrentamento da doença, bem como o acompanhamento após o diagnóstico; contudo, se não houver essa orientação, a mesma deve ser realizada durante a assistência no pré ou pós-parto:

[...] ele [médico] disse que eu ia ter que ficar internada por dez dias; eu não queria. Fiquei preocupada e triste, porque eu estava doente, mas nem me explicaram direito o que era. (M17).

O enfermeiro deve abandonar a postura de onipotência mediante o saber científico com o popular, devendo a consulta de enfermagem ser valorizada como importante instrumento de educação em saúde. No entanto, se essa oportunidade não foi va-

lorizada durante o pré-natal, não se pode perder a oportunidade de fazê-la durante a assistência hospitalar no pré ou pós-parto.

Algumas mulheres descreveram o sentimento após o diagnóstico da doença como “susto”, tendo em vista que haviam sido diagnosticadas apenas no momento do parto, como mostram as falas:

Assim, eu fiquei assustada, fiquei com medo de que não tivesse cura, mas aí lá me disseram que tinha cura. Aí pronto! [...] Eu fiquei assustada mais com o meu bebê, porque ele poderia nascer doente, com algum problema, mas aí deu tudo bem com a criança. (M6).

Na hora, levei um susto, né, porque nem imaginava, porque, durante todo meu pré-natal, não tinha acusado nada, tinha dado sempre negativo, porque a gente faz esse exame duas vezes durante o pré-natal, né? E eu fiquei assim, porque eu sei que é uma doença transmitida pelo sexo e que toda doença assim é grave. (M21).

Os sentimentos de traição, raiva e tristeza também foram evidenciados no estudo. Após o diagnóstico, algumas mulheres viveram momentos de aflição, pois a forma de transmissão foi questionada na presença do parceiro fixo, gerando desconfiança entre os casais, de acordo com os depoimentos:

Ah! Aquele sentimento de que você foi enganada, aquelas coisas, de raiva, porque a gente sabe como foi transmitido, né? Raiva dele, porque achava que ele tinha me traído. (M5).

Fiquei triste e surpresa, porque o exame que eu fiz no pré-natal deu negativo. Aí, na hora do parto, deu positivo, acho que meu marido pegou da ex-mulher dele e passou para mim. (M16).

Outras pesquisas confirmam os achados deste estudo, ao pontuarem que, após o diagnóstico da sífilis, alguns relacionamentos ficaram abalados, chegando a ser inevitável a separação,

e que a possibilidade da traição causa maior impacto do que o diagnóstico da doença (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007).

Outros depoimentos retratam a percepção dessas mulheres em relação à gravidade da doença, em que, a partir do momento em que o profissional de saúde informou-lhes que a doença tem tratamento, essas mulheres mostraram-se tranquilas com o diagnóstico ou ainda não visualizaram a doença como um mal, mas sim como algo transitório, conforme mostra o relato adiante.

Fiquei com um pouco de medo, né? Eu achava que não tinha cura, mas o médico me explicou e disse que tinha tratamento, que eu ia ficar curada; aí fiquei mais aliviada, porque o importante é que vou ficar boa. (M15).

Sentimentos contraditórios foram identificados, ao relatarem a tristeza pela doença e consequências para o bebê, lamentando a sua permanência no hospital:

[...] eu me senti assim, sei lá, esquisita, triste por ter aquilo, né? Por ter passado para o meu filho, me senti mal. Chorava dia e noite. Chorava mais porque meu filho podia nascer com algum defeito, com alguma coisa, né, ou perdê-lo. Mas, graças a Deus, não aconteceu isso. Aí ela está tomando antibiótico agora, são dez dias; tem que ficar aqui nesse castigo até ela acabar. Seja o que Deus quiser; eu não vou é deixar ela ficar doente, né? (M4).

No estudo desenvolvido por Víctor et al. (2010), as mães revelaram desconhecimento da sífilis, relacionando a transmissão da doença apenas à ausência do uso de preservativo, as quais não haviam sido orientadas sobre o tratamento dos seus filhos, sentindo-se, em consequência disso, tristes com a duração do tratamento e com o sofrimento de seus filhos durante os procedimentos invasivos.

O Ministério da Saúde corrobora os achados, ao afirmar que a maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimen-

to da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Isso se deve principalmente devido à ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, costumando comprometer especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (BRASIL, 2015).

Diante da prática, percebeu-se que as mulheres estão mais preocupadas com o que acontece em seus lares, com os outros filhos deixados em casa, com o esposo que ficou sozinho; no que elas menos pensam é no tratamento certo para seu filho. Esse fato se deu também porque não haviam sido informadas das consequências da doença no bebê e da importância do tratamento da criança, de si próprias e do companheiro.

Considerações finais

A realização deste estudo possibilitou a compreensão de que o conhecimento das mulheres ainda é limitado, mesmo daquelas que já tiveram diagnóstico de sífilis confirmado em gestação anterior, pois essas mulheres apresentaram conhecimentos equivocados, por exemplo a respeito da forma de transmissão.

Contudo, se o conhecimento das mulheres e de tantas outras é escasso, cabe ao profissional de saúde, sendo ele médico ou enfermeiro, informá-las no sentido de prevenção, informação sobre a doença, sinais e sintomas, consequências e tratamentos, constituindo, assim, uma assistência ao pré-natal e parto de qualidade, sendo de fundamental importância, pois é possível prevenir a transmissão vertical da sífilis a partir da captação e tratamento precoce de mulheres infectadas pelo *Treponema pallidum*.

Vale destacar que algumas mulheres, quando mostraram preocupação com o fato de a doença ter ou não cura, ao faze-

rem referência ao HIV/Aids, mencionaram a necessidade de se desenvolver ou reformular campanhas educativas para doenças sexualmente transmissíveis, enfatizando a sífilis, visto que na maioria a ênfase se volta para a repercussão vivenciada por pessoas vivendo com HIV/Aids.

Com o diagnóstico da doença, observou-se que este produziu sentimentos distintos, acarretando alterações emocionais, como medo, tristeza, sentimentos de traição – ocasionando separação conjugal – e preocupações com o bebê; algumas ainda se mostraram indiferentes ao diagnóstico. Esses conflitos suscitam a necessidade de uma abordagem multiprofissional humanizada e holística.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de os profissionais oferecerem apoio necessário, com vistas a minimizar as alterações emocionais e o enfrentamento dos problemas desencadeados a partir do diagnóstico da doença.

Referências

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 52-55, 2012.

ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivência de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479-486, 2007.

ARAUJO, N. B.; TEIXEIRA, M. E. N. Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 363-375, 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: 70, 2011.

BARRETO, J. A. P. S. et al. Syphilis in pregnancy: the role of nurses from the family health strategy. *International Archives of Medicine*, London, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2016.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília, DF: MS, 2015.

COSTA, C. C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-159, 2013.

FRANÇA, I. S. X. et al. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 374-381, 2015.

LAFETA, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

SILVA, M. A. M. et al. Sentimentos de gestantes com diagnóstico de sífilis. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Teresina, v. 4, n. 2, p. 84-91, 2015.

SILVA, M. R. F. et al. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 301-309, 2010.

VÍCTOR, J. F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 113-119, 2010.

O TRATAMENTO DO PARCEIRO SEXUAL NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA

ANA FÁTIMA BRAGA ROCHA

Doutoranda e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor.

ERIKA GURGEL ALBUQUERQUE

Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPC), em Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e em Gestão do Potencial Humano nas Organizações pela Universidade de Fortaleza (Unifor) e graduada em Enfermagem pela Faculdade Terra Nordeste (Fatene).

LIDIANA MENDES LACERDA

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Terra Nordeste (Fatene).

ANA CRISTINA MARTINS UCHOA LOPES

Doutoranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especializanda em Auditoria dos Serviços de Saúde Público e Privado pelo Centro de Qualificação e Ensino Profissional (Cequale) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia Intensiva (Fateci).

CAMILA FÉLIX AMÉRICO

Doutora e mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Terra Nordeste (Fatene) e do Centro Universitário Estácio FIC do Ceará.

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Pós-doutora pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestra em Saúde Pública também pela UFC e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifor.

Introdução

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito por via transplacentária. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença na mãe (BRASIL, 2015).

Aproximadamente 40% dos conceitos infectados de mães não tratadas resultam em natimortalidade, mortalidade perinatal e neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e principalmente perdas fetais (NEWMAN et al., 2013). Estudo realizado na Holanda revelou que há mais recém-nascidos com sífilis congênita do que com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (OP DE COUL et al., 2011). No entanto, percebe-se que, de forma geral, há mais ações voltadas à prevenção do HIV, negligenciando-se os graves riscos que a sífilis pode causar ao bebê.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes no Brasil é de 11,2 casos por 1.000 nascidos vivos. De 2005 a junho de 2016, foram notificadas 169.546 gestantes com sífilis; destas, 21,7% do Nordeste (BRASIL, 2016).

Apesar da elevada cobertura pré-natal no país, acima de 85%, e de uma razão de cinco consultas de pré-natal por parto no Sistema Único de Saúde (SUS), a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades (DOMINGUES et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2013). A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal prevê a realização de exames para sí-

filis, mas verifica-se ora a inobservância da realização da rotina preconizada, ora um tratamento inadequado, incluindo-se a não realização do tratamento do parceiro sexual (BRASIL, 2008b).

Acredita-se que os indicadores de sífilis e HIV na gestante podem ser melhorados com a implantação da Rede Cegonha pelo Governo Federal. Essa proposta visa melhorar a qualidade da assistência pré-natal e ao nascimento e o acesso ao parto nas redes públicas de saúde. Propõe, dentre outras estratégias, a disponibilização do teste rápido (TR) de sífilis na atenção primária, garantindo uma descoberta precoce da doença e o tratamento imediato dessa mulher e do seu companheiro (BRASIL, 2012).

Considera-se adequadamente tratada a gestante que realiza o tratamento concomitantemente ao parceiro, utilizando Penicilina G Benzatina na dosagem adequada ao estágio da doença e finalizando no máximo 30 dias antes do parto (BRASIL, 2015).

O controle das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como a sífilis, depende da quebra da cadeia de transmissão, quando se fazem necessários alguns procedimentos: a convocação, o aconselhamento e o tratamento dos seus cônjuges. Essas atitudes são fundamentais para que a gestante não se infecte novamente caso já tenha sido tratada. O Ministério da Saúde considera parceiro sexual o indivíduo que se relacionou sexualmente com a paciente nos últimos 30 dias (BRASIL, 2015).

Devido às questões de gênero, os homens julgam-se fortes e invulneráveis, negligenciam o autocuidado e, conseqüentemente a esses fatos, acabam se expondo mais a situações de risco (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Ademais, os homens costumam ter maior poder nas relações com as mulheres (GOMES, 2010), o que os torna atores essenciais na prevenção da sífilis na gestante e, por conseguinte, da sífilis congênita.

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo conhecer o alcance e/ou deficiência do tratamento do parceiro sexual

de gestantes com sífilis, por meio de publicações científicas nacionais, visto que o parceiro é um importante elo na cadeia de transmissão da infecção.

Método

Este texto consiste em uma revisão integrativa com coleta de dados empreendida a partir de artigos indexados em bibliotecas virtuais. Esse método permite que seja realizada uma análise sistemática de vários estudos, possibilitando uma sinopse do que se tem publicado sobre um determinado assunto, dando suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, viabilizando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizaram-se seis etapas: elaboração da questão norteadora do estudo; definição dos critérios para a seleção da amostra; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na pesquisa; análise de dados e resultados; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Estabeleceu-se a pergunta norteadora: “*Quais as evidências disponíveis na literatura acerca do alcance e/ou deficiência do tratamento do parceiro sexual de gestante com sífilis?*”.

A coleta ocorreu de março a abril de 2014, utilizando o descritor controlado (DeCS – Descritores em Saúde) “sífilis congênita”, por meio de uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)¹. A BVS foi selecionada por ser uma base distribuidora de conhecimento científico e técnico em saúde, registrado, organi-

¹ Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>.

zado e armazenado em formato eletrônico nos países da região, acessível de forma universal na internet de modo compatível com as bases internacionais (BVS, 1998).

Para compor a amostra do estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis nas bases de dados selecionadas; publicados na íntegra; disponíveis eletronicamente; nos idiomas inglês, português e/ou espanhol; realizados no Brasil e que mencionassem algum achado acerca do tratamento do parceiro. Visando a uma maior abrangência da pesquisa, não houve critério de seleção quanto ao ano de publicação dos estudos. Foram excluídos artigos repetidos nas bases de dados, editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações, monografias, artigos de revisão e de Qualis igual ou inferior a B4 para a Enfermagem, segundo a classificação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A pesquisa resultou numa seleção de 12 artigos (Quadro 1).

Quadro 1 – Amostra obtida nas bases de dados de acordo com o descritor “sífilis congênita”

Busca e seleção dos artigos	Nº de artigos
Produção encontrada	2.337
Após aplicação dos critérios inclusão/exclusão	59
Artigos selecionados	12

Fonte: Elaboração própria (2014).

Foi realizada uma leitura geral dos artigos encontrados, conferindo os achados no que tange aos objetivos propostos, sendo os dados dos estudos extraídos a partir da utilização de um instrumento que proporciona a extração padronizada dos dados de identificação, de metodologia, de apresentação de resultados e de conclusões de artigos científicos, instrumento esse adaptado para a finalidade deste estudo (URSI, 2005).

Os estudos foram avaliados criteriosamente quanto à legitimidade, qualidade metodológica e importância da informação e foram apresentados em quadros com informações relevantes de cada artigo, possibilitando a análise dos mesmos para alcançar o propósito da pesquisa.

Resultados

O Quadro 1 foi elaborado para a identificação dos artigos incluídos no levantamento da pesquisa. Observou-se que dois (16,6%) artigos foram publicados no ano de 2012 e quatro (33,3%) no ano de 2013, o que demonstra um interesse mais recente dos pesquisadores em detalhar em seus resultados a problemática do tratamento do parceiro da gestante com sífilis. No que tange ao local das pesquisas, o município de Fortaleza, Ceará, teve predominância, estando presente em três (25%) estudos; nota-se, portanto, a relevância dada à temática nessa região a que pertence essa cidade.

Dentre os estudos que compõem a amostra, não existiram pesquisas qualitativas, impossibilitando uma análise das subjetividades dos sujeitos envolvidos. Estudos com essa abordagem são necessários para que se conheçam as dificuldades encontradas pelos parceiros sexuais das gestantes com sífilis na adesão ao tratamento. No que concerne aos periódicos, houve um (8,3%) artigo publicado em revista de enfermagem e quatro (33,3%) tinham o enfermeiro como autor principal. Ademais, um (8,3%) artigo apresentou seu título relacionado ao parceiro e nenhum utilizou o mesmo como sujeito do estudo.

Quadro 2 – Caracterização dos artigos incluídos no estudo

Artigo	Título	Categoria profissional autor principal	Período/Ano	Características do estudo
A1	Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal	Médico	<i>Rev. Bras. de Gin. Obst.</i> , 2001	Local: Caxias do Sul-RS. Tipo de estudo: descritivo prospectivo. Amostra: 27 casos de sífilis congênita.
A2	Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido	Médica	<i>Epidemiol. Serv. Saúde</i> , 2007	Local: Sumaré-SP Tipo de estudo: Descritivo retrospectivo Amostra: 45 casos de sífilis congênita.
A3	Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil	Enfermeira	<i>Rev. de APS</i> , 2009	Local: Olinda-PE. Tipo de estudo: descritivo, de natureza quantitativa e corte transversal. Amostra: 46 enfermeiros.
A4	Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle	Enfermeira	<i>Cad. Saúde Pública</i> , 2010	Local: Fortaleza-CE. Tipo de estudo: transversal e descritivo. Amostra: 58 gestantes.
A5	Molecular detection of <i>Treponema pallidum sp. pallidum</i> in blood samples of VDRL - seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: a retrospective observational study in Northern Brazil	Farmacêutica/Bioquímica	<i>Rev. Soc. Bras. de Medicina Tropical</i> , 2011	Local: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará-PA. Tipo de estudo: retrospectivo. Amostra: 36 mulheres com resultado letal de gravidez e VDRL reagente.

A6	Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2000	Odontóloga	<i>Epidemiol. Serv. Saúde</i> , 2011	Local: Natal-RN. Tipo de estudo: descritivo do tipo seccional. Amostra: 311 casos de sífilis congênita.
A7	Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual	Psicóloga	<i>Rev. Bras. Ginecol. Obstet.</i> , 2012	Local: Fortaleza-CE. Tipo de estudo: estudo quantitativo. Amostra: 56 parturientes.
A8	Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família	Médica	<i>Rev. Saúde Pública</i> , 2012	Local: Brasil. Tipo de estudo: ecológico observacional, com componentes descritivos e analíticos (quantitativo). Amostra: todos os municípios brasileiros.
A9	Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008	Farmacêutica	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 2013	Local: Belo Horizonte-MG. Tipo de estudo: vigilância. Amostra: 296 casos de sífilis congênita.
A10	Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década	Enfermeira	<i>Rev. Esc. Enferm. USP</i> 2013	Local: Fortaleza-CE. Tipo de estudo: transversal e documental com abordagem quantitativa. Amostra: 2.930 casos de sífilis congênita.
A11	Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal	Médica	<i>Rev. Saúde Pública</i> , 2013	Local: Rio de Janeiro-RJ. Tipo de estudo: transversal. Amostra: 46 gestantes com sífilis e 16 casos de sífilis congênita.
A12	Sífilis materna e congênita: ainda um desafio	Enfermeira	<i>Cad. Saúde Pública</i> , 2013	Local: Distrito Federal-DF. Tipo de estudo: descritivo. Amostra: 70 gestantes com VDRL reagente.

Fonte: Elaboração própria (2014).

No quadro 3, estão elencadas as informações referentes ao tratamento do parceiro sexual segundo o achado de cada artigo.

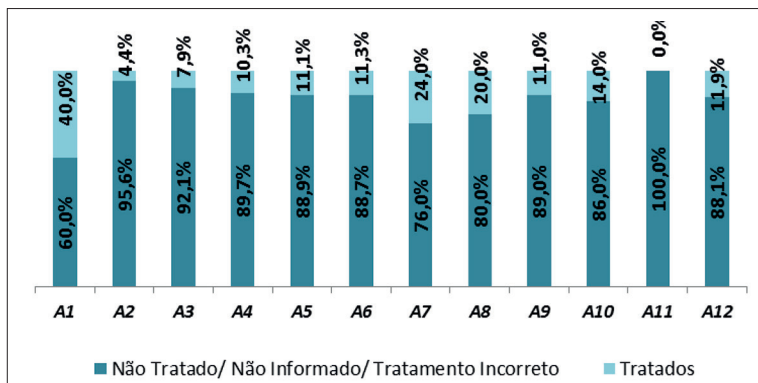
Quadro 3 – Alcance e deficiência do tratamento do parceiro sexual das gestantes com sífilis

Artigo	Tratamento do parceiro da gestante com sífilis
A1	Das 15 (65,2%) gestantes que receberam tratamento inadequado, nove (60%) ocorreram devido ao parceiro.
A2	Não houve anotação clara sobre tratamento do parceiro. Houve notificação de tratamento do parceiro, supostamente adequado, em apenas duas fichas epidemiológicas (4,4%). Trinta (66,7%) estavam como não realizados e 13 como ignorados (28,9%).
A3	Observou-se que, nos dois distritos sanitários (DS) pesquisados, os números de parceiros tratados não foram satisfatórios. Em um, 67,1% dos parceiros das gestantes com sífilis não foram tratados, enquanto que esse percentual foi de 25,0% no outro, gerando uma disparidade significativa entre eles.
A4	Das gestantes estudadas, 24,1% informaram que o parceiro foi tratado, 65,5% não tratados e 10,3% não souberam informar. Das que informaram o tratamento do parceiro, 42,9% foram realizados completos, o que corresponde a 10,3% da amostra total.
A5	Das nove mulheres com segundo teste positivo para sífilis, apenas um parceiro (11,1%) foi tratado.
A6	Nas notificações, ocorreu um alto índice de informações ignoradas (10%), dentre elas o tratamento dos parceiros (34,7%). Somente 35 (11,3%) gestantes tiveram seus parceiros tratados – 21 com Penicilina G Benzatina 7.200.000UI e 14 com Penicilina G Benzatina 2.400.000UI – ficando, então, com 168 (54%) parceiros sem tratamento e ainda 108 (34,7%) ignorados.
A7	Dos 25 parceiros informados do diagnóstico de sífilis antes ou durante o pré-natal, 11 não realizaram o tratamento e oito não foram considerados adequadamente tratados.
A8	Só 20% dos parceiros teriam sido tratados durante o pré-natal.
A9	Somente 11% dos parceiros das mães dos casos de sífilis congênita haviam recebido tratamento para sífilis.
A10	Verificou-se um aumento progressivo do número total de casos notificados de parceiros não tratados a cada ano. O que chamou a atenção foi o número de parceiros não tratados ou com dados ignorados (86%), que superou o número de parceiros tratados (14%) no geral de todos os anos investigados.
A11	Das gestantes identificadas com sífilis na gestação, 16 (35%) apresentaram caso de sífilis congênita como desfecho. Destas, não foi encontrado registro de tratamento do parceiro na gestação ou no parto.
A12	Do total, 28 (41,8%) gestantes/puérperas foram adequadamente tratadas, e o principal motivo para a inadequação do tratamento foi a falta (83,6%) e/ou inadequação (88,1%) do tratamento do parceiro.

Fonte: Elaboração própria (2014).

Em uma visão generalizada, observa-se uma negligência das medidas preventivas da sífilis congênita com enfoque na abordagem e tratamento dos parceiros sexuais. Para melhor visualizar os resultados quanto à cobertura de tratamento dos mesmos segundo cada publicação, os percentuais foram dispostos na Figura 1.

Figura 1 – Percentuais de parceiros sexuais de gestantes sífilíticas não tratadas, e/ou sem informação de tratamento, e/ou com o mesmo realizado incorretamente e percentuais de realização de tratamentos adequados de acordo com os artigos incluídos na pesquisa



Fonte: Elaboração própria (2014).

Verifica-se o quanto é superior o percentual de falhas no tratamento dos parceiros diante dos tratados adequadamente. Além do mais, encontram-se nos artigos que compõem a amostra deste estudo muitos obstáculos relacionados à adequação do tratamento do parceiro (Quadro 4), o que contribui para a manutenção da prevalência da sífilis congênita.

Apesar da principal informação trazida pelos artigos referir-se ao percentual de tratamento dos parceiros, foi possível captar algumas alegações dos autores como justificativa para a

baixa cobertura de tratamento, destacando-se o desconhecimento acerca da doença e suas consequências, as questões do homem e os aspectos vinculados aos serviços de saúde.

Quadro 4 – Obstáculos encontrados nos artigos para a realização do tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis

Desconhecimento
Sobre IST (A3); Baixa escolaridade (A7).
Questões do homem
Não se sentir doente, não percebendo a necessidade do tratamento (A7); Alegar não ter tempo (A7); Serviços voltados à saúde da mulher e da criança (A2, A12).
Serviço
Procura de serviços que respondam com maior rapidez às suas demandas de saúde (A2); Baixa qualidade na assistência pré-natal (A4, A8, A10, A11); Falta de estrutura nas unidades básicas para satisfazer a regulamentação sobre as condições de aplicação da penicilina (A8); Insuficiência de recursos para transporte até os laboratórios e unidades de saúde (A9).

Fonte: Elaboração própria (2014).

Discussão

Apesar do tratamento inadequado do parceiro sexual da gestante com sífilis ou de sua não realização ser um dos principais obstáculos para a eliminação da sífilis congênita (CAMPOS et al., 2010; MAGALHÃES et al., 2013), os artigos publicados no país relacionados à temática da sífilis não davam enfoque ao parceiro. Apenas um estudo destacava o parceiro como assunto principal e nenhum o adotou como sujeito da pesquisa. Isso pode ocorrer devido ao fato de os homens buscarem os serviços de saúde com menor frequência do que as mulheres (GOMES;

NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), tornando mais difícil o acesso do pesquisador a eles.

Para que haja resolutividade na prevenção da sífilis congênita, é necessária a efetivação do tratamento do parceiro. No estudo de Brito, Jesus e Silva (2009), foi visto que a pobreza e a ignorância ou lacuna no conhecimento acerca da doença estão entre as principais barreiras enfrentadas para a realização do tratamento das gestantes e seus parceiros. Os autores referem que a pobreza é o principal empecilho ao acesso dos serviços de saúde e que o medo e o desconhecimento sobre as ISTs são fatores motivadores na recusa ao tratamento das infecções.

Sabe-se que há carência de informações pela população sobre as ISTs (CASTRO et al., 2016; SILVA, 2015); entretanto vale salientar que a Aids é amplamente divulgada, principalmente na mídia, na qual se evidenciam múltiplas campanhas (BRASIL, 2013). Percebe-se, assim, a necessidade de uma maior divulgação dessa temática, em especial da sífilis e suas sequelas nos recém-nascidos, popularizando o tema com iniciativas de educação. Essa estratégia deverá contemplar os sinais e sintomas, formas de transmissão, modos de prevenção, existência de tratamento e possíveis consequências na ausência deste.

Uma pesquisa realizada com estudantes adolescentes apontou que 69% dos entrevistados afirmavam ter conhecimento sobre a sífilis, entretanto, após responderem a algumas perguntas, demonstraram não saber a forma pela qual a doença se apresenta (34% mulheres / 45% homens); alguns acreditavam que a doença poderia ser adquirida pelo abraço ou ao sentar-se no mesmo local onde um indivíduo contaminado sentou (BRETAS et al., 2009).

O desconhecimento sobre as consequências da sífilis para o bebê foi apontado como um dos fatores que podem estar relacionados ao não tratamento dos parceiros sexuais (MES-

QUITA et al., 2012). É possível que a falta de informações sobre as complicações para o recém-nascido gere no homem um sentimento de indiferença quanto ao tratamento, por não compreender sua parcela de responsabilidade no processo de interrupção da doença.

Os enfermeiros têm grande relevância no processo de educar a população acerca da necessidade de prevenir a transmissão vertical da sífilis, principalmente por esses profissionais realizarem acompanhamento pré-natal no sistema de saúde pública no Brasil e serem importantes atores nas ações educativas em saúde.

Para o manejo adequado dessa infecção, é necessária a capacitação dos profissionais. Um estudo realizado em Fortaleza, Ceará, encontrou falha na compreensão dos enfermeiros referente à conduta diante do VDRL reagente, mesmo esses profissionais afirmando terem passado por treinamento sobre o assunto (ANDRADE et al., 2011).

Faz-se também imperativo o preparo dessa categoria para lidar com o parceiro sexual da gestante com sífilis. Incluí-lo nas consultas de pré-natal pode ser uma estratégia eficaz, proporcionando que o mesmo se sinta parte do processo de formação desse bebê, tornando mais simples sua adesão ao tratamento. Além disso, a presença do parceiro nessas consultas possibilita ao profissional estender as orientações a ele (DUARTE, 2007) e criar vínculo com o mesmo, estabelecendo confiança (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007). Destaca-se que o acolhimento e o aconselhamento com o parceiro também são estratégias essenciais.

Uma das principais problemáticas vistas pelos profissionais de saúde é a convocação dos parceiros sexuais para o tratamento (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007; CAMPOS et al., 2012; DUARTE, 2007). Para que não haja quebra do sigilo da consulta, o profissional deve estimular a gestante a revelar o diagnóstico ao parceiro; entretanto, muitas vezes isso não ocorre, devido ao

receio existente no que concerne à reação dos homens (ARAÚJO et al., 2012; CAMPOS et al., 2012).

A falta de abertura entre o casal para falar sobre o assunto agrava a situação, pois as mulheres temem ser responsabilizadas e recriminadas por terem a doença, além de não conseguirem lidar com a possibilidade da infidelidade (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007).

Essa dificuldade de comunicação dos casais pode resultar no não rompimento da cadeia de transmissão (DUARTE, 2007; MIRANDA et al., 2012). Por esse motivo, os profissionais de saúde podem e devem ajudar as mulheres na revelação da doença, ofertando apoio emocional, orientações necessárias acerca do tratamento e prevenção de novas infecções, além de promover um ambiente acolhedor, aumentando a probabilidade de outros encontros durante o processo de tratamento e seguimento do casal.

Há também circunstâncias em que o profissional é capacitado, compreende o manejo da doença, contudo a estrutura inadequada do serviço não lhe permite que coloque seu conhecimento em prática, gerando, não raro, um sentimento de impotência. Essa revisão encontrou falhas nos serviços públicos de saúde referentes à agilidade na entrega dos exames para detecção da infecção (BRITO; JESUS; SILVA, 2009; DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007). Esse é um obstáculo significativo na comprovação da doença e inicialização do tratamento da gestante e seu parceiro.

Vale ressaltar que a problemática da demora na entrega dos resultados não é empecilho para a solicitação destes, devendo os mesmos serem solicitados conforme preconização do Ministério da Saúde. Estudo realizado em Vitória, Espírito Santo, mostrou que, dentre as gestantes que fizeram o pré-natal, mais de 10% ou não fizeram o exame VDRL ou não tiveram acesso ao

resultado (MIRANDA et al., 2009). Ademais, existem algumas localidades que possuem um limite mensal no número de solicitação dos testes não treponêmicos e/ou treponêmicos nas unidades básicas de saúde, fato que também compromete o tratamento da gestante e de seu parceiro.

Uma ação que agilizará o diagnóstico é o teste rápido implantado nas unidades de atenção primária à saúde desde a implementação da política da Rede Cegonha, devendo ser ofertado no pré-natal. Esse teste tem por objetivo proporcionar diagnóstico precoce e eficaz e um esquema terapêutico imediato, o que possibilita ao profissional agilidade na conduta preconizada, que é tratar as gestantes e seus companheiros (BRASIL, 2012).

Alguns aspectos vinculados ao serviço de saúde que são utilizados pelos homens como motivos para não buscá-lo e, conseqüentemente, não realizar o tratamento consistem na demora a serem consultados e no horário de atendimento das unidades básicas de saúde, que é incompatível com a jornada de trabalho deles (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Um estudo realizado em quatro estados brasileiros evidenciou que, nos serviços onde foram ofertados atendimentos em horários alternativos, houve um aumento do público masculino nos novos horários estabelecidos (COUTO et al., 2010). Isso demonstra necessidade de intervenção nas políticas públicas relacionadas ao acesso dos homens ao atendimento público de saúde.

Um dos estudos analisados por esta revisão (CAMPOS et al., 2012) constatou que os parceiros viviam com a gestante, fato que chama a atenção para a possibilidade de desenvolver estratégias diferenciadas de captação desses parceiros, uma vez que o acesso aos mesmos parece não ser um fator impeditivo.

Um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro apontou como principais motivos para a pouca busca dos homens aos serviços de saúde o fato de sentirem-se fortes e invulneráveis,

achando-se “super-heróis”. Para os homens, segundo os autores, procurar um atendimento demonstraria sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, pondo em risco sua masculinidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Essas são questões atinentes ao gênero, que, consoante Gomes (2010), está ligado à forma segundo a qual as pessoas devem agir, pensar e sentir para serem consideradas homens e mulheres, o que faz direcionar a forma de agir e pensar como um meio de imposição e respeito perante a sociedade, e que esse fato torna a masculinidade como uma forma de obrigação e respeito.

Vale salientar que os homens não se reconhecem como público de atendimento das unidades de saúde, pelo fato de as mesmas serem voltadas ao cuidado maternoinfantil (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008; NEMES FILHO, 2000). Nesse sentido, espera-se, com a *Política de Atenção Integral à Saúde do Homem*, publicada em 2008, uma maior atenção à população masculina (BRASIL, 2008a).

