AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO A GESTANTE EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

[1]Beatriz Fernanda Ferreira, [1]Fabrícia Tatiane da Silva Zuque; [1]Tatiane Petroni; [2]Flávia Renata da Silva Zuque; [1]Maria Angelina da Silva Zuque

[1]Faculdades Integradas de Três Lagoas-FIT/AEMS. [2]Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Câmpus Coxim.

RESUMO

A atenção materno-infantil, no Brasil, é reconhecida como prioritária. A introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher ampliou as ações de atenção ao pré-natal e aponta o caráter preventivo em relação a várias doenças infecciosas que podem ser transmitidas verticalmente, durante ou depois da gestação. Para reduzir a incidência da transmissão vertical de doenças, a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul criou o Programa Estadual de Proteção à Gestante, que detecta 12 doenças com risco desta forma de transmissão. O objetivo geral do estudo foi descrever o desfecho dos exames laboratoriais realizados no atendimento pré-natal pelo Programa Estadual de Proteção à Gestante em Selvíria, no estado de Mato grosso do Sul. Foi realizado um estudo transversal descritivo no município compreendendo o período de 2012 a 2014. Foram utilizadas informações secundárias do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde e da Unidade de Saúde da Família I. Foram identificadas 215 gestantes entre 14 e 45 anos. Deste total, a maioria (54%) tinham entre 21 a 30 anos, 28% eram menores de 21 anos, e 18% maiores de 30 anos. Através deste programa foi detectado no período do estudo: sete casos de sífilis materna, um de sífilis congênita, um de HIV materno, quatro de clamídia e dois casos de toxoplasmose. Dos casos identificados 100% foram tratados e acompanhados pela Unidade de Saúde da Família. Os resultados apontam a efetividade da atenção básica no município em questão, evidenciando que a adoção do programa no pré-natal contribui para a promoção e prevenção de doenças por transmissão vertical.

Palavras chave: Gestante; Pré-natal; Programa de Proteção a Gestante; Transmissão vertical.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é influenciada por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis à população (SERRUYA; LAGO, 2001). É um momento de grande importância na vida de cada mulher, ocorrem grandes transformações fisiológicas e psicológicas, que vão fazer da gestação uma experiência única, importantes para o amadurecimento da identidade feminina, e deverão influenciar fortemente na relação materno-infantil além de passar da condição de filha para mãe (QUEVEDO, 2010).

A gestante quando não é adequadamente acompanhada, notadamente quando já existe a superposição de estados patológicos prévios, o processo reprodutivo transforma-se em situação de alto risco tanto para a mãe quanto para o feto (LAURENTI, BUCHALA, 1997; BRASIL, 2011). Por estas razões é necessário uma série de cuidados com a saúde e a qualidade de vida durante a gestação, para que ocorra de forma tranquila e saudável (COSTA, et al., 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, o pré-natal é uma etapa fundamental na gravidez, e foi organizado para atender às necessidades das gestantes por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (BRASIL, 2000; 2011).

Segundo a literatura, o pré-natal, aponta o caráter preventivo em relação a várias doenças e a diminuição da mortalidade materna e perinatal. Permite o acompanhamento com consultas médicas e monitoramento para identificar possíveis situações de risco para a saúde da gestante e do concepto (COSTA, et al., 2013). Também prepara a gestante para o parto, previne o abortamento e o risco de parto prematuro entre outras vantagens. Além disso, o diagnóstico precoce das doenças infecciosas é uma economia ao sistema de saúde (LIMA, 2008). Observa-se, porém na prática que muitas mulheres são desinformadas, e o serviço de assistência ao pré-natal perde a oportunidade de conhecer a prevalência de algumas doenças.

A ocorrência de casos de doenças infecciosas na gestação, no país, mostra a importância do conhecimento da transmissão vertical destas doenças para a saúde materno-infantil (REICHE, et al., 2000; FIGUEIRO-FILHO, et al., 2007). A transmissão vertical poder ser congênita ou perinatal. Sendo congênita a transmissão da infecção para o feto no decorrer da gestação, e a perinatal quando a doença pode ser adquirida no momento do parto ou após o nascimento, por meio do leite materno (MUSSI-PINHATA; YAMAMOTO, 1999; REICHE, et al., 2000).

A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul criou o Programa Estadual de Proteção à Gestante (PEPG) com a finalidade de reduzir a incidência da transmissão vertical de doenças, por meio de exame de sangue, para detectar e prevenir complicações e agravos para a mãe e o bebê (SES/MS, 2002; FABBRO, et al., 2008).

A pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte, considerando não ter sido encontrado estudo anterior na literatura, e com objetivo de descrever o desfecho dos resultados dos exames laboratoriais realizados no atendimento pré-natal pelo Programa Estadual de Proteção a Gestante (PEPG) em Selvíria, no Mato Grosso do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Ações Programáticas Pré-Natal

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades nesse campo (BRASIL, 1984). Posteriormente foi implementado pelo processo de construção do SUS, baseado nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica da saúde (BRASIL, 2006; 2011). A atenção básica na gravidez estabelece princípios de prevenção, promoção da saúde e condução clínica das intercorrências que ocorrem durante o período gestacional e pós-parto. Preparando este binômio (mãe/filho), para um parto humanizado que favoreça o direito de cidadania mais elementar, dar à luz, através de uma assistência de boa qualidade que tem como produto final um bebê saudável sem prejudicar a saúde da mãe (BRASIL, 2006).

Durante o pré-natal, as ações de saúde devem abranger todas as etapas necessárias ao adequado acompanhamento das gestantes, garantindo um atendimento que englobe: a promoção da Saúde, visando habilitar as gestantes para que aumentem o controle sobre sua condição e melhore sua saúde, prevenção de doenças e agravos, adotando o enfoque na redução dos fatores de risco para o período gestacional, através da promoção de saúde e proteção específica e assistência, garantindo o reconhecimento precoce de intercorrências e a adoção de medidas de tratamento em conformidade com o nível de atenção, com a garantia da referência aos demais níveis de assistência do sistema (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao identificar uma gestante, busca compreender os múltiplos significados da gestação para a grávida e seu contexto familiar e social e ainda, prevenir a morbimortalidade materna e perinatal. Também os fatores que influenciarão ainda no período de lactação e nos cuidados com a puérpera e seu filho. A ação das equipes de Saúde da Família visa minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, imunizar, intervir nas intercorrências, restabelecer danos e evitar o surgimento de outros, que porventura possam surgir caso não haja uma intervenção eficaz e eficiente (BRASIL, 2011).

No momento em que a equipe de Saúde da Família contata a gestante, deverá buscar a compreensão de como está sendo a gestação para aquela mulher e sua família, quais as dificuldades encontradas naquele momento, quais as dúvidas, os medos e emoções que surgiram com a gestação. Com isso a história que cada gestante traz, deverá ser acolhida integralmente, tornando esta fase muito importante, tanto para a gestante como para a equipe que a acompanha (BRASIL, 2000; 2011). Toda a gestação necessita de cuidados especiais, que devem ser oferecidos por uma assistência pré-natal de qualidade, para isso é necessário o início do acompanhamento o mais precoce possível, para que ocorra uma gestação livre de complicações (GAIOSO, et al., 2014).

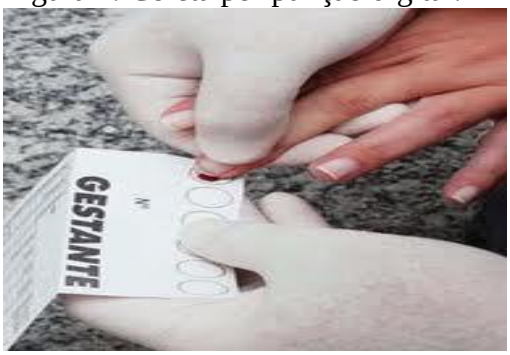
2.2 Programa Estadual de Proteção à Gestante (PEPG)

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul em parceria com o Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (IPED/APAE), criou e implantou nas unidades básicas de saúde dos municípios do estado o Programa Estadual de Proteção à Gestante (PEPG). O objetivo

foi facilitar o acesso da gestante ao pré-natal ampliando o atendimento a gestante e o seu acompanhamento nesse período, além de diagnosticar e reduzir a incidência das doenças infecciosas por esta via de transmissão (SES/MS, 2002).

O PEPG realiza 16 exames que detectam doenças infecciosas por transmissão vertical, e previne complicações e agravos para a mãe e o bebê, reduzindo a morbimortalidade materno-infantil (SES/MS, 2002). A triagem pré-natal é realizada em duas fases, a 1ª a partir da oitava semana de gravidez e a 2ª entre a 28ª e a 30ª semana gestacional. São coletadas gotas de sangue da polpa digital da gestante, em um papel filtro S&5903 para a realização do teste ELISA, Figura 1, e enviado ao laboratório do IPED/APAE (SES/MS, 2002; FIGUEIRÓ-FILHO, et al., 2007).

Figura 1: Coleta por punção digital.



