



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

MARIA LUSIA DE MORAIS BELO BEZERRA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO BÁSICA
NO CONTEXTO DAS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL COM ÊNFASE NA
SÍFILIS E NA INSTRUMENTALIZAÇÃO DIDÁTICA**

Recife
2019

MARIA LUSIA DE MORAIS BELO BEZERRA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO BÁSICA
NO CONTEXTO DAS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL COM ÊNFASE NA
SÍFILIS E NA INSTRUMENTALIZAÇÃO DIDÁTICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Inovação Terapêutica.

Área de concentração: Fármacos, Medicamentos e Insumos Essenciais para a Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Karina Perrelli Randau

Recife

2019

Catálogo na fonte
Elaine C Barroso (CRB4/1728)

Bezerra, Maria Lusia de Moraes Belo

Práticas educativas de profissionais da saúde e da educação básica no contexto das infecções de transmissão sexual com ênfase na sífilis e na instrumentalização didática / Maria Lusia de Moraes Belo Bezerra-2019.

175 folhas: il., fig., tab.

Orientadora: Karina Perrelli Randau

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências. Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexo

1. Sífilis 2. Educação em saúde 3. Atenção primária à saúde I. Randau, Karina Perrelli (orient.) II. Título

616.9513

CDD (22.ed.)

UFPE/CB-2019-361

MARIA LUSIA DE MORAIS BELO BEZERRA

**PRÁTICAS EDUCATIVAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO BÁSICA
NO CONTEXTO DAS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL COM ÊNFASE NA
SÍFILIS E NA INSTRUMENTALIZAÇÃO DIDÁTICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Inovação Terapêutica.

Aprovada em: 05 / 08 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Karina Perrelli Randau (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Vilma Costa de Macêdo (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Francisca Sueli Monte Moreira (Examinadora Interna)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Divanise Suruagy Correia (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Alagoas

Profa. Dra. Flávia Carolina Lins da Silva (Examinadora Externa)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

À Salete Belo, minha mãe, mulher guerreira, admirável, um exemplo de vida.

A meu esposo Adriano e à minha filha Anne Louise, meus dois amores, pelo apoio em todos os momentos.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

As primícias da minha gratidão a Deus. Obrigada pela minha existência, por renovar minhas forças diariamente e me conceder a oportunidade de vivenciar milagres, por Sua presença real, amor incondicional que me fortalece, me inspira e me impulsiona a prosseguir sempre, independente das circunstâncias.

À minha orientadora profa. Dr^a Karina Perrelli Randau pela disponibilidade, criticidade e contribuições valiosas antes e durante o curso, no planejamento, execução e culminância desta pesquisa, pelo excelente convívio, ensinamentos e troca de experiências, por me motivar sempre a vislumbrar novos horizontes.

À Universidade Federal de Pernambuco e ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica pela oportunidade de qualificação profissional.

Ao Programa de Desenvolvimento de Pessoal (PRODEP) da Universidade Federal de Alagoas pela bolsa de estudo concedida.

Aos membros da banca examinadora pela análise crítica e contribuições.

Aos amigos e colegas de curso e do grupo de Farmacobotânica do Laboratório de Farmacognosia pelo agradável convívio e colaboração ao longo do curso.

À Solma Lúcia Souto Baltar pela amizade, apoio e incentivo, por seu olhar crítico e sua colaboração contínua compartilhando saberes e vivências.

Ao Grupo de Estudos sobre Educação em Saúde e Formação de Educadores (GESFE) - UFAL/*Campus* Arapiraca, em especial à profa. Cícera Lopes dos Santos, Mônica Fagundes dos Santos, Marianny de Souza, profa. Maria Betânia Monteiro de Farias, João Paulo de Oliveira Nunes, João Paulo Alves de Albuquerque, José Cleferson Alves Ferreira da Silva, Ana Paula Batista de Almeida, Franciane Adielle de Souza Praxedes, Nanuza Mikaela Rodrigues Correia e Ednalva Alves dos Santos, pelos momentos produtivos de estudo e pelo suporte logístico na coleta de dados.

Aos voluntários deste estudo e instituições de ensino e de saúde por permitirem a realização desta pesquisa.

A minha família que amo, meu esposo e filha Adriano e Anne Louise, pelo amor, compreensão, paciência e orações diárias em meu favor, por tornar nosso lar um porto seguro e por entender a necessidade dos distanciamentos físicos, durante

essa trajetória acadêmica, que se alegraram com as conquistas e me encorajaram diante das dificuldades.

Aos meus pais, Salete Silva de Moraes Belo (mãe e pai) e Cláudio de Moraes Belo (*in memoriam*), pessoas que amo e amarei sempre, aos irmãos e irmã, José Carlos Ferreira da Silva, Luciano de Moraes Belo e Alba Lúcia de Moraes Belo, pelo amor, cuidado constante e pelas experiências compartilhadas ao longo de nossas vidas, cunhado(a)s e sobrinho(a)s pelo carinho, apoio e encorajamento.

