



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Mariana Ataíde Teixeira

**AÇÕES DE CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE NOVA
IGUAÇU/RJ**

Rio de Janeiro
2015

Mariana Ataide Teixeira

**AÇÕES DE CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE NOVA IGUAÇU/RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, a Universidade Aberta
do SUS.

Orientadora:
Ana Maria Porto

Rio de Janeiro
2015

RESUMO

A sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), infecto-contagiosa, transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, presente em todas as classes sociais, pandêmica, que, se adquirida na gravidez, pode ser tratada e curada, porém, caso contrário, pode ser transmitida para o feto caracterizando a sífilis congênita (SC). Sendo assim, a seguinte pesquisa tem como objetivo identificar as ações de controle da sífilis em gestante na Estratégia Saúde da Família Eraldo Sardinha (Cacuaia) pertencente ao município de Nova Iguaçu/RJ. Trata-se de um projeto de intervenção, com abordagem bibliográfica, com realização de rdas de conversa com os profissionais que realizam assistência pré-natal na referida ESF.

Palavras-chaves Sífilis em Gestante, Estratégia Saúde da Família, Promoção à Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
1.1 Situação Problema	04
1.2 Justificativa	05
1.3 Objetivos	05
Objetivo Geral	05
Objetivo Específico	05
2. REVISÃO DE LITERATURA	06
3. METODOLOGIA	09
3.1 Desenho da Operação	09
3.2 Público-alvo	09
3.3 Parcerias Estabelecidas	10
3.4 Recursos Necessários	10
3.5 Orçamento	11
3.6 Cronograma de Execução	11
3.7 Resultados Esperados	11
3.8 Avaliação	13
4. CONCLUSÃO	14
REFERÊNCIAS	15

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), infecto-contagiosa, transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, que se desenvolve e se apresenta em sua forma primária e devido à ausência do tratamento adequado, pode desencadear as formas mais graves da patologia (RODRIGUES FILHO; COSTA; LENO, 1994, SARACENI E MIRANDA, 2012). Esta doença pode acometer todas as classes sociais, e se classifica como pandêmica. Apresenta tratamento há mais de 60 anos, baseado na administração de um antibiótico (*penicilina benzatina*) distribuído em todo o território nacional pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente na atenção de baixa complexidade com eficácia comprovada cientificamente (BRASIL, 2010, ARAÚJO et al, 2011).

No ano de 1906, os estudiosos Wassermann e Neisser descobriram o diagnóstico sorológico desta doença; em 1928, Alexander Fleming descobriu a Penicilina, fármaco usado no tratamento desta DST e no ano de 1943, Arnold e Harris verificaram a eficiência deste fármaco (BRASIL, 2010; GRIEBLER, 2009, SARACENI E MIRANDA, 2012). Mesmo com a redução da prevalência desta infecção, após a descoberta da penicilina nos anos 40, pode-se perceber na década de 1960 e acentuadamente nos anos 80 e 90, um aumento significativo no número de casos de sífilis no Brasil e no mundo, especificamente em sua forma congênita (FIGUEIREDO-FILHÓ, 2007; SARACENI E MIRANDA, 2012; ARAÚJO et al, 2011).

Nas gestantes, a sífilis pode provocar a morte do neonato ou a morte intra-útero, entre os sintomas apresentados pelo feto pode destacar, o baixo peso, rinite com coriza sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, choro ao manuseio, hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias (pneumonia), icterícia, anemia severa, ascite e lesões cutâneas (na palma da mão e no pé) (BRASIL, 2010; ARAÚJO et al, 2011).

Segundo, De Lorenzi (2001) de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) aproximadamente 10% a 15% das gestantes seriam portadoras de sífilis, em países subdesenvolvidos; já a nível nacional, esse número diminuiu para 3,5%, porém ainda é considerado elevado. De 1998 a junho de 2009, foram notificados 55.124 casos de Sífilis Congênita (SC) em menores de um ano de idade. (BRASIL, 2008)

Ainda segundo De Lorenzi (2001), a sífilis tem sido considerada, historicamente, uma afecção possível de controle no âmbito da atenção básica; portanto, é viável a condição de que todas as gestantes tenham acesso à assistência de saúde especializada através de medidas de caráter preventivo. Dentre muitas políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS) pode-se encontrar a Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde da Mulher (PAISM); que se destaca por ser uma política articulada, voltada para a prestação de serviços à mulher. O PAISM elabora e normatiza a atenção à saúde da mulher em todos os ciclos de sua vida, através de medidas de caráter preventivo com o intuito de minimizar a suscetibilidade da mesma aos agravos decorrentes do seu ciclo vital. O acompanhamento pré-natal é um dos métodos de promoção à saúde estabelecido pelo PAISM, nele é realizado o exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) indicado para detecção da sífilis, realizado no início da gestação e por volta da 28ª semana, isso com a finalidade de prevenção da transmissão vertical da patologia (BRASIL, 2010).