Fonte: IPED/APAE

Na 1ª fase após informação, aconselhamento e assinatura de Termo de Esclarecimento e Consentimento (TCLE) colhe-se o sangue, e as amostras são encaminhadas para análise, para detectar as seguintes doenças: Toxoplasmose, HIV, Rubéola, Sífilis, Doença de Chagas, Citomegalovírus, Clamídia, HLTV, Hipotireoidismo, Fenilcetonúria Materna, hepatite B e Hepatite C. Na segunda fase, por volta do oitavo mês de gestação, os exames são para detectar Toxoplasmose, Sífilis e HIV (SES/MS, 2002). Quando os testes apresentam resultados positivos ou indeterminados coleta-se nova amostra de soro, e encaminha ao Laboratório Central (LACEM), do estado, para testes confirmatórios por: ELISA, Western-Blot e PCR. Os casos confirmados são encaminhados aos serviços de referências municipais, onde ocorre o tratamento e o acompanhamento destas gestantes (FIGUEIRÓ-FILHO, et al., 2007).

Em Selvíria, a atenção básica de saúde responsabiliza-se na captação de gestantes para consulta de pré-natal precocemente e também pela adesão aos exames do PEPG, e encaminhamento para serviço de referência quando necessário, contribuindo desta forma para a redução de doenças por transmissão vertical.

Toxoplasmose

A toxoplasmose é uma zoonose causada por um protozoário intracelular obrigatório, *Toxoplasma gondii*, e pode infectar os seres humanos e animais de sangue quente, sendo os felídeos hospedeiros definitivos (GOULART, et al., 2013). A doença possui grande distribuição geográfica e constitui um grande impacto sobre a saúde pública, devido aos vários mecanismos de transmissão, como a ingestão de água e alimentos contaminados com oocistos presentes nas fezes de felídeos, ingestão de carne

crua ou mal cozida, manipulação de terra contaminada e por via transplacentária (PRADO, et al., 2011; ENGROFF, et al., 2014).

Na transmissão transplacentária, o protozoário infecta o feto e pode desenvolver complicações neurologias, auditivas, oculares e até mesmo morte fetal, sendo que a infecção fetal depende do período de gestação em que a mulher foi infectada. Quando a infecção materna ocorre no primeiro ou segundo trimestre da gestação a possibilidade de transmissão é de 9% a 27%, mas o feto pode desenvolver a infecção de forma grave, podendo ocorrer o aborto espontâneo e morte neonatal. Já nas infecções ocorridas no terceiro trimestre, à possibilidade de transmissão é maior (60%) e as consequências para o feto não serão tão graves (SARTORI, et al., 2011).

O diagnóstico materno é fundamental para a prevenção da infecção congênita. Na presença da infecção aguda da gestante, essas deverão receber acompanhamento e tratamento medicamentoso para reduzir as possibilidades de contaminação e sequelas nos recém-nascidos. Caso a gestante ainda não foi infectada deve receber instruções sobre as formas e fatores de risco da infecção por toxoplasmose. Também é necessário ser informada sobre os métodos utilizados para a prevenção desta zoonose, além do acompanhamento sorológico (SARTORI, et al., 2011).

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) pertence ao grupo dos retrovírus, e o seu material genético é formado por RNA, replica utilizando uma enzima chamada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral em DNA, onde é integrado ao gene do hospedeiro possibilitando sua replicação (DIÓGENES, et al., 2005; MELO; BRUNI; FERREIRA, 2006). A doença é caracterizada por imunossupressão, que predispõe os indivíduos infectados a infecções oportunistas e neoplasias (MELO; BRUNI; FERREIRA, 2006; ANDREATTA, 2012). A aids é um problema de saúde pública em razão da magnitude e do caráter pandêmico com um elevado número de óbitos e pessoas infectadas (ZUQUE, 2011; MALAQUIAS, 2012).

Existem várias formas de transmissão do HIV e entre elas a transmissão vertical, que pode ocorrer no período intra-útero, intraparto e após o parto através do aleitamento materno (BRAMBATTI; CARVALHO, 2005; BRASIL**,** 2011). Esta forma de transmissão vem afetando mais de 2,5 milhões de crianças no mundo (GINESTE, 2002; CLAP/SMR, 2010). Crianças infectadas por esta via têm evolução mais rápida e severa da doença do que as infectadas por outras vias. Isto acontece devido à imaturidade do sistema imunológico no momento da infecção. A maioria das crianças com HIV manifesta os sintomas clínicos a partir dos três anos de vida, entretanto aproximadamente 20% morrem até os dois anos, com sinais de imunodeficiência grave ou encefalopatia (ANDREATTA, 2012). Esta forma de transmissão da doença determina uma infecção crônica, mas atualmente pode ser prevenida para aproximadamente 2% com o uso de antirretrovirais combinados com a cesariana eletiva e quando a carga viral é menor do que 100 cópias/ml ao final da gestação (BRASIL, 2010a; ANDREATTA, 2012).