Aos irmãos e amigos que fazem parte do meu convívio, que oraram comigo e por mim, em especial as meninas do grupo de adoração com danças Sopro de Vida.

A todos que colaboraram para a concretização dessa etapa acadêmica a qual finalizo na certeza de que pontes foram construídas e que nessa caminhada foram lançadas sementes (com grande potencial de germinação) que continuarei cultivando, a fim de que no tempo oportuno gerem mais frutos.

“O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano. Mas o que seria o oceano se não infinitas gotas?”

Isaac Newton

RESUMO

O propósito do presente estudo foi analisar as práticas educativas de profissionais da saúde e professores da educação básica no âmbito das infecções sexualmente transmissíveis (IST), com destaque para a sífilis e a instrumentalização didática dos educadores. Trata-se de uma pesquisa com abordagens quantitativa (ecológica) e qualitativa (pesquisa-ação). Para investigar o cenário da sífilis foram utilizados dados agregados de indicadores básicos da infecção materna e congênita por macrorregiões brasileiras de seis anos, 2010-2015, reportados pela vigilância de saúde. As percepções de 124 profissionais (58 da atenção básica à saúde e 66 professores) de um município de Alagoas, Nordeste do Brasil, foram obtidas através de um questionário semiestruturado. Foram elaborados dois kits: um de modelos didáticos tridimensionais e outro de dinâmica com foco na sífilis. O contexto da prática educativa com foco na sífilis foi aprofundado utilizando a técnica de grupo focal durante a socialização das estratégias, as quais foram avaliadas por treze profissionais da saúde, usando a mesma técnica. A ANOVA e a correlação de Pearson foram os testes estatísticos usados para análise das taxas de sífilis, conduzidas no Stata 14.0 e no GraphPad Prism 5.0. As variáveis do questionário foram tratadas com estatística descritiva, enquanto, que os dados textuais submetidos à análise temática do conteúdo. Os *corpus* textuais foram organizados e processados com o auxílio do *software* IRaMuTeq. As taxas de incidência da sífilis materna e congênita no Brasil foram elevadas e ascendentes no intervalo estudado, bem como, mortalidade, aborto e natimorto por sífilis congênita, principalmente nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. A sífilis, na percepção dos profissionais investigados, foi considerada a segunda IST de maior gravidade. A maioria dos profissionais da saúde (63,8%) e da educação (59,0%) apresentou uma percepção positiva da saúde, porém na prática educativa em saúde observou-se a coexistência dos modelos tradicional e dialógico, com maior destaque para o primeiro. Com relação às IST, 58,6% dos profissionais da saúde e 87,9% dos professores afirmaram realizar o trabalho educativo, mas entre os desafios estão os relacionados à formação profissional, à carência de material didático, sobretudo na Unidade Básica de Saúde (UBS) e a baixa integração entre serviço de saúde e escola. No contexto da sífilis, além da escassez de material para apoio educativo, foram evidenciados entraves relacionados à prevenção e tratamento principalmente em grupos de idosos, gestantes e parceiros sexuais. Os kits de modelos didáticos e da dinâmica sobre sífilis se mostraram adequados e com potencial para inserção em atividades educativas na UBS e na escola. Os processos de construção coletiva e de avaliação dos materiais educativos, além de instrumentalizar os profissionais, possibilitaram o exercício do diálogo e reflexão crítica sobre a sífilis, bem como, o seu aprimoramento profissional.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Educação em saúde. Material didático. Sífilis congênita. Sífilis gestacional.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to analyze the educational practices of health professionals and basic education teachers in a context of sexually transmitted infections (STI), with emphasis on syphilis and didactic teachers instrumentalization. This study comprised both quantitative (ecological) and qualitative (action-research) approaches. To investigate the syphilis scenario, aggregated data on of basic maternal and congenital infection indicators were used concerning six-year Brazilian macro-regions, from 2010 to 2015, reported by the Brazilian health surveillance. The perceptions of 124 professionals (58 basic health care professionals and 66 teachers) from a city in Alagoas, Northeastern Brazil, were obtained through a semi-structured questionnaire. Two kits were elaborated, the first consisting in three-dimensional didactic models and the other comprising a dynamic activity focusing on syphilis. The context of the educational practice focused on syphilis was deepened using the focal group technique during strategy socialization, evaluated by thirteen health professionals using the same technique. An ANOVA test and Pearson's correlation were used for syphilis rate analyses, using the Stata 14.0 and GraphPad Prism 5.0 programs. The questionnaire variables were assessed by descriptive statistics, whereas the textual data was submitted to a thematic content analysis. The textual *corpus* was organized and processed using the IRaMuTeq software. Maternal and congenital syphilis incidence rates in Brazil were observed as being high and on the rise during the study period, as were mortality, abortion and stillbirth rates due to congenital syphilis, mainly in the Northeast, Southeast and South regions. In the perception of the investigated professionals, syphilis, was considered the second most severe STI. Most health (63.8%) and education (59.0%) professionals displayed a positive health perception, although the traditional and dialogical models coexist in educational health practices, with the former being the most noteworthy. With regard to STIs, 58.6% of the health professionals and 87.9% of the teachers stated that they carry out educational work, but challenges include aspects related to vocational training, lack of teaching material, especially in the Basic Health Unit (BHU), and low integration between local health services and schools. Concerning syphilis, in addition to a shortage of material for educational support, barriers related to prevention and treatment were evidenced mainly in groups consisting of elderly individuals, pregnant women and sexual partners. The didactic model kits and dynamic syphilis activity were adequate and display the potential for inclusion in educational activities at BHU and in schools. The collective construction and educational material evaluation processes, in addition to leading to professional instrumentalization, enabled a dialogue exercise and critical reflection regarding syphilis, as well as professional improvement.