Conclusão

Pode-se concluir que o alcance do tratamento do parceiro da gestante com sífilis é baixo e que diversos são os obstáculos envolvidos. Faz-se imprescindível, portanto, uma forte atuação dos órgãos públicos e profissionais da saúde, através de campanhas com ampla divulgação sobre alguns pontos fundamentais para facilitar a adesão do tratamento do parceiro, tais como: maior esclarecimento sobre a sífilis; incentivo ao uso de serviços de saúde para o público masculino, disponibilizando horários de atendimento mais acessíveis para o trabalhador; além do incentivo ao acompanhamento do parceiro nas consultas de pré-natal, proporcionando uma maior aproximação do profissional com o casal.

Referências

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2008. p. 783-836.
- ANDRADE, R. F. V. et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 188-193, 2011.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis no Nordeste do Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 3, p. 713-726, 2012.
- ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479-486, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico da sífilis*. Brasília, DF: MS, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Campanhas*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/campanhas>>. Acesso em: 2 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS, 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programação das ações de vigilância em saúde*. Brasília, DF: MS, 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Realização do teste rápido para HIV e sífilis na Atenção Básica e aconselhamento em DST/Aids da Rede Cegonha*. Brasília, DF: MS, 2012.

BRETAS, J. R. S. et al. Conhecimento sobre DST/Aids por estudantes adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 551-557, 2009.

BRITO, E. S. V.; JESUS, S. B.; SILVA, M. R. F. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE). *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 62-71, 2009.

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. Bireme y el sistema latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud: hacia la biblioteca virtual en Salud. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/bvs/p/pdoc.htm>>. Acesso em: 3 set. 2014.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, 2010.

CAMPOS, A. L. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

CASTRO, E. L. et al. O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1975-1984, 2016.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil: desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 165-173, 2007.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 171-174, 2007.

GOMES, R. *A saúde do homem em foco*. São Paulo: Unesp, 2010.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

MAGALHÃES, D. M. D. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MESQUITA, K. O. et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. *Journal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012.

MIRANDA, A. E. et al. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 42, n. 4, p. 386-391, 2009.

MIRANDA, A. E. et al. Risk factors for syphilis in young women attending a family health program in Vitória, Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p. 76-83, 2012.

NEMES FILHO, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES FILHO, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 48-65.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*, v. 10, n. 2, 2013.

OP DE COUL, E. L. et al. Antenatal screening for HIV, hepatitis B and syphilis in the Netherlands is effective. *BMC Infectious Diseases*, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3160399/?tool=pubmed>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

SILVA, R. Quando a escola opera na conscientização dos jovens adolescentes no combate às DSTs. *Educação em Revista*, Curitiba, n. 57, p. 221-238, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

URSI, E. S. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura*. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE POR AIDS NO ESTADO DO CEARÁ

MONIGLE DA SILVA SANTOS

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor).

DANIELLE TEIXEIRA QUEIROZ

Doutora em Saúde Coletiva, mestra em Enfermagem Comunitária, ambas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Residência de Enfermagem em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPC) e em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Servidora do município de Fortaleza, lotada em uma Unidade de Saúde da Família, e professora assistente II do Curso de Enfermagem da Unifor.

VALÉRIA FREIRE GONÇALVES

Doutora em Saúde Coletiva, mestra em Saúde Pública, especialista em Epidemiologia e em Enfermagem Obstétrica Social, todas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Aperfeiçoamento em Pneumologia Sanitária pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e em Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar pelo Ministério da Saúde (MS). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor).

DEBORAH GURGEL FREIRE

Doutoranda e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor).

ADRIANA BEZERRA BRASIL DE ALBUQUERQUE

Mestra em Saúde Pública e graduada em Enfermagem, ambas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atualmente é professora da Universidade de Fortaleza (Unifor). Atua principalmente no seguinte tema: Estratégia Saúde da Família.

Introdução

A epidemia de Aids se destaca por trazer grandes danos para a comunidade, em especial em populações-chave¹, como homens que fazem sexo com homens, *gays*, travestis, transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. Portanto, um dos maiores desafios para a saúde pública é o alcance da redução da morbimortalidade. Estima-se que existem mais de 7.000 pessoas que são infectadas com o vírus diariamente, havendo um óbito a cada 20 segundos relacionado à Aids. É considerada atualmente a 5ª causa de morte entre adultos e a principal causa entre as mulheres com idade entre 15 e 49 anos (MARTINS et al., 2014).

A mortalidade por Aids, ainda que equilibrada no cenário nacional, demonstra redução significativa em alguns estados brasileiros que seguem diminuindo as mortes por Aids no Brasil. Entretanto, mudanças devem ser realizadas no sentido de diminuir a taxa de mortalidade em alguns estados brasileiros que continuam em ascensão. A epidemia de Aids teve início em 1980, sendo registrados, até dezembro de 2014, no Brasil, 290.929 óbitos tendo como causa básica a Aids (CID10: B20 a B24), sua maioria evidenciada na região Sudeste (61,0%), seguida do Sul (17,4%), Nordeste (12,3%), Centro-Oeste (5,0%)

¹ Na epidemia de HIV/Aids, o termo “população-chave” é utilizado para classificar segmentos populacionais considerados mais vulneráveis à infecção, devido aos seus comportamentos e contextos sociais em que vivem (BRASIL, 2017).

e, por último, Norte (4,2%). Dos 12.449 óbitos registrados em 2014, 44,9% ocorreram no Sudeste, 20,3% no Sul, 19,5% no Nordeste, 9,3% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste (BRASIL, 2015).

Quanto ao coeficiente de mortalidade, percebe-se uma diminuição nos últimos anos para o Brasil; mudou de 6,0 óbitos a cada 100.000 habitantes no ano de 2005 para 5,7 em 2014, representando uma redução de 5,0%. Vale ressaltar que essa queda não é homogênea para todas as regiões do país; nas regiões Sul e Sudeste, observa-se uma tendência ao decréscimo, de 10,6% e 19,7%, respectivamente. No entanto, nas regiões Norte e Nordeste, a tendência é de elevação na última década; no Norte, o coeficiente aumentou 58,6%, passando-se de 4,6 óbitos para cada 100.000 habitantes em 2005 para 7,3 em 2014; já no Nordeste, houve um acréscimo de 34,3%, saltando de 3,2 para 4,3 óbitos para cada 100.000 habitantes. A região Centro-Oeste permaneceu com o coeficiente de 4,5 em 2005 e em 2014. O Ceará desde 2007 preserva o coeficiente abaixo da média nacional, variando entre 3,0 a 4,4 óbitos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2015; CEARÁ, 2016).

Da totalidade de óbitos por Aids computada no Brasil, 206.991 (71,2%) aconteceram em homens e 83.820 (28,8%) em mulheres. A razão de sexos permanece em 20 mortes em homens para cada 10 em mulheres entre 2005 e 2014. No tocante à faixa etária, não há diferenças significativas em 2014 no que se refere ao coeficiente de mortalidade por sexo entre indivíduos de até 19 anos. Nas demais faixas etárias, a taxa de mortalidade é maior entre os homens quando comparada com a das mulheres. Em relação aos jovens e idosos, existe uma tendência de crescimento das taxas, sendo que, em adultos jovens (20 a 24 anos), observa-se uma mudança de 2,6 óbitos por 100.000 habitantes em 2005 para 3,8 em 2014 (BRASIL, 2015).

É importante destacar que o Brasil foi o país pioneiro na liberação gratuita da terapia antirretroviral, tendo como responsável pela distribuição o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1996. Esse fato colaborou com a diminuição significativa da mortalidade, com a melhora da sobrevida, redução da carga viral e prevenção e queda na transmissão vertical do vírus (CUNHA; CRUZ; TORRES, 2016; FAZITO et al., 2013; NAKAGAWA et al., 2012).

Diante do crescimento das taxas de mortalidade por Aids nos últimos anos no Ceará, é importante conhecer o perfil das pessoas que estão indo a óbito por essa afecção no referido estado, com o propósito de orientar as políticas de prevenção e controle da doença no que se refere em especial à ampliação do diagnóstico e tratamento precoce da infecção pelo HIV, visando à redução da morbimortalidade por Aids. Portanto, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil dos indivíduos que morreram por Aids no Ceará na última década.

Material e métodos

Este consiste em um estudo epidemiológico descritivo, em que foram analisados os óbitos por Aids na população de 15 anos ou mais residente no estado do Ceará entre 2005 e 2014. Os registros de óbitos foram obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) em seu endereço eletrônico. Os dados foram selecionados de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), considerando os códigos B20 a B24. As variáveis trabalhadas foram: ano de ocorrência do óbito, sexo, cor, faixa etária, escolaridade, estado civil e local de residência (capital e interior). Quanto à idade, foram analisados os óbitos de indivíduos com 15

anos ou mais, classificados nas faixas etárias: 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; e 80 em diante. Para cálculo das taxas de mortalidade, utilizou-se a projeção da população das unidades da Federação por sexo e grupo de idade de 2000 a 2030 (IBGE, 2013). Na análise dos dados, recorreu-se ao Tabwin32, Excel 2003.

Tendo em vista que os dados foram trabalhados em um banco de domínio público, não houve necessidade de submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

Os dados deste estudo revelaram que os adultos jovens entre 30 e 39 anos são os que morrem mais por Aids no Ceará, tendo sido registrado 71 óbitos em 2005, havendo um aumento ao longo dos anos, chegando-se à cifra de 108 óbitos em 2014 (Tabela 1).

Segundo a faixa etária, estudos demonstram que a taxa de mortalidade por Aids apresenta uma concentração das mortes em torno de 85% entre o grupo etário de 20 a 49 anos, compatível às idades produtivas e reprodutivas da população (REIS, 2007). Esse é um dado preocupante e importante a ser investigado, pois esses casos nessa faixa etária podem estar ligados à transmissão materna ou ocorrida durante a adolescência, o que mostra uma falha durante o pré-natal, bem como demonstra uma lacuna nas campanhas de prevenção, que muitas vezes são voltadas para a população de risco, como é o caso dos homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e profissionais do sexo.

Além dos adultos jovens, a epidemia tem atingido os idosos, caracterizando o processo de envelhecimento dessa epidemia. De acordo com Silva (2013), há uma forte mudança no perfil dos infectados por Aids no Brasil, o que merece atenção

crescente dos profissionais de saúde na abordagem de idosos durante consultas de rotina, como as consultas de hipertensão e diabetes, campanhas de vacinação, entre outras atividades em unidades e clínicas de saúde.

O estudo mostrou que houve uma oscilação em relação ao número de mortalidade entre pessoas de 50 a 69 anos. Em 2005, os casos de óbitos registrados na faixa etária de 50 a 59 anos foram de 33 óbitos, registrando uma maior taxa no ano de 2014, com 50 óbitos (Tabela 1).

Quanto à raça dos indivíduos, a maior prevalência foi da raça parda em ambos os sexos, tendo na última década um total de 1.801 óbitos. Entre o período de 2008 a 2014, a raça parda predominou (80%), seguida da raça branca (10,1%). A variável raça só começou a fazer parte da ficha de notificação a partir do ano 2000; isso pode justificar um número elevado de ignorados ou em branco nos dados analisados. Todavia, com o aumento nas ações de vigilância epidemiológica municipal e a apuração minuciosa dos casos, a importância no preenchimento das fichas vem melhorando com o passar dos anos. Os dados do último Boletim Epidemiológico do Brasil mostram resultados semelhantes aos do Ceará quanto à raça com maior mortalidade, em que a parda foi a mais prevalente no ano de 2015 (44,2%), seguida da branca (41,4%) (BRASIL, 2016). Esses resultados podem estar relacionados à miscigenação no Brasil ou até mesmo à dificuldade de a população autorrelatar a própria cor.

No que se refere ao estado civil, ocorreu maior índice de óbitos por Aids entre os solteiros, não havendo redução, chegando-se ao total de 1.654 casos de óbitos por Aids. O número de indivíduos casados que foram a óbito chegou à cifra de 550 pessoas (Tabela 1).

Reis, Santos e Cruz (2007) também encontraram um elevado índice entre as pessoas solteiras, fato que pode estar rela-

cionado à troca constante de parceiros e ao início da vida sexual precoce.

A análise da escolaridade demonstrou que a taxa de mortalidade é maior em pessoas com 4 a 7 anos de estudos, durante todo o período estudado. Porém, na população com escolaridade de 1 a 3 anos, observou-se um crescimento no número de óbitos significativo entre 2005 (30 óbitos) e 2014 (85 óbitos) (Tabela 1). A escolaridade é uma variável importante a ser analisada, todavia ainda foram encontradas muitas declarações de óbito sem essa informação, o que resulta na dificuldade da análise dos dados, como no caso deste e de outros estudos, como o de Reis (2007), em que há um número elevado de casos com escolaridade ignorada.

A educação é um determinante de saúde que se reflete nas demais variáveis sociodemográficas e interfere diretamente no aumento da incidência de Aids e, conseqüentemente, na mortalidade, pois, quanto maior a escolaridade do indivíduo, maior é o acesso dele às informações de cuidados, prevenção, diagnóstico e tratamento para o HIV/Aids (MIRANDA-RIBEIRO et al., 2010; REIS, 2007).

Tabela 1 – Número de óbitos por Aids segundo dados sociodemográficos no Ceará (2005 a 2014)

Variáveis	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Faixa etária											
15 a 19	3	5	2	1	2	2	1	1	9	-	26
20 a 29	35	29	41	57	54	27	46	53	48	37	427
30 a 39	71	81	92	94	100	77	77	110	125	108	935
40 a 49	47	73	73	84	88	80	88	94	86	81	794
50 a 59	33	25	29	24	27	22	32	40	49	50	331
60 a 69	6	8	10	12	11	11	17	19	21	21	136
70 a 79	1	2	5	5	5	2	7	5	6	5	43
80 em diante	1	-	-	1	3	-	-	1	1	3	10
Raça/Cor											
Branca	36	27	29	34	37	27	47	51	64	42	394

Preta	12	9	4	4	15	6	6	22	20	9	107
Amarela	1	2	5	2	-	2	2	-	1	1	16
Parda	122	180	202	233	229	178	208	234	250	247	2.083
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
Ignorada	31	14	14	8	13	14	8	18	11	10	141
Estado civil											
Solteiro	113	135	158	177	181	139	148	177	219	207	1.654
Casado	56	58	58	56	64	40	46	50	68	54	550
Viúvo	9	10	9	15	11	8	9	12	14	9	106
Separado judicialmente	5	3	7	10	12	6	10	9	13	15	90
Outro	2	2	-	-	-	4	8	20	8	11	55
Ignorado	17	24	22	23	26	30	50	58	25	13	288
Escolaridade											
Nenhuma	14	16	23	24	30	18	25	21	31	36	238
1 a 3 anos	30	44	59	66	52	29	34	52	85	85	536
4 a 7 anos	51	52	51	74	73	33	27	65	88	70	584
8 a 11 anos	21	38	51	48	56	34	37	55	61	65	466
12 anos em diante	11	15	12	15	17	19	17	8	18	23	155
Ignorada	75	67	58	54	66	94	131	125	64	30	764

Fonte: DataSUS (2016).

Ao se analisar a taxa de mortalidade por Aids em adultos jovens de 30 a 39 anos, constatou-se que: no ano de 2005, a taxa foi 6,3 por 100.000 habitantes, havendo um aumento significativo ao longo dos anos; em 2013, chegou a uma das maiores taxas nos últimos dez anos estudados, com 9,3 por 100.000 habitantes (Tabela 2).

Pesquisas mostram que a mortalidade por Aids está concentrada em adultos jovens. O estudo de Reis, Santos e Cruz (2007), por exemplo, revelou uma concentração de mortes na faixa etária de 20 a 49 anos, idades produtivas e reprodutivas da população. A mortalidade nessa população jovem pode acarretar prejuízos e perdas significativas para a sociedade em geral, além de exercer grande impacto sobre o indicador de anos de vida perdidos.

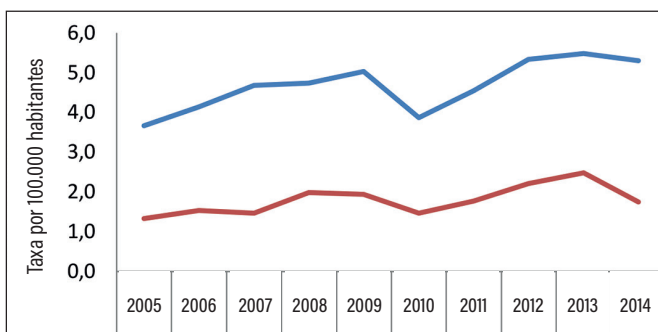
Tabela 2 – Número de óbitos e taxa de mortalidade por Aids segundo faixa etária no Ceará (2005 a 2014)

Faixa etária	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
15 a 19	3	0,4	5	0,6	2	0,2	1	0,1	2	0,2	2	0,2	1	0,1	1	0,1	9	1,1	-	-
20 a 29	35	2,4	29	1,9	41	2,7	57	3,6	54	3,4	27	1,7	46	2,9	53	3,3	48	3,0	37	2,3
30 a 39	71	6,3	81	7,1	92	7,9	94	7,9	100	8,3	77	6,2	77	6,0	110	8,4	125	9,3	108	6,7
40 a 49	47	5,5	73	8,2	73	7,9	84	8,8	88	9,0	80	8,0	88	8,6	94	9,1	86	8,2	81	5,8
50 a 59	33	5,6	25	4,2	29	4,7	24	3,8	27	4,2	22	3,3	32	4,6	40	5,6	49	6,5	50	6,4
60 a 69	6	1,6	8	2,0	10	2,5	12	2,9	11	2,6	11	2,5	17	3,7	19	0,0	21	4,3	21	4,2
70 a 79	1	0,5	2	0,9	5	2,2	5	2,1	5	2,0	2	0,8	7	2,7	5	1,9	6	2,2	5	1,8
80 em diante	1	1,0	-	-	-	-	1	0,9	3	2,5	-	-	-	-	1	0,8	1	0,8	3	2,3

Fonte: DataSUS (2016).

Quanto às taxas de mortalidade por sexo nos anos de 2005 e 2014, observou-se que as do sexo masculino (3,7 e 5,3) foram superiores que as do feminino (1,3 e 1,8) para os referidos anos. O aumento das taxas no sexo feminino foi mais discreto quando comparadas às do sexo masculino (Figura 1). Os dados de mortalidade por Aids no Brasil por sexo mostram um incremento no sexo feminino; no ano de 2003, foi de 4,0, passando para 4,2 no ano de 2015; já no sexo masculino, a taxa era de 8,8 em 2003, diminuindo para 8,6 em 2015 (BRASIL, 2016).

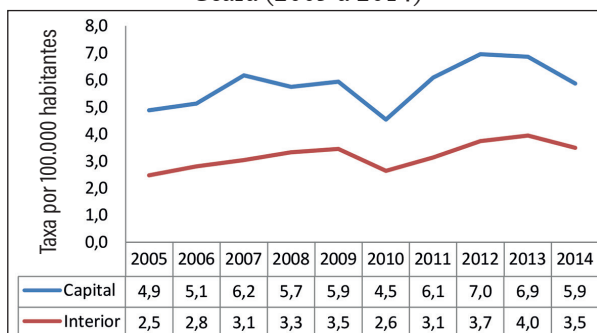
Figura 1 – Taxa de mortalidade por Aids (por 100.000 habitantes) em adultos segundo o gênero no Ceará (2005 a 2014)



Fonte: DataSUS (2016).

Quando se analisam as taxas de mortalidade por Aids na capital e interior do Ceará, observa-se que existe uma tendência ao crescimento, embora sejam observadas oscilações em alguns anos, tanto para aumento como para queda. Em 2005, na capital, a taxa de mortalidade foi de 4,9 por 100.000 habitantes, passando para 5,9 em 2014. Já em 2005, no interior, essa taxa foi de 2,5 óbitos por 100.000 habitantes, aumentando para 3,5 em 2014 (Figura 2).

Figura 2 – Taxa de mortalidade por Aids na capital/interior do Ceará (2005 a 2014)



Fonte: DataSUS (2016).

Considerações finais

O estudo revelou que houve um aumento nas taxas de mortalidade por Aids no estado do Ceará na última década, sobretudo nas taxas do interior do estado, o que pode estar relacionado ao difícil acesso à saúde em determinadas regiões do interior do Ceará. A análise evidenciou a necessidade de outras investigações para constatar as condições de acesso ao diagnóstico e tratamento precoce da infecção pelo HIV. Faz-se importante ainda investir em estratégias de prevenção e controle do HIV entre a população feminina, especialmente durante a adolescência e pré-natal, principalmente daquelas que vivem em situação de pobreza, como forma de garantir a redução da mortalidade por Aids nesses segmentos populacionais.

Nessa perspectiva, pode-se inferir que, com relação às políticas públicas desenvolvidas pelo estado para coibir o avanço da doença, mesmo sendo veiculadas de forma maciça pelos meios de comunicação, rádio e TV, distribuição de panfletos, programa “Fique Sabendo”, entre outros, ainda há muito o que se fazer para mudar o perfil da mortalidade por Aids no Ceará. Na última década, houve uma mudança no panorama da doença em vários aspectos sociodemográficos, bem como no que diz respeito à assistência farmacêutica, proporcionando acesso gratuito a preservativos, como também teste rápido de HIV e medicamentos para as pessoas infectadas.

Percebe-se, entretanto, que a população ainda precisa ser informada e educada sobre a temática e que a capacitação dos profissionais da saúde em geral deve ser melhorada, para que todas essas estratégias se tornem eficazes no controle da infecção e principalmente na redução da morbimortalidade por Aids.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aids no Brasil*. Brasília, DF: MS, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico Aids*. Brasília-DF: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico Aids/IST*. Brasília, DF: MS, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico Aids/IST*. Brasília, DF: MS, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DataSUS. *Sistema de informação sobre mortalidade-SIM: informações epidemiológicas e morbidade*. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano integrado de enfrentamento à feminização da Aids e outras DSTs*. Brasília, DF: MS, 2007.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWACWAD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil, uma epidemia multifacetada. *Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.
- CEARÁ. *Boletim epidemiológico Aids/IST*. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2016.
- CUNHA, A. P.; CRUZ, M. M.; TORRES, R. M. C. Tendência da mortalidade por Aids segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre: 2000-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 477-486, 2016.
- FAQUETI, A. et al. Perfil epidemiológico de mortalidade por Aids na população adulta do Brasil de 2001 a 2010. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 29-39, 2014.

FAZITO, E. et al. Trends in non-Aids-related causes of death among adults with HIV/Aids, Brazil, 1999 to 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1644-1653, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

LIMA, T. C.; FREITAS, M. I. P. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 110-115, 2012.

MARINS, J. R. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian Aids patient. *AIDS*, v. 17, n. 11, p. 1675-1682, 2003.

MARTINS, T. A. et al. Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e Aids no mundo. *Fisioterapia & Saúde Funcional*, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 4-7, 2014.

MIRANDA-RIBEIRO, P. et al. Perfis de vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. supl. 2, p. 21-35, 2010.

NAKAGAWA, F. et al. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis. *AIDS*, v. 26, n. 3, p. 335-343, 2012.

ONU – Organização das Nações Unidas. *A ONU e a resposta à Aids no Brasil*. Brasília, DF: Unaid, 2013.

PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

REIS, A. *Adesão terapêutica na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana*. 2007. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2007.

REIS, A. C.; SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. A mortalidade por Aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução tempo-

ral. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 195-205, 2007.

SANTOS, A. C.; CRUZ, E. M.; MARQUES, M. A mortalidade por Aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 195-205, 2007.

SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da Aids no Brasil: análise do perfil atual. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 7, n. 10, p. 321-327, 2013.

TAQUETTE, S. Feminização da Aids e adolescência. *Revista Adolescência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 33-40, 2006.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. *Metodologia científica para a área de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

DIAGNÓSTICO, ESTIGMA, SAÚDE E PROJETOS FUTUROS: A PERCEPÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

FABRINNE GONÇALVES LOPES

Graduada pela Faculdade Terra Nordeste (Fatene). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Caucaia, Ceará.

LÉA MARIA MOURA BARROSO

Doutora e mestra em Enfermagem, especialista em Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional e em Saúde da Família e graduada em Enfermagem, todas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Assessora técnica do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (Nuvep) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e docente do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor).

ANA FÁTIMA BRAGA ROCHA

Doutoranda e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor.

Introdução

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2014) afirma que existiam aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) no país no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%, e que nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade as taxas de prevalência de HIV encontradas em 2008/2009 foram de 5,9% entre usuários de drogas, 10,5% entre homens que fazem sexo com homens e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo. Pesquisa nacional realizada em 2013 mostrou que a prevalência da infecção pelo HIV entre usuários de *crack* e/ou similares no Brasil foi de aproximadamente 5,0%.

As PVHA em terapia antirretroviral aumentaram cerca de um terço, atingindo 17,0 milhões de pessoas no mundo. Desde o primeiro alvo de tratamento global fixado em 2003, as mortes anuais relacionadas com a Aids diminuíram 43%. No entanto, em 2015 havia 2,1 milhões de novas infecções pelo HIV no mundo, somando um total de 36,7 milhões de pessoas que vivem com essa afecção (UNAIDS, 2016b).

Os primeiros casos de Aids foram caracterizados por múltiplos sintomas que evoluíam rápido até a morte do indivíduo doente e prevaleciam em homossexuais do sexo masculino. A falta de conhecimento sobre a doença assustou a população e cientistas, que consideraram a Aids uma doença fatal. Nos dias atuais, o que mais impressiona é a morte social em vida dos portadores

de HIV/Aids, que são discriminados agressivamente pela sociedade e algumas vezes pela própria família (CARRAPATO; DE RESENDE; DOS SANTOS, 2014; NEMI NETO, 2016).

Historicamente observa-se o tratamento intolerante com PVHA (estigma, preconceito, discriminação). Tais atitudes são explicadas devido à associação da doença a atitudes vistas como promíscuas pela sociedade, contra a moral, vinculadas a pessoas consideradas marginalizadas, ou seja, é uma somatória de estigmas anteriormente formados contra homossexuais, usuários de drogas, praticantes de sexo casual e/ou comercial, antes chamados de grupos de risco, classificação criada logo ao surgirem os primeiros casos da doença. Hoje não há mais grupo de risco, toda população encontra-se vulnerável (CARRAPATO; DE RESENDE; DOS SANTOS, 2014; NEMI NETO, 2016).

São essas condutas discriminatórias que acabam obrigando as PVHA a trilharem um destino solitário e discreto, sujeitando-se a manter em segredo suas condições sorológicas (CARRAPATO; DE RESENDE; DOS SANTOS, 2014).

Uma pesquisa realizada em São Paulo constatou as dificuldades encontradas por pessoas soropositivas em conseguir emprego e mantê-lo. As necessidades do tratamento antirretroviral, que conta com muitas consultas, faltas ou atrasos no trabalho e, conseqüentemente, frequentes atestados apresentados à empresa, levantavam suspeitas e, assim, discriminações, chegando à demissão ou pedidos voluntários de desligamento devido à baixa autoestima e ao receio de humilhações (GARRIDO et al., 2007).

O Índice de Estigma de Pessoas Vivendo com HIV mede o estigma e a discriminação relatados por PVHA. A revisão de dados de inquéritos do Índice de Estigma de Pessoas Vivendo com o HIV, realizado em mais de 65 países em desenvolvimento, revelou que, em 22 desses países, mais de 10% das pessoas

vivendo com HIV relataram que lhes tinham sido negados cuidados de saúde e mais de 1 em cada 10 PVHA relataram que lhes tinham sido recusados empregos ou oportunidades de trabalho por causa de sua condição nos 12 meses anteriores à pesquisa. Em 30 dos países pesquisados, 1 em cada 10 PVHA relataram ter perdido um emprego ou outra fonte de renda por causa de sua condição de HIV (UNAIDS, 2016b). Dessa forma, fica claro nas duas pesquisas o estigma perdurando até os dias atuais.

A confirmação de uma doença crônica gera grande impacto na qualidade de vida de qualquer pessoa, principalmente quando se trata de HIV/Aids (MEIRELLES et al., 2010). Entretanto, com o uso da terapia antirretroviral (TARV), somada às ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV, reduziu-se consideravelmente a probabilidade de adoecimento e morte das pessoas vivendo com HIV/Aids, além de ser uma importante ferramenta contra a transmissão do vírus (BRASIL, 2013; DOURADO et al., 2006).

A incidência e a mortalidade por Aids tiveram crescimento regular nas diferentes regiões do Brasil até meados da década de 1990, mas, a partir de 1996, com o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde (SUS), houve uma redução progressiva da mortalidade, e o crescimento da incidência deixou de ser acompanhado pelo de óbitos (BRASIL, 2013; DOURADO et al., 2006).

Muitos estudos discutem a qualidade de vida de PVHA por meio de escalas, como De Almeida Fleck et al. (1999) e Soares et al. (2009), avaliando as dimensões mais ou menos afetadas, mas poucos são os que consideram as subjetividades dos sujeitos, permitindo que esses expressem o que consideram relevante em suas vidas no contexto dessa infecção.

Este estudo objetivou analisar a percepção de PVHA frente ao diagnóstico, estigmas, saúde e perspectivas futuras. Estas

informações são relevantes para dar suporte à elaboração de estratégias e intervenções mais próximas à realidade dessas pessoas, além de melhoria na assistência.

Método

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Foi realizado em uma instituição que acolhe pessoas vivendo com HIV/Aids encaminhadas de uma unidade de referência no atendimento desses indivíduos no município de Fortaleza, Ceará. Esse local funciona como uma organização não governamental e recebe crianças abandonadas portadoras do vírus ou filhos de portadores e adultos também com diagnóstico dessa infecção.

A coleta dos dados ocorreu em outubro de 2015, por meio da aplicação de entrevista semiestruturada com os adultos soropositivos para o HIV residentes nessa instituição. Cinco pessoas possuíam problemas neurológicos e seis se recusaram a participar da pesquisa, resultando em sete entrevistas.

As perguntas foram referentes aos dados sociodemográficos e comportamentais, descoberta do diagnóstico, percepção da saúde após o diagnóstico, tratamento, estigma, relacionamentos e projetos futuros para suas vidas. As entrevistas foram gravadas por meio do aparelho celular da entrevistadora, em seguida foram transcritas e analisadas seguindo a análise temática (MINAYO, 2010). Também se preocupou em ouvir os participantes em local privativo, para que se sentissem à vontade, de modo a se obter a fidedignidade das informações coletadas.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), sob Parecer nº 434.793. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e lhes foi assegurado o anonimato e o sigilo das

informações. Para a identificação dos participantes, utilizou-se a letra E (entrevistado), seguida de um número arábico, de acordo com a ordem que foram ouvidos.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes

Dos sete adultos residentes na casa de apoio que concordaram em participar da pesquisa, quatro eram homens e três eram mulheres, com idades entre 27 e 52 anos. A maioria não concluiu o ensino fundamental, e apenas uma pessoa não trabalhava antes do diagnóstico. Em relação ao estado civil, duas pessoas tinham parceiro no momento do estudo; três consideravam-se heterossexuais, dois homossexuais e dois bissexuais. Quatro pessoas haviam iniciado a vida sexual com menos de 18 anos; e a maioria havia tido mais de cinco parceiros sexuais na vida. Duas pessoas referiram casos de soropositividade na família; uma era moradora de rua antes do abrigo; e a maioria estava na casa havia menos de um ano, considerando a internação atual, visto que pode haver diversas internações na casa em períodos diversificados.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos e comportamentais dos entrevistados. Fortaleza, 2015

	Sexo	Idade	Escolaridade	Última ocupação	Estado civil	Orientação sexual	Início de vida sexual	Nº de parceiro na vida	HIV na família	Onde residia antes do abrigo	Tempo de internação atual no abrigo
E1	M	49	Ens. médio incompleto	Vigilante	Separado	Heterossexual	18	11-15	Não	Casa própria	Três meses
E2	M	33	Ens. médio incompleto	Porteiro	Separado	Heterossexual	19	6-10	Não	Casa alugada	Oito meses
E3	M	27	Ens. fundamental incompleto	Doméstico	Solteiro sem parceiro	Homossexual	07	> 20	Um primo e uma prima	De favor com amigos	Três meses
E4	F	30	Alfabetizada	Nunca trabalhou	Solteira sem parceiro	Homossexual	12	< 5	Não	Desabrigada	Dois anos
E5	M	52	Ens. fundamental incompleto	Faxineiro	Separado	Bissexual	14	> 100	Não	Com os pais	Um ano e três meses
E6	F	36	Ens. fundamental incompleto	Do lar	União estável	Heterossexual	19	> 5	Esposo	Casa própria	Um mês
E7	F	39	Ensino fundamental incompleto	Vocalista	Solteira com parceiro	Bissexual	16	6-10	Não	Casa própria	Cinco meses

Fonte: Elaboração própria (2015).