Sífilis

A sífilis se mantém como problema de saúde pública até os dias atuais, apesar do tratamento eficaz e de baixo custo. É uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum,* e pode ser transmitida sexualmente, por transfusão sanguínea, transmissão

vertical, e por via indireta (objetos contaminados) (DAMASCENO, et al., 2014). Apresenta grandes taxas de transmissão vertical no Brasil, e dependendo da fase gestacional e do estágio clinico da doença, pode chegar a 100% a transmissão do *T. pallidum* para o concepto (SONDA, et al. 2013). A gestante infectada, não tratada ou inadequadamente tratada, pode transmitir para o feto por via transplacentária em qualquer fase da gravidez, a doença é denominada de sífilis congênita (SC). A transmissão será maior nas fases iniciais da doença, quando há mais espiroquetas na circulação materna (SPARLING, 1993). A SC tardia é um problema a saúde, pois pode apresentar manifestações clínicas irreversíveis como lesões oculares, surdez neurossensorial, defeitos na dentição, anomalias ósseas e no sistema nervoso central (MUSSI-PINHATA, YAMAMOTO,1999; CLAP/SMR, 2010).

Mães com sífilis primária ou secundária, não tratadas, representam o maior risco de prematuridade, morte perinatal (18-40%) e infecção congênita (70-100%), quando comparadas àquelas com sífilis latente (23-40%). Entretanto qualquer estágio da sífilis materna não tratada pode infectar o feto (SARACENI, LEAL, HARTZ, 2005). Esta infecção pode resultar em aborto espontâneo, prematuridade, óbitos fetais ou neonatais (DOMINGUES, et al.. 2014). Sua ocorrência evidencia falha dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastantes eficazes na prevenção dessa forma da doença.

Clamídia

A infecção pela bactéria *Chlamydia trachomatis* é um importante problema de saúde pública mundial, pela magnitude que a infecção causa no sistema reprodutivo feminino. Tem como hospedeiro exclusivo os seres humanos, é um patógeno de transmissão sexual, com sintomas clínicos semelhantes aos causados pela *Neisseria gonorrhoeae* e maior ocorrência entre indivíduos com menos de 25 anos (PINTO, 2012). Os fatores de risco de transmissão estão relacionados ao comportamento social, dentre eles à atividade sexual precoce, múltiplos parceiros, ser solteiro, relações sexuais sem uso de preservativos, uso de anticoncepcionais por mulheres jovens, tabagismo e falta de conhecimento sobre as DST's (VAZ, 2014).

Estudos demonstram que a real prevalência desta infecção é desconhecida devido ao grande percentual de mulheres assintomática. O problema encontra-se na ausência de diagnóstico e tratamento destas mulheres, pois esta infecção pode evoluir para sérias complicações e provocar sequelas irreversíveis como esterilidade, obstrução tubária e gravidez ectópica (BENZAKEN, et al., 2010; VAZ, 2014). Como na maioria das vezes a infecção se desenvolve de forma assintomática, a bactéria pode ascender para a porção superior do trato genital ocasionando uma doença inflamatória pélvica (DIP) local, onde permanece por meses no organismo sem causar sintomas. Entretanto existem casos em que a infecção pode apresentar sintomas como: corrimentos discretos, dor pélvica crônica, disúria, polaciúria, dispareunia (dor durante o ato sexual), sangramentos intermenstruais ou após o ato sexual (FLORES et al., 2011; PINTO, 2012).

Podem ser reconhecidos 15 sorotipos da *C. trachomatis* que causam diversas infecções. Pelo fato da ocorrência de transmissão vertical da *C. trachomatis* é importante à detecção na gestação, pois pode ser transmitida ao recém-nascido durante o parto (FLORES, et al., 2011). A infecção na gravidez também aumenta os riscos de morbimortalidade devido a rupturas prematuras de membranas, baixo peso ao nascer,

pneumonia intersticial atípica, bronquite, otite media, trabalho de parto prematuro, endometrite pós-parto, conjuntivite neonatal e óbito fetal (VAZ, 2014; FILHO, et al. 2010). O tratamento das gestantes pode curar a infecção e prevenir a transmissão ao bebê além de aliviar os sintomas. Quando não tratada, a infecção poderá persistir por meses (CLAP/SMR. 2010).

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O município de Selvíria está localizado no Leste de Mato Grosso do Sul, situado a 410 km da capital Campo Grande. A população estimada em 2011 era de 6.303 habitantes, segundo dados do IBGE/2010. Em relação à atenção básica, o município possui duas Estratégias de Saúde de Família na área urbana e outra na área rural. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2010) em 2009 cerca de 88% da população era coberta por ESF, e a cobertura de pré-natal neste ano foi de 99, 3 %.