Keywords: Primary health care. Health education. Courseware. Congenital syphilis. Gestational syphilis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Distribuição das escolas públicas urbanas e rurais do município alvo do estudo, que ofertam ensino fundamental II e médio, Alagoas, 2017.....	51
Figura 2 –	Componentes do kit de modelos didáticos para abordagem da sífilis.....	56
Figura 3 –	Aspectos norteadores dos grupos focais (GF) para avaliação do kit de modelos didáticos sobre sífilis.....	58
Figura 4 –	Elementos do kit elaborado coletivamente pelos profissionais da atenção básica para abordagem sobre a sífilis.....	61
Figura 5 –	Kits da dinâmica (<i>Sífilis, que preciso saber?</i>) entregues a cada equipe de saúde da unidade básica para utilizar como recurso educativo.....	62
Figura 6 –	Taxas de detecção de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, no período de 2010 a 2015.....	66
Figura 7 –	Taxas de incidência de sífilis congênita (SC) em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, no período de 2010 a 2015.....	67
Figura 8 –	Taxas de mortalidade por sífilis congênita (SC) em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, no período de 2010 a 2015.....	70
Figura 9 –	Taxas de aborto por sífilis congênita (SC) em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, 2010 a 2015.....	72
Figura 10 –	Taxas de natimorto por sífilis congênita (SC) em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, 2010 a 2015.....	73
Figura 11 –	Percepção de saúde dos profissionais da saúde e professores de ciências e biologia por setor de atuação profissional. Arapiraca. 2016-2017.....	79
Figura 12 –	Nuvem de palavras evocadas pelos profissionais da saúde no conteúdo textual relacionado à prática educativa em	

	saúde com foco nas infecções sexualmente transmissíveis.....	84
Figura 13 –	Dendrograma das categorias temáticas que emergiram do contexto da prática educativa, com ênfase nas infecções de transmissão sexual, de profissionais de unidades de saúde de Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.....	85
Figura 14 –	Nuvem de palavras apresentando termos evocados pelos professores, relacionados à prática educativa em saúde como foco nas infecções sexualmente transmissíveis.....	104
Figura 15 –	Dendrograma das categorias temáticas que emergiram do <i>corpus</i> textual no contexto da prática educativa em saúde dos professores de ciências e biologia, com ênfase nas infecções de transmissão sexual, em um município de Alagoas, Brasil. 2016-2017.....	105
Figura 16 –	Nuvem de palavras apresentando termos que emergiram no contexto da integração entre os profissionais da saúde e professores, no contexto das infecções sexualmente transmissíveis.....	116
Figura 17 –	Dendrograma das categorias temáticas no contexto da integração dos profissionais da saúde e professores de ciências e biologia, em Arapiraca, Alagoas. 2016-2017.....	117
Figura 18 –	Nuvem de palavras constituídas por termos que emergiram no processo de avaliação do kit de modelos didáticos sobre sífilis por equipes de saúde na atenção básica.....	123
Figura 19 –	Nuvem de palavras com os termos usados para qualificar o kit didático sobre sífilis avaliado por profissionais da atenção básica.....	126
Figura 20 –	Árvore de similitude com as interconexões entre as palavras que emergiram na avaliação, por profissionais da atenção básica, do kit de modelos didáticos sobre sífilis.....	130
Figura 21 –	Nuvem de palavras com os termos que emergiram do conteúdo dos grupos focais durante a construção coletiva de	