Recebendo o diagnóstico de HIV/Aids: sentimentos e reações

De acordo com os participantes, o momento da descoberta do diagnóstico gerou um encadeamento de sentimentos negativos, como angústia e tristeza. Foi frequente entre os mesmos um sentimento de confusão, principalmente devido à desinformação, revelando a importância do aconselhamento.

O médico disse para mim que eu estava com HIV; eu disse: 'Ok'. Eu não sabia o que era. Ai depois foi que eu acho que ele se tocou e perguntou assim: 'Oh, você sabe o que é HIV?'. Eu disse: 'Não!'. Ai ele foi me explicar e disse: 'Você agora é soropositivo'. Quando ele disse isso, que agora eu entendi o que era, só me lembro de ter apagado. Foi o susto. O impacto foi tão grande que desmaiei. (E3).

Foi triste, horrível, deu uma coisa tão ruim, uma angústia. (E5).

O aconselhamento trata-se de uma conversa entre o paciente e o profissional baseada no sigilo e na confiança, o que favorece o esclarecimento das dúvidas, adesão ao tratamento e melhores formas de lidar com os resultados dos testes (BRASIL, 2013a). No aconselhamento pré-teste, deve ser esclarecido ao paciente o que é o HIV e a diferença entre este e a Aids, dar condições para que o mesmo avalie seus riscos, explicar os possíveis resultados do teste e investigar sinais e sintomas para outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Já no pós-teste, acolhe-se o resultado junto ao paciente e são ofertadas as informações necessárias (BRASIL, 2015a).

Assim, percebe-se no relato citado que houve uma falha no aconselhamento pré-teste, visto que o paciente só compreendeu o significado do HIV após receber o resultado positivo. A conduta do profissional no momento do aconselhamento pré e

pós-teste é fundamental para a adesão ao tratamento; este deve ter postura acolhedora e evitar julgamentos e atitudes preconceituosas. O sigilo e um vínculo de confiança também são fundamentais (BRASIL, 2015a). Refletindo sobre essas questões, destaca-se o caso de uma das participantes, que revelou que o profissional havia julgado que ela já sabia o resultado, o que gerou um grande desconforto e constrangimento para a mesma:

Descobri meio que por acaso. Ela [profissional] falou assim: ‘Pega ali o resultado do HIV’. Na minha frente! Ela não imaginava; ela pensou que eu já sabia. Aí ela: ‘Meu Deus, você não sabia?’. Aí eu: ‘Não!’. Então, ela disse: ‘Seu exame de HIV deu positivo’. Fiquei sem ar. Passei mal. Entrei em crise. Gritei muito. Aí ela pegou e veio pedir desculpa. Ela falou primeiro para a minha família. (E7).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b) estimula que o exame para o HIV seja ofertado a todos os indivíduos, especialmente nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), propiciando a descoberta precoce do diagnóstico para que se torne possível o tratamento imediato, reduzindo as complicações da infecção. Entretanto, assim como encontrado no estudo realizado em Campo Mourão, Paraná (PR), a maioria dos entrevistados referiu ter buscado a testagem quando já havia sintomas agravados (CARDOSO; MARCON; WAIDMANI, 2008):

Fui fazer [o exame] porque eu já estava muito fraco, tinha perdido muito peso, eu pesava 78 quilos e abaixou para 45 quilos, assim de uma hora para a outra. (E1).

Eu fiquei doente, comecei a vomitar, já estava com dois dias direto com diarreia, aí começou a aumentar a dor no estômago, estava com 41 graus de febre e eu comecei a sangrar pelo reto, aí foi quando fui para o hospital e fiz o exame; aí deu. (E3).

Eu tava ficando muito magrinha, fiquei sem força, sem andar direito... (E7).

A mídia pode ser uma excelente ferramenta de estímulo à testagem para o HIV. Isso ficou bem claro na fala de um dos participantes que buscou o exame devido às propagandas na televisão.

Faz 25 anos que eu descobri que sou HIV positivo. Eu me relacionava com um cara que ele usava droga; ele se aplicava. Aí veio Cazuzza, veio aquele monte de artista que apareceu na televisão, eu fiquei curioso, né, com vontade de fazer, e fui atrás. (E5).

Para essas pessoas, o diagnóstico já era esperado, por seus estilos de vida, envolvendo excesso de álcool, drogas ilícitas, sexo desprotegido e sexo em troca de drogas e benefícios.

Fui fazer já com quase certeza que ia dar positivo. Bebia demais. (E1).

Eu já desconfiava. Devido ao fato de viver no meio da rua, eu bebia demais, usava muita droga. Uns amigos já tinham morrido disso. (E4).

Como eu era volúvel, né, fazia programa, já imaginava. (E5).

Os comportamentos diante do diagnóstico foram diversos; um entrevistado referiu ter tentado suicídio, três iniciaram quadro de depressão e outros três relataram que ingeriram álcool em excesso e utilizaram drogas ilícitas quando saíram do ambiente de saúde onde receberam o resultado do exame. Essas reações promovem uma reflexão acerca da necessidade de os serviços e profissionais de saúde estarem capacitados para reduzir o impacto do diagnóstico, ofertando o apoio necessário, esclarecendo as opções de tratamento e resultados favoráveis dessas terapêuticas, além de desmistificarem crenças errôneas que geram preconceito.

A saúde após o diagnóstico

A maioria dos entrevistados relatou que a qualidade de sua saúde declinou, levando-os ao adoecimento e internações:

Até hoje tive mais de cinco internações já, depois de saber que tinha Aids. Eu fiquei em cima da cama agora dessa última vez, em que, para me mexer, eles pegavam assim bem devagarzinho, que era para não quebrar nada. Eu descobri que estava com linfoma, o mesmo do Reinaldo Gianecchini. (E3).

Cheguei à conclusão de que a doença estava querendo me levar. (E4).

Depois do HIV, tive nove internações. Calazar, neurotoxoplasmose, herpes zoster, outra vez foi tuberculose, dengue, três pneumonias já e eu já tive também anemia. (E5).

À medida que a pessoa que vive com HIV/Aids passa a entender o diagnóstico e adapta-se a uma nova realidade de vida, são empregadas práticas que buscam prevenir o surgimento de doenças, ou ainda uma forma de melhor lidar com as intercorrências causadas por doenças oportunistas (MALISKA; PADILHA, 2007; REIS et al., 2011). O seguinte relato comprova isso: “*Eu passei a me cuidar mais; passei a me preocupar mais*” (E5).

Indo ao encontro do que afirmam Maliska e Padilha (2007), percebe-se que os indivíduos entrevistados reforçaram a eficácia dos antirretrovirais por meio de suas experiências: comparando e percebendo a melhora dos resultados de carga viral, pelo menor surgimento de infecções e internações associadas ao HIV; pelo aumento da sobrevida; e ainda pelos efeitos sentidos com o uso interrompido da terapia.

Ao serem perguntados sobre a importância do tratamento, todos referiram que o tratamento é extremamente relevante e necessário. Observou-se que a maioria dos entrevistados passou

a ser consciente quanto à regularidade das medicações após o aparecimento de doenças causadas por agentes infecciosos, o que despertou sentimento de culpa por terem ignorado o tratamento por um período em suas vidas.

Eu acho importante, porque, se ficar sem tomar, fica mais fácil de pegar outra doença. Quase que eu ficava numa cadeira de rodas. (E1).

Agora eu acho muito importante, porque ele me dá mais sobrevivência; eu posso viver mais se eu me tratar bem. Não vão aparecer tantas doenças oportunistas em mim, porque eu sei que o HIV ele não mata tão cedo. (E3).

Hoje eu tenho consciência da importância do tratamento, mas eu não tinha, eu deixei de usar. Por isso que eu adoeci. Já vieram muitas doenças, por isso que não fico mais nunca sem tomar, para evitar. Percebi a importância quando eu me vi internado. É ótimo, maravilhoso [o tratamento], porque deixa a gente vivo! Ele deixa a gente sem doença. (E5).

Todos os moradores da casa estavam realizando o tratamento, mas a maioria dos entrevistados relatou que havia interrompido o tratamento antes de sua transferência da clínica para casa.

Foi por causa de dois anos que eu parei de tomar que aconteceu isso nas minhas pernas. Antes de vir para cá, eu tomava só às vezes; no fim de semana não tomava porque bebia. (E1).

Na minha casa eu atrasava; e aqui não. Eu tenho um horário, tem uma pessoa para tomar de conta da gente, e assim fica bem mais agradável. (E2).

Os motivos alegados para a interrupção do tratamento foram diversos, sendo mais frequentes a ingestão de bebida alcoólica, além de droga, vergonha, descrença na melhora e esquecimento do horário das medicações.

Eu quis parar de tomar o remédio porque eu quis! Eu pensei assim: 'Não tem cura, eu não vou ficar bom, então não vou tomar mais'. Se eu tivesse continuado com a droga, com a bebida [alcoólica], sem continuar o remédio, talvez eu estivesse numa cadeira de rodas ainda. (E1).

Porque eu saía com meus colegas, não levava o medicamento; quando chegava era no outro dia, aí pronto, já tinha esquecido; só dormia. (E2).

Passei quase dois anos sem nem ir ao médico, sem nem tomar remédio. Bebia direto. Usava maconha e cheirava pó [cocaina]. (E3).

Pelos relatos apresentados, destaca-se o quanto o uso de drogas, lícitas ou ilícitas, pode prejudicar a adesão ao tratamento. É importante que os profissionais de saúde realizem acordos com seus pacientes e trabalhem multiprofissionalmente, por exemplo, com os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD). Ademais, o Ministério da Saúde destaca os riscos do uso da terapia associado a outras drogas (BRASIL, 2013b).

O estigma e os relacionamentos

De acordo com a maioria dos participantes, falar sobre o HIV/Aids é uma tarefa bem difícil e revelar o diagnóstico sobre sua condição sorológica é uma situação ainda mais delicada. Foi bastante comum o relato de que decidiram manter o sigilo sobre essa informação, não revelando o diagnóstico a outras pessoas (inclusive parentes e amigos) após a descoberta. Quando questionados sobre quem sabia de seu diagnóstico, as respostas foram semelhantes, limitando-se a pessoas muito próximas, como pais e esposo(a) ou profissionais de saúde, pela necessidade do cuidado/atendimento.

Estudos mostram que, para alguns portadores, declarar a soropositividade é o mesmo que afirmar sua “sentença de morte”, ser visto como portador de “uma doença maligna” e, pior ainda, como uma ameaça “suja”, um disseminador de “uma doença contagiosa, incurável e mortal”. Dessa forma, torna-se a melhor opção para a maioria deles, não necessariamente a mais fácil, restringir ao máximo o número de pessoas que saibam sobre sua condição sorológica, submetendo-se a uma vida escondida (CARRAPATO; DE RESENDE; DOS SANTOS, 2014; REIS et al., 2011).

Só minha mãe e meu pai; nenhum amigo. A minha ex-mulher também. (E2).

Eu não gosto de falar; só para alguma pessoa que tenha possibilidade de ajudar. (E4).

Eu não falo, não; eu tenho vergonha de falar. (E6).

Minha família: umas seis pessoas. (E7).

Nos depoimentos, nota-se que os motivos dessa decisão são semelhantes aos supracitados, relacionados ao medo de sofrer discriminação (CARRAPATO; DE RESENDE; DOS SANTOS, 2014; REIS et al., 2011).

A pessoa que vive com HIV/Aids é estigmatizada, rotulada, de forma que perde sua real identidade. Os outros já não enxergam mais as características presentes nessa pessoa além daquelas vinculadas à soropositividade. Isso ainda acontece devido à falta de esclarecimentos sobre a infecção e de convívio com o portador, o que pode causar certo temor nas pessoas (BOTTI et al., 2009; CARDOSO; MARCON; WAIDMANI, 2008).

Ainda existe muito preconceito sobre isso. Tem gente que não fala nem com a pessoa por causa disso. Logo no começo, meu sobrinho tinha quatro anos, ele foi lá em casa e pediu para eu dar água a ele. Porque eu botei no mesmo copo que eu tomei, meu cunhado viu e ficou

brigando, disse que eu nunca mais desse água a ele no meu copo, etc. E nem pega desse jeito! (E1).

A minha família é muito unida, mas é muito preconceituosa. Se eu tomar um copo d'água, minha mãe joga o copo no lixo ou deixa aquele copo ali, só para mim, para eu usar só no dia que eu for para lá. Um dia, eu peguei ela no flagra falando com minha irmã, dizendo que tem que limpar o aparelho sanitário toda vez que vou lá. Eu disse: 'Mãe, isso não pega, não! Não é assim, não; pega só se eu fizer sexo com alguém sem camisinha, se tiver um corte também, sangue com sangue, assim que pega. Não precisa ficar falando as coisas de mim e não precisa ficar com medo de que eu vá no seu banheiro, não, viu? Isso não é certo!'. Aí eu fiquei logo nervosa. (E7).

Somente dois entrevistados afirmaram não ter problemas para revelar sua condição sorológica, os quais, apesar dos sofrimentos já vivenciados devido ao estigma, relataram que se sentiam como exemplos de superação por estarem vivos.

Falo para todos, qualquer pessoa, porque eu não nego; me sinto um exemplo de vida ao dizer! Você sabe o que foi que eu fiz? Quando eu descobri, eu fiz foi botar na rádio da minha cidade que eu era portador de HIV e estava precisando de uma ajuda para vir para o hospital. Aí a minha tia ficou doida. Quando eu disse isso, ela disse: 'Vou lhe matar de uma pisa bem grande!' [risos]. (E3).

Eu conto para todo mundo; eu não escondo. Não tenho problema em revelar, nem em fazer entrevista, nem nada. Para qualquer pessoa que tiver perto de mim, eu digo: 'Eu tenho HIV e aí?'. (E5).

Todos os participantes disseram que não se sentiam à vontade para ter relações sexuais com indivíduos soronegativos. Porém, a maioria manteve prática sexual após o diagnóstico, com ou sem preservativo.

Não me sinto à vontade sempre. Eu tenho medo de passar a doença, porque jamais eu quero que alguém passe pelo que eu passei e pelo que eu estou passando. (E3).

Depois de saber [do diagnóstico], não tive mais relações sexuais sem camisinha. Depois de saber do diagnóstico, tudo mudou. Eu tinha medo de transar, aumentar o vírus, porque eu não tenho mais defesa, e as pessoas que vêm me procurar têm defesa, né, estão cheio de doenças e podem botar em mim. Mas eu transava com medo de a camisinha estourar e a pessoa se contaminar. (E5).

À vontade não me sinto, não, mas ele [parceiro soronegativo] disse que ia continuar ficando comigo. Mesmo usando preservativo, ele não me abandonou. (E7).

A prática sexual vai além da procriação, ela envolve ainda sentimentos, como amor, afeto, desejo e prazer. O uso da camisinha e os cuidados que devem ser tomados para a prática de sexo seguro não caminham em parceria com o romantismo e acabam não sendo colocados em prática, principalmente quando se trata de relacionamentos duradouros (BRASIL, 2015c). Pode-se comprovar essa afirmação neste relato: “Com a [nome da parceira], eu não usava, não. Ela não gostava; e ninguém usava, não, a gente esquecia” (E1).

As opiniões sobre a revelação da infecção para seus parceiros ficaram divididas e equilibradas; três dos participantes disseram que contam ou contariam, alegando que têm medo de o parceiro ser contaminado acidentalmente; três afirmaram não contar, já que não gostariam de se expor num momento tão íntimo; e um ainda não tinha opinião formada sobre o assunto.

Não digo, não. Sempre eu digo que é para evitar negócio de gravidez, essas coisas. Não vou logo dizendo,

porque a pessoa talvez nem queira, com camisinha ou sem camisinha. Mesmo com camisinha, ainda tem gente que não quer, né, porque tem o perigo de estourar. (E1).

Não conto. Às vezes, eu tenho medo de na hora a pessoa se revoltar, querer fazer alguma coisa comigo. Também tem aquele medo assim: se eu estiver me apaixonado pela pessoa e a pessoa me rejeitar? (E3).

Nunca aconteceu, mas se acontecesse eu contaria que eu sou soropositiva. Porque o que fizeram comigo eu não quero fazer com ninguém. Ninguém merece. Então, eu teria toda a coragem do mundo para dizer. (E7).

Um dos que relataram que comunicavam o diagnóstico já havia sido profissional do sexo e frisou que sempre insistiu no uso do preservativo, mas seus parceiros não acreditavam que ele tinha a doença, por não apresentar um perfil conhecido pela sociedade como de um “aidético”.

Eu transava e usava preservativo, mas havia uns [clientes] que não queriam; então, eu dizia, e eles não acreditavam. Diziam que quem tem não diz. Eu digo: ‘Eu tenho e é Aids, não é HIV, não’. Mas eles não acreditavam, porque dizem que eu, gordo do jeito que sou, não tenho Aids: ‘Gente gorda não tem Aids’. Aí eu fazia, com medo de a camisinha estourar e ele se contaminar, mas eu avisei: ‘Se estourar, vocês se lascam’. (E5).

O uso da terapia antirretroviral e a carga viral sanguínea indetectável reduzem o risco de transmissão sexual do HIV entre casais heterossexuais sorodiscordantes, porém não é seguro afirmar que esse risco esteja completamente ausente (BRASIL, 2010, 2013b).

Alguns dos entrevistados afirmaram ter tido relações com parceiros soropositivos sem usar preservativos, o que, segundo o Ministério da Saúde, é uma prática comum, por considerá-los

desnecessários, desconhecendo os riscos da transmissão de cepas do HIV resistentes aos antirretrovirais, assim como outras ISTs (BRASIL, 2010). Entretanto, pelos relatos dos participantes deste estudo, observou-se que eles receberam orientações sobre os riscos, apesar de um deles haver ignorado tais orientações.

No começo, não tínhamos orientação, mas depois eu falei com o doutor; eu falava que ela [parceira] não gostava, e ele: ‘Mas tem que usar’. Eu tentei, mas ela não gosta mesmo, então eu não pensava, não, fazia sem mesmo. (E1).

Foi como se eu tivesse saindo com uma pessoa normal. Eu me abri, então foi como se nem eu nem ele tivesse. Me senti livre! Ele não queria me dizer, então eu disse: ‘Eu tenho um problema’. Aí ele: ‘Eu também tenho um’. Então, ele contou. Ele disse: ‘Vamos deixar rolar!’. Eu disse: ‘Sem camisinha, não!’. O filho da minha madrinha é enfermeiro no meu interior e ele toda vida me ensinou e me explicou essas coisas. (E3).

Diante dessa conjuntura, é essencial que os profissionais estimulem o uso do preservativo também entre parceiros soropositivos e que deem oportunidade para que seus pacientes expressem suas dificuldades e reais necessidades em seus relacionamentos, possibilitando que profissional e paciente possam juntos refletir e discutir as melhores formas de comunicação do diagnóstico e adesão do método de prevenção aplicada à realidade de cada um.

Um olhar no futuro

Foi perguntado aos participantes se tinham algum projeto para o futuro e qual seria. As falas apresentaram o desejo de abster-se para sempre das drogas e ter uma reaproximação com

a família. Alguns também demonstraram planejar voltar a trabalhar e ter uma casa própria.

Eu penso em voltar para o emprego e minha vida normal, não usar mais drogas, ter meu dinheiro, minhas coisas, é isso, além de ter o amor das minhas filhas. (E2).

Quando eu sair daqui, quero ter um canto para ficar, ter uma casa e [enfática e pausadamente] não me envolver com certas pessoas do mundo nem com drogas; quero sair daqui para viver uma coisa melhor. (E4).

Eu só penso nos meus filhos. Só eles mesmos que me mantêm viva ainda. Eu quero viver só por eles dois. Por mim, nem estava aqui, estou por eles. (E6).

Um deles manifestou ter uma visão de futuro positiva com o HIV, sonhando em auxiliar outras pessoas com o mesmo diagnóstico, começando pelo ambiente em que estava e almejando ser uma referência.

Eu quero que Deus me dê muita saúde para eu poder ajudar os plantonistas daqui, cuidar dos acamados, quem sabe na frente eu me tornar até o cozinheiro da casa. Às vezes, eu penso assim do meu futuro: penso em dar palestras, ajudar as pessoas a entenderem o que é ser um portador de HIV. (E3).

Muitas mensagens de superação e esperança também surgiram, revelando uma valorização no modo de perceber o sentido da vida.

Eu peço a Deus e tenho fé de que um dia ele mostre a cura para mim e tantas outras pessoas que também vivem isso. (E4).

Eu sou feliz do jeito que eu vivo. Muito mais do que eu era antes. Eu procurei viver. Eu não dava valor à vida como eu dou tanto hoje. (E7).

Considerações finais

Com este estudo, pode-se observar a importância do aconselhamento pré e pós-teste, em razão do impacto do diagnóstico relatado pelos entrevistados. Os esclarecimentos e o apoio que devem ser ofertados no aconselhamento são fundamentais para minimizar os sentimentos negativos e as dúvidas, como observado nos relatos.

Os entrevistados perceberam sua saúde com uma qualidade bastante inferior após o diagnóstico, vivenciando doenças oportunistas e várias internações. Em função disso, todos confessaram realizar o tratamento, o qual consideram importante e necessário. Eles, porém, chegaram a essa conclusão após terem sofrido consequências negativas com sua interrupção.

Destaca-se o quanto o receio de serem discriminados ainda é presente entre os portadores de HIV, visto que apenas pessoas muitas próximas e profissionais da saúde conheciam seus diagnósticos. Outra questão citada para tal omissão foi o fato de não se sentirem à vontade para comunicar o diagnóstico a seus parceiros sexuais.

Observou-se também que o HIV não significou o fim da vida para os pacientes, pois estes referiram que possuíam projetos para o futuro, incluindo abstinência às drogas, reaproximação com a família, retorno ao trabalho e conquista da casa própria.

Profissionais de saúde qualificados e humanizados, dentre eles enfermeiros, podem favorecer a melhoria do ambiente terapêutico e maior adesão ao tratamento. Desse modo, preparar e conscientizar profissionais para essa prática é uma necessidade que precisa ser iniciada ainda em sua formação.

Outros estudos que deem voz às pessoas que vivem com o HIV/Aids são necessários, para que seja possível uma melhor

compreensão da realidade, dificuldades e limitações, de modo que a prática profissional possa ser eficaz, adequada e holística, não se percebendo apenas o corpo doente e longe de comportamentos discriminatórios, auxiliando, por fim, na melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Referências

BOTTI, M. L. et al. Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/Aids. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 400-405, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*. Ano III – nº 1 – 01^a à 26^a semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2014. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para o aconselhamento em DST/HIV/HV*. Brasília, DF: MS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento em DST/Aids na atenção básica para gestantes*. Rede Cegonha. Brasília, DF: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Por que fazer o teste de Aids*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-fazer-o-teste-de-aids>>. Acesso em: 5 dez. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Brasília, DF: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília, DF: MS, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008*. Suplemento III – Tratamento e prevenção. Brasília, DF: MS, 2010.

CARDOSO, A. L.; MARCON, S. S.; WAIDMANI, M. A. P. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/Aids e sua família. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 326-332, 2008.

CARRAPATO, J.; DE RESENDE, M. H. M.; DOS SANTOS, N. O. Pessoa vivendo com HIV/Aids: diagnóstico de uma sentença de morte? *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 14, n. 2, p. 321-336, 2016.

DE ALMEIDA FLECK, M. P. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. supl., p. 9-17, 2006.

GARRIDO, P. B. et al. Aids, stigma and unemployment: implications for health services. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 72-79, 2007.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S. Aids: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 687-698, 2009.

MEIRELLES, B. H. S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/Aids. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 68-76, 2010.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

NEMI NETO, J. Herbert Daniel e a luta contra o estigma da Aids. *Intellêctus*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 188-207, 2016.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-575, 2011.

SOAREZ, P. C. et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em Aids no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 25, n. 1, p. 69-76, 2009.

UNAIDS. *Sources: Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2016*. Unaid, 2016a.

UNAIDS. *Review of data from people living with HIV stigma index surveys conducted in more than 65 countries*. Unaid, 2016b.

PERFIL DE JOVENS QUE REALIZARAM TESTE RÁPIDO DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

JÉSSICA ALMEIDA DE OLIVEIRA

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor).

CARLA VIRGÍNIA DE MORAIS VARELA MORORÓ

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor).

LÉA MARIA MOURA BARROSO

Doutora e mestra em Enfermagem, especialista em Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional e em Saúde da Família e graduada em Enfermagem, todas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Assessora técnica do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (Nuvep) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e docente do Curso de Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor).

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

Doutor em Saúde Coletiva, mestre em Enfermagem, ambas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Vigilância Epidemiológica pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPC) e graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Professor adjunto do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). Professor do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Assessor técnico da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Pesquisador do Grupo de Saúde Coletiva da Unifor, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

JULYANA GOMES FREITAS

Doutora e mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Linhas de Cuidado em Enfermagem (Urgência e Emergência) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Urgência e Emergência pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPC), em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e em Saúde da Família pela UFC e graduada em Enfermagem também pela UFC. Professora assistente II da Unifor. Professora orientadora no Laboratório de Tecnologia em Enfermagem (Labtenf) da Unifor. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Tecnologia e Inovação em Enfermagem (Geptie) da Unifor. Coordenadora e docente da Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência (Quatro Saberes).

TELMA ALVES MARTINS

Doutora e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Gestão Descentralizada de Programa em DST/Aids pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em Epidemiologia pela UFC, em Planejamento em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade de Fortaleza (Unifor) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Trabalha na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), no Núcleo de Vigilância Epidemiológica.

Introdução

Os jovens são considerados mais vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids, devido a alguns comportamentos próprios da faixa etária, como o início precoce da vida sexual, maior liberdade sexual, necessidade de afirmação grupal, aumento da ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), multiplicidade de parceiros e consumo de drogas. Porém, mesmo com divulgação na mídia e informação, os jovens ainda possuem dúvidas sobre a prevenção da transmissão do HIV e das ISTs, além da resistência ao uso do preservativo (BARRETO; SANTOS, 2009; NADER et al., 2009).

No Brasil, os primeiros casos de Aids foram identificados na década de 1980, tendo como perfil predominante *gays* adultos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Após 30 anos, o país tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Dados do Ministério da Saúde comprovam que a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população jovem apresenta tendência de aumento, sinalizando que a faixa etária com maior número de casos de Aids corresponde àquela com indivíduos com idade entre 30 e 34 anos, sendo que uma parcela considerável contraiu o vírus na adolescência (BRASIL, 2013b, 2015).

Foram registrados no Brasil, de 1980 a junho de 2016, 842.710 casos de Aids, sendo 548.850 (65,1%) em homens e 293.685 (34,9%) em mulheres. De 2009 a 2015, observou-se uma

redução gradual dos casos de Aids em mulheres e um aumento dos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou de 1,6 em 2009 para 2,1 em 2015. Quanto à faixa etária, a maior concentração de casos encontra-se nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos, no entanto não se observou diferença importante entre indivíduos de até 14 anos de idade. Já nas demais faixas etárias, a taxa entre os homens é superior à das mulheres, sendo até três vezes maior no último ano para as faixas etárias de 20 a 24 e de 25 a 29 anos (BRASIL, 2016).

Entre os jovens, de 1980 a junho de 2016, foram notificados 16.779 casos de Aids na faixa etária de 15 a 19 anos e 74.799 de 20 a 24 anos. Observa-se uma tendência de aumento nos casos de homens na faixa etária de 13 a 19 anos; em 2015 foram registrados 62% de casos de homens a mais que em mulheres, e a razão dos sexos foi de 17 casos em homens para cada 10 casos em mulheres (BRASIL, 2016). No Ceará (2007-2016), a maior ocorrência da doença se deu na faixa etária adulta de 30 a 39 anos, seguida dos adultos jovens de 20 a 29 anos (CEARÁ, 2016).

O teste rápido do HIV é significativo na gestão do tempo, reduzindo as incertezas e as angústias decorrentes de comportamentos de risco epidemiológico, além de facilitar o acesso dos indivíduos ao diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o início da terapêutica adequada (RIBEIRO; SACRAMENTO, 2014).

Os testes rápidos são imunoenaios simples de executar, que podem ser realizados em até 30 minutos por pessoal capacitado e em local que permite fornecer o resultado durante o período da visita do indivíduo (consulta médica, atendimento em Centro de Testagem e Aconselhamento [CTA], domicílio, Unidade de Testagem Móvel [UTM], organização não governamental, etc.). Podem ser realizados com fluido crevicular gengival, mais conhecido como fluido oral, com soro, plasma ou sangue total (o que permite o uso de amostras obtidas por punção di-

gital). É disponibilizado para uma população prioritária, como: gestantes, parturientes, pacientes com sintomas da Aids, populações vulneráveis, populações flutuantes, moradores de rua, dentre outros segmentos (BRASIL, 2014b).

O emprego do teste rápido amplia o acesso ao diagnóstico e permite a antecipação do início do tratamento, preservando, dessa forma, o sistema imunológico do indivíduo infectado e reduzindo a transmissão. O resultado do teste, sendo reagente, dispensa a confirmação com exames laboratoriais, pois este define o diagnóstico; e o indivíduo, uma vez diagnosticado como portador da infecção pelo HIV, deve ser encaminhado prontamente para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou para um Serviço de Assistência Especializada (SAE) (BRASIL, 2014b).

O Fique Sabendo é uma mobilização que vem se consolidando desde 2003 e visa incentivar a realização de teste rápido gratuito de Aids, com o objetivo de conscientizar as pessoas sobre a importância do diagnóstico precoce do HIV. Através de uma unidade móvel ou espaços fechados em praças, realizam-se testes rápidos para HIV e sífilis e aconselhamento sobre prevenção dessas doenças (BRASIL, 2014a).

A proposta de expansão da oferta de testagem parece reproduzir os modelos das campanhas, inclusive voltando-se para a responsabilização do indivíduo na decisão de realizar o teste. Desse modo, diante da carência de estudos específicos sobre o assunto no Brasil, a condução de investigações que propiciem o aprofundamento da compreensão da construção da demanda por testagem anti-HIV é pertinente (SILVA; OLIVEIRA; SANCHO, 2013).

Dessa forma, pretendeu-se identificar o perfil dos jovens que procuram esse atendimento, para poder contribuir com as políticas públicas no estado do Ceará voltadas para essa população, a fim de que sejam traçadas novas metas para a prevenção

do HIV. Por meio deste estudo, também será possível identificar as vulnerabilidades dessas pessoas para a infecção pelo HIV e, assim, planejar campanhas e medidas mais direcionadas, com vistas a evitar novos casos.

Material e métodos

Trata-se de estudo documental, com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2015, no Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos em Saúde (Nuprev) da Secretaria da Saúde (SESA) do estado do Ceará. Esse setor faz parte da Coordenadoria de Promoção da Saúde (Coprom) e supervisiona as ações de tuberculose, hanseníase, imunizações e IST/HIV e Aids do estado do Ceará.