Com base nos dados apresentados acima fica clara a importância de se desenvolver uma base teórica com a finalidade de identificar as ações de combate e controle à sífilis em gestantes e realizar uma análise das mesmas dentro da ESF, percebendo nos profissionais o papel de agentes disseminadores de informação além construtores coletivos de conhecimento com foco na promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

1.1 Situação-problema

Embora o MS ofereça subsídios para atenção a mulher gestante, é sabido que inúmeras políticas de atendimento nos mais variados ramos de atendimento à sociedade não são cumpridos ou não são eficazes na resolução das questões a que se propõem atender. Diante do exposto, ficam os seguintes questionamentos: As ESF têm apresentado conhecimentos pertinentes sobre a sífilis? As informações, disponibilizadas sobre a realização do exame diagnóstico, durante o pré-natal tem sido relevantes? Que orientações sobre a patologia recebem as gestantes durante as consultas de pré-natal? Que medidas de controle e/ou combate têm sido adotadas pelas ESF?

1.2 Justificativa

O desejo em estudar sobre essa temática surgiu mediante os estudos na graduação e foram motivados na prática clínica da pesquisadora. Além disso, é relevante ressaltar que a patologia em questão, apresenta-se há 100 anos como doença diagnosticada, porém, após os 60 anos de descoberta da penicilina, ainda se é perceptível a grande demanda de pessoas portadoras da doença.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

Identificar as ações de controle da sífilis em gestante na Estratégia Saúde da Família Eraldo Sardinha (Cacuaia) pertencente ao município de Nova Iguaçu/RJ.

- *Objetivos específicos*

- Identificar as ações realizadas pela equipe da ESF na Prevenção da sífilis em gestantes.

- Investigar os obstáculos enfrentados pela equipe na prevenção da sífilis em gestantes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Com o avanço da medicina, muitas descobertas auxiliaram no tratamento e detecção do diagnóstico precoce da sífilis, assim como a sua classificação, porém, por muito tempo a sífilis foi confundida com a gonorréia (até 1767), alguns estudos foram elaborados e com o advento das novas tecnologias e expansão da ciência alguns estudiosos do Século XVIII (Balfour e Hunter) desenvolveram métodos de distinção entre a sífilis e a gonorréia, onde levavam em consideração a aparência e rigidez do cancro sifilítico. (ARAÚJO, 2010).

Para melhor interpretação dos casos de sífilis, a mesma pode ser dividida da seguinte forma:

Sífilis Primária: Este tipo de sífilis manifesta-se após um período de incubação (entre 10 e 90 dias), com uma média de 21 dias após o contato com o agente etiológico. Nesse período inicial o paciente apresenta-se assintomático até o aparecimento do chamado "cancro duro", (PONALIGIO, FREIRE e MENDES, 2007; SÁ et al, 2010). A obtenção do diagnóstico no homem é bem mais fácil, devido a lesão localizar-se no pênis do paciente, tornando-se assim fácil a sua visualização; já na mulher, pelo fato das lesões poderem estar localizadas no interior da vagina apenas com o exame com um espelho pode-se estar realizando uma busca com maior precisão e assim sendo, fechando o diagnóstico (VICTOR et al, 2010; ARAÚJO, 2008). Esta lesão permanece por 4 a 6 semanas, desaparecendo espontaneamente, sendo assim, a pessoa infectada pode pensar erroneamente que está curada.

Sífilis Secundária: Apresenta-se como consequência da sífilis primária não tratada. É caracterizada por uma erupção cutânea que aparece de 1 a 6 meses (6 a 8 semanas) após a lesão primária ter desaparecido (ARAÚJO, et al, 2008). Entre os sintomas relatados, destacam-se: mal-estar, cefaleia, febre, prurido e hiporexia.