Foi realizado um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa para analisar os resultados de exames laboratoriais do PEPG na rede de atenção básica do município no período de 2012 a 2014. Utilizaram-se das informações secundárias do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde e de uma Unidade de Saúde da Família para a coleta dos dados de variáveis de pessoa, tempo e lugar que posteriormente foram consolidadas e analisadas com o emprego das estatísticas descritivas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde 2000, com a implantação do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) os municípios brasileiros têm como desafio atender as recomendações mínimas do pré-natal, entre elas, favorecer e promover o início precoce do cuidado pré-natal, estabelecer a cobertura universal, garantir a periodicidade das consultas, implementar ações preventivas e curativas por meio de uma rede de saúde integrada e efetuar, no mínimo, seis consultas, além da realização de procedimentos clínico-laboratoriais e a promoção de atividades educativas (BRASIL, 2000a). O pré-natal é considerado o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados, e requer dos profissionais envolvidos, o estabelecimento de comunicação eficaz junto às gestantes e seus familiares, para contribuir efetivamente no autocuidado (RIOS, VIEIRA, 2007).

É conhecido que a qualidade da atenção pré-natal representa uma das prerrogativas governamentais na atenção à saúde materna e perinatal. Nesse sentido, conhecer as características do processo de atenção pré-natal, contribui para identificação das prioridades assistenciais, para o estabelecimento de ações adequadas, para prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de possíveis problemas obstétricos (ZAMPIERI, ERDMANN, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde a assistência pré-natal deve ser iniciada no primeiro trimestre de gestação, com consultas agendadas mensalmente para proporcionar cobertura universal, de modo planejado, permitindo o acompanhamento efetivo. Preconiza ainda a realização de uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (ANDREUCCI, CECATI, 2011). Recomenda-se o incentivo da assistência pré-natal por meio de campanhas coletivas, busca ativa domiciliar por meio dos agentes comunitários, ampliar a cobertura de áreas com a ESF, disponibilizar atendimentos de qualidade e o estabelecimento de vínculo entre profissionais da saúde e gestantes (CÉSAR, et al., 2011; ROCHA, SILVA, 2012).

No período do estudo, 215 gestantes realizaram o acompanhamento pré-natal e 100% delas atendidas pelo PEPG na atenção básica. A maioria das gestantes, 82% (n=176), com idade inferior a 30 anos, conforme a Tabela 3.

Tabela 3: Número e percentual de gestantes atendidas. Selviria. 2012 a 2014

Faixa etária (em anos)	**N°**	**%**
< 21	60	28
21 a 30	116	54
> 30	39	18
TOTAL	**215**	**100**

Observa-se em pequenas cidades por questões culturais, religiosas, etc. que o casamento pode ocorrer muito cedo, mas também a gravidez entre jovens, pode acontecer pela falta de informação sobre a sexualidade e contracepção correta. Associam-se ainda os fatores sociais, com estímulo da vida sexual das adolescentes. A esta situação soma-se à falta de acesso a serviços adequados, levando grande parte dos adolescentes a iniciar vida sexual sem praticar a anticoncepção, resultando, em gravidez precoce e indesejada (DÍAZ & DÍAZ 1999).

Entre os aspectos sóciodemográficos que podem interferir no pré-natal, a literatura aponta a baixa escolaridade materna que pode trazer prejuízos para a qualidade da assistência pré-natal merecendo atenção especial (RASIA, ALBERNAZ, 2008; COUTINHO, et al., 2010; DOMINGUES, et al., 2012). Aumenta o risco obstétrico e dificulta a adesão de mulheres ao pré-natal, o que contribui para inadequação do processo de cuidados no pré-natal (RASIA, ALBERNAZ, 2008; MENDOZA-SASSI, et al., 2011; CESAR, et al., 2011) e autonomia da população, o que por vez é influenciada diretamente pelo nível de escolaridade (CARVALHO, ARAÚJO, 2007).

Sobre a existência de iniquidades sociais é consenso entre os pesquisadores, que expõe as mulheres que necessitam de cuidados pré-natais, a situações de risco, principalmente em função da baixa qualidade dos serviços oferecidos em contextos socioeconômicos desfavorecidos. Essa situação leva à baixa qualidade na atenção pré-natal e, contribui para elevação dos índices de mortalidade materna e perinatal (RASIA, ALBERNAZ, 2008; MENDOZA-SASSI, et al., 2011).