Os sujeitos da pesquisa foram todos os jovens de 15 a 29 anos que compareceram para realizar o teste rápido de HIV na mobilização do Fique Sabendo, promovida pela SESA, sendo 89 jovens em 2013 e 133 em 2014, totalizando 222 jovens. A faixa etária foi definida de acordo com o Estatuto da Juventude, sancionado em 2013, que considera jovem no Brasil todo o cidadão que compreende a idade entre 15 e 29 anos de idade (BRASIL, 2013a).

Foi realizada pesquisa documental nas Fichas de Atendimento de teste rápido utilizadas nas campanhas Fique Sabendo, efetivadas pela SESA em praças e em sua sede nos anos de 2013 e 2014. Foram analisadas as variáveis: idade, sexo, situação conjugal, realização de teste rápido anteriormente, forma de conhecimento sobre o serviço, tipo e número de parceiros no último ano, tipo de exposição, infecção por alguma IST no último ano, uso de drogas e preservativo com parceiro fixo e eventual.

Os dados foram organizados através de tabelas com número absoluto e relativo e interpretados de acordo com a literatura pertinente ao assunto.

Para atender aos aspectos éticos e legais, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (Unifor), sob o parecer nº 545.101, e autorizado pelo diretor do referido serviço.

Resultados

As características sociodemográficas e de acesso ao teste rápido e comportamento sexual dos jovens serão apresentadas nas tabelas adiante (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos jovens que realizaram teste rápido para HIV nas mobilizações do Fique Sabendo em Fortaleza-CE (2013-2014)

Caracterização sociodemográfica	Nº de usuários	%
Sexo		
Feminino	115	51,8%
Masculino	107	48,2%
Não informado	0	0%
Total	222	100%
Faixa etária (anos)		
≤ 15 – 19	28	12,6%
20-24	89	40,1%
25-29	105	47,3%
Não informada	0	0%
Total	222	100%
Orientação sexual		
Heterossexual	171	77%
Homossexual	30	13,5%
Bissexual	21	9,5%
Não informada	0	0%
Total	222	100%

Situação conjugal		
Casado/união estável/ mora junto	56	25,2%
Solteiro	163	73,4%
Separado/viúvo	03	1,4%
Não informada	0	0%
Total	222	100%
Escolaridade (anos concluídos)		
Nenhuma	02	0,9%
De 1 a 3	01	0,5%
De 4 a 7	21	9,5%
De 8 a 11	88	39,6%
De 12 ou mais	98	44,1%
Não informada	12	5,4%
Total	222	100%

Fonte: Elaboração própria (2015).

Durante as mobilizações de 2013 e 2014, compareceram para realizar teste rápido 835 pessoas, sendo 222 jovens na idade entre 13 a 29 anos, representando 26,6% do total.

Dos 222 jovens que realizaram o teste rápido em 2013 e em 2014, 115 eram do sexo feminino (51,8%) e 107 masculino (48,2%). Quanto à faixa etária com maior procura, destacou-se aquela entre 25 e 29 anos (47,3%). Em se tratando da orientação sexual, houve uma procura maior por parte dos heterossexuais (77%), seguidos pelos homossexuais (13,5%) e bissexuais (9,5%). Em relação ao estado civil, 25,2% afirmaram ser casados ou em união estável, 73,4% solteiros e 1,4% separados ou viúvos.

No tocante à escolaridade, 9,5% estudaram durante 4 a 7 anos, 39,6% entre 8 e 11 anos e 44,1% por mais de 12 anos. Observa-se que a maioria dos usuários (44,1%) estudou mais de 12 anos, mostrando que os jovens com nível superior têm procurado realizar mais o teste.

Tabela 2 – Informações sobre acesso ao teste rápido e comportamento sexual dos jovens que realizaram teste rápido para HIV nas mobilizações do Fique Sabendo em Fortaleza-CE (2013-2014)

Informações	Nº pessoas	%
É a primeira vez que faz o teste anti-HIV?		
Sim	139	62,6%
Não	82	36,9%
Não informado	01	0,5%
Total	222	100%
Como ficou sabendo do serviço?		
Material de divulgação	54	24,3%
Amigos/usuários	13	5,9%
Jornais/rádio/TV	46	20,7%
Serviço/profissional de saúde	12	5,4%
Outros	97	43,7%
Total	222	100%
Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 12 meses?		
Nenhum	14	6,3%
01	103	46,4%
02 ou mais	99	44,6%
Não informado	06	2,7%
Total	222	100%
Teve alguma IST nos últimos 12 meses?		
Sim	14	6,3%
Não	189	85,1%
Não informado	19	8,6%
Total	222	100%
Usa camisinha nas relações com parceiro fixo?		
Nunca	89	40,1%
Sempre	23	10,4%
Às vezes	61	27,5%
Sem parceiro fixo	34	15,3%
Não informado	15	6,7%
Total	222	100%
Resultado do exame		
Reagente	05	2,3%
Não reagente	217	97,7%
Total	222	100%

Fonte: Elaboração própria (2015).

Entre os jovens que participaram da mobilização, identificou-se que 62,6% nunca tinham realizado o teste rápido. Ademais, 24,3% ficaram sabendo da campanha através de material de divulgação. Em se tratando da parceria sexual, 44,6% tiveram mais de um parceiro sexual e 6,3% relataram que tiveram IST nos últimos 12 meses. Quanto ao uso do preservativo, 40,1% nunca usaram nas relações com parceiro fixo. Em relação aos resultados dos testes rápidos, 97,7% foram não reagentes e 2,3% reagentes.

Discussão

Com base nos resultados, foi possível observar que o número de mulheres jovens que buscaram realizar o teste rápido de HIV foi maior do que o dos homens, apesar do percentual masculino ter sido significativo, próximo ao das mulheres. Esse dado se justifica pelo fato de o gênero feminino ser geralmente mais cuidadoso e preocupado com a saúde e por estar em maior número na população brasileira. A estratégia de mobilização do Fique Sabendo ajuda na busca ativa de pessoas que não têm o costume de procurar a unidade de saúde e facilita ainda mais por ir até o cliente, pois são realizadas em locais com movimento intenso de pessoas (eventos, centros comerciais, praças, etc.).

Contudo, as dificuldades de acesso às ações de saúde ainda são impasses, principalmente porque o gasto da mulher, quando se trata de ações preventivas, é maior do que o do homem. Há uma grande preocupação, haja vista que mundialmente a principal causa de óbito entre as mulheres em idade reprodutiva é a infecção pelo vírus do HIV (OMS, 2009). Com esse dado, destaca-se a importância das campanhas de teste rápido do Fique Sabendo Jovem, em que é possível ter o diagnóstico precoce, em tempo hábil, sem precisar se dirigir a uma unidade de atenção primária.

No gênero feminino, adolescentes e adultas são especialmente vulneráveis à infecção pelo HIV, por conta da junção de fatores biológicos com as desigualdades de gênero, principalmente se viverem em ambientes que limitam os conhecimentos sobre a doença, a prática de se proteger e de pactuar com o parceiro uma relação sexual mais segura. Esses problemas trazem consequências, como: gravidez não desejada, abortos, complicações no parto e infecções sexualmente transmissíveis, inclusive pelo HIV (OMS, 2009).

A faixa etária que mais procurou realizar o teste rápido estava entre 25 e 29 anos, idade aproximada em que se encontra uma elevada concentração dos casos de HIV no Brasil. Na faixa etária de 20 a 34 anos, compuseram 52,3% dos casos de HIV (BRASIL, 2016).

Em relação à Aids, a maior proporção está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos. Destaca-se aumento em jovens de 15 a 24 anos, sendo que, de 2006 para 2015, a taxa mais que triplicou entre aqueles de 15 a 19 anos e dobrou entre os de 20 a 24 anos (BRASIL, 2016). Em se tratando da orientação sexual, houve maior procura do teste rápido pelos heterossexuais, taxa seguida pela dos homossexuais. Os casos de Aids vêm crescendo entre os heterossexuais, porém, entre os jovens, ocorrem mais casos em homossexuais.

Pesquisa realizada em São Paulo com a população de homens que fazem sexo com homens identificou que estes representaram mais de 50% dos sujeitos atendidos em um CTA (DEIENNO et al., 2010).

Quando se analisam os casos de Aids em jovens no Brasil em 2015, observa-se um aumento da ocorrência de casos em homossexuais. Em indivíduos acima de 13 anos, entre os homens, verifica-se que 50,4% dos casos tiveram exposição homossexual, 36,8% heterossexual e 9,0% bissexual entre as mulheres. Obser-

va-se que 96,4% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2016). Entre os jovens de 17 a 21 anos do sexo masculino, a prevalência estimada em 2007 foi de 0,12% e 1,2% nos homens que fazem sexo com homens da mesma faixa etária. Nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV encontradas em estudos realizados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em 2008-2009 foram de 5,9% entre usuários de drogas, 10,5% entre homens que fazem sexo com homens e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2014a, 2014b).

A maioria das pessoas que procurou o teste era solteira, talvez pelo fato de a pesquisa ter sido com jovens. Destaca-se que tais campanhas constituem um momento importante para a população obter informações sobre esse e outros problemas de saúde pública. Resultado igual ao do referido estudo foi verificado em Feira de Santana, Bahia (BA), onde observou-se que as ações de aconselhamento realizadas no âmbito dos CTAs (aconselhamento coletivo pré-teste e aconselhamento individual pós-teste) e campanhas são oportunidades para o indivíduo integrar à sua experiência pessoal as informações sobre HIV/Aids e prevenção, a fim de que encontre alternativas pessoais para o enfrentamento das questões propostas pela epidemia (GERMANO et al., 2008).

A mobilização atingiu várias pessoas, com vários graus de instrução, no entanto a maioria estudou mais de 12 anos, indicando que os usuários com maior formação escolar são os que mais procuram investigar sobre a saúde. A baixa escolaridade ainda é o fator primordial para a disseminação do vírus do HIV, confirmando dados de estudos que afirmam que há uma grande incidência de soropositivos entre pessoas com baixo nível de formação escolar. Como exemplo, um estudo realizado na Bahia encontrou uma prevalência maior de soropositivos do sexo feminino e de baixa escolaridade (PEREIRA et al., 2014).

Estudo realizado com jovens em um CTA na região Sul do Brasil trouxe como relevância a influência que a escolaridade exerce no discernimento e na tomada de decisões dos adolescentes quando se expõem a situações de risco. Os resultados desse estudo também revelaram a maior soropositividade do sexo feminino e de baixa escolaridade e pontuou a respeito da importância de desenvolver campanhas educativas com temas de vulnerabilidade à infecção pelo HIV em adolescentes (CAMPOS et al., 2014).

Pesquisa realizada em Serviço de Atenção Especializada (SAE) em Campos Elíseos, município de São Paulo, identificou em relação ao sexo um resultado diferente desta investigação, em que a procura pelo teste foi de 70% para o sexo masculino. Já as taxas referentes à faixa etária, à escolaridade e à situação conjugal foram semelhantes as deste estudo, em que 41% tinham entre 20 e 29 anos de idade, com 8 a 11 anos de estudo, e 73% eram solteiros (DEIENNO et al., 2010).

Observou-se que a maioria nunca tinha realizado o exame de HIV. Segundo Germano et al. (2008), campanhas de esclarecimento sobre a existência dos CTAs deveriam ser intensificadas, pois, devido ao seu caráter conscientizador sobre a importância da testagem sorológica, do conhecimento do diagnóstico e das formas de transmissão e prevenção ao HIV, esses centros podem contribuir para a estabilização da epidemia entre a população.

A maior parte dos usuários ficou sabendo da campanha através de materiais de divulgação. Oliveira e Diniz (2009) afirmam que a população que realiza os testes rápidos em campanhas do Fique Sabendo ainda é mínima, refletindo que para novas campanhas é necessária uma divulgação mais intensa, com o objetivo de esclarecer os benefícios proporcionados pelo teste.

Um percentual significativo de jovens que realizaram teste rápido na mobilização tinha mais de um parceiro (44,6%), apesar de a maioria, com pouca diferença, ter se relacionado apenas

com um parceiro. Esse dado indica maior capacidade de contrair infecções pelo HIV e outras ISTs. Esses dados assemelham-se ao de um estudo com jovens em Teresina, Piauí (PI), em que 45,5% tinham relação instável, com mais de dois parceiros sexuais (ARAÚJO et al., 2012).

Os adolescentes se tornam um grupo vulnerável, pois, além de fatores socioeconômicos, iniciam a vida sexual precocemente e muitos não fazem uso do preservativo, tendo uma multiplicidade de parceiros (ARAÚJO et al., 2012). É possível também perceber as vulnerabilidades dos jovens ao HIV quando se conhece o perfil dos infectados. Em um CTA da região Sul do Brasil, estudaram-se algumas variáveis em jovens vivendo com HIV, e a média de idade foi de 17,7 anos, com indivíduos do sexo feminino perfazendo 65% da amostra e com prevalência em escolaridade de 8 a 11 anos de estudo. O perfil de vulnerabilidade evidenciado foi feminização, associação de baixa escolaridade com “motivo de não usar preservativo com parceiro fixo”, “uso de drogas no último ano”, “doença sexualmente transmissível no último ano” e relação sexual como “tipo de exposição” (CAMPOS et al., 2014).

Observou-se que apenas 6,3% relataram IST nos últimos 12 meses, enquanto a maioria dos usuários que procurou o teste rápido não teve nenhuma IST no último ano. Estudos mostram que mundialmente a cada 20 adolescentes pelo menos um contrai alguma IST por ano, e diariamente os cálculos resultam em infecção de mais de sete mil jovens pelo HIV (THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005). Entre os adolescentes, pelo menos dez milhões vivem atualmente com o vírus ou estão predispostos a desenvolver a Aids dentro de três a 15 anos. Destaca-se ainda que, ao contrair uma IST, o risco de haver transmissão do HIV aumenta de três a cinco vezes (ARAÚJO et al., 2012).

A maioria dos jovens da pesquisa nunca utilizou preservativo nas parcerias fixas. O não uso do preservativo entre

adolescentes geralmente está ligado ao fato de eles acreditarem que tal dispositivo diminui o prazer durante a relação sexual, além de prejudicar a ereção. Observou-se que alguns não sabiam usar corretamente o preservativo, tampouco sabiam que este tem prazo de validade e que deve ser protegido do calor (MELO et al., 2012).

Segundo Melo et al. (2012), na hora de decidir pelo uso ou não do preservativo nas relações entre heterossexuais, o homem muitas vezes não concorda, o que pode contribuir para o não uso nas relações com parceiro fixo. Geralmente não há uma negociação antes da relação sexual, colocando a mulher numa situação desprivilegiada, pois é importante que ela negocie o uso do preservativo, além de que os homens acreditam que as parceiras não estão mostrando confiança quando solicitam o uso do mesmo. É clara a importância do trabalho educativo com essa população para o controle da Aids.

Nessa crença de segurança quando se tem um parceiro fixo, facilmente se chega a considerar desnecessário um comportamento sexual seguro através da utilização do preservativo. Ademais, o preservativo passa a ser compreendido como um obstáculo à construção da intimidade (RIBEIRO; SACRAMENTO, 2014).

Pesquisa com adolescentes de uma escola em Fortaleza-CE mostrou que 46,6% da amostra já havia iniciado a vida sexual; 40,7% e 29,5% não usaram preservativo na primeira nem na última relação sexual, respectivamente, em decorrência de diversos motivos, tais como: não ter o preservativo no momento (27,3%), uso de pílula anticoncepcional (15,2%) e confiança no(a) parceiro(a) (15,2%), ficando claro que o início da vida sexual precoce, as dúvidas sobre a transmissão do HIV e a não utilização efetiva do preservativo são alguns dos fatores que compõem a vulnerabilidade dos jovens (CHAVES et al., 2014).

A maioria teve resultado não reagente para o HIV, no entanto a prevalência dos resultados positivos foi de 2,3%, considerada alta em jovens. Segundo pesquisas realizadas em conscritos entre 17 e 20 anos do Exército, a prevalência nessa população passou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007 (SZWARCOWALD et al., 2011). Resultado parecido ao do estudo realizado no CTA de Feira de Santana-BA, onde o resultado soropositivo entre os usuários jovens de 20 a 24 anos foi de 2,19%. Mundialmente estudos demonstram que a prevalência do teste positivo em jovens está crescendo, independentemente do contexto socioeconômico. Os adultos jovens representam a maior parte da taxa de infecção pelo vírus da Aids, que pode ter sido contraído na adolescência (PEREIRA et al., 2014).

Conclusão

O estudo permitiu identificar e descrever o perfil epidemiológico dos jovens presentes nas mobilizações do Fique Sabendo realizadas no estado do Ceará em 2013 e 2014. Observou-se que a maioria dos usuários que participaram das mobilizações no estado era do sexo feminino, com idade entre 25 e 29 anos, heterossexuais, solteiros, com mais de 12 anos de estudo, os quais nunca tinham realizado um teste para HIV, tomando conhecimento sobre a campanha por material de divulgação; tais indivíduos tinham parceiro sexual e não usavam preservativo em parceria fixa. O percentual de jovens com resultado reagente para o HIV foi considerado alto, comparado com a prevalência nessa faixa etária no Brasil.

Vale salientar a importância das campanhas do Fique Sabendo nas ruas e em eventos, facilitando o acesso da população ao teste rápido de HIV, principalmente destinando-se aos mais

vulneráveis, como os jovens, repassando informações sobre o diagnóstico precoce, os tipos de transmissão, as formas de prevenção do HIV e de outras ISTs e as situações de vulnerabilidade.

Percebe-se a necessidade de mais pesquisas sobre o perfil de pessoas que procuram as mobilizações do Fique Sabendo, pois este estudo foi feito com algumas limitações, devido ao tamanho da amostra e à não associação de variáveis. No entanto, com a realização do mesmo, pôde-se observar a importância do Fique Sabendo como estratégia para o diagnóstico precoce, visto que o percentual de reagentes foi significativa.

Esta pesquisa poderá proporcionar subsídios não somente a enfermeiros, mas também aos demais profissionais de saúde no âmbito da promoção da saúde, uma vez que foi investigado o perfil dos usuários que buscam realizar o teste rápido de HIV, contribuindo para a elaboração de novas mobilizações e para a decisão de planejamentos a fim de melhorar o acesso ao diagnóstico do HIV, circunstância em que a literatura indica carência, confirmando, assim, a importância da pesquisa.

Referências

ARAÚJO, T. M. E. et al. Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 242-247, 2012.

BARRETO, A. C. M.; SANTOS, R. S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 809-816, 2009.

BRASIL. *Estatuto da juventude: atos internacionais e normas correlatas*. Brasília, DF: Senado Federal, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*. Brasília, DF: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*. Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*. Brasília, DF: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fique Sabendo. *Faça o teste de Aids*. Disponível em: <<http://http://sistemas.aids.gov.br/fique-sabendo/>>. Acesso em: 7 ago. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV*. Brasília, DF: MS, 2014b.

CAMPOS, C. G. A. P. et al. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: estudo retrospectivo em um Centro de Testagem e Aconselhamento. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 310-314, 2014.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. *Informe Epidemiológico Aids*. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2016.

CHAVES, A. C. P. et al. Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 67, n. 1, p. 48-53, 2014.

DEIENNO, M. C. V. et al. Perfil dos usuários do serviço de aconselhamento no Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids Campos Elíseos, município de São Paulo, Brasil. *Boletim Epidemiológico Paulista*, São Paulo, v. 7, n. 74, p. 13-22, 2010.

GERMANO, F. N. et al. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu *status* sorológico: Rio Grande, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1033-1040, 2008.

MELO, H. M. A. et al. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-53, 2012.

NADER, S. S. et al. Juventude e Aids: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 53, n. 4, p. 374-381, 2009.

OLIVEIRA, S. M. F.; DINIZ, W. Y. Implantação do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV: a experiência exitosa de Jacarezinho-PR. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 8., 2009, Bauru. *Anais...* Bauru: Canal 6, 2009. v. 2. p. 112-112.

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. OMS, 2011.

PEREIRA, B. S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014.

RIBEIRO, F. B.; SACRAMENTO, O. A despistagem do VIH/Sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portugal. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 510-522, 2014.

SILVA, N. E. K.; OLIVEIRA, L. A.; SANCHO, L. G. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 636-645, 2013.

SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, S19-S26, 2011.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. D. Representações sociais do HIV/Aids entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 1, n. 39, p. 68-76, 2005.

AVALIAÇÃO DE IDOSOS ACERCA DAS CAMPANHAS DE PREVENÇÃO DO HIV-AIDS

ALINE RODRIGUES FEITOZA

Doutora em Enfermagem, mestra em Enfermagem em Saúde Comunitária, ambas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e graduada em Enfermagem pela UFC. Professora adjunta do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora orientadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Unifor. Assessora da área técnica de DST/Aids e hepatites virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva da Unifor, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ALANA LEITE MIRANDA

Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), especializando em Observatório pela Faculdade Metropolitana de Fortaleza (Fametro) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Foi bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic), vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente é enfermeira no Hospital e Maternidade Santa Teresinha. Preceptora de estágio da disciplina Saúde da Mulher e Saúde da Criança na Faculdade Maurício de Nassau.

ANA DÉBORA ASSIS MOURA

Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES), Buenos Aires/Argentina, mestra e graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Funcionária pública da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), atuando como assessora técnica das ações de imunização, e da Prefeitura Municipal de Fortaleza, atuando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF).

NELIE CRISTINA LUZ TEIXEIRA

Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Foi bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (Pavic) da Unifor. Atualmente trabalha como enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) no Eusébio, Ceará.

LUANA IBIAPINA CORDEIRO

Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, especialista em Enfermagem do Trabalho, ambas as formações pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Membro do Grupo de Saúde Coletiva da Unifor, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

SADRINE MARIA EUFRASINO DE PINHO

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Bolsista de Apoio Técnico do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro efetivo do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (NEPPS) da Universidade Federal do Ceará (UFC) e membro do projeto de extensão Liga Acadêmica de Estudos e Pesquisa do Vírus da Imunodeficiência Humana (Lavih) da Unifor.

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

Doutor em Saúde Coletiva, mestre em Enfermagem, ambas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Vigilância Epidemiológica pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPC) e graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Professor adjunto do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). Professor do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Assessor técnico da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Pesquisador do Grupo de Saúde Coletiva da Unifor, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Introdução

No Brasil, desde 1982, alguns fatos relevantes marcaram o curso da Aids. O público infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) era predominantemente homossexual, contudo hoje, devido às notificações, foram identificados novos casos em mulheres, crianças, usuários de drogas injetáveis (UDI) e idosos. Ao final da década de 1980, houve o surgimento do teste rápido anti-HIV, cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas no máximo em 30 minutos (BRASIL, 2010; SILVA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013).

Diversas mudanças também ocorreram em relação aos fármacos no que diz respeito ao tratamento do HIV/Aids com o início da terapia antirretroviral (Tarv), a qual é capaz de propiciar a melhoria na qualidade de vida e a supressão da carga viral das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), sendo fornecida de forma gratuita desde 1991, sancionada por lei em 1996 pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Estima-se que em 2025 o Brasil ocupará o 6º lugar dentre os países que possuem uma população de idosos em crescimento, com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2016; DAWLIBI et al., 2013). Nos últimos anos, essa geração tem vivido com melhor qualidade, em razão do aumento da expectativa de vida resultante dos progressos tecnológicos, das melhores condições sanitárias e do avanço da medicina, o que proporcionou inclusive o melhor exercício da sexualidade (CARNEIRO, 2013).

A medicina proporcionou melhoras significativas na vida sexual dos homens da terceira idade, por meio da descoberta dos estimulantes sexuais. Acredita-se que tais medicações tenham levado os idosos a se engajarem em um maior número de atividades sexuais. Portanto, é preciso ficar mais atento. O Ministério da Saúde afirma que a situação é preocupante, visto o contínuo crescimento do número de pessoas com mais de 60 anos ou mais infectadas pelo HIV (BRASIL, 2010; TORRES et al., 2011).

Os homens e mulheres idosos não têm o hábito de usar camisinha, pois o preservativo é tido por eles apenas como método contraceptivo, e não como algo que pode prevenir contra as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), principalmente o HIV. Assim, existe-se um grande número de pessoas que mantêm relações sexuais sem o uso de preservativos, dentre do qual está a população idosa.

Por outro lado, algumas mulheres resistem em usar camisinha com seus parceiros sexuais por fazerem sexo com parceiro fixo e terem receio de exigir o uso da camisinha, o que pode gerar consequências desagradáveis na relação do casal, como a violência ou a ameaça de rompimento da relação. Além disso, há o mito do amor romântico, já ultrapassado pela ciência, segundo o qual uma paixão e um grande amor estão livres de qualquer tipo de contaminação sexual. Junta-se a essa discussão a cultura machista, que apregoa que o preservativo é um artefato desnecessário, o qual atrapalha a ereção durante o ato sexual, causando incômodo, e que esses homens jamais entrarão em contato com o HIV ou se contaminarão (ALMEIDA; LOURENÇO, 2011).

O município de Fortaleza, no Ceará, também preocupado com essa realidade, antecipando-se ao Ministério da Saúde, desenvolveu uma campanha de sensibilização em meados de setembro de 2007, cujo foco era Aids em idosos. Tal campanha mobilizou profissionais de saúde, além de ter contado com a par-

ticipação de mobilizadores sociais e com a organização da sociedade civil. Todos receberam capacitação para trabalhar a temática junto à elaboração de material educativo.

A ocorrência da Aids, como epidemia nas diferentes regiões do mundo, depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. Pelo fato de a sociedade não levar em conta a vida afetiva e sexual dos idosos e não levantar discussões sobre medidas preventivas necessárias para atingir essa faixa etária da população, os idosos estão aparentemente à mercê do contágio do vírus HIV. Observa-se um grande paradoxo em se tratando de medidas preventivas: na mídia, o enfoque das campanhas de prevenção às ISTs é dirigido aos adolescentes. Porém, é também na mídia que se veiculam as propagandas que prometem acabar com a impotência sexual, fomentando paulatinamente a adesão dos idosos aos comportamentos de uma vida sexual ativa.

Um aspecto que potencializa o risco da população idosa é o predomínio de campanhas voltadas à prevenção do HIV/Aids que não incluem esse grupo, reforçando entre os idosos a concepção de que a Aids é uma doença restrita a grupos mais jovens. Uma possível explicação para a não inclusão dos idosos nas ações de prevenção do HIV/Aids é a persistência da concepção de “velhice assexuada”. Contudo, estudos científicos têm-na desmistificado. A atividade sexual após os 50 anos foi averiguada em pesquisa realizada com 165 homens e mulheres com idade entre 50 e 66 anos, servidores públicos do estado de Mato Grosso. Entre os entrevistados, 72,4% relataram atividade sexual nos seis meses anteriores à pesquisa (RODRIGUES; PRAÇA, 2010).

Tal fato nos mostra que a mídia, quando se refere à Aids, preocupa-se unicamente com o fato de divulgar o uso do preservativo, que, ao contrário do que muitos pensam, não é um

artifício novo utilizado durante o sexo, apenas seu uso e sua fabricação ganharam força com a epidemia da Aids. As questões de comportamento não têm sido abordadas e a responsabilidade individual e coletiva são pouco contempladas nos debates, fazendo com que alguns grupos, como os idosos, não sejam tidos como vulneráveis à epidemia do HIV/Aids. Tal realidade fez surgir a seguinte indagação: como os idosos percebem as campanhas voltadas à prevenção do HIV/Aids?

Como se pode perceber, existe uma lacuna enorme nas ações destinadas à população idosa referentes à prevenção do HIV/Aids. Sabemos ainda que as ações de educação em saúde devem ser repensadas, uma vez que a forma de abordar o idoso não pode ser a mesma utilizada com o jovem. Por esse motivo, a relevância deste estudo para a ciência e a sociedade está em fornecer subsídios para o planejamento de ações de educação em saúde na prevenção do HIV/Aids na população idosa.

Objetivo

Analisar a percepção do idoso sobre as campanhas veiculadas pela mídia em relação ao HIV/Aids em maiores de 60 anos.

Metodologia

O estudo foi realizado em duas fases distintas e complementares, uma quantitativa e outra qualitativa. O ambiente de pesquisa foi o grupo “Feliz Idade”, vinculado à Secretaria de Esportes do Estado do Ceará, localizado na abrangência da Secretaria Regional VI (SRVI) do município de Fortaleza. O referido grupo se reúne às terças e quintas-feiras pela manhã, em uma Vila Olímpica pertencente à SRVI, a qual é coordenada por uma educadora física. O grupo atualmente tem mais de 250 idosos

cadastrados, apesar de nem todos participarem efetivamente de todos os encontros.

Na 1ª fase, denominada fase quantitativa, a coleta de dados foi documental, quando foram utilizados os cadastros de todos os participantes do grupo “Feliz Idade”, sendo selecionados dados como sexo, idade, renda familiar, ocupação e indivíduos com quem moravam.

De posse desses dados, foi feita uma triagem dos idosos com mais de 60 anos, quando foi possível entrevistar 34 sujeitos. Os idosos selecionados foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar dela, sendo realizada a leitura e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após a aceitação, utilizou-se como instrumento de coleta um questionário com 18 perguntas objetivas, visando identificar se os idosos lembravam-se de alguma campanha veiculada nas mídias que tivesse abordado o tema HIV/Aids na terceira idade. Os dados dessa fase foram tabulados e analisados no programa Excel.

Na 2ª fase, a qualitativa, foi formado um grupo focal, com uma amostra convencional selecionada pela coordenadora do grupo. O grupo foi composto por 15 idosos, sendo quatro do sexo masculino e 11 do sexo feminino, na faixa etária acima de 60 anos. Nessa fase, a fim de se analisar a percepção sobre a campanha destinada ao idoso no ano de 2008, foi reproduzido o material utilizado na campanha nacional, disponível no *site* do Ministério da Saúde. O material publicitário utilizado compunha-se de propaganda televisiva, *folders* e cartazes. Após a exibição do vídeo e a apresentação dos *folders*, realizou-se uma entrevista com os idosos, na qual se indagou o que a campanha representou para eles.

As falas foram gravadas após a autorização dos participantes, sendo posteriormente transcritas. Para uma melhor análise dos dados, os relatos foram agrupados e analisados em categorias

temáticas, tendo por base outros estudos e literaturas condizentes ao assunto. Para uma adequada análise da fase qualitativa, as falas foram agrupadas em três categorias temáticas. Com o propósito de manter o anonimato dos entrevistados, seus nomes foram mantidos em sigilo. Para identificá-los neste estudo, será utilizada a letra “I” (idoso) seguida de número arábico de 1 a 15.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), sob o número 254/08, em conformidade com as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 34 idosos, com faixa etária entre 51 e 83 anos, sendo 5,8% na faixa de 51 a 55 anos, 5,8% de 56 a 60 anos, 29,4% de 61 a 65 anos, 20,5% de 66 a 70 anos, 23,5% de 71 a 75 anos, 11,7% de 76 a 80 anos e 2,9% de 80 anos em diante. Entre o público pesquisado, 94,1% eram do sexo feminino e 5,9% do sexo masculino, mostrando que as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens. De acordo com Alves et al. (2011), apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a de mulheres.

Dentre os idosos entrevistados, constatou-se que 17,6% dos idosos eram analfabetos. Em primeiro lugar, obteve-se o ensino fundamental incompleto, com 64,7%, seguido do ensino fundamental completo, com 5,8%, do ensino médio completo, com 2,9%, e do ensino médio incompleto, com 8,8%.