Sífilis Terciária: Aparece, aproximadamente, um ano depois da infecção inicial, porém, há casos que levam cerca de 10 anos para se manifestar. Essa fase é caracterizada por formação de gomas sifilíticas, tumorações amolecidas na pele e nas mucosas, há também a possibilidade de aparecimento em qualquer parte do corpo, inclusive no sistema ósseo. As manifestações mais graves incluem neurosífilis e a sífilis cardiovascular. (PIRES et al, 2007).

Sífilis Congênita: Essa caracterização da sífilis é adquirida no útero e presente ao nascimento. A mesma acontece quando uma criança nasce de uma mãe com sífilis primária ou secundária.

O tratamento mais indicado para a infecção por *Treponema pallidum* é o composto pela penicilina, configurando-se como o mais antigo e de preço mais acessível aos indivíduos infectados pela doença. Essa medida preventiva apresenta-se como uma das causas do decréscimo da incidência de novos casos de sífilis, assim de suas complicações (fase secundária e terciária).

Quadro 1: Esquemas terapêuticos para sífilis em gestantes e controle de cura (Ministério da Saúde).

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de Cura (Sorologia)
Sífilis primária	1 série ¹ Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	VDRL mensal

¹⁾ 1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200 UI aplicada em cada glúteo.

Apesar de ter um tratamento confiável, seguro e de baixo custo, ainda se percebe um pequeno número de notificação e acompanhamento nas fichas de atendimento, nos dados coletados, entre outros, isso pode estar ligado com a deficiência no momento de formulação do diagnóstico, pelo fato da mesma poder ser confundida com outra doença (ARAÚJO et al, 2011).

Cerca de 98% das mortes de mulheres por causa maternas são evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, visando melhoria da qualidade da assistência pré-natal e garantindo acesso o acesso aos serviços de saúde, daí, a necessidade de uma efetiva educação em saúde obstétrica e de um pré-natal bem realizado. (GONÇALO, et al, 2008, SARACENI, MIRANDA, 2012)

O acompanhamento pré-natal estabelece a realização do exame VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) para detecção da sífilis no início da gestação assim como a repetição do mesmo por volta da 28^o semana, isso com a finalidade de prevenção da transmissão da patologia da mãe para o feto, assim como para promoção à saúde da gestante. (BRASIL, 2006).

Sendo assim, torna-se de fundamental importância o debate e discussão realizada pelos autores selecionados para subsidiarem a base teórica desse trabalho, visto que, ao se tentar entender as estratégias que a ESF tem realizado para diminuição dos casos de sífilis em gestantes, imediatamente, se está intervindo por meio de ações de cunho educativo na disseminação e construção coletiva de conhecimento para os profissionais, com foco na promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos (tanto a saúde materna quanto a fetal).

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

O público alvo desse projeto são os profissionais de saúde que prestam serviço de Atenção primária em Saúde na Estratégia de Saúde da Família Eraldo Sardinha (Cacuaia).

3.2 Desenho da operação

Para a elaboração do plano de intervenção, foi necessária a realização de pesquisa bibliográfica com o intuito de solidificar o conhecimento sobre o tema, roda de conversa com profissionais de saúde que prestam serviços às gestantes na ESF Eraldo Sardinha (cacuaia), Nova Iguaçu/RJ e elaboração de perguntas norteadoras que servirão para orientar cada roda de conversa.

Assim, para guiar o plano de ação, formularam-se as seguintes questões: Quais estratégias a ESF tem realizado para minimização dos casos de sífilis em gestantes na comunidade? Quais os conhecimentos acerca da temática em questão?

Para a seleção dos artigos foram utilizadas três bases de dados, a saber: o SCIELO (Scientific Electronic Library Online) MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Para o levantamento dos artigos nos bancos de dados utilizamos os descritores controlados: sífilis AND gestação; médico AND atenção básica; ESF AND público feminino; pré-natal AND sífilis; sífilis AND médico; sífilis em gestante AND Atenção Básica; médico AND sífilis em gestante; sífilis em gestante AND pré-natal.

Na ESF são acompanhadas 800 famílias que buscam na unidade serviços de atenção básica, disponibilizados por: 01 médico, 01 enfermeiro e 07 agentes comunitários de saúde, entre outros. Esses profissionais realizam assistência direta na atenção pré-natal e por isso, eles se configuram público alvo desse projeto de intervenção.

Visando a ampliação do cuidado pré-natal, ocorrerá a realização de duas rodas de conversa entre os profissionais de saúde da ESF citada com o intuito de

identificar as ações que a ESF tem feito para o controle da sífilis congênita no território.