Embora não tenham sido investigadas essas dimensões no estudo, acredita-se na necessidade de estudos futuros que tenham como objetivo a descrição desses indicadores, de modo a contribuir com a qualidade da atenção pré-natal. Também a literatura aponta a necessidade de adequações relacionadas à qualificação de recursos humanos para o atendimento, construção de áreas físicas adequadas para as ações necessárias ao cuidado das gestantes (DOMINGUES, et al., 2012).

As doenças detectadas pelo PEPG encontram-se descritas na Tabela 4. A idade materna para o adoecimento variou de 16 a 35 anos no período, sendo que a maioria 67% (n=10) com idade ente 20 a 30 anos, 20% (n=3) maiores de 30 anos e 13% (n=2) menores de 20 anos.

Tabela 4: Doenças detectadas pelo PEPG. Selvíria. 2012 a 2014.

Doenças infecciosas	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Notificados no SINAN					
Sífilis materna		1	1	3	5
Sífilis congênita	1				1
HIV materno			1		1
Não notificados no SINAN					
Clamídia			1	3	4
Toxoplasmose			2		2
Sífilis materna				2	2

Dentre as observações acerca do rastreamento das doenças de transmissão vertical, observou-se resultado de VDRL positivo em 2011, 2013 e 2014 com transmissão da sífilis congênita em um deles. Estes resultados sinalizam que devem ser avaliadas as medidas de prevenção e de disseminação de informações sobre formas de transmissão da doença.

Relacionado à sorologia de toxoplasmose, no período encontrou-se dois casos, o que acaba demonstrando, que existem gestantes suscetíveis à doença e que deveriam ter os exames repetidos durante a gestação levando em consideração a forma de transmissão da doença e o risco da transmissão vertical, notadamente no primeiro trimestre da gravidez.

No período investigado foi identificado quatro casos de clamídia e um caso reagente para o HIV, em relação a este último, levando em consideração a vulnerabilidade feminina e a interiorização da doença, é interessante o município investir em práticas educativas específicas para as mulheres como forma de prevenção da doença, além de encaminhar o caso para tratamento.

Quanto às doenças identificadas pelo PEPG os enfermeiros cumprem o preconizado pelo programa, com recoleta para confirmar, e o tratamento adequado no próprio município, por meio de protocolo, ou encaminham para referência se necessário. Do total de casos 100% foram tratados, e acompanhados pela ESF, sem abandono de tratamento. A estrutura organizacional para atenção pré-natal é reconhecida pelo Ministério da Saúde como ponto fundamental para garantir uma prática segura. É recomendado um ambiente facilitador para as ações integradas de saúde que considerem aspectos relacionados à planta física, aos recursos humanos e materiais, ao apoio laboratorial, ao acesso ao medicamento, aos instrumentos de registro e ao sistema de referência e contra referência (ROCHA, SILVA, 2012).

Em municípios pequenos existem dificuldades no acesso à rede de saúde em relação à área rural, nem sempre a estrutura física é a mais adequada, além da falta de profissionais da área da saúde. O município do estudo não realiza parto, sendo as parturientes encaminhadas para município de referência.

Outros estudos descrevem que a falta de recursos humanos, aptos e treinados para o bom atendimento da mulher, e a falta de infraestrutura adequada, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos e outros, comprometem a qualidade da assistência durante o pré-natal e expõem a gestação, o parto e puerpério a riscos e consequências adversas (BRASIL, 2000a).

A literatura demonstra que, embora haja evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal no Brasil (DOMINGUES, et al., 2012) ainda persistem questões relacionadas à dificuldade de acesso, à baixa qualidade da atenção pré-natal, aos déficits para garantir o vínculo entre pré-natal e parto, às inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como à carência de orientações às gestantes relacionados ao parto, à amamentação e aos cuidados com o recém-nascido ANDREUCCI, CECATI, 2011). Somados a esses aspectos, outros indicadores como o início tardio da assistência pré-natal e o baixo número de consultas, podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças de transmissão vertical (BRASIL, 2009).

5 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos, considerando que a atenção básica deve ser a porta de entrada das mulheres na assistência pré-natal, demonstraram que a rede básica de saúde do município tem atendido dentro das suas limitações os requisitos organizacionais e assistenciais para o acompanhamento pré-natal, e evidenciou que a adoção do PEPG na atenção pré-natal contribui para práticas de saúde seguras que promovam a prevenção de doenças infecciosas por transmissão vertical, a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Recomenda-se ao gestor investir em capacitação técnica continuada das equipes de saúde e implementação de ações educativas com enfoque na promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida no pré-natal, caracterizando-o como um marco de felicidade na vida do casal. Além disso, a implementação de uma gestão participativa e o controle social, poderão contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva das mulheres durante o ciclo gravídico.