As causas da baixa adesão aos serviços de saúde e às ações educativas ocorriam, entre outros motivos, em razão das barreiras

ras socioculturais e institucionais. Esse fato nos levou a crer que a baixa escolaridade desses idosos acarreta a diminuição de sua capacidade de compreensão, deixando-os, assim, em situação de vulnerabilidade. Além disso, a falta de campanhas destinadas aos idosos quanto à prevenção da Aids faz com que essa população esteja geralmente menos informada sobre o vírus HIV e suas formas de transmissão, bem como sobre do que se trata realmente a doença.

No que concerne à religião, 85,2% se referiram católicos e 11,7% evangélicos. Apenas 3,1% responderam que tinham outra religião. Independentemente da religião, a propaganda busca divulgar ideias, diferentemente da publicidade, que busca vulgarizar uma imagem, vender um bem e/ou serviços. Suas ações visam principalmente à obtenção do lucro (SCHEFFER, 2015).

Os idosos foram questionados sobre terem visto alguma propaganda de prevenção voltada para HIV/Aids. Suas respostas sinalizaram campanhas televisivas, campanhas de Carnaval e campanhas no posto de saúde, através de panfletos.

Ainda sobre a questão anterior, 76,4% não se lembravam de propagandas voltadas para o HIV/Aids que tivessem sido destinadas às pessoas mais idosas. Aos que responderam que se lembravam de terem visto, correspondendo a 23,6%, perguntou-se o que haviam achado das propagandas, os quais responderam que as tinham visto na televisão, acompanhando-as até o fim, por alertarem e informarem sobre métodos de prevenção da doença. Desse grupo, 85,2% manifestaram achar necessárias campanhas específicas para os idosos. Os idosos justificaram que as campanhas são importantes para alertarem mais quanto à doença, porque os mesmos pensam que não a contraem por serem idosos. Os investigados responderam também que essas campanhas deveriam ser divulgadas através da televisão e do rádio, explicando como é a transmissão da doença e incentivando o uso da camisinha.

De acordo com Costa e Silva (2013), as ações nacionais preventivas sobre o HIV/Aids são sempre destinadas aos jovens e profissionais da saúde, tendo uma falta de informações relacionadas à Aids no idoso, com isso deixando o mesmo sem informações necessárias e sem o conhecimento a respeito do risco da doença, tornando-se, em consequência disso, mais suscetível a contrai-la. Outro fator importante é ignorar que o idoso não seja capaz de exprimir e vivenciar sua sexualidade.

Na televisão, nos jornais e nas propagandas em geral, o foco é a prevenção das ISTs/Aids em jovens, sendo poucas as campanhas com duração estendida para prevenir doenças com o enfoque direcionado às pessoas acima de 60 anos. O interessante é que também na mídia surgem propagandas referentes ao tratamento da disfunção erétil, prolongando ainda mais a vida sexual do idoso.

A situação dos idosos em relação à percepção de risco é parecida com a de outros grupos etários, todavia a cultura faz com que eles fiquem ainda mais vulneráveis, pois nem eles nem a sociedade em que vivem acreditam nessa vulnerabilidade, o que justifica a urgência de um trabalho sobre essa temática.

A primeira e a segunda categorias foram assim denominadas: a percepção sobre a importância da propaganda e a percepção do idoso sobre a abordagem do sexo/sexualidade nas propagandas, respectivamente. A respeito da importância da propaganda, alguns idosos entenderam e perceberam bem o que ela transmitia. Concordaram que a terceira idade ainda pratica sexo e que a campanha os influenciou a se protegerem na hora da relação. Isso mostra o impacto positivo e a importância da campanha para os idosos, conforme os relatos a seguir:

É o direito de todos se protegerem, porque as doenças estão aí; os problemas de saúde estão demais. Eu não me preocupo, pois sou viúva há 17 anos e não tive mais

contato com homem nenhum, mas é a minha pessoa, né? Os outros têm que se proteger, e a propaganda ajuda muito. (I1).

Eu acho muito importante essa propaganda, o idoso tem que se proteger. Acho importante as pessoas que se protegem, porque o HIV não é só dos jovens, e muitas pessoas têm porque não se protegem. (I2).

É mais estímulo para que os idosos não deixem de praticar sexo, que serve para a saúde, a mente, o coração e todo o organismo, quer dizer: sem o sexo, a pessoa fica mais travada, fica com a mente perturbada, e eu creio que o sexo faz muito bem à saúde. (I3).

Essa propaganda que passou, se todo mundo tivesse o senso de olhar a propaganda, fazer o que a propaganda manda, nada disso acontecia, mas tem gente que não se cuida. Tem que pensar antes de fazer; eu sempre estou pensando. Nessa parte aí, eu sempre me cuidei. (I4).

Para mim, eu acho muito importante, porque eu nunca vi nada sobre o assunto, e esse negócio dessa doença é muito sério. (I5).

O aumento da expectativa de vida, aliado ao envelhecimento saudável, tem permitido que os idosos mantenham laços sociais através da participação ativa nas atividades de lazer, especialmente naquelas destinadas para esse estrato populacional. Tal condição poderá favorecer a inclusão social, afastando a possibilidade de abandono e exclusão, situação frequente entre os idosos que não possuem vínculos sociais (DAWLIBI et al., 2013).

O fato de as propagandas ressaltarem apenas jovens, porque subentende-se que estes possuem uma vida sexualmente ativa, faz com que os idosos acima de 50 anos em geral não se percebam como vulneráveis à doença, subestimando a possibilidade de se infectarem por alguma IST, o que pode facilitar o contágio, situação que se constitui como uma barreira para a prevenção,

assim como a ausência de campanhas efetivas direcionadas para essa faixa etária (DAWLIBI et al., 2013).

A propaganda foi aprovada por alguns idosos, comprovando sua capacidade de repassar informações básicas sobre sexo e prevenção na terceira idade. O conteúdo foi considerado de fácil entendimento, visto que conseguiu transmitir até mesmo para os idosos com menos escolaridade a ideia principal de que o sexo não tem idade e que é preciso sempre se prevenir contra as ISTs.

A terceira categoria, vinculada à percepção errônea mostrada na propaganda, relata sobre a falta de propagandas e informações sobre o HIV/Aids direcionadas aos idosos, as quais contribuem para a disseminação da doença.

Pesquisas mostram que esse tema não é abordado nas consultas, não por falta de curiosidade dos idosos, mas pelo costume de nossa sociedade e até mesmo do profissional de saúde acreditar em uma velhice assexuada, dificultando ainda mais o diálogo sobre esse assunto (CARNEIRO, 2013).

Eu não sei nem dizer, porque eu acho que negócio de Aids depende muito do homem, né? A mulher não deve ter nada a ver com isso aí, não. (I14).

Eu não entendo isso aí direito, não. Ele disse que se a pessoa tiver a idade dele pega doença; foi isso que eu entendi. (I15).

Os idosos podem obter informações com seu médico para se conscientizarem de suas limitações, esclarecerem suas dúvidas sobre as doenças e saberem quais os potenciais efeitos colaterais produzidos no sexo por uso de medicamentos. Entretanto, o desconhecimento de assuntos relacionados ao envelhecimento pode contribuir para um atendimento de má qualidade por parte dos profissionais que prestam assistência aos idosos (ALMEIDA; LOURENÇO, 2011).

Por muitas vezes, não se dá a relevância necessária à sexualidade do idoso, já que uma grande maioria dos profissionais traz em sua formação subjetiva conceitos fundamentados no preconceito. Com base em tal fato, sinais e sintomas do HIV/Aids são facilmente associados a outras doenças prevalentes da terceira idade, tornando tardios ou talvez inexistentes o diagnóstico e o tratamento. Além disso, não existem campanhas que incentivem os idosos a buscarem a realização do teste de forma espontânea, o que vem a ser outra barreira no diagnóstico precoce do HIV/Aids, culminando com o agravamento da questão (FEITOZA; SOUZA; ARAÚJO, 2004).

O fato de o idoso não ser o foco de nenhuma dessas campanhas, atrelado ainda a fatores culturais, faz com que ele não faça uso de preservativos nas suas relações sexuais, chamando a atenção para o fato de que o idoso usa preservativo com menor frequência e tem à disposição medicamentos que contribuem para melhorar seu desempenho sexual, somado ao crescimento do número de casos de Aids nessa população específica.

Conclusão

O envelhecimento populacional mundialmente vem crescendo em números absolutos e relativos, havendo também um aumento da incidência de casos de idosos infectados pelo HIV, tendo como fatores relacionados à infecção: o estigma da sociedade e dos profissionais de saúde sobre a sexualidade no idoso e o desconhecimento do HIV/Aids e da forma de transmissão e prevenção do vírus por essa população, cuja consequência deve-se também à falta de campanhas preventivas para o HIV destinadas a essa população de risco.

A maioria dos idosos possui a necessidade de incentivos educacionais, de modo a servirem de alerta e conhecimento

para eles quanto às infecções que possam torná-los vulneráveis, além do fato de eles se sentirem ativos, prevenidos e incluídos socialmente.

O risco de os idosos contraírem o vírus HIV existe, sendo preciso incorporar campanhas educativas e preventivas nos serviços de saúde e nos meios de comunicação para esse segmento populacional até hoje marginalizado no que diz respeito ao risco de infecções sexuais. Com isso, é necessário reavaliar as estratégias de cuidados, atualizar e capacitar os profissionais de saúde para atenderem a esse tipo de público e rever as políticas de saúde pública e sociais no âmbito da família e da sociedade.

Referências

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. O comportamento sexual na terceira idade, saúde sexual para o idoso e a questão da Aids (a terceira idade e a Aids). *Comportamento em Foco 1*, Salvador, p. 19-30, 2011.

ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teórica e Prática*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *História da Aids*. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. Brasília, DF: MS, 2016.

CARNEIRO, M. S. Sexuality and Aids in the elderly. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Teresina, v. 2, n. 3, p. 67-72, 2013.

COSTA, F. F.; SILVA, F. F. C. As ações nacionais de prevenção contra HIV/Aids em idosos. *Estudos*, Goiânia, v. 40, n. 4, p. 367-393, 2013.

DAWLIBI, N. W. et al. Aging and quality of life: analysis of scientific production in SciELO. *Estudos da Psicologia*, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.

FEITOSA, A. R.; SOUZA, A. R.; ARAÚJO, A. F. A. A magnitude de infecção pelo HIV/Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 32-57, 2004.

LAZZAROTTO, A. et al. HIV/Aids e meia-idade: avaliação do conhecimento de indivíduos da região do Vale dos Sinos (RS), Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 67, n. 1, p. 19-25, 2012.

SCHEFFER, M. *Prevenção de Aids no Brasil: depois da trapaça e da tortura*. Mangueiras: Fiocruz, 2016.

SILVA, M. M.; VASCONCELOS, A. L. R.; RIBEIRO, L. K. N. P. Epidemiological characteristics of Aids cases in persons aged 60 years or older, Pernambuco State, Brazil, 1998 to 2008. *CADERNOS de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2131-2135, 2013.

RODRIGUES, D. A. L.; PRAÇA, N. S. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 321-327, 2010.

TORRES, C. C. et al. Representações sociais do HIV/Aids: buscando os sentidos construídos por idosos. *Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, ed. supl., p. 121-128, 2011.

TOSCANI, O. *A publicidade é um cadáver que nos sorri*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

PERCEÇÕES DE UM GRUPO DE IDOSOS ACERCA DO VÍRUS HIV/AIDS

ALINE RODRIGUES FEITOZA

Doutora em Enfermagem, mestra em Enfermagem em Saúde Comunitária, ambas as formações pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e graduada em Enfermagem pela UFC. Professora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora orientadora do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Unifor. Assessora da área técnica de DST/Aids e hepatites virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva da Unifor, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ALANA LEITE MIRANDA

Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), especializanda em Obstetrícia pela Faculdade Metropolitana de Fortaleza (Fametro) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Foi bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic), vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Atualmente é enfermeira no Hospital e Maternidade Santa Teresinha. Preceptora de estágio da disciplina Saúde da Mulher e Saúde da Criança na Faculdade Maurício de Nassau.

LUANA IBIAPINA CORDEIRO

Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, especialista em Enfermagem do Trabalho, ambas as formações pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Grupo de Saúde Coletiva da Unifor, vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ANA DÉBORA ASSIS MOURA

Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade das Ciências Empresariais e Sociais (UCES), Buenos Aires/Argentina, mestra e graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Funcionária pública da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), atuando como assessora técnica das ações de imunização, e da Prefeitura Municipal de Fortaleza, atuando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF).

NELIE CRISTINA LUZ TEIXEIRA

Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Foi bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (Pavic) da Unifor. Atualmente trabalha como enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps-AD) no Eusébio, Ceará.

SADRINE MARIA EUFRASINO DE PINHO

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Bolsista de Apoio Técnico do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro efetivo do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (NEPPS) da Universidade Federal do Ceará (UFC) e membro do projeto de extensão Liga Acadêmica de Estudos e Pesquisa do Vírus da Imunodeficiência Humana (Lavih) da Unifor.

RÔMULO MATIAS ALVES

Graduando em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Aluno voluntário de Iniciação Científica da Unifor.

Introdução

Atualmente vivem no Brasil cerca de 20 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, representando no mínimo 10% da população brasileira, sendo que as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam para o fato de que em 2025 o Brasil estará em 6º lugar quanto ao contingente de idosos no mundo. Os avanços sociais e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem na média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade em 1940 para 72,7 anos em 2008 (LAROQUE et al., 2011).

Segundo Pereira e Borges (2010), a melhoria da qualidade de vida está associada a fatores como o acesso a serviços de saúde, remédios, melhor alimentação, lazer e condições de bem-estar geral, bem como aos recentes avanços da indústria farmacêutica e da medicina. Em decorrência do aumento da longevidade e das facilidades da vida moderna, que incluem a reposição hormonal e as medicações para impotência, os idosos vêm redescobrendo experiências, sendo uma delas o sexo, tornando sua vida mais agradável. Contudo, as práticas sexuais inseguras tornam os idosos mais vulneráveis a contaminar-se pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), aumentando a representatividade de casos nessa faixa etária (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Porém, a pessoa idosa ama e precisa viver a sua vida e a sua sexualidade livremente e com dignidade. A sexualidade é

um tema marcado por tabus e mitos. Mesmo hoje vivendo numa sociedade moderna, quando se aborda esse assunto na terceira idade, é ainda uma proposta e uma necessidade. Falta de informação e pressão social são alguns dos fatores que justificam atitudes tão conservadoras ante a sexualidade em geral (RIBEIRO, 2010).

Quanto menor o grau de instrução, devido ao aumento do número de casos nos estratos de menor escolaridade, maior é o percentual de erros sobre os conhecimentos vinculados às formas de transmissão do HIV, remetendo à condição de pior cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência entre os menos favorecidos (COSTA; ZAGO; MEDEIROS, 2009).

A cultura em que os idosos estão inseridos faz com que eles fiquem ainda mais vulneráveis, pois nem eles nem a sociedade em que vivem acreditam nessa vulnerabilidade. Julga-se que, em pouco tempo, a tendência seja a de que tenhamos um grande número de idosos com a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids). O idoso está exposto à vulnerabilidade física e psicológica – que demarca, além do sexual, transfusão sanguínea e uso de drogas ilícitas – quanto ao pouco acesso a serviços de qualidade, ficando mais vulnerável, assim como a questões que devem ser ressaltadas em qualquer outra idade (FEITOZA, 2008). Tal realidade fez surgir a seguinte indagação: qual o conhecimento de idosos com relação ao HIV/Aids?

As causas da baixa adesão desse segmento aos serviços de saúde e às ações educativas são constituídas, entre outras, pelas barreiras socioculturais e institucionais. Além disso, a falta de campanhas destinadas à prevenção da Aids direcionadas aos idosos faz com que essa população esteja geralmente menos informada sobre o vírus HIV e suas formas de transmissão, bem como sobre realmente do que se trata a doença. Esse desconhecimento faz com que o idoso tenha sua vulnerabilidade aumentada, visto

não ter informações básicas quanto à prevenção e transmissão da Aids, expondo-o ao risco de contrair o vírus HIV.

A relevância do estudo para a ciência e a sociedade está em fornecer subsídios para o planejamento de ações de educação em saúde na prevenção do HIV/Aids na população idosa.

Objetivo

Analisar as percepções de um grupo de idosos acerca do vírus HIV/Aids.

Metodologia

Tipo do estudo

O presente estudo tem caráter qualitativo, ou seja, uma abordagem que investiga fenômenos e percepções através de uma abordagem subjetiva, em que a fala, o sentimento e a experiência são objetos de investigação. É um tipo de estudo que tem um poder transformador. A pesquisa qualitativa tem o conhecimento originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada, portanto não podem ser controladas e generalizadas (LEOPARDI, 2002).

Cenário do estudo

O ambiente de pesquisa foi o grupo “Feliz Idade”, que está vinculado à Secretaria de Esportes do Estado do Ceará, localizado na abrangência da Coordenadoria Regional (Cores) VI do município de Fortaleza. O referido grupo se reúne às terças e quintas-feiras pela manhã em uma Vila Olímpica pertencente à Cores VI, onde realizam exercícios com dança coordenados por

uma educadora física. Atualmente tem mais de 250 idosos cadastrados, apesar de nem todos participarem efetivamente de todos os encontros.

Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram os idosos que frequentam o o grupo “Feliz Idade”.

Coleta de dados

Foi formado um grupo focal contendo 15 idosos, 13 mulheres e dois homens, que foram selecionados de acordo com alguns critérios predefinidos, tais como:

- ter interesse e aceitar participar da pesquisa;
- ter idade maior/igual a 60 anos;
- ter vida sexual ativa;
- não ter déficit cognitivo.

A fim de identificar o conhecimento sobre o HIV/Aids dos idosos, foi utilizada como técnica uma dinâmica de grupo denominada “Colcha de Retalhos”, por possibilitar a análise do conhecimento individual e coletivo. Essa técnica, bastante utilizada nos estudos envolvendo HIV/Aids, já foi testada pela orientadora do estudo em outros grupos de idosos. Foram distribuídos retalhos de tecido (algodãozinho) de tamanho 20 x 20 centímetros, pincéis e tintas para tecido de cores diversas, solicitando-se aos participantes que expressassem o que sabiam sobre o tema a ser abordado através de desenho. Nesse caso, foi solicitado que os idosos expressassem por desenhos o que entendiam sobre a Aids. As falas dos investigados também foram gravadas e

transcritas depois de terem feito os desenhos. Para tal, solicitou-se a autorização dos participantes.

Análise dos dados

A análise dos dados ocorreu através de categorização, usando como referencial Bardin (2008). Esse tipo de análise permitiu interpretar e produzir inferências do conteúdo da comunicação do texto que fossem replicáveis ao seu contexto social. Para tanto, foram utilizadas as unidades de texto (palavra ou frase) produzidas, eligendo-se uma expressão que as representasse (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para uma melhor análise dos dados, as mesmas falas foram agrupadas e analisadas em categorias temáticas, tendo por base outros estudos e literaturas condizentes ao assunto. As categorias identificadas foram: desconhecimento; transmissão; estereótipo/preconceito; e prevenção.

Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que rege a pesquisa com seres humanos, seja ela individual ou coletiva, de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de informações ou materiais. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), sob o número 254/08.

Resultados e discussão

Desconhecimento

Ainda deve existir uma parcela de idosos que nunca ouviu falar da Aids, isso pode ocorrer tanto por desinteresse ou simplesmente por esses indivíduos não quererem falar sobre o assunto, até mesmo por tabus, já que se trata de uma doença predominantemente transmitida por via sexual. A primeira figura (representações de idosos) mostra o desconhecimento sobre a doença.

Sei que HIV é uma doença ruim, mas não sei nada sobre ela e desenhei a estrela-d'alva para a humanidade pedir a Deus proteção para não pegar essa doença.

Figura 1 – Representação realizada por um sujeito da pesquisa (1)



Fonte: Participante da pesquisa.

A literatura enfatiza o conhecimento sobre HIV/Aids em indivíduos jovens e profissionais da saúde, porém há uma falta de informações relacionadas à Aids em idosos. A falta de programas de educação em saúde voltados aos idosos quanto ao HIV/

Aids pode ter como consequência o desconhecimento dessa população acerca dessa infecção (LAZZAROTTO et al., 2008).

O aumento no índice de idosos com doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a Aids, dá-se pela falta de campanhas de prevenção, pois os idosos são tidos como assexuados, e a sexualidade nessa faixa etária ainda é cercada de tabus e preconceitos por parte da sociedade e também dos profissionais de saúde (MASCHIO et al., 2011).

A falta de campanhas destinadas aos idosos faz com que essa população esteja geralmente menos informada sobre o HIV e menos consciente de como se proteger (SALDANHA; ARAÚJO; SOUSA, 2009).

Transmissão

Aqui é o bicho cheio de micróbio, todo contaminado; aí tem a célula doente e tem a camisinha para o homem se prevenir; e aqui é a casa onde o doente se esconde.

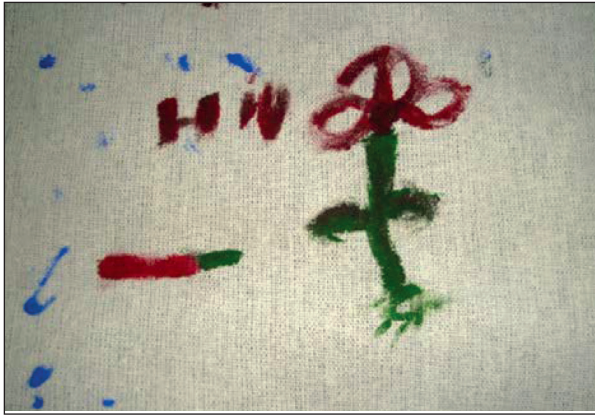
Figura 2 – Representação realizada por um sujeito da pesquisa (2)



Fonte: Participante da pesquisa.

Desenhei a seringa que a pessoa faz e outra pessoa pode pegar, mas, graças a Deus, hoje está difícil de pegar; aí coloquei o nome do HIV; e a rosa significa para mim proteção.

Figura 3 – Representação realizada por um sujeito da pesquisa (3)



Fonte: Participante da pesquisa.

Os idosos não possuem um conhecimento profundo sobre a doença, mas sabem que é transmitida pela relação sexual sem preservativo. Em estudo realizado por Pereira e Borges (2010), a maioria dos indivíduos pesquisados sabia que a transmissão poderia ser por agulhas e seringas contaminadas, por via sexual, por transmissão vertical e por aplicação de *piercings*/tatuagens. Mas também afirmaram que compartilhar sabonetes, toalhas, assentos sanitários, comidas contaminadas, talheres, beijo no rosto, abraço e aperto de mão poderia constituir formas de transmissão, mostrando que ainda persistem dúvidas importantes e desinformação quanto a algumas práticas sociais.

Os dados obtidos no estudo de Souza et al. (2009) apontaram que, dos 23 idosos entrevistados, 21 conheciam o principal modo de se preservar. Mesmo assim, houve aqueles que ainda denotavam dúvidas a respeito da transmissão, já que alguns idosos acreditavam que o beijo na boca, por exemplo, poderia ser uma forma de transmitir o vírus.

Estereótipo/preconceito

Aqui é a casa do doente, da pessoa que está doente e ninguém quer morar.

Figura 4 – Representação realizada por um sujeito da pesquisa (4)



Fonte: Participante da pesquisa.

Desenhei um homem doente, magro, com os olhos fundos, e desenhei uma flor que representa a vida, e escrevi: 'HIV não tem cura'.

Figura 5 – Representação realizada por um sujeito da pesquisa (5)



Fonte: Participante da pesquisa.

Os desenhos mostram a visão dos idosos em relação aos acometidos. Para eles, a pessoa infectada não tem uma vida nor-

mal, ficando presa em casa, o que revela um tipo de preconceito e estereótipo concernente à pessoa acometida por tal infecção.

A Figura 4 mostra uma visão preconceituosa sobre a condição da pessoa vivendo com o vírus. Essas percepções estão atreladas à visão que se tinha de que a Aids era uma doença incapacitante, não permitindo nenhum padrão de qualidade de vida. E a realidade mostra que as pessoas contaminadas estão cada vez mais ativas e realizando suas atividades diárias (MASCHIO et al., 2011).

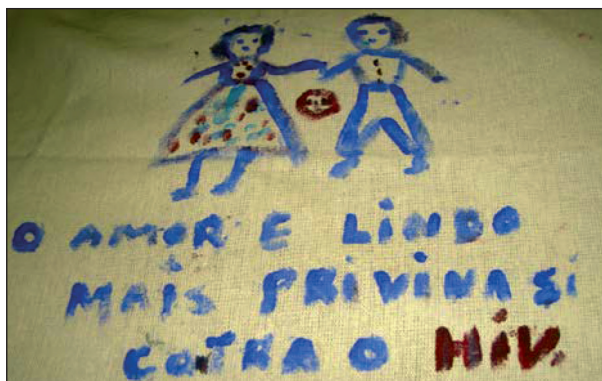
Já a Figura 5 retrata que, para o idoso, o portador do HIV vai ser sempre magro e com aparência de doente. Esses pensamentos podem aumentar a vulnerabilidade do idoso ao HIV/Aids, pois, julgando-se capaz de reconhecer uma pessoa doente, pode relacionar-se sexualmente sem preservativo.

Para Feitoza (2008), a falsa imagem de que pessoas vivendo com HIV/Aids tenham sempre aspecto debilitado e doente foi transmitida pelos meios de comunicação, dando a falsa ideia de que o sujeito infectado com o vírus obrigatoriamente tivesse que ter essas características. Assim sendo, o soropositivo só era visto como alguém que apresentava riscos de contaminação, fazendo parte, por consequência, de grupos tidos como de risco. Isso tudo pode ter propiciado a disseminação da Aids entre as mulheres e homens heterossexuais que mantinham relacionamento estável e se consideravam fora de risco.

Prevenção

É um casal que se gosta, mais tem que se prevenir, tem que usar camisinha contra o HIV, né? É um casal novo, porque são os mais inexperientes; os mais velhos já sabem se prevenir.

Figura 6 – Representação realizada por um sujeito da pesquisa (6)



Fonte: Participante da pesquisa.

A figura mostra que os idosos sabem da importância do uso do preservativo para a prevenção do HIV/Aids, no entanto isso não significa que façam uso do mesmo, já que a maioria acha que HIV/Aids é doença só de jovens ou que o preservativo atrapalha a relação sexual.

Estudo realizado por Pereira e Borges (2010) mostrou que 67% dos idosos pesquisados, mesmo sabendo da importância do uso do preservativo, mencionaram realizar sexo desprotegido. Uma provável explicação é a predominância do sexo feminino no grupo pesquisado, pois nessa faixa etária essas mulheres não temem mais a gravidez indesejada e, conseqüentemente, não percebem a necessidade do uso do preservativo, que, por sua vez, poderia prevenir a transmissão do HIV/Aids e outras ISTs.

Segundo Andrade, Silva e Santos (2010), pesquisas indicam que pessoas da terceira idade têm relativa dificuldade para incorporar o uso do preservativo em suas relações sexuais. Somado a esse fato, há a visão errônea de que o preservativo representa um método puramente contraceptivo, o que tornaria dispensável o seu uso nessa faixa etária.

As campanhas educativas oficiais focam o uso de preservativos somente nos jovens, colocando grande parte da população à margem da discussão da Aids e sua prevenção, dentre eles os idosos. Sendo assim, é de suma importância a promoção de campanhas de sensibilização e orientação, permitindo ao idoso tomar conhecimento dos riscos para o HIV/Aids e se prevenir, de modo a utilizar o preservativo em todas as relações sexuais (FEITOZA, 2008).

Considerações finais

Através deste estudo, foi possível observar que duas idosas relataram não saber o que seria o HIV/Aids, mas uma delas manifestou ter noção de que é uma doença transmissível. Isso demonstrou que, mesmo após anos da descoberta da doença e divulgação na mídia, ainda existem pessoas que não sabem nada sobre a referida infecção. Percebeu-se também que os idosos ainda têm uma visão do portador do HIV como um indivíduo que sofre, preso em casa; para eles, o doente sempre vai ter as mesmas características: magro, olhos fundos, etc. Outra parte dos idosos associou o HIV/Aids ao uso do preservativo como forma de prevenção, relatando também sobre a transmissão do vírus.

O presente trabalho constatou a existência de lacunas no conhecimento sobre HIV/Aids pelos idosos do grupo “Feliz Idade”. Dessa forma, seria relevante o desenvolvimento de estratégias de saúde pública mais abrangentes, direcionadas também para essa população, dedicando-se às principais dúvidas relacionadas ao HIV/Aids. Essas estratégias poderiam promover uma mudança de comportamento nos idosos e, assim, diminuir a vulnerabilidade deles ao vírus do HIV/Aids.

Referências

- ANDRADE, H. A. S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. Aids em idosos: vivências dos doentes. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 712-719, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 19. ed. Lisboa: 70, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *CN/DST/Aids e hepatites virais*. Brasília, DF: MS, 2006.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.
- COSTA, D. A.; ZAGO, M. M. F.; MEDEIROS, M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência humana. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 631-637, 2009.
- FEITOZA, A. R. *A cultura do idoso e sua influência perante o risco do HIV/Aids*. 2008. 114 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- LAROQUE, M. F. et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/Aids. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 774-780, 2011.
- LAZZAROTTO, A. R. et al. O conhecimento de HIV/Aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1833-1840, 2008.
- LEOPARDI, M. *Metodologia da pesquisa em saúde*. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

MASCHIO, M. B. M. et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e Aids. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-589, 2011.

PEREIRA, G. S.; BORGES, C. I. Conhecimento sobre HIV/Aids de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 720-725, 2010.

RIBEIRO, J. M. F. *Uma abordagem sobre a sexualidade na terceira idade*. 2010. 62 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Programa de Graduação em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2010.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. A.; SOUSA, V. C. Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. *Interamerican Journal of Psychology*, Porto Alegre, v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

SOUZA, M. H. T. et al. Nível de conhecimento de um grupo de idosos em relação à síndrome da imunodeficiência adquirida. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 27, n. 1, p. 22-29, 2009.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES ENCARCERADAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ANA FÁTIMA BRAGA ROCHA

Doutoranda e mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor.

MARIANA HERBSTER GURGEL

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor).

RAYSSA BARRETO DE OLIVEIRA MORAIS

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública, Urgência e Emergência.

ELK DE ASSIS ARAÚJO

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pelo Centro de Qualificação e Ensino Profissional (Cequale) e em Psicopedagogia Institucional e Clínica pelo Instituto de Educação Superior e Profissional (IESP) e graduada em Enfermagem pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA).

ANDRÉA LIMA GOMES DOS SANTOS

Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (Unifor). Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da Fundação Edson Queiroz (Probic/FEQ).

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Pós-doutora pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestra em Saúde Pública também pela UFC e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifor.

Introdução

Ao falar de violência, é comum ligar o tema ao sexo masculino, por ter um sistema de privação de liberdade praticamente voltado para esse público. Quando o sexo feminino encontra-se nesse sistema, percebe-se que o local é inapropriado para as mulheres, pois em alguns casos vestem uniformes masculinos, muitas vezes sem visita íntima e em local adequado, faltam-lhes acesso à educação e ações de saúde, comprometendo, assim, sua integridade física, mental, social, espiritual, assim como a vida sexual e reprodutiva (SILVA, 2013).

O acesso a uma vida sexual e reprodutiva segura é um direito de todo cidadão, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a mulher encarcerada deve receber informações quanto às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e aos métodos de prevenção. O recebimento de produtos de higiene e preservativos femininos, juntamente com ações de educação em saúde, são exemplos de estratégias para prevenir a disseminação das doenças e garantir uma vida digna para essa população (BRASIL, 2007).

Vale salientar que a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (BRASIL, 2004) e recentemente a *Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional* (BRASIL, 2014) são conquistas importantes para essa população feminina em vulnerabilidade social.