Para isso, os profissionais serão convidados a estarem participando de dois encontros (um encontro mensal) sobre o tema em questão. No momento da implementação do projeto de intervenção, todos os profissionais serão ouvidos mediante questões norteadoras que serão lidas e discutidas entre todos os membros da equipe. Existirá ainda uma aula expositiva, mostrando toda a apresentação clínica e cuidados que estão inerentes ao processo de infecção da sífilis.

No primeiro encontro será debatido a real situação do bairro em relação a incidência de sífilis e, mediante o debate, será criado um documento com estratégias a serem adotadas por todos os membros da equipe cada um em sua esfera de atuação. No mês seguinte essas estratégias serão efetivas na prática clínica de cada profissional e no mês seguinte, haverá a segunda reunião com caráter avaliativo, onde as medidas outrora criadas serão analisadas pelos próprios profissionais, elencando seus pontos positivos e negativos.

3.3 Parcerias Estabelecidas

Para realização do projeto de intervenção, destaca-se a parceria com a direção da UBS Eraldo Sardinha (Secretaria Municipal de Saúde).

3.4 Recursos Necessários

É importante a participação de recursos humanos e tecnológicos para a efetivação do projeto de intervenção.

Entre os recursos Humanos, evidencia-se a participação de todos os membros da equipe, já que o serviço de saúde é ofertado por todos por meio da ESF e principalmente que esses membros estejam aptos a participarem de maneira a melhorar e enriquecer a intervenção, dessa forma, destaca-se a necessidade de valorização da ação.

Já entre os recursos tecnológicos, destaca-se o uso de sala de reuniões, computador, Datashow, caixas de som, materiais de escritório como: folhas de papel A4, canetas, pastas, e lanches para os participantes.

3.5 Orçamento

DESCRIÇÃO	DESPESA	DESPESA FINAL
Pastas	R\$ 15,0	R\$ 15,0
Canetas	R\$ 10,0	R\$ 10,0
Folhas de papel A4	R\$ 17,00	R\$ 17,00
Lanches (Por encontro)	R\$ 40,00	R\$ 80,00
TOTAL		R\$ 122,00

3.6 Cronograma de execução

ATIVIDADES	Mês 08/2015	Mês 09/2015	Mês 10/2015	Mês 11/2015	Mês 12/2015	Mês 01/2016
Leitura de artigos	X	X	X	X	X	
Roda de Conversa com profissionais (1)		X				
Elaboração de estratégias.		X				
Implementação das estratégias			X	X		
Realização de Roda de conversa (2)					X	
Redação do Projeto de Intervenção						X

3.7 Resultados esperados

Os profissionais empenhados e comprometidos com o seu processo de trabalho e que efetivam, em sua prática profissional, todo o aprendizado na execução das políticas do Ministério da Saúde são fundamentais para a transformação de recomendações em resultados favoráveis (DOMINGUES, et al, 2013), por isso o trabalho desenvolveu-se com os trabalhadores do serviço de saúde.

Quando questionados sobre as estratégias realizadas pela equipe para minimização dos casos de sífilis em gestantes na comunidade os entrevistados

relataram apenas o encaminhamento ao serviço para tratamento da mesma. Como percebe-se, esse olhar é àquele focado apenas na patologia e cura da mesma, olhar esse retrogrado voltado apenas para o corpo doente. Com o avanço nos estudos em saúde, principalmente em atenção primária, entende-se que o foco maior desse campo de atuação desse ver o da promoção a saúde e prevenção de doenças e agravos.

O controle de sífilis em gestante requer dos profissionais envolvidos maior engajamento, principalmente daqueles que estão na atenção primária, por entender que é nesse nível de complexidade que existe o acompanhamento pré-natal, e primeiros cuidados para a prevenção da transmissão vertical da patologia.

Os conhecimentos desses acerca da sífilis em gestantes não apresentou-se de maneira satisfatória, mediante as duas questões norteadoras do estudo. De acordo com Domingues, et al (2013), alguns fatores podem estar associados a esse resultado negativo, como por exemplo, a baixa familiaridade dos profissionais com os protocolos ministeriais (conhecimento), problemas na abordagem das DST e barreiras externas (prática) com forte interação aos problemas relacionados a usuários como início tardio do pré-natal, não adesão às recomendações oferecidas, ausência do acompanhamento do parceiro, e, essa gama de fatores podem ainda interagir com problemas de origem organizacional (do sistema) como dificuldade na realização de exames e entrega de resultados.