	material educativo para abordagem da sífilis.....	132
Figura 22 –	Dendrograma das categorias temáticas relacionadas à avaliação da construção coletiva de material educativo para abordagem da sífilis por profissionais da saúde de uma unidade básica de Arapiraca, Alagoas. 2016-2017.....	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Indagações utilizadas para compreender aspectos sobre a prática educativa dos profissionais da saúde e dos professores.....	54
Quadro 2 –	Subcategorias temáticas que emergiram do <i>corpus</i> textual dos profissionais da saúde das unidades básicas investigadas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Taxa média de casos de sífilis congênita (SC) em crianças <1 ano de idade reportadas à vigilância nacional, por ano e região do Brasil, 2010-2015*	68
Tabela 2 –	Taxa média de mortalidade (MT) por sífilis congênita (SC) em crianças <1 ano de idade reportadas à vigilância nacional, por ano e região do Brasil, 2010-2015*.....	71
Tabela 3 –	Taxas médias de casos de aborto (AB) e natimorto (NT) por sífilis congênita (SC), reportadas à vigilância nacional, por ano e região do Brasil, 2010-2015*.....	74
Tabela 4 –	Correlação entre taxas de casos de sífilis congênita (SC), morte, variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, Brasil, 2010-2015*.....	76
Tabela 5 –	Atributos dos profissionais investigados quanto ao sexo, faixa etária, religião, nível de escolaridade e tempo de atuação no serviço. Arapiraca. 2016-2017.....	81
Tabela 6 –	Características dos profissionais de saúde e professores investigados quanto à percepção sobre o trabalho educativo em saúde com foco nas infecções sexualmente transmissíveis. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.....	82
Tabela 7 –	Distribuição das palavras significativas constituintes da categoria temática “o Fazer educativo na ESF” que emergiu do contexto da prática educativa dos profissionais das unidades básica de saúde investigadas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.....	87
Tabela 8 –	Distribuição das palavras mais fortemente relacionadas à categoria temática “Percurso e obstáculos na prática educativa dos profissionais” que emergiu do contexto da prática educativa dos profissionais das unidades básica de saúde investigadas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017...	93
Tabela 9 –	Distribuição das palavras significativas evocadas na	

	categoria temática “Olhar dos profissionais sobre a prevenção das IST” que emergiu do contexto da prática educativa dos profissionais das unidades básica de saúde investigadas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.....	101
Tabela 10 –	Percepção dos profissionais da saúde e professores investigados sobre a periodicidade de integração profissional no trabalho educativo sobre infecção sexualmente transmissível na escola em município alagoano, 2016-2017.....	115

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AB	Aborto
ACS	Agente comunitário de saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ANOVA	Analysis of variance
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EM	Escola municipal
EE	Escola estadual
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GERE	Gerência Regional de Ensino
GF	Grupo focal
HBV	<i>Hepatitis B Virus</i>
HCV	<i>Hepatitis C Virus</i>
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	<i>Human papillomavirus</i>
HSV	<i>Herpes Simplex Virus</i>
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
NT	Natimorto
NV	Nascido vivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PE	Profissional da educação
PIBID	Programa Institucional de Iniciação à Docência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente

PNS	Percepção negativa de saúde
PPGIT	Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica
PPS	Percepção positiva de saúde
PS	Profissional da saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
SC	Sífilis congênita
SG	Sífilis em gestante
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UCE	Unidade de contexto elementar
UBS	Unidade básica de saúde
Ufal	Universidade Federal de Alagoas
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
WHO	World Health Organization
X ²	Qui-quadrado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
3.1	CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DAS IST COM ÊNFASE NA SÍFILIS	25
3.1.1	A sífilis no cenário mundial e nacional.....	26
3.1.2	Desafios para a prevenção e controle da sífilis.....	29
3.2	SAÚDE E SUA PROMOÇÃO.....	31
3.3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DO CONCEITO À PRÁTICA.....	34
3.3.1	Trajetória conceitual.....	34
3.3.2	Aspectos da prática educativa dos profissionais da saúde.....	37
3.3.3	Aspectos da prática educativa em saúde dos profissionais da educação.....	39
3.3.4	Desafios na formação do educador em saúde.....	41
3.4	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS COM ÊNFASE NAS IST.....	43
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	ESTUDO ECOLÓGICO SOBRE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA.....	47
4.1.1	Variáveis epidemiológicas e socioeconômicas.....	48
4.1.2	Análise dos dados.....	49
4.2	ESTUDO COM ABORDAGEM QUALITATIVA.....	50
4.2.1	Características e contexto da pesquisa.....	50
4.2.2	Profissionais participantes do estudo.....	52
4.2.3	Procedimentos para coleta e organização dos dados....	53
4.2.4	Considerações bioéticas.....	62
4.2.5	Processamento e análise dos dados qualitativos.....	63
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
5.1	SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM ASCENSÃO	