Entretanto, os presídios brasileiros enfrentam uma situação precária tanto na estrutura física como nas condições de vida dessas mulheres, sendo considerados locais de alto risco para disseminação de doenças infectocontagiosas, devido à superlotação, precárias condições de higiene e descaso na saúde. Ademais, as infecções não se limitam ao estabelecimento penal, podendo ser levadas à sociedade por meio das visitas íntimas (BRASIL, 2007).

A representação epidemiológica da figura feminina criminosa tende a ser a de uma mulher jovem, de nível socioeconômico e educacional baixo, desempregada, prostituta, solteira ou separada, procedente de centros urbanos e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tendo sido presa, em sua maioria, em razão do tráfico de drogas. Esse perfil, associado à maior liberdade sexual, tem elevado o número de novos casos de doenças nesse estrato populacional (NICOLAU et al., 2012).

Ademais, o Ministério da Saúde classifica os usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, caminhoneiros, garimpeiros e presidiários como os principais grupos de maior suscetibilidade para contrair ISTs/HIV (BRASIL, 2009).

Quanto à assistência à saúde de pessoas que vivem encarceradas, esta, muitas vezes, limita-se a cuidados gerais e pontuais, como curativos, fornecimento de medicamentos, imunização, rastreamento de tuberculose, quase não havendo ações de promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Poucas pesquisas estão relacionadas ao perfil sexual dessas mulheres, seus problemas de saúde e suas formas de prevenção nas prisões brasileiras, mais especificamente sobre as ISTs/HIV (NICOLAU et al., 2012).

Diante das reflexões supracitadas, este estudo tem por objetivo caracterizar a produção científica acerca dos fatores de vulnerabilidade para as mulheres em situação de prisão adquirirem ISTs.

Metodologia

Trata-se de um estudo de coleta de dados realizado a partir de artigos indexados em bibliotecas virtuais. Esse tipo de método permite que seja empreendida uma análise sistemática de vários estudos, possibilitando uma sinopse do que se tem publicado sobre um determinado assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa, método utilizado neste estudo, inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, propiciando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

É composta por seis etapas: elaboração da questão norteadora do estudo; critérios para a seleção da amostra; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na pesquisa; análise de dados e resultados; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010), descritas a seguir.

Primeira etapa: elaboração da questão norteadora do estudo

Quais os fatores de vulnerabilidade para as mulheres encarceradas adquirirem ISTs?

Segunda etapa: critérios para seleção da amostra

Após a definição da questão norteadora, foi efetivada uma busca sistemática de artigos que retratavam os objetivos da pesquisa. A seleção dessa amostra é essencial para a identificação da representatividade dos artigos incluídos.

Foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cruzando os descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): prisioneiros, mulheres e doenças sexualmente transmissíveis.

Dessa busca foram encontradas 33 produções científicas e posteriormente foram aplicados os critérios de inclusão: artigos disponíveis e publicados na íntegra. Na tentativa de ampliar os achados, não houve critério de seleção quanto ao ano de publicação ou idioma.

Foram excluídos do estudo: editoriais, cartas ao editor, artigos de revisão e artigos que não abordassem temática relevante ao alcance do objetivo da revisão. Após a aplicação dos critérios, restaram 13 artigos para análise, dentre os quais sete compuseram a amostra deste estudo.

Terceira etapa: categorização dos estudos

Nesta etapa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados com o intuito de extrair as informações principais de cada artigo selecionado. O instrumento de coleta de dados contava com os seguintes itens: código de identificação do estudo, título do artigo, nome dos autores, periódico e ano de publicação, idioma, abordagem metodológica, população estudada, local de realização do estudo, principais resultados e conclusões.

Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na pesquisa

Nesta fase, os estudos selecionados foram avaliados de forma sistemática, analisando-se criteriosamente cada artigo quanto à legitimidade, qualidade metodológica, importância da informação e representatividade.

Após a leitura de todos os artigos escolhidos e a coleta dos principais dados por meio do instrumento de coleta, foi possível construir quadros com informações detalhadas de cada estudo, permitindo a análise dos artigos para atender aos objetivos da pesquisa.

Quinta etapa: análise de dados e resultados

A análise dos estudos teve como finalidade realizar a comparação dos dados evidenciados nos artigos incluídos na revisão integrativa com o conhecimento teórico, identificando lacunas pertinentes ao assunto, servindo de sugestão para futuras pesquisas.

Sexta etapa: síntese do conhecimento evidenciado nos artigos

Esta fase caracterizou-se pela elaboração de um documento descritivo a respeito de todas as fases percorridas, bem como dos principais resultados encontrados durante a análise dos artigos selecionados.

Resultados e discussão

A partir das informações extraídas nos sete artigos que compõem a amostra deste estudo, criou-se um quadro para caracterizá-los (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos artigos incluídos no estudo

Cód. Estudo	Título	Autores	Periódico/Ano	Idioma	Características do estudo
E1	Gender and risk behaviors for HIV and sexually transmitted infections among recently released inmates: A prospective cohort study	BINSWANGER, I. A. et al.	<i>Aids Care</i> , 2014	Inglês	Abordagem metodológica: quantitativa. População estudada: 200 ex-detentos do sexo masculino e feminino. Local de realização: região metropolitana dos Estados Unidos.
E2	Condom use among sterilized and nonsterilized women in county jail and residential treatment centers	PRUITT, S. L.; VELASQUEZ, M. M.; MULLEN, P. D.	<i>Womens Health Issues</i> , 2010	Inglês	Abordagem metodológica: quantitativa. População estudada: 959 mulheres de 18-44 anos, presidiárias ou usuárias de um serviço para um tratamento de drogas e álcool. Local de realização: Houston, Texas.
E3	The contraceptive needs of incarcerated women	HALE, G. J. et al.	<i>Journal of Women's Health</i> (Larchmont), 2009	Inglês	Abordagem metodológica: quantitativa. População estudada: 188 mulheres encarceradas. Local de realização: Sudeste dos Estados Unidos.

E4	Health, mental health, substance use, and service utilization among rural and urban incarcerated women	TINDALL, M.S. et al.	<i>Womens Health Issues</i> , 2007	Inglês	Abordagem metodológica: quantitativa. População estudada: 100 mulheres encarceradas de áreas rurais e urbanas. Local de realização: <i>Kentucky Correctional Institution for Women</i> (KCIW) (Instituição Correcional para Mulheres), Estados Unidos.
E5	Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social	CARVALHO, M. L. et al.	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 2006	Português	Abordagem metodológica: quantitativa. População estudada: 2.039 detentos, homens e mulheres. Local de realização: Rio de Janeiro.
E6	Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection	ALTICE, F. L. et al.	<i>Journal of Urban Health</i> , 2005.	Inglês	Abordagem metodológica: quantitativa. População estudada: 3.315 mulheres encarceradas. Local de realização: Connecticut.
E7	A collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails	ARRIOLA, K. R. et al.	<i>Public Health Reports</i> , 2001.	Inglês	Abordagem metodológica: quantitativa. População estudada: homens e mulheres detentos (1.020 testados para o HIV, 2.160 para clamídia, 1.327 para gonorreia e 937 para sífilis). Local de realização: cinco cadeias municipais (Flórida, Geórgia, Massachusetts, New Jersey, New York).

Fonte: Elaboração própria (2015).

Observou-se que apenas dois (28,5%) artigos referiam-se a estudos publicados nos últimos cinco anos, revelando a necessidade de pesquisas atuais que explorem essa temática.

A revista *Womens Health* surgiu em dois (28,5%) artigos. Percebeu-se que, dentre os periódicos, três (42,8%) eram voltados à área de saúde da mulher, outros três (42,8%) à saúde pública e um (14,2%) à Aids.

Todos os artigos recorreram à abordagem metodológica quantitativa, revelando a necessidade de estudos qualitativos que possam dar voz às mulheres em privação de liberdade e aprofundar suas percepções, sentimentos e crenças pertinentes à sua saúde e à vulnerabilidade em adquirir uma IST.

Quatro (57,1%) artigos estudaram apenas a mulher encarcerada. Apesar de ser maioria entre os textos selecionados para esta pesquisa, houve uma certa dificuldade em encontrar estudos relacionados a pessoas em privação de liberdade voltados exclusivamente à mulher. Assim, acredita-se que a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão ainda é negligenciada e carece de maior atenção e interesse científico para a melhoria da saúde dessa população específica, especialmente no Brasil, visto que apenas um (14,2%) artigo foi realizado no país.

As informações extraídas dos artigos referentes à saúde sexual das detentas e ISTs estão resumidas no Quadro 2.

Quadro 2 – Mulheres encarceradas e infecções sexualmente transmissíveis

Condições de vulnerabilidade para IST/HIV/Aids em presidiárias	Código do estudo
Relação sexual desprotegida.	E1, E2, E5
Uso de drogas.	E1, E2, E4, E5, E6
Ter visitado alguém na prisão antes de ser presa.	E5
Estar em privação de liberdade associa-se a um maior risco de adquirir IST.	E5, E6
Prevalência de IST/HIV/Aids em presidiárias	Código do estudo
Das 3.315 presidiárias, 250 (7,5%) eram soropositivas para o HIV.	E6
De 263 testadas para o HIV, 62 (36%) receberam o diagnóstico positivo. Entre homens e mulheres, 6,4% tinham clamídia, 3% gonorreia e 2% sífilis.	E7
Uso de anticoncepcionais em presidiárias	Código do estudo
Baixo percentual de uso de preservativo entre as mulheres no geral. Mulheres hysterectomizadas usam menos o preservativo do que as não hysterectomizadas.	E2

Fonte: Elaboração própria (2015).

O uso de drogas e a relação sexual desprotegida constituem importantes situações de vulnerabilidade para a infecção de IST/HIV/Aids, devido ao compartilhamento de agulhas e à consumação da relação sexual em troca de drogas sem o uso de preservativo. Apesar de as mulheres serem minoria no sistema carcerário, elas têm maiores chances de contrair IST/Aids do que os membros do sexo masculino, sendo comumente presas por envolvimento ao uso e ao tráfico de drogas e por prostituição (SPRINGER, 2010).

Observou-se que o fato de ter visitado alguém na prisão antes do encarceramento foi destacado por um dos artigos (CARVALHO et al., 2006) como uma condição de vulnerabilidade para

adquirir IST. Isso revela que o meio da criminalidade já fazia parte da vida dessas mulheres antes de elas serem encarceradas.

O resultado que aponta que o principal motivo da prisão das mulheres vincula-se ao tráfico de drogas é corroborado por outros estudos (FARIA; BARROS, 2011; SCHERER et al., 2011) que discutem a ocorrência desse fato relacionado à influência dos companheiros, maridos ou namorados ou como busca de geração de renda. Tais investigações também comentam sobre questões de gênero, assinalando que as mulheres são vistas como frágeis, não levantando suspeitas quanto aos crimes e tornando-se alvos fáceis para os traficantes.

O uso de drogas pode prejudicar a percepção de risco, possibilitando que as pessoas estejam frequentemente em situações de vulnerabilidade a adquirir uma IST, o que pode afetar negativamente a tomada de decisões sobre a atividade sexual, além da possibilidade de permuta de sexo por drogas (COMFORT et al., 2008).

As mulheres dependentes de drogas muitas vezes recorrem à prostituição como meio de conseguir dinheiro para sustentar seu vício. Geralmente a relação sexual é feita sem o uso de preservativo, podendo ser em decorrência do efeito da droga no organismo ou da resistência dos parceiros (PINTO et al., 2014).

Um estudo realizado por Comfort e colaboradores (2005) com mulheres discutiu sobre sexo e intimidade entre casais com um parceiro masculino encarcerado, mostrando que a situação de encarceramento gera uma tensão sexual, em razão da limitação de contato com as parceiras, o que leva os homens a desejarem visitas íntimas e, quando não possível, a terem práticas homossexuais dentro da prisão. Talvez a situação de encarceramento também possibilite relações homossexuais entre as mulheres encarceradas, e as visitas íntimas, quando existem, podem aumentar a vulnerabilidade das mesmas, pelo não uso do preservativo.

É baixo o percentual de mulheres que faz uso do preservativo ao visitar seus companheiros encarcerados. Diante disso, estratégias precisam ser implementadas para estimular essa prática (REIS; BERNARDES, 2011).

No Quadro 2, observa-se que estudo realizado em uma cadeia e em dois centros para tratamento de álcool e drogas com mulheres em privação de liberdade (PRUITTP et al., 2010) revelou que mulheres histerectomizadas usavam menos o preservativo do que as não histerectomizadas. Esse achado aponta que, quando há o uso do preservativo, o motivo da utilização é apenas como método contraceptivo, e não como forma de prevenção de ISTs.

Um importante aspecto nos cuidados de saúde, em especial para as mulheres privadas de liberdade, diz respeito à melhoria do seu conhecimento e entendimento sobre questões de saúde. A oferta de programas educacionais para a saúde e tratamento das doenças e a distribuição de preservativos devem ser acompanhadas de programas educativos de prevenção, sensibilização e informação acerca das ISTs (NICOLAU et al., 2012).

O preservativo é mais utilizado com o propósito de impedir uma gravidez do que como método de prevenção das ISTs. As práticas preventivas devem ser focadas tanto no planejamento familiar como no acompanhamento pré-natal, buscando, assim, associar a prevenção de ISTs com a gravidez indesejada (COSTA et al., 2014; FIGUEIREDO; AYRES, 2002).

As estratégias voltadas para a temática ISTs/Aids devem incluir a troca de experiências, o compartilhamento de conhecimentos e a discussão de temáticas de interesse voltada para o público-alvo, levando a se refletir sobre a vulnerabilidade em face das doenças sexuais e sobre a necessidade de estratégias, promoção e educação em saúde voltadas para o método de barreira e prevenção das ISTs (TAVARES LUNA, 2012).

Levar a promoção da saúde para os presídios significa olhar além das aparências, despir-se de preconceitos, sendo necessário fornecer subsídios para o resgate da cidadania dessa população, bem como criar projetos e planos de educação mais fortalecidos e contínuos.

Considerações finais

Por meio deste estudo, foi possível analisar sete artigos que contribuíram para a discussão acerca dos fatores de vulnerabilidade para as mulheres encarceradas adquirirem ISTs.

Devido ao descaso do sistema carcerário, observou-se uma falha não só quanto à ausência/carência de políticas governamentais, mas também quanto à falta de estratégias de saúde voltadas para essa população, em especial para as mulheres encarceradas. Constataram-se limitações atinentes à busca de dados, principalmente no que diz respeito à escassez de artigos realizados no Brasil, mostrando ser necessário aprofundar a discussão em torno de ações que visem sensibilizar sobre a importância da assistência preventiva nas cadeias femininas.

As ações para prevenir as ISTs/Aids em presídios devem ser ampliadas, no sentido de possibilitar o acesso à informação qualificada e ofertar instrumentos adequados para a prevenção.

Referências

- ALTICE, F. L. et al. Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection. *The Journal of Urban Health*, New York, v. 82, n. 2, p. 312-326, 2005.
- ARRIOLA, K. R. et al. A collaborative effort to enhance HIV/STI screening in five county jails. *Public Health Reports*, United States, v. 116, n. 6, p. 520-529, 2001.

BINSWANGER, I. et al. Gender and risk behaviors for HIV and sexually transmitted infections among recently released inmates: a prospective cohort study. *AIDS Care*, United States, v. 26, n. 7, p. 37-41, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Grupo de trabalho interministerial: reorganização e reformulação do sistema prisional*. Brasília, DF: MJ, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional*. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF: MS, 2004.

CARVALHO, M. L. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006.

COMFORT, M. et al. Bringing it home: design and implementation of an HIV/STD intervention for women visiting incarcerated men. *AIDS Education and Prevention*, California, v. 20, n. 4, p. 285-300, 2008.

COMFORT, M. et al. "You can't do nothing in this damn place": sex and intimacy among couples with an incarcerated male partner. *Journal of Sex Research*, United States, v. 42, n. 1, p. 3-12, 2005.

COSTA, A. C. P. J. et al. Protagonism of adolescents in preventing sexually transmitted diseases. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 482-487, 2015.

FARIA, A. A. C.; BARROS, V. A. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 536-544, 2011.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. C. M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 96-107, 2002.

HALE, G. J. et al. The contraceptive needs of incarcerated women. *Journal of Women's Health*, United States, v. 18, n. 8, p. 1221-1226, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOURA, M. J.; FROTA, M. H. P. Dilacerando os fios, tricotando às avessas, construindo a trama: mulher, tráfico de drogas e prisão. *Revista Público e o Privado*, Fortaleza, n. 8, p. 49-71, 2006.

NICOLAU, A. I. O. et al. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 711-719, 2012.

NICOLAU, A. I. O. et al. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 386-392, 2012.

PINTO, V. M. et al. History of syphilis in women living with Aids and associated risk factors in São Paulo, Brazil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 342-348, 2014.

PRUITT, S. et al. Condom use among sterilized and non-sterilized women in county jail and residential treatment centers. *Women's Health Issues*, New York, v. 20, n. 6, p. 386-393, 2010.

REIS, C. B.; BERNARDES, E. B. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 16, p. 3331-3338, 2011.

SCHERER, Z. A. P. et al. Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 55-62, 2011.

SILVA, E. M. A mulher detenta, a sua saúde sexual e a sua sexualidade: revisão sistemática da literatura brasileira sobre atuação da Enfermagem neste processo. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SPRINGER, S. A. Improving healthcare for incarcerated women. *Journal of Women's Health*, New York, v. 19, n. 1, p. 13-15, 2010.

TAVARES LUNA, I. et al. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis as DST/Aids. *Ciencia y Enfermería*, Concepción, v. 18, n. 1, p. 43-55, 2012.

TINDALL, M. S. et al. Health, mental health, substance use, and service utilization among rural and urban incarcerated women. *Women's Health Issues*, New York, v. 17, n. 4, p. 183-192, 2007.

PERFIL DOS USUÁRIOS ATENDIDOS EM CLÍNICAS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ROUMAYNE FERNANDES VIEIRA ANDRADE

Doutoranda e mestra em Saúde Coletiva e graduada em Enfermagem, todas as formações pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Docente da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM-CG).

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Pós-doutora pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), mestra em Saúde Pública também pela UFC e graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unifor.

PAULA THISSIANY DE OLIVEIRA GURGEL

Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Redentor (FR), graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e graduanda em Medicina (4º ano) pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM/CG). Vice-presidente da Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LIASM/FCM) e ex-diretora de extensão e pesquisa na gestão de 2015 da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva (LIASC/FCM). Membro do projeto de extensão “Envelhecendo com Saúde” e do projeto de pesquisa “Avaliação das ações de promoção à saúde e prevenção das doenças na comunidade do Itararé, Campina Grande-Paraíba”.

MARIA RAFAELA ALEXANDRE RODRIGUES SILVA

Graduanda em Medicina (4º ano) pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM-CG). Secretária da Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LIASM) e ex-secretária na gestão 2014.2-2015.2 da Liga de Saúde Coletiva (LIASC) de Campina Grande. Membro voluntário do projeto de extensão “Envelhecendo com Saúde” e membro bolsista do projeto de pesquisa “Avaliação das ações de promoção à saúde e prevenção das doenças na comunidade do Itararé, Campina Grande-Paraíba”.

ALINE SALES NUNES

Graduanda do curso de Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor). Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são doenças cujo agente etiológico é vivo e transmissível e cuja infecção pode ser veiculada por um vetor, ambiente ou indivíduo (CARNEIRO, 2015). As ISTs são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), transmitem-se por via sexual, sanguínea e placentária. Alguns tipos de infecções possuem altas taxas de incidência em mulheres, facilitando a transmissão do HIV, podendo apresentar complicações mais graves, sendo ainda associadas à discriminação, abandono e violência (BRASIL, 2015).

A partir de 2015, a terminologia infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) passa a ser adotada pelo protocolo, em substituição à expressão doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), pela sociedade científica e por alguns países. Nesse contexto, alerta-se a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sintomas, o que aponta para estratégias de atenção integral, eficaz e resolutiva (BRASIL, 2015).

As ISTs têm grande importância epidemiológica, com taxa elevada de transmissão, podendo ser assintomáticas ou manifestar-se por sinais e sintomas como corrimento uretral e/ou vaginal, úlceras genitais, linfadenopatia inguinal e dor abdominal.

Sendo assim, uma das metas da saúde pública é impedir a ascensão das ISTs, já que são a causa da morte de milhares de pessoas em todo o mundo. Segundo dados da OMS, as ISTs representam um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo; no Brasil, suas estimativas de infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa são a cada ano: sífilis: 937.000 casos; gonorreia: 1.541.800; clamídia: 1.967.200; herpes genital: 640.900; e papiloma vírus humano (HPV): 685.400 (CARNEIRO, 2015).

Dentre as categorias mais suscetíveis, adolescentes e jovens são considerados grupos vulneráveis às ISTs. Muitos apresentam comportamentos de risco, como iniciação precoce da atividade sexual, uso inconsistente do preservativo, múltiplos parceiros sexuais, consumo de álcool e outras drogas, entre outros. A fase da adolescência é constituída ainda por transformações anatômicas, cognitivas, emocionais, sociais, econômicas e comportamentais, o que pode contribuir para o aumento dos comportamentos de risco para ISTs (CARVALHO et al., 2015).

Dentre as formas de contágio, a chamada “transmissão vertical”, que acontece de mãe para filho durante a gestação, parto ou amamentação, pode acontecer por consequência de uma IST, podendo apresentar-se sob a forma de síndromes, como úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e doença inflamatória pélvica (DIP).

Estima-se que a cada ano 500 milhões de pessoas contraem algum tipo de IST curável, como a gonorreia, clamídia, sífilis, tricomoníase. Segundo estimativas da OMS (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. Dessa mesma forma, estima-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital (HSV-2, do inglês *Herpes Simplex Virus* tipo 2) e 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV (BRASIL, 2015).

A infecção pelo HPV tem causado 530.000 casos de câncer de colo uterino e 275.000 mortes por essa doença/ano. Além do mais, a sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano e coloca 215.000 recém-nascidos sob risco de morte prematura, por baixo peso ao nascimento ou sífilis congênita (BRASIL, 2015).

Um estudo de prevalência das ISTs realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) em seis capitais brasileiras verificou que homens e mulheres que buscavam atendimento em clínicas de ISTs apresentaram 14,4% para as ISTs bacterianas e 41,9% para as ISTs virais, semelhante ao encontrado no estudo realizado por Ribas et al. (2011), cujos dados foram ISTs de origem bacteriana (11,8%): a infecção gonocócica (82,6%) foi a mais frequente, sobretudo no sexo masculino. Em relação às ISTs de origem viral (54,9%), o condiloma acuminado foi o mais frequente (87,9%), predominando no sexo feminino.

É importante conhecer o perfil e a prevalência de ISTs entre a população brasileira; no Sistema de Investigação de Agravos de Notificação (Sinan), constam somente a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), a sífilis e as hepatites virais na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, não sendo obrigatório o relato de todas as ISTs. Assim, este estudo tem por objetivo caracterizar o perfil das pessoas com ISTs atendidas nos serviços de referência de Fortaleza, Ceará (CE), Brasil.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado com homens e mulheres atendidos nos serviços de saúde de referência para tratamento de ISTs em Fortaleza.

O estudo foi realizado nos centros de referência da cidade de Fortaleza, quinta capital do Brasil em população, com

2.452.185 habitantes (IBGE, 2010). O referido município está dividido em seis secretarias executivas regionais (SER), que são territórios delimitados geográfica e administrativamente que buscam proporcionar a melhoria das condições de vida da população. São gerenciadas por equipes em áreas distintas e estão ligadas na saúde às diretrizes propostas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Atualmente o município de Fortaleza conta com uma rede hierarquizada de serviços de saúde municipais, estaduais e federais. Dentre esses serviços, três funcionam com ambulatório de referência para atendimento de pessoas com ISTs, uma unidade vinculada à SMS, outra à Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e outra ao Governo Federal. Essas unidades foram implantadas em 1995 por meio de um projeto financiado pela Universidade de Bordeaux, em parceria com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde do estado do Ceará e do município de Fortaleza. Essas unidades recebem pessoas com queixas de ISTs por demanda espontânea ou por encaminhamento da atenção primária e de outros serviços de saúde.

A população do estudo foi composta por homens e mulheres atendidos nos centros de referência para ISTs que recebem o diagnóstico síndrômico e/ou etiológico de ISTs. A amostra foi calculada considerando-se uma população de 8.966 homens e mulheres que receberam atendimento em serviços de referência para ISTs durante o ano de 2011, frequência esperada de 18% de violência por parceiro íntimo em pessoas atendidas em clínica de ISTs (MITTAL; SENN; CAREY, 2011), erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%. A amostra mínima necessária para este estudo foi de 221 pessoas. O número de atendimentos dos ambulatórios representou o total obtido nos serviços de arquivo médico e estatístico (SAME) da unidade de saúde em que foi realizada a pesquisa.

Foram incluídas no estudo pessoas em acompanhamento e com diagnóstico síndrômico e/ou etiológico de ISTs, exceto

HIV/Aids. As ISTs são patologias que devem ser identificadas e tratadas na atenção primária, contudo os esforços para o controle são negligenciados, principalmente em relação ao HIV/Aids, situação evidenciada em estudo sobre a transmissão vertical do HIV e da sífilis (RAMOS JÚNIOR et al., 2007). As medidas para impedir a transmissão do HIV/Aids são largamente difundidas nos programas que são financiados, implementados e avaliados de forma independente das outras ISTs.

Os dados foram coletados entre os meses de março e setembro de 2012, mediante um questionário aplicado face a face aos participantes do estudo. No questionário, constavam variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda pessoal e familiar); comportamentais (tipo de IST, número de parceiros sexuais, orientação sexual, prática de relação sexual com outra pessoa, uso de álcool e drogas e uso de preservativo); institucionais (abordagem da violência pelo serviço de saúde).

Foi realizado um teste-piloto com o objetivo de aperfeiçoar o questionário, proporcionando maior entendimento das perguntas, evitando dúvidas e possibilitando a realização dos devidos ajustes (MARCONI; LAKATOS, 2006). Foram convidadas a participar da pesquisa todas as pessoas que se encontravam aguardando atendimento nos três ambulatórios de referência para ISTs.

Os dados foram digitados e armazenados, utilizando-se o “pacote” estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Foi realizada uma análise descritiva utilizando a distribuição de frequências para as variáveis categóricas e cálculo de média para as variáveis numéricas.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), sob o Parecer nº 437/2011.

Resultados

Participaram do estudo 221 pessoas atendidas em centros de referência em ISTs. Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas dos participantes. Verificou-se que a maior parte, 132 (59,7%), era do sexo feminino. A faixa etária predominante era de pessoas com 30 anos ou mais, 105 (47,5%). Quanto ao nível educacional, mais da metade informou ter 10 anos ou mais de estudo, 132 (59,7%). Houve predomínio de participantes que referiram ter a cor da pele parda, 95 (43,0%), e ser procedentes de Fortaleza, 182 (82,4%). No que concerne à situação conjugal, 111 (50,2%) mencionaram que estavam em uma união consensual, 68 (30,8%) disseram que estavam solteiros e 19 (42,0%) revelaram que estavam casados (civil e/ou religioso). Em relação à ocupação, 142 (64,3%) relataram possuir vínculo empregatício; a renda familiar dos participantes era menor ou igual a um salário mínimo para a maioria deles, 141 (63,8%). No momento da pesquisa, 60 (27,1%) sujeitos afirmaram estudar.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas de pessoas atendidas em serviços de referência para infecções sexualmente transmissíveis. Fortaleza, 2012

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	132	59,7
Masculino	89	40,3
Faixa etária (em anos)		
≤ 19	43	19,5
20 a 29	73	33,0
≥ 30	105	47,5
Escolaridade (anos de estudo)		
≤ 4	18	8,1
5 a 9	71	32,2
≥ 10	132	59,7

Cor da pele (autorreferida)		
Branca	43	19,5
Negra	21	9,5
Parda	95	43,0
Outra	62	28,1
Procedência		
Fortaleza	182	82,4
Outra localidade	89	17,6
Estado civil		
Casado (civil e/ou religioso)	42	19,0
União consensual	111	50,2
Solteiro	68	30,8
Trabalha		
Sim	142	64,3
Não	79	35,7
Estuda		
Sim	60	27,1
Não	161	72,9
Renda pessoal mensal (salários mínimos)*		
≤ 1	141	63,8
> 1	80	36,2
Total	221	100

* Salário mínimo em 2012: R\$ 622,00.

Fonte: Elaboração própria (2012).

Em relação às variáveis comportamentais, a maioria dos participantes, 197 (89,1%), declarou-se heterossexual. A maioria dos pesquisados iniciou a atividade sexual com mais de 15 anos de idade, 123 (55,5%). Quanto ao número de parceiros sexuais, 172 (77,8%) pessoas afirmaram ter tido um único parceiro nos últimos três meses. O tipo de IST mais frequente foi o HPV, com 151 (68,3%) casos, seguido pela sífilis, com 41 (18,6%), herpes genital, com 18 (8,1%), gonorreia, com sete (3,2%), tricomoníase, com dois (0,9%), DIP, com um (0,5%) e outro caso de donovanose (0,5%). Os participantes relataram fazer uso de álcool e drogas ilícitas, 106 (48,0%) e 10 (4,5%), respectivamente. Quanto ao uso do preservativo, 127 (57,5%) afirmaram não fazer uso.

Tabela 2 – Variáveis comportamentais em pessoas com diagnóstico de ISTs. Fortaleza, 2012

Variáveis	Nº	%
Orientação sexual		
Heterossexual	197	89,1
Homossexual	24	10,9
Início da atividade sexual (anos)		
≤ 15	98	45,5
> 15	123	55,5
Número de parceiros sexuais (últimos 3 meses)		
1	172	77,8
> 1	49	22,2
Tipo de IST		
HPV	151	68,3
Sífilis	41	18,6
Herpes genital	18	8,1
Outras	11	5,1
Usa álcool		
Sim	106	48,0
Não	115	52,0
Usa drogas		
Sim	10	4,5
Não	211	95,5
Usa preservativo		
Sim	93	42,1
Não	128	57,9

Fonte: Elaboração própria (2012).

A Tabela 3 mostra os dados comportamentais dos parceiros sexuais de pessoas diagnosticadas com ISTs. A maioria dos participantes, 135 (61,1%), revelou ter conhecimento de que os seus parceiros haviam tido relações sexuais com outras pessoas durante a relação atual; e 70 (31,8%) afirmaram ter mantido relações sexuais com outras pessoas que não o seu companheiro atual. Em relação ao uso de álcool e drogas ilícitas, 127 (57,5%) e 21 (9,5%) disseram que o parceiro fazia uso, respectivamente, das drogas mencionadas. Dentre os sujeitos pesquisados, 63 (28,5%) participantes revelaram ter praticado violência contra o parceiro

após o diagnóstico de IST e 65 (29,4%) disseram ter tido receio de revelar o diagnóstico ao parceiro sexual.

Tabela 3 – Dados comportamentais dos parceiros sexuais de pessoas diagnosticadas com IST. Fortaleza, 2012

Variáveis	Nº	%
Parceiro teve relações extraconjugais		
Sim	135	61,1
Não	86	38,9
Teve outros parceiros durante o relacionamento atual		
Sim	70	31,8
Não	151	68,2
Parceiro usa álcool		
Sim	127	57,5
Não	94	42,5
Parceiro usa droga		
Sim	21	9,5
Não	200	90,5
Praticou violência antes do diagnóstico da IST		
Sim	63	28,5
Não	158	71,5
Teve receio de revelar o diagnóstico ao parceiro		
Sim	65	29,4
Não	156	70,6

Fonte: Elaboração própria (2012).