REFERÊNCIAS

ANDREATTA, L. B. **Aspecto clínico de crianças portadoras da síndrome da imunodeficiência adquirida por transmissão vertical: uma revisão bibliográfica.** Revista Saúde e Pesquisa, 2012.

ANDREUCCI, C.B.; CECATI, J.G. **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil:** uma revisão sistemática. Cad Saude Publica. 2011. Disponível em: http://dx.doi.org/. Acesso em:14/11/14

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. **Sífilis:** diagnóstico, tratamento e controle. Anais Bras Dermatol. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br. Acesso em: 27/08/2014.

BENZAKEN, A. S.; et al.. **Prevalência da infecção por Clamídia e Gonococo em mulheres atendidas na clínica de DST da Fundação Alfredo da Matta, Manaus, Amazonas.** DST-Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2010.

BOTELHO, C. A. O**. Prevalência dos agravos triados no Programa de Proteção a Gestante do Estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007**. Dissertação (Faculdade Ciências da Saúde/Universidade de Brasília), 2008.

BRAMBATTI, L.P.; CARVALHO, W.M.E.S. **A adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/aids:** barreiras e possibilidades. Rev Saúde Dist Fed., 2005.

BRASIL. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** (PAISM). Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 1984.

_____. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos.** Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

_____. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. 2009.

_____. **Doenças Infecciosas e Parasitárias:** guia de Bolso. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2010.

_____. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8ª ed. rev. 1ª reimpr. Brasília: 2013.

_____. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2005.

_____. **Guia de vigilância epidemiológica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2009a.

_____. **Orientação à assistência ao pré-natal**. Manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

_____. **Política Nacional da Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Ministério da Saúde. Brasília, 2000a.

_____. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.** Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids, Brasília. 2010a.

CAMPBELL, O. **What are maternal health policies in developing countries and who drives them?** A review of the last half century. In: BROUWERE, V. D.; LERBERGHE, W. V. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Belgium: Studies in Health Services Organization and Policy ITG, 2001.

CARVALHO, V.C.P.; ARAÚJO, T.V.B. **Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2007.

CESAR, J.A.; et al.. **Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil**. Cad Saude Publica. 2011. Disponível em: http://dx.doi.org. Acesso em: 12/11/14

CLAP/SMR. **Infecções perinatais -** Transmitidas de mãe para filho. Material educativo para a equipe de saúde. Publicación Científica. 2010

COSTA, C.S.C.; et al.. **Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2013. Disponível em http://www.fen.ufg.br. Acesso em 19/09/2014.

COUTINHO, T.; et al.. **Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2010.

DAMASCENO, A. B. A. et al.. **Sífilis na gravidez**. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014.

DIAZ, J. & DIAZ, M. **Contracepção na Adolescência.** In: Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento (N. Schor, M. S. F. T. Mota & V. C. Branco, org.). Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

DIÓGENES, M.S.B.; et al.. **Estudo Cardiológico longitudinal em crianças expostas ao vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 por via perinatal**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al.. **Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer do Brasil.** Revista Saúde Pública. 2014

DOMINGUES, R.M.S.M.; et al.. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad Saude Publica. 2012.

ENGROFF, P. et al.. **Soroepidemiologia de *Toxoplasma gondii* em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.** Ciências e Saúde Coletiva. 2014.

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 de Mato Grosso do Sul.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br. Acesso em: 01/04/2014.

FILHO, A. C. M. et al.. **Prevalência de infecção por HIV, HTLV, VHB e de sífilis e clamídia em gestantes numa unidade de saúde terciária na Amazônia ocidental brasileira**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010.

FLORES, B. C. T. C. P. et al.. **Chlamydia trachomatis e infecções genitais femininas**. Science in Health, São Paulo. 2011.

GAIOSO, E. M. S. et al.. **Gestantes atendidas em hospital de referência do SUS: quem são e quais os motivos?** J. Manag Prim Health Care Care, 2014.

GINESTE, D. C. **Vacina para o HIV?** Monografia (Departamento de Patologia Básica/Universidade Federal do Paraná), 2002.

GOULART, P. R. M; BRENER, B; AMENDOEIRA, M. R. R. **Mamíferos de produção e seu papel na cadeia epidemiológica do *Toxoplasma gondii*.** Revista Vet. Not. Uberlândia, 2013.

HERKENHOFF, M. E. et al.. **Prevalência de Chlamydia trachomatis em amostras endocervicais de mulheres em São Paulo e Santa Catarina pela PCR**. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2012.