	NO BRASIL.....	65
5.2	PERFIL DOS PROFISSIONAIS INVESTIGADOS.....	78
5.3	AUTOPERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA	84
5.3.1	O Fazer educativo na ESF.....	86
5.3.2	Percurso e obstáculos na prática educativa em saúde sexual e reprodutiva.....	93
5.3.3	Infecções de transmissão sexual destacadas pelos profissionais.....	100
5.3.4	Olhar dos profissionais sobre a prevenção das IST.....	100
5.4	AUTOPERCEÇÃO DOS PROFESSORES SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA.....	103
5.4.1	Paradigmas na prática educativa em saúde dos professores.....	105
5.4.2	Abordagens no contexto da saúde sexual e reprodutiva.....	107
5.4.3	Ferramentas de ensino e abordagem das IST.....	109
5.4.4	Infecções consideradas mais relevantes.....	112
5.4.5	Visão sobre as medidas preventivas às IST.....	112
5.5	ASPECTOS SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PROFESSORES.....	114
5.5.1	Meios de integração serviço de saúde/escola.....	117
5.5.2	Integração profissional e suas facetas.....	118
5.5.3	Entre ações pontuais e o desconhecimento de propostas de integração.....	120
5.6	KIT DIDÁTICO SOBRE SÍFILIS: INOVANDO A ATIVIDADE EDUCATIVA.....	123
5.6.1	Características e potencial do kit didático.....	124
5.6.2	Contexto em que o material foi avaliado.....	126
5.6.3	Possibilidade de aplicação do kit na atenção básica.....	128
5.7	A CONSTRUÇÃO COLETIVA DE MATERIAL EDUCATIVO PARA ABORDAGEM DA SÍFILIS.....	131

5.7.1	Conhecendo o contexto da prática educativa sobre sífilis.....	133
5.7.2	Avaliando o material educativo e o método de construção.....	136
5.7.3	Algumas reflexões necessárias.....	138
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
	REFERÊNCIAS	142
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GRUPOS DE PROFISSIONAIS INVESTIGADOS.....	162
	APÊNDICE B – FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA DO KIT DE MODELOS SOBRE SÍFILIS.....	164
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA CONTRIBUIÇÃO COLETIVA DO KIT DE DINÂMICA SOBRE SÍFILIS.....	168
	APÊNDICE D - FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA DO KIT DE DINÂMICA SOBRE SÍFILIS.....	170
	APÊNDICE E – TERMO DE DOAÇÃO DOS KITS DIDÁTICOS.....	172
	APÊNDICE F - ARTIGO 1 PUBLICADO NA REVISTA EMERGING INFECTIOUS DISEASES.....	173
	APÊNDICE G – CAPÍTULO DE LIVRO PUBLICADO NO LIVRO ELETRÔNICO “CIÊNCIAS DA SAÚDE: DA TEORIA A PRÁTICA 6”, ATENA EDITORA.....	174
	ANEXO A – COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2 À PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	175

1 INTRODUÇÃO

Num contexto global, as infecções de transmissão sexual representam uma problemática na saúde pública. Como um dos agravos emergentes da atualidade, a sífilis, uma infecção bacteriana considerada milenar, mesmo sendo curável e de fácil tratamento desafia as populações mundiais. Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), são diagnosticados anualmente cerca de 6 milhões de novos casos de sífilis em todo mundo e mais e 1 milhão são adquiridas diariamente (WHO, 2016a, WHO, 2016b), sendo considerada a segunda causa infecciosa mais comum de morte fetal (LAWN et al., 2016).

Estimativas globais recentes de sífilis materna e congênita indicam um progresso contínuo em direção à eliminação da transmissão materno-fetal. Mas apesar de mundialmente permanecer estável a prevalência da infecção materna de 2012 a 2016, nas Américas, observou-se um aumento da prevalência de 0,64% para 0,86% (KORENROMP et al., 2019). O Brasil está inserido nesse contexto, inclusive segundo Cooper e colaboradores (2016) requerendo avanços na eliminação da transmissão de mãe para filho diante da persistência dos casos de sífilis congênita.

Diante desta situação epidemiológica esforços de várias frentes devem ser somados no sentido de minimizar essa problemática. Nessa perspectiva, o saber epidemiológico pode e deve ser utilizada na organização de processos de trabalho em saúde (PAIM, 1999), e neste se insere a prática educativa em saúde. Desta forma, a configuração da práxis educativas em saúde e a postura dos profissionais envolvidos nesse processo, são instrumentos valiosos para a promoção à saúde de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos.

Neste sentido, a educação em saúde (ES) é uma ferramenta da promoção da saúde, cuja prática está inserida tanto nos serviços de saúde quanto nas instituições educacionais, busca sua consolidação operacionalizada pelo diálogo. Esse processo educativo, como destacado por Lima, Malacarne e Strieder (2012), deve ser concebido como compromisso coletivo envolvendo atores distintos.

O envolvimento dos profissionais da estratégia de saúde da família e dos professores na prática educativa em saúde é legítimo, embora por vários aspectos não ocorra a devida apropriação dessa tarefa no cotidiano profissional. Mas, é prioritário que ambos os profissionais exerçam uma prática educativa como processo

de construção de conhecimentos em saúde conduzindo a comunidade alvo ao desenvolvimento da autonomia e de uma postura emancipatória e participativa em relação a sua própria saúde. No entanto, a robustez dessa prática depende de vários aspectos, dentre os quais enfatizamos o modelo de formação profissional e a instrumentalização profissional.