Discussão

A pesquisa realizada em Fortaleza em 2012 compreendeu homens e mulheres atendidas nos centros de referência para ISTs que recebem o diagnóstico sindrômico e/ou etiológico de ISTs, sendo a amostra de 221 pessoas calculada considerando-se uma

população de 8.966 que receberam atendimento em serviços de referência para ISTs durante o ano de 2011. Dos 221 indivíduos pesquisados, 141 (63,8%) ganhavam menos do que o salário mínimo então vigente (R\$ 622,00), enquanto 80 (36,2%) ganhavam mais de um salário mínimo. Além dos fatores individuais, locais e pessoais, a vulnerabilidade às ISTs é determinada por um contexto geral de desenvolvimento do país, que inclui o nível de renda da população, o respeito aos direitos humanos fundamentais, o acesso aos serviços sociais, de saúde e de educação, assim como suas circunstâncias (BRASIL, 2006).

O estudo revelou a existência de um maior volume de mulheres, 132 (59,7%), sendo atendidas, enquanto o número de homens atendidos foi também expressivo, 89 (40,3%), pois esse valor corresponde quase à metade dos pesquisados. Esse dado corrobora pesquisas recentes, como a de Arruda e Marcon (2016), sobre a utilização de serviços de saúde por homens adultos, admitindo-se ainda existir um predomínio de mulheres utilizando os serviços de saúde. A referida pesquisa ressalta que a utilização dos serviços de saúde tem aumentado de forma geral, graças à ampliação da cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ao maior acesso à contratação de serviços privados e às informações sobre saúde. A prevalência de homens que utilizaram serviços oferecidos pelo SUS (públicos) é semelhante à observada em estudo realizado em domicílios de todo o Brasil em 2008.

Em uma análise de caracterização sociodemográfica dos participantes deste estudo, observou-se que, em relação ao estado civil, a maioria dos entrevistados encontrava-se em uma relação consensual, 111 (50,2%), segmento seguido pelos de indivíduos solteiros, 68 (30,8%), e casados, 42 (19%). As relações pouco duradouras favorecem aos sujeitos a possibilidade de terem ao longo da vida vários parceiros, o que é fator de risco para aquisição, disseminação e coinfeções de ISTs. De acordo com o

protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas de ISTs (BRASIL, 2015), o diagnóstico e tratamento das pessoas com ISTs e de seus parceiros sexuais interrompe a cadeia de transmissão e previne outras infecções e possíveis complicações.

A predominância da cor parda, neste estudo, manifestou-se de forma diferente daquela descrita na literatura, que relata maior ocorrência entre brancos. A cor parda, no entanto, está relacionada às características étnicas dos locais em que foi realizado o presente estudo, sendo de suma importância analisar os fatores específicos aos quais a população está exposta; dependendo do local onde reside, há uma influência dessa variável sobre a ocorrência de ISTs (COELHO, 2012).

A escolaridade também foi pesquisada, revelando-se com grande surpresa que a maioria dos participantes apresentava mais de 10 anos de estudos, 132 (59,7%), seguido de 71 (32,2%) dos pesquisados com escolaridade entre cinco e nove anos de estudos e 18 (8,1%) com menos de quatro anos de estudos. A escolaridade é uma variável importante, pois é tida como variável explicativa das diferenças referentes aos comportamentos sexuais de risco dos jovens. Os jovens com maior escolaridade relataram início de atividade sexual mais tardia e uso mais frequente de preservativo tanto na primeira como na última relação sexual (MIRANDA et al., 2013).

A avaliação comportamental da população pesquisada revelou que as ISTs pelo HPV atingiram 151 (68,3%) sujeitos entre os entrevistados, seguidas pela sífilis, com 41 (18,6%) casos, herpes genital, com 18 (8,1%), gonorreia, com sete (3,2%), tricomoniase, com dois (0,9%), DIP, com um (0,5%), e outro caso de donovanose (0,5%). Com isso, fica patente a alta prevalência do HPV na população estudada.

Na pesquisa, 128 (57,5%) revelaram ter relações sem preservativos, enquanto 93 (42,1%) disseram que usavam preservativos. Esses dados corroboram resultados de pesquisas anterior-

mente realizadas com conscritos, em que 90% deles responderam de forma positiva quanto ao não uso do preservativo durante as relações sexuais. O conhecimento sobre as formas de transmissão das ISTs não é suficiente para alterar comportamentos de risco. As estratégias para a ampliação do conhecimento relacionado às ISTs não devem ser negligenciadas, uma vez que seria o primeiro passo na direção da percepção correta do risco dessas infecções (MIRANDA et al., 2013).

No que se refere ao uso de álcool, 106 (48,0%) disseram fazer uso, enquanto 115 (52,0%) revelaram não usar. Já em relação ao uso de drogas ilícitas, 10 (4,5%) mencionaram utilizar, enquanto 211 (95,5%) afirmaram não fazer uso. O uso de drogas lícitas e ilícitas pode diminuir a percepção de risco e causar danos à saúde, devido à alteração do nível de consciência. Dentre as práticas arriscadas, citou-se a incapacidade de negociação do sexo seguro (REIS et al., 2016).

No que tange aos dados comportamentais dos parceiros sexuais, chamou a atenção o número de relações extraconjugais dos parceiros, 135 (61,1%), além do alto índice de uso de álcool, 127 (57,55%), e drogas ilícitas pelos mesmos, 21 (9,5%), configurando práticas de risco para o casal.

Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam que mulheres de baixa condição econômica, em uma relação consensual na qual não recorrem ao uso do preservativo, representam a maior demanda de atendimento dos serviços de referência para as ISTs. É importante destacar que a IST mais comum foi o HPV, ressaltando-se que estratégias de educação em saúde, visando à prevenção das ISTs, devem ser desenvolvidas considerando as especificidades de cada grupo populacional.

A avaliação de risco e a educação para a saúde de pessoas com ISTs e seus parceiros sexuais são essenciais para proporcionar à pessoa condições de se prevenir e enfrentar os problemas pertinentes às ISTs.

Além disso, o pouco poder aquisitivo, somado com o baixo grau de instrução, torna o uso de preservativo inexpressivo e aumenta os números percentuais de ISTs. Sendo assim, investir em campanhas de conscientização, distribuindo preservativos e estimulando o seu uso, poderá contribuir para amenizar esse grave problema de saúde pública. Portanto, deve-se investir na educação em saúde de forma continuada, como um instrumento forte e transformador para essa população vulnerável, visto que um número considerável está em união consensual ou solteiro. Somado a isso, a atenção básica deve disponibilizar o subsídio mínimo para o rastreamento da IST, oferecendo teste rápido e providendo recurso terapêutico na própria unidade de atenção básica, fato esse que estimula a adesão ao tratamento.

Referências

ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2685, p. 1-9, 2016.

AZULAY, D. R. Doenças sexualmente transmissíveis. In: AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; AZULAY-ABULAFIA, L. (Org.). *Dermatologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 468-491.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico Aids e DST*. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de aconselhamento em hepatites virais*. Brasília, DF: MS, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF: MS, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevalências e frequências relativas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005*. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids*. Brasília, DF: MS, 2013.

CALAZANS, G. et al. Plantões jovens: acolhimento e cuidado por meio da educação entre pares para adolescentes e jovens nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 22-36, 2006.

CARNEIRO, R. F. Sanare. *Sobral*, v. 14, n. 1, p. 104-108, 2015.

CARVALHO, P. M. R. S. et al. Prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 95-100, 2015.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca da equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 138-151, 2012.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 983-992, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LI, S. et al. Substance use, risky sexual behaviors, and their associations in a Chinese sample of senior high school students. *BMC Public Health*, v. 13, p. 295, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia do trabalho científico*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MIRANDA, A. E. et al. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 489-497, 2013.

MITTAL, M.; SENN, T. E.; CAREY, M. P. Mediators of the relation between partner violence and sexual risk behavior among women attending a sexually transmitted disease clinic. *Sexually Transmitted Diseases*, v. 38, n. 6, p. 510-515, 2011.

MONTEIRO, E. M. L. M. et al. Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 323-330, 2011.

NADER, S. S. et al. Juventude e Aids: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS. *Revista da Amrighs*, Porto Alegre, v. 53, n. 4, p. 374-381, 2009.

NERY, J. A. C. et al. Doenças sexualmente transmissíveis. In: COURA, J. R. *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 1598-1609.

OLIVEIRA, D. C. et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/Aids em duas escolas pública municipais do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 833-841, 2009.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 45-53, 2008.

PARKER, R. P. (Org.). *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PEREIRA, B. S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014.

PETTIFOR, A. E. et al. Young people's sexual health in South Africa: HIV prevalence and sexual behaviors from a nationally representative household survey. *Aids*, v. 19, n. 14, p. 1525-1534, 2005.

RAMOS JÚNIOR, A. N. et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/Aids and failure in congenital syphilis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 3, p. 370-378, 2007.

REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de universitários homens jovens. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 653-660, 2009.

REIS, R. K.; MELO, E. S.; GIR, E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 40-46, 2016.

RIBAS, C. B. R. et al. Perfil clínico-epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis em crianças atendidas em um centro de referência na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 80-86, 2011.

RICHERT, C. A. et al. A method for identifying persons at high risk for sexually transmitted infections: opportunity for targeting intervention. *American Public Health Association*, v. 83, n. 4, p. 520-524, 1993.

SALMERON, N. A.; PESSOA, T. A. M. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 549-554, 2012.

SANCHEZ, Z. M. et al. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics*, v. 68, n. 4, p. 489-494, 2013.

WHO - World Health Organization. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates*. Geneva: WHO, 2001.

WHO - World Health Organization. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva: WHO, 2003.

CONHECIMENTO E CONDUTAS DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DA TRICOMONÍASE

HELEN HUTE RODRIGUES DA SILVA

Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade Unyleya, especializando em Gestão em Saúde e graduada em Enfermagem, essas duas últimas formações pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

MARIA SAUANNA SANY DE MOURA

Mestranda em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional (Uninter) e graduada em Enfermagem pela UFPI. Enfermeira do Hospital Regional Justino Luz, Picos, Piauí.

VALDENICI FIRMO DE AGUIAR

Especializando em Nefrologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Coordenadora de vigilância epidemiológica do município de Barreirinhas. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) e plantonista classificadora de risco na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Itaqui Bacanga, São Luís, Maranhão.

VALÉRIA LIMA DE BARROS

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Professora assistente da Universidade Federal do Piauí (UFPI), *Campus* Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB).

DAYZE DJANIRA FURTADO DE GALIZA

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (Urca). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) estão entre os principais motivos de procura pelos serviços de saúde. Elas causam diversas complicações, como infertilidade e abortamento, podendo levar ao óbito se não forem tratadas corretamente, tornando-se, assim, um grande problema de saúde pública.

No ano de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a primeira estimativa da incidência global de quatro ISTs curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase), com base em pareceres emitidos por um comitê de especialistas. Os postulados de 1999 permitiram concluir que, a cada ano, ocorriam cerca de 340 milhões de casos novos das quatro ISTs consideradas curáveis, sendo o Brasil responsável por 12 milhões de casos nessa estimativa.

Até o ano de 2008, no Brasil, as estimativas da OMS para as infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa, a cada ano, eram de: 937.000 para sífilis, 1.541.800 para gonorreia, 1.967.200 para clamídia, 640.900 para herpes genital e 685.400 para HPV (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde tem instituído algumas políticas públicas voltadas para a atenção à saúde sexual e reprodutiva, como a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (Pnaism) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish). A Pnaism destaca a ampliação e qualificação à atenção ginecológica, e a Pnaish estimula a implanta-

ção e implementação da assistência à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2007, 2009). Tais medidas são de grande importância para promover a quebra da cadeia de transmissão das ISTs.

Para nortear a atuação do enfermeiro na detecção e tratamento das ISTs, o Ministério da Saúde preconizava a utilização da abordagem sindrômica, que utilizava fluxogramas de sinais e sintomas e os relacionava a testes para diagnosticar e tratar diferentes patologias (BRASIL, 2006b). No entanto, apesar dessa abordagem demonstrar boa sensibilidade e especificidade no corrimento uretral e vaginal e na doença inflamatória pélvica (DIP), o fluxograma indicado não era adequado para manejo das cervicites, pois promovia altas taxas de tratamento e cobertura incompleta para os diferentes aspectos das ISTs.

Diante disso, o Ministério da Saúde publicou em 2015 o primeiro Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para atenção integral às pessoas com ISTs. Esse documento orienta tanto os gestores quanto os profissionais de saúde em relação à triagem, diagnóstico, tratamento e ações de prevenção às pessoas com ISTs e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2015).

No entanto, as ISTs são bastante frequentes, apresentam diversas etiologias e múltiplas apresentações clínicas. São responsáveis por impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais. Assim, a utilização de formas de prevenção diversificadas e assistência envolvendo a triagem e tratamento das ISTs assintomáticas e manejos das ISTs sintomáticas com uso de fluxograma é a proposta atual do Ministério da Saúde para a interrupção da cadeia de transmissão, de modo a prevenir outras infecções e possíveis complicações (BRASIL, 2015).

Na atenção básica atualmente, sabe-se que são implantadas estratégias que visam à prevenção primária (uso do preservativo) e secundária (diagnóstico e tratamento), permitindo o

controle das ISTs e suas consequências, mas mesmo assim ainda há muitos casos, pois as pessoas não estão se prevenindo, tornando-se vulneráveis a essas doenças (BRASIL, 2006b).

Dentre as estratégias de prevenção secundária está o exame preventivo, que tem como objetivo primordial o diagnóstico precoce do câncer do colo de útero e de suas lesões precursoras. Ele vem sendo bastante utilizado na prática clínica para detecção de algumas ISTs. De acordo com Laganá et al. (2013), além de alterações cervicais benignas ou malignas, o exame citopatológico também mostra a ocorrência de ISTs e seus agentes causais e assume papel importante no reconhecimento das alterações, designadas pelo Sistema Bethesda 2001 (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2006b), o exame preventivo pode ser realizado tanto pelo profissional enfermeiro quanto pelo médico, que devem ser capazes de diferenciar o conteúdo vaginal fisiológico normal do anormal, bem como de reconhecer o tratamento e as condutas adequadas para o tratamento dessas patologias.

Esse exame vem sendo realizado pelos profissionais nos serviços de atenção primária à saúde, que no Brasil são desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família (ESF), através de uma equipe multiprofissional que procura resolver problemas básicos, além de atuar na prevenção e promoção de saúde de sua população. Nela o enfermeiro adquire papel fundamental, atuando na atenção à saúde da mulher, o que lhe permite realizar educação com a sua população a fim de proporcionar informações e capacitar a comunidade para que apresente comportamentos mais saudáveis, de maneira a evitar as ISTs (MELO et al., 2012).

Ressalta-se a atuação do enfermeiro no manejo das ISTs, de acordo com a Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece como atribuição específica desse profissional realizar consulta de enfermagem, pro-

cedimentos, atividades em grupo, bem como, em conformidade com protocolos ou normas técnicas instituídas em nível federal, estadual, municipal, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações, dentre outras ações que se façam necessárias à continuidade dos cuidados aos usuários dos serviços de saúde. Essa portaria ratifica a Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, a qual estabelece que ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, cabe a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Apesar de o Papanicolau não ser um exame específico para a identificação de IST, ele pode em algumas vezes ser sensível a esses agentes infecciosos e promover o diagnóstico. Um deles é o *Trichomonas vaginalis*, um protozoário anaeróbio facultativo que cresce com a elevação do pH (BATISTA et al., 2012) e causa a doença chamada tricomoníase, que, mesmo sendo pesquisada mundialmente, não é tida como problema de saúde pública no Brasil, de modo que o diagnóstico, tratamento e prevenção ficam a desejar. A enfermagem, por seu papel educador, é responsável por orientar jovens e adultos sobre o uso do preservativo e por mostrar a importância do tratamento como medida que previne reinfecção e reduz a prevalência da doença (MACHADO; SOUSA, 2012).

A prevalência da tricomoníase é de 10% a 35%, de acordo com a população e o método de diagnóstico, sendo este realizado por meio da visualização dos protozoários móveis em material, seja da ectocérvice, bacterioscopia a fresco ou pela coloração de Gram, Giemsa, Papanicolau, entre outras formas (BRASIL, 2015).

A realização desta pesquisa permitirá aos profissionais uma avaliação do seu conhecimento e do serviço por eles prestado, permitindo, assim, a abertura para a aquisição de novos conhecimentos e adoção de uma prática mais adequada no tra-

tamento dessas patologias, isso trará benefícios para a população de maneira geral e promoverá melhor adequação da assistência.

O município, juntamente com as universidades, ao conhecer a realidade local, poderá propor um trabalho de educação continuada para os profissionais do serviço, permitindo que se atualizem e se capacitem para atuar de maneira mais efetiva, não só conhecendo e realizando tratamento adequado, mas orientando as usuárias e a sua comunidade sobre as formas de prevenir e tratar essas enfermidades.

Cabe ressaltar ainda que este estudo ampliará o conhecimento sobre o assunto e permitirá o desenvolvimento de uma visão crítica do mesmo, tendo como objetivo principal avaliar o conhecimento e as condutas dos profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família do município de Picos, Piauí (PI), frente à tricomoníase. A disseminação dessa problemática na comunidade permitirá que os enfermeiros procurem se capacitar cada vez mais e entrem no mercado de trabalho com um novo olhar, para uma atuação mais eficiente.

Metodologia

Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo de corte transversal. O estudo foi realizado no município de Picos-PI, que conta com 30 Unidades Saúde da Família (USF), sendo 20 na zona urbana e 10 na zona rural, onde a Estratégia Saúde da Família (ESF) é desenvolvida.

Nas unidades básicas desse município atuam 37 enfermeiros, incluindo profissionais da ESF e enfermeiros ambulatoriais, dentre esses, 27 realizam o exame preventivo, sendo considerados como população do presente estudo, dos quais 21 foram entrevistados, dois se recusaram e quatro não foram encontrados para a realização da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu nos meses de setembro a outubro de 2011, por acadêmicos devidamente treinados pelo orientador, por meio do uso de um questionário semiestruturado construído pelo autor, a fim de obter as seguintes informações: a) dados sociodemográficos, b) conhecimento sobre tricomoníase e c) condutas dos enfermeiros em face da tricomoníase.

Os sujeitos foram recrutados nas ESFs, após terem concordado em participar e assinar os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no momento em que não estavam realizando nenhum atendimento. Porém, alguns profissionais que trabalhavam na zona rural foram recrutados na Secretaria Municipal de Saúde ou no hospital público do município onde também trabalhavam devido à dificuldade do acesso e ao período de greve dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde.

Os dados foram tabulados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0. Foram construídas frequências absolutas e relativas apresentadas em tabelas, que foram discutidas conforme dados da literatura.

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI), tendo sido aprovada em 3 de agosto de 2011, tendo como número de protocolo 0230.0.045.000-11.

Resultados e discussão

O estudo foi desenvolvido com 21 enfermeiros que atuavam na Estratégia Saúde da Família, com vistas a caracterizá-los sociodemograficamente quanto ao conhecimento e às condutas frente à tricomoníase. Os dados sociodemográficos dos profissionais de enfermagem que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família foram dispostos na Tabela 1.

A idade mínima verificada foi de 24 anos e a máxima de 55, sendo a idade média 32,9 anos, com um desvio padrão de 6,9;

ressaltando que 15 (71,4%) entrevistados, a maioria, possuíam idade igual ou inferior a 33 anos; tais resultados discordam do estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais (MG), onde a idade média dos profissionais foi de 28,79 anos, com desvio padrão de 3,93 (MARINHO et al., 2015).

Houve predominância do sexo feminino 20 (95,2%), mostrando que esses dados estão em conformidade com a caracterização dessa classe profissional, que desde os primórdios foi praticada pelo público feminino, na qual somente há alguns anos vem ocorrendo a inserção do público masculino. Porém, isso ainda acontece de forma lenta, prevalecendo, assim, as mulheres na profissão de enfermagem. Esses resultados coadunam-se com aqueles encontrados em Montes Claros-MG, onde 80,4% dos enfermeiros eram do sexo feminino (MARINHO et al., 2015).

Analisando o tempo de formação, a metade dos profissionais relatou estar graduada há mais de 7 anos, dos quais 11 (52,4%) apresentaram média de 7,4 anos. Chomatas et al. (2013), em seu estudo, demonstraram que o tempo médio de formação dos enfermeiros foi de 13 anos. O trabalho de Rosario et al. (2015), por sua vez, constatou que 51,2% dos enfermeiros que trabalhavam na ESF possuíam entre 2 e 5 anos de formação. Sendo assim, a população investigada apresentou maior semelhança com aquela da pesquisa de Chomatas et al. (2013), mostrando-se contrária à de Rosario et al. (2015). Ressalta-se que o maior tempo de formação pode contribuir para uma atuação com maior experiência, no entanto faz-se necessária a atualização constante dos conhecimentos para que a assistência seja eficiente e de qualidade.

O estudo demonstrou que a maioria dos profissionais era formada por universidades públicas federais, 17 (81%), e que a renda média referida foi de seis salários mínimos, 13 (68,4%), indicando que essa profissão recebe uma remuneração incompatível com a sua formação. Esse fato tem levado muitos enfermei-

ros à busca de outros vínculos empregatícios, pois, como mostra outro estudo desenvolvido em Teresina, capital do Piauí, dos 60 trabalhadores investigados, 51,6% desempenhavam atividades em mais de uma instituição, com carga horária semanal total de 60 a 70 horas (BELEZA et al., 2013).

Com relação ao tempo de atuação na ESF, 11 (52,7%) revelaram trabalhar há mais de 6 anos, com média de 6,2 anos. Segundo Chomatas et al. (2013), dentre as características fundamentais da atenção primária, consoante o Sistema Único de Saúde (SUS), está a longitudinalidade, integralidade e coordenação. Dessa forma, o tempo de atuação dos profissionais das ESFs relaciona-se diretamente com a continuidade do cuidado, que promove vínculo de confiança e credibilidade por parte da população para com os profissionais.

Dos entrevistados, 14 (66,7%) afirmaram ter realizado cursos de especialização e/ou capacitação na área da saúde da mulher, sendo que 9 (64,3%) realizaram a pós-graduação há um período inferior ou igual a 3 anos, em que a média foi de 3,6 anos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família. Picos, 2011

Variáveis	Nº	%	
Idade			Média = 32,9
≤ 33 anos	15	71,4	DP = 6,9
> 33 anos	6	28,6	Mediana = 31,0
Sexo			
Masculino	1	4,8	
Feminino	20	95,2	
Tempo de formado			Média = 7,4
≤ 7 anos	10	47,6	DP = 3,5
> 7 anos	11	52,4	Mediana = 8,0
Instituição em que se formou			
Pública	17	81,0	
Particular	4	19,0	

Renda (n = 19)*			
≤ 6 salários mínimos	13	68,4	
> 6 salários mínimos	6	31,6	
Há quanto tempo trabalha na Estratégia Saúde da Família (n = 20)			Média = 6,2
≤ 6 anos	9	45,0	DP = 3,2
> 6 anos	11	55,0	Mediana = 7,5
Capacitação ou especialização em saúde da mulher			
Sim	14	66,7	
Não	7	33,3	
Há quanto tempo (n = 14)			Média = 3,6
≤ 3 anos	9	64,3	DP = 3,3
> 3 anos	5	35,7	Mediana = 2,5

* Salário mínimo vigente: R\$ 545,00.

Fonte: Elaboração própria (2011).

Observou-se que 18 (85,7%) realizaram a consulta ginecológica, 17 (94,45%) consideraram-se capacitados para desempenhar essa atividade e apenas 9 (47,37%) efetivaram a abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis em suas clientes (Tabela 2).

O Ministério da Saúde preconiza que a triagem, o diagnóstico, o tratamento e as ações de prevenção quanto à tricomoníase e outras ISTs sigam o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com ISTs, documento que orienta o cuidado tanto com o paciente diagnosticado quanto com as suas possíveis parcerias sexuais (BRASIL, 2015).

Para isso, faz-se necessário que o profissional conheça especificamente as características clínicas de cada vaginite e saiba realizar os testes preconizados, para que, assim, possa atuar de forma adequada em cada enfermidade. Porém, o que se vê na realidade local é que não há uma disponibilidade de materiais para a realização dos testes, o que vem a dificultar a realização do diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento da doença.

Tabela 2 – Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família durante o atendimento às usuárias. Picos, 2011

Variáveis	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Realiza a consulta ginecológica	18	85,7	03	14,3
Considera-se capacitado para realizar a consulta ginecológica	17	94,45	01	5,55
Realiza abordagem sindrômica (n = 19)*	09	47,37	10	52,63

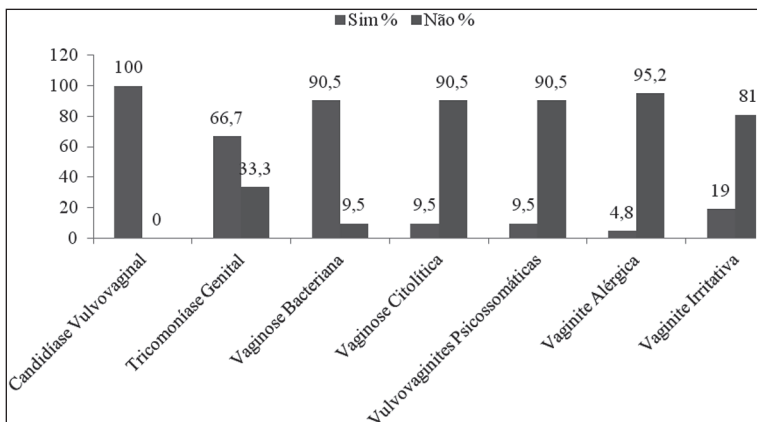
* Alguns participantes não responderam.

Fonte: Elaboração própria (2011).

Dos profissionais que afirmaram realizar abordagem sindrômica, 66,7% citaram a tricomoníase como a mais frequente (Gráfico 1). Estudo realizado por Laganá et al. (2013) na cidade de Natal, Rio Grande do Norte (RN), identificou que, entre as mulheres pesquisadas com idade inferior a 25 anos, a tricomoníase prevaleceu em 45,1%. O parasito causador dessa enfermidade apresenta formas variáveis e tem capacidade de se preservar quando das possíveis alterações vaginais, utilizando o glicogênio que armazena. Essa infecção pode levar a sérias complicações tanto para o homem quanto para a mulher, quando não é diagnosticada e tratada adequadamente (MACHADO; SOUSA, 2012). Na tricomoníase vaginal, por exemplo, podem ocorrer alterações morfológicas celulares, levando-se à alteração da classe do exame citopatológico, de modo que nesses casos tal exame deverá ser repetido três meses após o tratamento para nova reavaliação do caso (BRASIL, 2015).

Gráfico 1 – Vulvovaginites referidas como mais frequentes pelos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família.

Picos, 2011



Fonte: Elaboração própria (2011).

A Tabela 3, adiante, apresenta o conhecimento que os enfermeiros têm a respeito das características clínicas da doença, trazendo somente as relacionadas em particular.

Quanto às características da tricomoníase genital, 21 (100%) afirmaram a presença de corrimento vaginal, 17 (81%) reconheceram que a secreção possuía coloração amarelo-esverdeada, 14 (66,7%) citaram o desconforto ao urinar e 13 (61,9%) mencionaram o prurido vulvar como sintomas que caracterizam essa infecção vaginal. Entretanto, alguns participantes citaram texturas (cremosa, grumosa e leitosa) e sintomas (presença de odor, dor durante as relações sexuais, fissuras e maceração da vulva) que não estão presentes nessa IST.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) afirma que essa infecção tanto pode permanecer assintomática quanto apresentar-se com as seguintes características clínicas: corrimento abundante, amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso, prurido

e/ou irritação vulvar, dor pélvica, disúria, polaciúria, hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas, colpíte difusa e/ou focal com aspecto de framboesa e teste de Schiller aspecto “tigroide”. Assim, os resultados do presente estudo, em relação ao conhecimento dos profissionais sobre as características da tricomoníase, não estão de acordo com o que postula o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) quanto ao aspecto do corrimento, já que apenas 6 (28,6%) dos enfermeiros referiram-se à textura bolhosa como particularidade dessa infecção, ressaltando-se que foram citados outros aspectos (grumoso e leitoso) não relacionados com a tricomoníase.

A presença de odor desagradável foi referida por muitos enfermeiros. Porém, existe ainda uma controvérsia entre os autores quanto a essa característica, em que alguns, como Brasil (2006b) e Leite et al. (2011), assinalam a presença de odor, já outros, a exemplo de Gomes (2003) e Jacyntho (2009), afirmam ausência, ressaltando-se ainda que Jacyntho (2009) realça que o odor apresentado em algumas mulheres com essa infecção está associado à presença de vaginose bacteriana simultânea, e não à tricomoníase em si.

Considerando que a infecção pode transcorrer de forma assintomática, a realização de exames laboratoriais torna-se necessária, sendo preferencial realizar cultura de secreção ou reação em cadeia de polimerase, que possuem maiores especificidade e sensibilidade (MACHADO; SOUSA, 2012).

Tabela 3 – Características clínicas referidas como mais conhecidas pelos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família em relação à tricomoníase. Picos, 2011

Variáveis*	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Tricomoníase genital				
Corrimento vaginal	21	100	-	-
Cor do corrimento				
Amarelado	6	28,6	15	71,4
Amarelo-esverdeado	17	81,0	4	19,0
Textura do corrimento				
Bolhoso	6	28,6	15	71,4
Sintomas				
Prurido	13	61,9	8	38,1
Disúria	14	66,7	7	33,3
Dor pélvica	10	47,6	11	52,4
Hiperemia	6	28,6	15	71,4
Edema	2	9,5	19	90,5
pH vaginal > 4,5 (n = 8)	5	62,5	3	37,5

* Questão de múltipla escolha.

Fonte: Elaboração própria (2011).

Todos os participantes desta pesquisa reconheceram o *Trichomonas vaginalis* como o único agente causal da tricomoníase. Esse dado vai ao encontro do que apresenta a literatura específica, que reconhece esse protozoário como o responsável pelo desencadeamento dessa enfermidade (BRASIL, 2006a, 2006b).

No que concerne ao conhecimento dos profissionais sobre algumas especificidades da tricomoníase, 19 (90,5%) a reconheceram como uma infecção que tem como principal forma de transmissão a via sexual. Todos os enfermeiros, 21 (100%), afirmaram que o achado do *Trichomonas vaginalis* no exame Papanicolaou era suficiente para diagnosticar e tratar tanto as mulheres como os seus parceiros sexuais, sendo que a maioria, 14 (77,8%), soube citar fatores que justificassem o tratamento de ambos, tais como: ser uma infecção sexualmente transmissível, evitar a reinfeção e interromper a cadeia de transmissão, sabendo-se que,

quando não tratada, tal afecção ocasiona o desenvolvimento da doença inflamatória pélvica (DIP).

Corroborando os achados, a literatura analisada reconhece que o *Trichomonas vaginalis* é o responsável pelo desenvolvimento da tricomoníase, que tem na relação sexual sua principal forma de transmissão. O Ministério da Saúde recomenda que o achado desse parasito na citologia é suficiente para diagnosticar e tratar tanto a mulher como os seus parceiros sexuais, já que a tricomoníase se configura como uma infecção que pode ser transmitida durante as relações sexuais, assim faz-se necessário tratar ambos para evitar a reinfeção e interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2015).

Machado e Sousa (2012) consideram que o não tratamento dessa patologia está associado a complicações como prostatites, câncer de próstata e de útero, infertilidade e parto pré-maturo, além de favorecer a infecção pelo HIV.