KUPEK, E. OLIVEIRA, J. F. **Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007**. Rev. Bras. Epidemiol. 2012.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. **Indicadores de saúde materna e infantil:** implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. Revista panamericana de salud publica, Washington, 1997.

LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, I. C. **Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, 2008.

MAIA, M. C. S. **Obstrução tubária em mulheres com imunofluorescência indireta positiva para clamídia**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Universidade Federal de Goiás), 2011.

MALAQUIAS, A. M. **Explorando longo período de interação entre sistema imunológico e HIV.** Tese (Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica/Universidade Estadual de Campinas), 2012.

MATO GROSSO DO SUL. **RESOLUÇÃO 469.** Secretaria de Estado de Saúde. Campo Grande. 2002**.**

MELO, E.B.; BRUNI, A.T.; FERREIRA, M.M.C. **Inibidores da HIV-integrase:** potencial abordagem farmacológica para tratamento da AIDS. Quim. Nova, 2006.

MENDOZA-SASSI, R.A.; et al.. **Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil.** Cad Saude Publica. 2011.

MUSSI-PINHATA, M. M.; YAMAMOTO, A. Y. **Infecções congênitas e perinatais.** Jornal de Pediatria, 1999. Disponível em: http://www.jped.com.br Acesso em: 01 abril 2014.

OSIS, M. J. M. D. **PAISM:** um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Caderno saúde pública. Rio de Janeiro, 1998.

PEREIRA, P. R. **Subtipos do HIV-1 e associação com características demográfico-epidemiológicas em pacientes atendidos em Hospital de referência em Porto Alegre, Brasil.** Dissertação (Faculdade de Medicina/Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul), 2010.

PINTO, V. M. **Prevalência e fatores de risco para Chlamydia trachomatis em parturientes, de 15 a 24 anos, no Brasil**. Tese (Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Espírito Santo), 2012.

PRADO, A. A. F. et al.. **Toxoplasmose: o que o profissional da saúde deve saber.** Centro Científico Conhecer. Goiânia, 2011.

QUEVEDO, M. P. **Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco.** Tese (Faculdade de Saúde Publica/ Universidade de São Paulo), 2010.

RASIA, I.C.R.B., ALBERNAZ, E. **Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2008

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C**. Ações educativas no pré-natal:** reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Cien Saude Colet., 2007.

ROCHA, R.S.; SILVA, M.G.C. **Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce:** uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. Rev. bras. promoç. Saúde. 2012.

SANTOS, M. C.; ORLANDI, C. R. S**. Efetividade da assistência ao Pré-natal na atenção básica em Guaraçaí (SP) – 2007 a 2011**. Monografia (Associação de Ensino e Cultura de Mato GROSSO do Sul/ Faculdades Integradas de Três Lagoas), 2012.

SARACENI, V.; LEAL, M.C.; HARTZ, Z.M.A. **Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita:** uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife. 2005.

SARTORI, A. L. et al.. **Triagem pré-natal para toxoplasmose e fatores associados à soropositividade de gestantes em Goiânia, Goiás**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2011.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G. **A mortalidade materna no Brasil.** Jornal da Febrasgo, São Paulo, 2001.

SIAB. **Caderno de informações em Saúde.** Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: www.datasus.gov.br acesso em: 10/11/14

SONDA, E. C. et al.. **Sífilis congênita: uma revisão da literatura**. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, 2013.

SOUZA, A. A. et al.. **Influência do exercício físico nas alterações cardiovasculares induzidas pelo hipotireoidismo**. Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde. Pelotas, 2012.

SPARLING, P.F. **Doenças Sexualmente Transmitidas.** In: WYNGAARDEN, J.B.; SMITH, L.H.; BENNETT, J.C. Tratado de Medicina Interna. 19ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 1993.

VAZ, J. O. **Infecção por Chlamydia trachomatis em gestantes atendidas na maternidade da Fundação Santa Casa de Misericórida do Pará: prevalência e fatores associados**. Tese (Programa de Pós-Graduação em medicina: Ciências Médicas/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul), 2014.

ZAMPIERI, M.F.M.; ERDMANN, A.L. **Cuidado humanizado no pré-natal:** um olhar para além das divergências e convergências. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2010. Disponível em: http://dx.doi.org. Acesso: 13/11/14

ZUQUE, M.A.S. **Caracterização do atendimento multiprofissional a pessoas vivendo com HIV/Aids em Três Lagoas (MS), com ênfase na adesão à Terapia Antirretroviral Potente e Combinada.** Dissertação (Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista-UNESP), 2011.

ZUQUE, M.A.S. **Gerenciamento da assistência à gestante portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana, tendo em vista a prevenção da transmissão vertical em Três Lagoas/MS.** Monografia (Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul/Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS), 2012.