Na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre essa realidade e de contribuir com a mitigação das problemáticas apontadas emergiram os seguintes questionamentos norteadores desta pesquisa: 1) Como se encontra o cenário epidemiológico da sífilis nas macrorregiões brasileiras?; 2) Quais as características da práxis educativa de profissionais da saúde e de professores de ciências e biologia no âmbito da saúde sexual e reprodutiva com foco nas IST e ocorre a integração entre esses profissionais?; 3) Emergem quais particularidades no trabalho educativo de profissionais da atenção básica à saúde em relação à sífilis?; 4) As estratégias educativas propostas para abordagem da sífilis são adequadas para instrumentalizar os profissionais e serem aplicadas na comunidade? Acredita-se que a sífilis constitui uma problemática nacional que pode está mais acentuada nas regiões em que a assistência básica esteja mais precária, principalmente a atenção à saúde da gestante. Atrelado a isso, que profissionais da saúde e da educação básica que atuam com educadores em saúde apresentam vulnerabilidades na prática educativa no contexto das IST, inclusive a sífilis, mas que as estratégias educativas inovadoras que serão utilizadas sejam consideradas pertinentes ao contexto e reforce a prática educativa dos profissionais.

A necessidade de fortalecimento das ações para enfrentamento das situações epidemiológicas e educativas expostas é evidente. A partir desta constatação, compreendendo a relevância das discussões sobre o papel da educação em saúde na prevenção e controle destes agravos, considerou-se necessário aprofundar os conhecimentos epidemiológicos sobre a sífilis e do mesmo modo, obter uma maior compreensão sobre a percepção de educadores em saúde em relação à sua prática educativa, na perspectiva de que estas informações forneçam subsídio para atividades educativas dentro do contexto investigado.

Entendendo ainda que a introdução de novas práticas no serviço representa uma inovação como refere Costa L. (2016), estratégias didáticas foram concebidas com foco na abordagem educativa da sífilis. Nessa direção, considerando que um

dos grandes desafios do controle da sífilis está na dificuldade de adesão ao diagnóstico precoce e ao tratamento, o presente estudo propôs estratégias educativas que auxiliem na prevenção e incentivo à terapêutica da sífilis, perpassando pela formação profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os aspectos relacionados às práticas educativas de profissionais da saúde e professores da educação básica no âmbito das infecções sexualmente transmissíveis (IST), com destaque para a sífilis e a instrumentalização didática dos educadores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar a situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita nas macrorregiões brasileiras;
- Investigar as características das práticas educativas dos profissionais da saúde e da educação, e como ocorre a integração entre esses profissionais;
- Identificar as particularidades do trabalho educativo sobre sífilis, desenvolvido por profissionais da ESF;
- Elaborar kit de modelos didáticos sobre sífilis e avaliar sua adequação para o trabalho educativo na comunidade;
- Construir coletivamente material educativo para abordagem da sífilis como estratégia para instrumentalizar os profissionais da saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DAS IST COM ÊNFASE NA SÍFILIS

As Doenças Sexualmente Transmissíveis são reconhecidas pela sigla DST, a qual na atualmente tem sido substituída por IST, com permuta do termo 'doença' por 'infecção', denominação utilizada por diversos países e pela OMS desde 1999 (OMS, 2005). No Brasil, a terminologia passou a constitui uma das atualizações na estrutura regimental do Ministério da Saúde (MS) por meio do decreto nº 8.901/2016. Essa nomenclatura tem sido considerada mais apropriada, em vista de infecções transmitidas por via sexual que podem ter períodos assintomáticos ou ainda manter-se assintomática ao longo da vida do indivíduo (BRASIL, 2017a; UNAIDS, 2017).

As IST são causadas por dezenas de agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual, podendo ocorrer por via transplacentária, exposição a objetos contaminados e, de forma eventual, por via sanguínea. Dentre as IST de etiologia viral temos: a infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*), que ao provocar a imunossupressão causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS, do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*); as Hepatites Virais tipos B e C, causadas pelos HBV (*Hepatitis B Virus*) e HCV (*Hepatitis C Virus*), respectivamente; a infecção por HPV (*Human papillomavirus*) e; o herpes genital provocada por HSV2 - *Herpes Simplex Virus* tipo 2. (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015; WAGENLEHNER et al., 2016; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018a).

Quanto às infecções de origem bacteriana destacam-se: a Sífilis ou Cancro duro, causada por *Treponema pallidum*; a Gonorreia ou uretrite gonocócica provocada por *Neisseria gonorrhoeae*; a Donovanose, cujo agente é *Klebsiella granulomatis*; o cancróide ou cancro mole, ocasionado por *Haemophilus ducreyi*; e, a Uretrite não gonocócica provocado por múltiplos agentes como *Chlamydia trachomatis* e *Ureaplasma urealyticum*. Dentre as infecções por protozoários, destaca-se *Tricomóníase*, também responsável por uretrites, tem como agente etiológico *Trichomonas vaginalis* (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015; WAGENLEHNER et al., 2016; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2018a).