Quase a totalidade dos participantes deste estudo reconheceu a relação sexual como a principal forma de transmissão da tricomoníase; todos souberam que a presença do parasito remete ao tratamento da usuária e dos seus parceiros, sendo que 14 (77,8%) citaram fatores considerados pelo Ministério da Saúde e por Bravo et al. (2010) como justificáveis para o tratamento de ambos. Consoante Machado e Sousa (2012), os fatores de risco para tricomoníase, bem como para outras ISTs, são o baixo nível socioeconômico, abuso de álcool e outras drogas, relação sexual sem preservativo, promiscuidade e prostituição.

Tabela 4 – Conhecimento dos enfermeiros a respeito das especificidades da tricomoníase. Picos, 2011

Variáveis*	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Agente causador				
<i>Trichomonas vaginalis</i>	21	100	-	-
Especificidades da infecção				
Infecção sexualmente transmissível	8	40	12	60
A relação sexual é a principal forma de transmissão da tricomoníase genital	19	90,5	2	9,5
O achado de <i>Trichomonas vaginalis</i> em um exame preventivo impõe o tratamento da mulher e do seu parceiro	21	100	-	-
Citou fatores que justificam o tratamento da tricomoníase genital**	14	77,8	4	22,2

* Questão de múltipla escolha.

** Alguns participantes não responderam.

Fonte: Elaboração própria (2011).

Conclusão

Em virtude dos dados apresentados, pode-se concluir que os enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família, em sua maioria, pertencem ao sexo feminino, encontram-se em uma faixa etária jovem, graduados há mais de sete anos em universidades públicas, recebem uma renda igual ou inferior a seis salários mínimos, trabalham há mais de seis anos na ESF, tendo participado de especialização e/ou capacitação em saúde da mulher há um período igual ou inferior a três anos. Esses dados mostram uma boa qualificação dos profissionais do presente estudo em relação à atuação na área de saúde da mulher, apesar de receberem uma baixa remuneração, o que os leva à procura de outros vínculos empregatícios, acarretando falta de tempo para planejar e executar a assistência do cuidado de uma forma efetiva, influenciando negativamente na assistência por eles prestada.

Analisando o conhecimento dos profissionais atinente à tricomoníase, a maioria reconhece o tipo de corrimento, sintomas e o agente causal característico. Isso revela que os enfermeiros conhecem as principais características clínicas e agentes causadores dessa IST, porém percebe-se que esse conhecimento é pouco aprofundado, pois sinais e sintomas não relacionados à tricomoníase foram citados como caracterizadores dessa IST, o que mostra uma confusão dos profissionais quanto às reais características específicas e definidoras da doença.

Ao verificar o conhecimento dos enfermeiros concernente às especificidades pertinentes à doença, pode-se classificá-lo como superficial. A maioria reconhece a relação sexual como sua principal forma de transmissão, que o achado do *Trichomonas* justifica o tratamento da usuária e de seus parceiros, além de saberem citar os fatores que justificam o tratamento de ambos.

Dentre as dificuldades encontradas no desenvolvimento deste trabalho, citam-se: a pouca quantidade de trabalhos na literatura sobre essa temática, em especial envolvendo o profissional enfermeiro, a não utilização da abordagem sindrômica às ISTs, a falta de recursos materiais das Unidades Saúde da Família, a dificuldade de acesso a essas unidades de saúde, em particular às da zona rural, e a pouca disponibilização ou a falta de interesse de alguns profissionais em responder ao questionário da presente pesquisa.

Tudo isso mostra a necessidade da realização de capacitação desses profissionais, a fim de que possam atuar com maior segurança e qualidade frente a esses problemas, bem como de o município dar uma maior importância a essas infecções, disponibilizando os materiais necessários para identificação das ISTs, o que possibilitaria uma atuação mais efetiva e eficaz, solucionando patologias simples e prevenindo o desenvolvimento de enfermidades mais complexas, que exigem maiores gastos para a rede pública, além de promover a saúde da população.

Referências

BATISTA, M. L. S. et al. Resultados citopatológicos de mulheres que realizaram exame de colo do útero em um laboratório escola da Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO: estudo de prevalência. *Journal of the Health Sciences Institute*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 201-205, 2012.

BELEZA, C. M. F. et al. Riscos ocupacionais e problemas de saúde percebidos por trabalhadores de enfermagem em unidade hospitalar. *Ciencia y Enfermería*, Concepción, v. 19, n. 3, p. 3-14, 2013.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília, DF: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais*. 3. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRAVO, R. S. et al. Tricomoníase vaginal: o que se passa? *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 73-80, 2010.

CHOMATAS, E. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013.

GOMES, F. A. M. *Valor do exame clínico especular e da anamnese para o diagnóstico do corrimento vaginal*. 2003. 138 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

JACYNTHO, C. *Vulvovaginites*. Rio de Janeiro, 2009.

LAGANÁ, M. T. C. et al. Alterações citopatológicas, doenças sexualmente transmissíveis e periodicidade dos exames de rastreamento em Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 523-530, 2013.

LEITE, M. C. A. et al. Prevalência dos agentes etiológicos das vulvovaginites através de resultados de exames citopatológicos: um estudo na Unidade de Saúde da Família em Patos- PB. *News-Lab*, São Paulo, n. 104, p. 86-96, 2011.

MACHADO, E. R.; SOUZA, L. P. Tricomoníase: assistência de enfermagem na prevenção e controle. *Ensaio e Ciências: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, Valinhos, v. 16, n. 4, p. 229-243, 2012.

MARINHO, L. M. et al. Atributos da atenção primária: perspectiva e perfil de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, Montes Claros, v. 4, n. 2, p. 4-18, 2015.

MELO, M. C. S. C. et al. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 389-398, 2012.

ROSARIO, C. A. R. et al. Avaliação do estresse entre enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de Montes Claros-MG. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*, Montes Claros, v. 4, n. 1, p. 3-14, 2015.

O GESTAR E A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

ALANNA BORGES CAVALCANTE

Especialista em Urgência e Emergência pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM) e em UTI pela Faculdade do Médio Parnaíba (Famep), especializanda em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e graduada em Enfermagem também pela UFPI. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) da UFPI, na linha de Saúde Sexual e Reprodutiva.

ROSIANNE GOMES CIPRIANO BRANDÃO

Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Internacional (Uninter) e graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professora presencial do Curso Técnico em Agente Comunitário em Saúde no Polo de Itaueira, Piauí, no programa da Rede e-Tec Brasil do Colégio Técnico de Floriano, vinculado à UFPI, e do Curso Técnico em Enfermagem do Centro de Ensino Regular e Profissionalizante (Cierp), no Polo de Itaueira.

ANA IZABEL OLIVEIRA NICOLAU

Doutora e mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), especialista em Enfermagem Obstétrica e em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela UFC. Com experiência na área de Saúde Coletiva, Saúde da Mulher e Saúde Sexual e Reprodutiva, atuando principalmente com Promoção da Saúde. Atualmente é enfermeira da Unidade de Pesquisa Clínica dos Hospitais Universitários da UFC.

VALÉRIA LIMA DE BARROS

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Unifor. Professora assistente da Universidade Federal do Piauí (UFPI), *Campus* Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB).

DAYZE DJANIRA FURTADO DE GALIZA

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (Unifor), especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Leão Sampaio (FLS) e em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (Urca). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Introdução

A gravidez é um fenômeno biológico que repercute em diversos aspectos, que oscilam desde o emocional, econômico, social e psicológico até as práticas sexuais dos casais, podendo acarretar, nessa fase, algumas mudanças relacionadas à sexualidade, decorrentes de expressivas transformações pelas quais as gestantes passam e que, conseqüentemente, refletem-se em seus companheiros.

Apesar de não haver uma definição única e absoluta para a sexualidade, pode-se dizer que esta é o traço mais íntimo do ser humano, que se manifesta de maneira diferente entre os sujeitos, de acordo com a realidade e experiências vivenciadas. Pode ser entendida como a busca do prazer e satisfação de desejos, descoberta de sensações sentidas pelo contato e atração por outras pessoas (BELENTANI; MARCON; PELLOSO, 2011).

Durante a gravidez, a vida sexual vai muito além do genital, exigindo comprometimento e aceitação do outro, com benefícios ou frustrações significativos para o casal. A sexualidade não se concentra somente no ato sexual propriamente dito, havendo outras manifestações de amor e carinho que a representam e que envolvem um processo amplo de relações afetivo-sexuais entre os casais. Nesse contexto, o ato sexual torna-se um momento de expressão de carinho em que a relação sexual não é vista como mera consumação do desejo carnal, mas de entrega e respeito ao próximo (CAMACHO et al., 2010).

No âmbito da saúde pública, a sexualidade dos indivíduos, em geral, não constitui prioridade em nossa realidade e sua abordagem é limitada ao diagnóstico e tratamento de problemas de saúde ginecológica, sendo a mulher atendida individualmente na maioria das vezes (BELENTANI; MARCON; PELLOSO, 2011). Entretanto, a saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações da Atenção Básica como também nas escolas, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde da população-alvo (BRASIL, 2010).

Os profissionais de saúde, na maioria das vezes, sentem dificuldade de abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual de seus clientes (PRADO; LIMA, R.; LIMA, L., 2013). Trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus e que os profissionais não se sentem preparados ou se sentem desconfortáveis em lidar com o tema, principalmente quando se trata de uma população composta majoritariamente por pessoas de classes menos favorecidas (GARCIA; LISBOA, 2012).

Dessa forma, acredita-se que o pré-natal seja um momento importante para que a mulher possa expor suas dúvidas e necessidades durante a interação que se estabelece entre o enfermeiro e sua clientela, buscando sempre a promoção da saúde física, mental e sexual da mulher acompanhada no serviço de saúde, proporcionando diálogos que incluam os parceiros das mesmas, estabelecendo, assim, vínculos de confiança que serão construídos ao longo da gestação, a fim de esclarecer dúvidas e anseios de ambos (GARCIA; LISBOA, 2012).

Assim, observou-se a relevância em estudar a sexualidade durante o período gravídico para que os profissionais da saúde – aí incluindo-se os de enfermagem que assistem às gestantes – possam contribuir para a vivência plena e saudável da sexualidade, afastando dúvidas, riscos e anseios que possam intervir na

qualidade de vida e saúde sexual no período gestacional. Ante o exposto, pretendeu-se analisar o comportamento, a função e a resposta sexual de mulheres que vivenciam a gestação.

Método

Estudo descritivo, exploratório, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Picos, Piauí (PI). Tais unidades foram escolhidas por conveniência, bem como devido ao quantitativo expressivo de atendimentos de consultas pré-natais, compondo maior número de participantes em potencial para a pesquisa.

A população constituiu-se por gestantes acompanhadas nas UBS selecionadas durante os meses de março a maio de 2012. Os critérios de inclusão contemplaram mulheres cadastradas nas referidas unidades, com diagnóstico confirmado de gravidez, em qualquer período gestacional e com vida sexual ativa. Como critério de exclusão, elegeram-se: grávidas menores de 18 anos ou com problemas cognitivos que as impossibilitassem de responder ao formulário ou que apresentassem situações que contraindicassem a atividade sexual.

Assim, a amostra foi definida com base no número de gestantes atendidas nas unidades no período supracitado, as quais obedecessem aos critérios de inclusão estabelecidos, contabilizando 50 mulheres ao final, assim distribuídas: UBS 1: 19 gestantes, UBS 2: 21 gestantes e UBS 3: 10 gestantes.

Para a coleta de dados, empregou-se a técnica da entrevista individual, a partir do Questionário de Sexualidade na Gestação (QSG), elaborado pelo Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corporeidade (SAVALL; CARDOSO, 2008), estruturado com perguntas claras e objetivas, realizadas pelo pesquisador ao en-

trevistado. Antes da aplicação do mesmo, foram abordadas questões sobre dados sociodemográficos e obstétricos.

O QSG é composto por questões estruturadas que analisam o comportamento sexual antes e durante o período gravídico, a resposta/função sexual e os aspectos simbólicos ligados à percepção sobre disposição, gosto e importância da vida sexual. Dentro do componente de análise da resposta/função sexual, as médias de desejo, excitação, lubrificação vaginal e satisfação sexual antes e durante a gravidez foram obtidas por meio de uma escala de 0 a 10, em que a participante atribui um desses valores para cada elemento avaliado, em que 0 é igual a nada e 10 é igual a muito. Ao final, realizou-se a média aritmética das notas atribuídas pelo total das gestantes antes e durante a gravidez.

A coleta de dados foi realizada em uma sala reservada situada em cada uma das três unidades de saúde, antes ou depois da consulta de pré-natal, onde ficaram apenas o pesquisador e o sujeito da pesquisa, de modo que se fossem respeitadas a privacidade e a confidencialidade das mesmas.

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Para a apresentação dos mesmos, foram utilizadas tabelas ilustrativas contendo os números absolutos e as frequências relativas.

As participantes foram convidadas verbalmente a participarem da pesquisa, sendo esclarecidos os objetivos e os procedimentos envolvidos. A aceitação foi formalizada com a assinatura ou digital do termo de consentimento livre e esclarecido. Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados, segundo a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob o Protocolo nº 0449.0.045.000-11.

Resultados

A faixa etária das grávidas apresentou média de idade de 24,8 anos, de maneira que a mais prevalente (36%) concentrou-se nas jovens de 18 a 21 anos, dado importante por evidenciar a precocidade da gestação. Apesar da juventude, evidenciou-se que 88% eram unidas maritalmente, entre mulheres casadas e em união consensual.

Ainda no delineamento do perfil sociodemográfico, especificamente na análise da escolaridade, 32% das grávidas possuíam o ensino fundamental completo, mesmo percentual encontrado para o ensino fundamental incompleto. Assim, infere-se que 64% não conseguiram sequer atingir o ensino médio, fator catalisador para a baixa renda observada, em que 44% das gestantes tinham rentabilidade entre meio e um salário mínimo e 32% entre um e dois salários mínimos. Salienta-se que mais da metade (60%) sobrevivia com uma renda de até um salário mínimo, o que demonstra uma baixa condição socioeconômica.

Na análise da idade gestacional, prevaleceu o intervalo da 13^a a 28^a semana de gestação (48%), ou seja, a maioria das gestantes estava no segundo trimestre do período gestacional, enquanto que 40% mulheres estavam no terceiro trimestre gestacional, entre a 29^a e a 42^a semana gestacional, e 12% se enquadravam no primeiro.

Comportamento sexual

O diálogo a respeito da sexualidade com algum profissional da saúde antes da gestação foi referido como inexistente por 66% das mulheres e apenas 10% informaram ter recebido informações detalhadas. Já na gravidez, 58% garantiram que não haviam recebido orientações sobre o assunto, 30% revelaram que haviam recebido informações superficiais e 12% indicaram que as haviam recebido detalhadamente.

A investigação sobre a iniciativa para ter relação sexual mostrou que no período pré-gestacional os dois procuravam na mesma proporção (60%), padrão diferente do observado na gravidez, em que a resposta mais frequente passou a ser que apenas o marido tinha a iniciativa (50%).

Quando indagadas a respeito da frequência das relações sexuais antes da gestação, as mulheres se distribuíram na frequência de uma vez a cada 15 dias até a de todos os dias. Nesse espectro de distribuição, evidenciou-se uma vida sexual ativa antes do gestar, em que majoritariamente as relações sexuais ocorriam todos os dias para 28% das participantes ou cinco vezes por semana para 20% delas. Em contrapartida, durante a gravidez tornou-se notória a modificação desse padrão de frequência. As respostas se concentraram na periodicidade de uma vez por semana (32%), duas vezes por semana (24%), uma vez a cada 15 dias (14%) ou até mesmo nunca na gravidez (10%).

A análise das práticas sexuais mostrou que a maioria das gestantes (88%) afirmou praticar somente o sexo vaginal, enquanto 12% relataram praticar o sexo vaginal e oral. O mesmo quantitativo foi observado antes e durante a gravidez.

Resposta sexual/ função sexual

Tabela 1 – Médias de desejo, excitação, lubrificação vaginal e satisfação sexual das participantes. Picos-PI, 2012

Variáveis	Média
Desejo sexual	
Antes da gestação	8,62
Na gestação	5,48
Excitação sexual	
Antes da gestação	8,80
Na gestação	5,86

Lubrificação vaginal

Antes da gestação	8,10
Na gestação	7,08
Satisfação sexual	
Antes da gestação	8,70
Na gestação	5,58

Fonte: Elaboração própria (2012).

No desejo, excitação e satisfação sexual antes e durante a gravidez, observou-se um arrefecimento considerável das médias por volta de três pontos de diferença, decréscimo menor percebido no tocante à média da lubrificação vaginal com diferença de 1,2 pontos. Assim, desejo, excitação e satisfação sexual mostraram-se os mais prejudicados no período gestacional, os quais interferem diretamente para a maior dificuldade de lubrificação vaginal.

Tabela 2 – Dados sobre a resposta e função sexual das participantes. Picos-PI, 2012

Variáveis	Nº = 50	%
Orgasmo		
Antes da gestação		
Nunca	1	2,0
Raramente	3	6,0
Às vezes	15	30,0
Quase sempre	22	44,0
Sempre	9	18,0
Na gestação		
Nunca	8	16,0
Raramente	10	20,0
Às vezes	17	34,0
Quase sempre	14	28,0
Sempre	1	2,0
Dor ou desconforto na relação sexual		
Antes da gestação		
Nunca	38	76,0
Depende da posição utilizada	6	12,0
Somente no início da penetração	2	4,0
Somente com penetração profunda	3	6,0
Sempre	1	2,0

Na gestação		
Nunca	17	34,0
Depende da posição utilizada	29	58,0
Somente no início da penetração	1	2,0
Somente com penetração profunda	2	4,0
Sempre	1	2,0

Fonte: Elaboração própria (2012).

Antes da gestação, 44% das mulheres afirmaram que “quase sempre” apresentavam prazer máximo e a resposta “às vezes” englobou 30%. Já no período gestacional, notou-se uma diminuição da frequência do orgasmo, de modo que a resposta “às vezes” passou a ser a mais prevalente (34%), e não mais a afirmativa “quase sempre”. As afirmativas “raramente” e “nunca” aumentaram suas frequências, à medida que “quase sempre” e “sempre” diminuíram.

No tocante à dor ou desconforto durante a relação sexual, antes da gestação 76% das mulheres relataram nunca sentir e 12% referiram o aparecimento da dor dependendo da posição adotada. Em contrapartida, na gestação 58% delas queixaram-se de dor ou desconforto durante a relação e a porcentagem de nunca sentir tais manifestações passou de 76% para 34%.

Aspectos simbólicos (percepção)

Sobre a disposição sexual antes da gestação, 30% das grávidas responderam que tinham disposição para a atividade sexual todos os dias da semana, porém, durante o período gravídico, experimentaram mudanças perceptíveis, visto que, se pudessem, não manteriam atividade sexual durante esse período (24%) ou manteriam somente uma vez por semana (24%).

Com relação à disposição sexual do parceiro antes do ciclo gestacional, 42% das gestantes responderam que estes tinham disposição para a atividade sexual todos os dias e 22% responde-

ram que mais de uma vez por dia. No período gestacional, houve um decréscimo, no qual 26% responderam que a disposição era de três vezes por semana e 22% todos os dias, cerca da metade da porcentagem anterior.

Na avaliação do gosto quanto à atividade sexual, 24% grávidas responderam que gostavam pouco, outras 24% afirmaram que gostavam da atividade sexual nesse período, 20% relataram que não gostavam nem desgostavam e 18% manifestaram que gostavam muito da atividade sexual nesse período.

Tabela 3 – Avaliação da vida sexual das participantes. Picos-PI, 2012

Variáveis	Nº = 50	%
Como você considera sua vida sexual		
Antes da gestação		
Muito ruim	1	2,0
Ruim	-	-
Regular	7	14,0
Boa	20	40,0
Excelente	22	44,0
Na gestação		
Muito ruim	1	2,0
Ruim	12	24,0
Regular	14	28,0
Boa	17	34,0
Excelente	6	12,0

Fonte: Elaboração própria (2012).

Conforme exposto na Tabela 3, quando indagadas a respeito de como consideravam sua vida sexual antes da gestação, 44% das mulheres responderam que a consideravam “excelente” e 44% a conceituaram como “boa”. Na situação obstétrica em que se encontravam durante a pesquisa (grávidas), houve um decréscimo acentuado das avaliações “excelente” e “boa”, passando

a 12% de afirmações como “excelente” e 34% como “boa”, com consequente aumento da avaliação “regular” e “ruim”.

Discussão

Mediante os dados analisados referentes ao período gestacional e àquele que o antecede, observou-se um aumento significativo de gestantes que receberam informações, mesmo que superficiais, a respeito do tema. Esse dado indica a preocupação do enfermeiro em tratar a mulher de maneira holística, levando em consideração suas modificações fisiológicas, psicossociais e emocionais. Esse profissional tem por função promover a saúde e o bem-estar das gestantes, possibilitando informações e procurando eliminar tabus criados pelo próprio meio de convívio.

Entretanto, estudo realizado por Shimizu e Lima (2009), sobre a consulta de pré-natal, verificou que as ações educativas nas consultas de enfermagem limitavam-se ao planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido (em especial com a amamentação), seguindo um modelo de transição de informações que coloca a mulher em uma posição passiva.

Muitos profissionais da área da saúde que assistem às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal estão tão preocupados com as modificações físicas e fisiológicas envolvidas que terminam por secundarizar as necessidades emocionais e sexuais das grávidas. Assim, a sexualidade na gestação torna-se um assunto esquecido e, muitas vezes, pouco conhecido pelos próprios profissionais. Percebe-se, então, a necessidade de inclusão da temática sexualidade nas consultas de acompanhamento pré-natal, para que a mulher possa vivenciar sua gravidez de forma plena e saudável, minimizando os mitos a respeito da sexualidade no período gestacional (VIEIRA et al., 2012).

A expressão sexual da mulher durante a gestação é traduzida por uma série de influências, tais como: as orientações recebidas pelos pais e familiares e as crenças e presença do companheiro durante a gestação. Este deve ampará-la e ajudá-la a diminuir suas angústias e medos, além de compreender suas limitações, o que nem sempre é uma tarefa fácil para o público masculino, principalmente para aqueles indivíduos que desconhecem as transformações físicas e psicológicas envolvidas no processo do gestar (ARAUJO et al., 2012).

A abordagem da sexualidade na gravidez deverá iniciar-se pelo enfermeiro, objetivando conhecer as dúvidas da grávida/casal e colocando-se à disposição para tal, se estes pretenderem falar acerca do tema. A utilização de panfletos e a exibição de vídeos são estratégias primordiais junto às mulheres de que os serviços de saúde e os profissionais atuantes na atenção básica podem se utilizar, pois permitem a síntese da informação e a possibilidade de compartilhar com o companheiro.

Os casais grávidos mais bem informados detêm conhecimentos que lhes favorecem a vivência da sexualidade numa perspectiva mais consciente, sem receios, preconceitos e medos. Mas, para que isso ocorra, os enfermeiros deverão ultrapassar os seus próprios estereótipos, focalizando as opções individuais dos casais, dando ênfase aos aspectos da relação, como, por exemplo, as orientações dos papéis de gênero, o grau de envolvimento e participação do pai e o modelo comum da expressão sexual no casal.

Culturalmente existe uma ideia de diminuição da frequência sexual na gestação. Ademais, surgem comentários negativos sobre o desempenho sexual, dessa forma os casais passam a acreditar que o exercício da sexualidade não condiz com a maternidade. Isso se torna um problema, uma vez que a mulher está carente e tem a necessidade de se sentir amparada, podendo a relação sexual contribuir para o seu bem-estar. Nessa conjuntura

de temores quanto à sexualidade na gestação, podem surgir conflitos conjugais (FERREIRA et al., 2012).

O padrão da frequência das relações sexuais mostrou-se diminuído nas gestantes estudadas. O desejo sexual não se exime durante a gestação por parte do homem, tampouco por parte da mulher. Algumas gestantes permanecem com a libido normal, outras referem-se a uma diminuição na frequência das atividades sexuais no início e no final da gravidez em decorrência de desconfortos (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

No presente estudo, observou-se uma diminuição do desejo, excitação, satisfação sexual e lubrificação vaginal das gestantes estudadas, podendo ser explicado pelas mudanças físicas, psicossociais e emocionais ocorridas nesse período. A diminuição do desejo e do ritmo da atividade sexual pode ser observada de forma intensa durante a gravidez, atitude que muitas vezes parte do homem, e não da mulher, que se mostra ressentida e insegura, temendo que o homem “procure outras”. Entretanto, esse afastamento não se dá só pelo homem, mas também pela mulher, que dissocia a sexualidade da maternidade, bloqueando o prazer e atrapalhando a vida sexual do casal. Comumente a diminuição do desejo sexual tem raízes na separação que é feita entre o sexo e a maternidade.

Se a gravidez desenrolar-se com normalidade e não surgirem complicações específicas, a prática do coito não acarreta riscos para o bem-estar do feto, devido a este encontrar-se bem protegido dentro do útero materno. O feto flutua no líquido amniótico e está rodeado por membranas que, durante a penetração, resistem aos movimentos do pênis sobre o colo do útero, selado por um tampão mucoso que previne qualquer perigo de contaminação externa (REZENDE, 2011).

Apesar das alterações ocorridas durante o ciclo gestacional, nada impede que a vida sexual do casal continue como

anteriormente. O que o casal necessita é adaptar-se e desfrutar desse momento de suas vidas. A sexualidade nem sempre piora na gravidez, pelo contrário, pode até melhorar e contribuir para que o caminho a ser percorrido pela família seja realizado de maneira conjunta, desejada e saudável, criando uma aproximação de entendimento mútuo entre eles (PRADO; LIMA, L.; LIMA, R., 2013).

Deve-se levar em consideração que, durante o orgasmo, são registradas contrações uterinas, as quais originam uma diminuição da atividade do feto, sendo seguidas de um período de hiperatividade compensatória. Ainda que aparentemente essa situação não prejudique o feto, as alterações da atividade fetal podem afetar a sensação de relaxamento sexual da mulher, diminuindo, assim, o prazer na relação (SHIMIZU; LIMA, 2009).

As contrações uterinas que aparecem devido às sensações ofertadas pelo orgasmo poderão manter-se, durando até cerca de um minuto, surgindo com mais frequência nas primíparas e podendo ser acompanhadas por bradicardia transitória fetal. Por outro lado, os desconfortos causados pela pirose, câimbras, peso, posição fetal, saída de leite causada pela excitação e as fortes contrações uterinas após o orgasmo são fatores que poderão ter uma influência negativa nas relações sexuais, pois as mulheres podem evidenciar receio de que as contrações deem origem a um parto prematuro (FRANCISCO et al., 2014).

Conforme o estudo, pode-se observar a presença de dor ou desconforto durante as relações relatadas como sendo causados principalmente por dores na barriga e posições utilizadas durante o ato sexual. Para Prado, Lima R. e Lima M. (2013), a fadiga da grávida, o mal-estar, a alteração hormonal, a diminuição da lubrificação vaginal e a dificuldade do posicionamento são algumas causas mencionadas como influências negativas da sexualidade conjugal.

Ainda segundo esses mesmos autores, a dor e o desconforto vão aumentando com o decorrer da gravidez e algumas gestantes nos dois últimos trimestres referem-se a essa experiência com alguma intensidade. Com o desenvolvimento gestacional, o casal deve adaptar-se a tal situação, procurando novas formas e posições de sentir prazer (PRADO; LIMA, R.; LIMA, L., 2013).

Se não existir contraindicação médica específica, a prática do coito pode ocorrer inclusive pouco antes do parto, até ocorrer o desprendimento do tampão mucoso que obstrui o canal cervical protegendo o feto. Nas situações em que as grávidas têm hemorragias, suspeita de ruptura da bolsa de água, deslocamento da placenta ou contrações que possam desencadear parto prematuro, são desaconselháveis as práticas sexuais, principalmente quando há presença de desconforto na relação (FERREIRA et al., 2012).

Por meio da literatura analisada, verificou-se que uma porcentagem considerável de mulheres modificou a vivência da sexualidade, com diminuição na frequência e na disposição da atividade sexual, atitudes mais acentuadas no terceiro trimestre. Vários são os fatores condicionantes, dos quais se destacam o desconforto físico, dispareunia, sensação de se sentirem menos atraentes e fadiga (ARAUJO et al., 2012).

Mais do que se descobrir grávida, o descobrir a si mesma sentindo desejo sexual durante a gravidez, independentemente da idade gestacional, gera dúvidas e angústias relacionadas a fatores culturais fortemente influenciadores que impregnam o emocional das gestantes, principalmente se houver falta de conhecimentos científicos por parte delas.

A importância da vida sexual na gestação apresentou um decréscimo significativo, podendo estar relacionado ao desconforto físico ligado à posição utilizada, ao medo da mulher devido à própria gestação, aos maus-tratos oferecidos pelo companheiro e ao sentimento de insatisfação com sua imagem física à medida

que a gravidez progride. Um dos principais fatores interferentes na vida sexual refere-se às mudanças físicas características da gravidez, principalmente nos últimos meses de gestação.

Conclusão

Com base nos objetivos propostos na pesquisa, os resultados foram esclarecedores, possibilitando inferir que as gestantes continuam exercendo sua sexualidade durante a gravidez, porém essa atividade sexual no período gravídico sofre algumas transformações, dentre as quais: diminuição da frequência, desejo, disposição e satisfação sexual.

Notou-se, com o estudo, que as modificações gestacionais influenciam na sexualidade e no relacionamento do casal e são decorrentes das mudanças corporais, principalmente do impacto gerado pelo crescimento abdominal e da percepção do parceiro. Assim, exercitar a sexualidade na gestação faz parte do processo de adaptação da mulher ao universo gestacional e envolve diversos fatores, como seu próprio olhar relacionado à situação, bem como o olhar dos familiares e do companheiro, além de suas crenças e do ambiente.

Logo, percebeu-se que parte das gestantes não conseguia exercer sua sexualidade de forma plena nesse período, o que, apesar de ser um processo fisiológico, causa repercussões interferentes na vivência da sexualidade feminina. Salienta-se a relevância da percepção por parte dos profissionais da enfermagem em considerar o modo individual como cada mulher e cada casal vivenciam a experiência da gravidez e nela integram a sua sexualidade, salientando-se também a importância da estabilidade e do apoio emocional do companheiro durante essa fase.

O serviço de pré-natal e os profissionais que nele atuam devem estar preparados para acompanhar essas gestantes de

forma holística. Tal reflexão se faz necessária principalmente porque a sexualidade é um tema permeado por tabus e crenças que muitas vezes não são discutidos nem mesmo no espaço familiar.

Diante do exposto, entende-se ainda que as dúvidas, medos e desconfianças poderiam ser amenizados através de estratégias de educação em saúde sexual voltadas para a gestação, promovendo maior confiança nesse período e interação conjugal.

Referências

ARAUJO, N. M. et al. Body and sexuality during pregnancy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012.

BELENTANI, L. M.; MARCON, S. S.; PELLOSO, S. M. Sexuality patterns of mothers with high-risk infants. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 107-113, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF: MS, 2010.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. *Ciencia y Enfermería*, Concepción, v. 2, n. 16, p. 115-125, 2010.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 32-37, 2010.

FERREIRA, D. Q. et al. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 409-413, 2012.

FRANCISCO, M. F. R. et al. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 152-156, 2014.

GARCIA, O. R. Z.; LISBOA, L. C. S. Nursing consultation concerning sexuality: an instrument for women's nursing healthcare at the level of primary healthcare. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-716, 2012.

PRADO, D. S.; LIMA, R. V.; LIMA, L. M. R. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 205-209, 2013.

REZENDE, J. *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SAVALL, A. C. R.; CARDOSO, F. L. The pregnancy sexuality questionnaire elaboration – QSG. *Fiep Bulletin*, 78 (Special Edition), 2008.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

VIEIRA, T. C. B. et al. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 34, p. 485-487, 2012.