Os profissionais destacaram a importância da realização do VDRL em dois períodos distintos da gestação (1º e 3º trimestre), porém, de acordo com os estudos de Silva et al (2014) e Domingues, et al (2013), esse exame ainda apresenta taxa de cobertura pequena comparado a magnitude do problema. É interessante pensar que, essa falha na cobertura esteja relacionada a problemas de origem organizacional já que em alguns lugares pode não haver a oferta do exame.

A maioria dos profissionais relataram saber que a sífilis em gestantes se configura como uma doença de notificação compulsória, porém, poucos realizam a notificação, fator esse que corrobora com os estudos de Silva (2014), que alerta para a subnotificação e principalmente, para o aumento dos números de notificação de sífilis congênita e diminuição dos casos em gestantes.

Com foco nesse cenário, ressaltou-se que a educação permanente torna-se de suma importância para o aprimoramento dos conhecimentos adquiridos e

desenvolvimento de práticas de saúde respaldadas em princípios científicos não só por profissionais de saúde, como também para a população de modo geral.

Dessa maneira, houve acordo de elaboração de um documento, com base nos manuais do Ministério da Saúde, que, entre outras coisas, designa estratégias de combate, controle e cura da sífilis em gestante. Entre as estratégias, destaca-se: Realização de VDRL no pré-natal; empenha em trazer o parceiro das gestantes para realizar o tratamento; busca ativa para minimização de acompanhamento pré-natal tardio; realização de VDRL mensal em gestantes tratadas; rodas de conversas com gestantes sobre sífilis; monitoramento das consultas pré-natais, entre outras.

3.8 Avaliação

Ao final do ciclo de reuniões, os profissionais preencherão um questionário não identificado que analisará o nível de satisfação do mesmo e também terá a opção de opinar por outros temas que podem vir a serem debatidos em outros momentos.

4. CONCLUSÃO

Apresentar um trabalho pautado na responsabilidade ética e, acima de tudo, prezar pela promoção a saúde e prevenção de doenças e agravos configura a melhor estratégia para minimização de casos de sífilis gestacional.

Mesmo a sífilis sendo uma patologia de recursos diagnósticos e terapêuticos relativamente simples e de custo baixo, o seu aparecimento e controle na gestação configuram desafio a ser enfrentado por todos os profissionais da atenção básica do nosso país. Isso tudo ocorre por problemas relacionados a diagnóstico, tratamento além de inadequação na abordagem das DST, principalmente na gestação.

A agilidade no diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis foi vista como ponto importante para todos os entrevistados. Possivelmente, o desconhecimento do manejo da gestante portadora de sífilis esteja associado à ações e estratégias antigas que merecem ser revistas e (re)pensadas por meio de atualizações que visem proporcionar assistência pré-natal qualificada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Rev. Saúde Pública** 2012;46(3):479-86

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conversando com a gestante**. Brasília, 2008 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conversando_gestante.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2008 b. Disponível em: < http://200.130.7.5/spmu/docs/Livreto_Mulher.pdf>. Acesso em: 26 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006. Disponível em: < <http://www.ess.ufrj.br/prevencaoviolencaisexual/download/013prenatal.pdf>> Acesso em: 10 mai. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196, de 1996**. Conselho Nacional de Saúde – CNS, Brasília, ANO.

DAMASCENO, A. B. A. et al. Sífilis na Gravidez. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2014; 13(3): 88-94.

DE LORENZI, D. R. S. **Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal**. Rev Bras Ginecologia e Obstetrícia. 2001; 23 (10): 647-52

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**, 18(5); 1342-1352, 2013.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. **Sífilis congênita como fator da assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS**. 2007. Disponível em < <http://www.dst.uff.br/revista19-3-2007/5.pdf> > acesso em 15 mar 2011.

GRIBELER, A. P. D. **A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade**. 2009. 71 f. TCC (especialização). Departamento de medicina Social Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [2009].

RODRIGUES FILHO, J.; COSTA, W. da.; LENO, G. M. L. **Determinantes de utilização de cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no estado da Paraíba, Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 1994.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre cobertura da estratégia saúde da família e diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad de Saúde pública**, Rio de Janeiro. 28(3);490-496, mar, 2012.

SILVA, D. M. A. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza/CE. **Texto contexto Enferm.** Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 278-85.