Devido a relevância epidemiológica das IST, como subsídio para o controle das infecções alguns destes agravos estão na lista de notificação compulsória pela vigilância nacional a exemplo da infecção pelo HIV, a Aids, a Sífilis (adquirida, congênita e em gestantes) e as Hepatites virais B e C (BRASIL, 2015).

As IST têm provocado impactos desafiadores à saúde pública e despertado cada vez mais interesse das autoridades em saúde devido aos desdobramentos destas infecções para a saúde sexual e reprodutiva. Anualmente, são registrados 357 milhões de novos casos das IST consideradas curáveis (clamídia, gonorreia, tricomoníase, sífilis), principalmente acometendo pessoas com idades entre 15-49 anos. Cerca de 64 milhões destas infecções encontram-se na região das Américas e juntamente com outras IST incuráveis (Herpes, HPV, HIV/AIDS, entre outras) afetam profundamente a saúde de crianças, adolescentes e adultos (WHO, 2016a). Diante desse panorama epidemiológico daremos um enfoque maior para a sífilis, que segundo análise de Cooper e colaboradores (2016), é uma epidemia que, no Brasil, tem se estabelecido e se agrava.

3.1.1 A sífilis no cenário mundial e nacional

A sífilis é uma doença infecciosa de caráter crônico e sistêmico, transmitida pela bactéria *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*, pertencente à família *Treponemataceae*, que afeta diversos órgãos, inclusive pele e mucosas. A cada ano, estima-se que cerca de seis milhões de pessoas no mundo são infectadas por essa bactéria e a principal forma de transmissão é a sexual. Nessa condição, o contato com lesões sífilíticas genitais tem sido responsável por 95% dos casos de sífilis. Existe ainda a forma congênita transmitida verticalmente para o feto por via placentária. Essa forma de contaminação pode culminar com o abortamento, óbito fetal ou morte do neonato. Durante o parto, a contaminação direta também pode ocorrer através do contato do recém-nascido com lesões presentes na genitália materna (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; SUKTHANKAR, 2010; WHO, 2016a).

A ampla gama de sequelas provocadas pela sífilis congênita é devido ao potencial patogênico da bactéria (LAGO; VACCARI; FIORI, 2013). A bactéria penetra no tecido através de pequenas abrasões produzidas durante o ato sexual, atinge o sistema linfático e hematogênico e se dissemina pelo corpo do indivíduo.

Nesse percurso, a defesa orgânica é acionada, no entanto, a imunidade humoral não possibilita a devida proteção ao contrário da resposta celular, mas, por ser mais tardia contribui com a multiplicação e sobrevivência de *T. pallidum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O tratamento mais efetivo para a sífilis continua sendo a penicilina/benzetacil (WALKER; WALKER, 2007; RODRÍGUEZ-CERDEIRA; SILAMI-LOPES, 2012). Mas, apesar da eficácia do tratamento e acessibilidade quanto ao custo, essa infecção continua se destacando como problema de saúde pública (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). As Américas têm sofrido com o desabastecimento da penicilina comprometendo o tratamento dos casos diagnosticados (CDC, 2016).

Outro agravante é a co-infecção da sífilis com o HIV e seu tratamento. Rekart et al. (2017) verificaram que os componentes da terapia anti-retroviral altamente ativa (HAART) para infecção pelo HIV-1 têm o potencial de alterar as respostas imunes inatas e adquiridas ao *T. pallidum* aumentando a susceptibilidade do indivíduo à co-infecção. Outros estudos demonstraram que a detecção de *T. pallidum* em quantidades consideráveis na corrente sanguínea de pacientes após o tratamento e em soronegativos sugere que a bactéria tem a capacidade de permanecer latente e dessa forma escapar do tratamento antibiótico e dificultar a ação do sistema imune (PINTO et al., 2017). E adicionalmente, a qualidade da assistência no pré-natal, a resistência/dificuldade das gestantes na adesão ao tratamento e de seu parceiro sexual concomitantemente e a subnotificação do agravo são aspectos que devem ser considerados (DOMINGUES et al.; 2013a, LAFETÁ et al., 2016).

Em 2012, *T. pallidum* causou cerca de 930 000 infecções maternas que provocaram 351 000 resultados adversos incluindo 143 000 óbitos fetais precoces e natimortos, 62 000 mortes neonatais, 44 000 partos prematuros ou de baixo peso e 102 000 crianças infectadas em todo o mundo (WIJESORIYA et al., 2016; WHO, 2016a). Comparando as estimativas de 2008 com as de 2012, houve uma diminuição global da sífilis materna e da sífilis congênita em 38% e 39%, respectivamente (WIJESORIYA et al., 2016). No entanto, os autores destacam que a sífilis materna não tratada continua sendo uma causa considerável de morbidade e mortalidade perinatal.

Os países das Américas têm vivenciado altas taxas de sífilis. Dados de prevalência sorológica em mulheres grávidas de 31 países apontaram a América (excluindo Estados Unidos e Canadá) como a região com maior prevalência de sífilis materna (SCHMID et al., 2007). E para reforçar a relevância da doença no contexto da saúde pública no continente americano, segundo estudo realizado por Arnesen et al. (2015) a sífilis materna contribui expressivamente com a mortalidade fetal no Caribe e em países da América latina.

Diante desta problemática, países membros da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), em consonância com a OMS, aprovaram em 2010 a estratégia para eliminação da transmissão vertical materno-fetal nas Américas (ALONSO, 2010). De acordo com este órgão de Saúde um país é considerado como tendo eliminado a transmissão materno-fetal de sífilis congênita quando a taxa de sífilis congênita (incluindo natimorto) é $\leq 0,5$ casos por 1.000 nascidos vivos, presente cobertura pré-natal $\geq 95\%$, a realização do teste de sífilis durante a gravidez é $\geq 95\%$, e possui um número $\geq 95\%$ de mulheres grávidas positivas para sífilis tratadas de forma adequada (PAHO, 2017). Desta forma, diante das altas taxas de incidência mundiais, o controle da infecção por *T. pallidum* é um dos alvos estratégicos global da saúde para 2016-2021, visando à eliminação da sífilis congênita (WHO, 2016a).

Dados recentes demonstram que a taxa de sífilis congênita nas Américas (excluindo o Brasil) tem se mostrado estável desde 2009, no entanto as taxas crescentes de 1,7 casos por mil nascidos vivos no Brasil têm elevado as taxas do continente. Mas vale ressaltar que os países muitas vezes usam sua própria definição de caso, e existem situações em que os natimortos são excluídos dos critérios, dificultando o acompanhamento das taxas de incidência nas Américas (PAHO, 2017).

No Brasil, em 1986 a sífilis congênita foi considerada de notificação compulsória pela Portaria 542 de 22 de dezembro (BRASIL, 1986a). A sífilis em gestantes só foi inserida na lista de notificação compulsória nacional em 2005, através das Portarias 33 de 14 de julho do referido ano (BRASIL, 2005a). Mas, a forma congênita é considerada um grave problema de saúde pública (CARVALHO; BRITO, 2014). Em 2009 foram notificados 5.340 casos de sífilis congênita, com predominância em 94,57% em nascidos vivos até o sexto dia de vida (GALATOIRE; ROSSO; SAKAE, 2012).

Na região sul do país a incidência média de sífilis congênita entre 2001 e 2009 foi de 94 casos por 100.000 nascidos vivos verificando-se, a partir de 2004, elevação na incidência de casos (SERAFIM et al., 2014). Segundo Almeida et al. (2015), no estado do Piauí houve aumento de casos notificados de sífilis congênita entre 2007 e 2012, situação que ainda não está controlada. Essa realidade é evidenciada em outros estados nordestinos que apresentam altas taxas de incidência desse agravo, principalmente em Pernambuco e Ceará que em 2017 registraram 14,4 e 10,2 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2018b).

Em estudo conduzido por Galatoire, Roso e Sakae (2012) demonstrou que Alagoas, em 2009, apresentou a 5ª maior taxa de incidência (3,35) de sífilis congênita. Um recorte temporal (2007 - 2011) da situação da sífilis congênita no estado alagoano realizado por Alves et al. (2016) revelou uma incidência média de 4,6 casos/1.000 nascidos vivos com tendência crescente de casos em menores de 1 ano a partir de 2008, atingindo 6,5 casos em 2011. O município de Arapiraca, *locus* do presente estudo e segundo mais populoso do estado, foi um dos seis municípios com as maiores incidências de sífilis congênita, sendo registrados 31 casos no período de 2007 a 2011.

A situação epidemiológica do país registrada pela vigilância em saúde (BRASIL, 2016) tem sido marcada pela elevação nas taxas de sífilis congênita e óbitos por esta causa em menores de um ano de idade desde 2005. Com relação à mortalidade infantil, no período de 1998 a 2015 foram declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 1.903 óbitos por sífilis congênita. A taxa de mortalidade infantil por sífilis passou de 2,4 casos por cem mil nascidos vivos em 2005 para 7,4 por cem mil nascidos vivos em 2015. Em anos subsequentes (BRASIL, 2018b) a gravidade dessa problemática pode ser evidenciada pela ascensão das referidas taxas.

3.1.2 Desafios para a prevenção e controle da sífilis

Dados da OMS indicam que a sífilis está diminuindo na população em geral, inclusive com a certificação de cinco países (Armênia, Bielorrússia, Cuba, República da Moldávia e Tailândia) como tendo eliminado a sífilis congênita (WHO, 2016c). No entanto, ainda que a triagem e o tratamento da sífilis sejam muito mais baratos que

os do HIV, esse agravo continua sendo um problema de saúde pública (MILANEZ, 2016).

Estudos apontam como causas do aumento da incidência de sífilis em gestantes e fatores de risco para a sífilis congênita a assistência pré-natal insuficiente oferecida pela atenção primária à saúde com baixa efetividade da captação precoce, seja na primeira gestação ou em gestações subsequentes, assim como do acompanhamento do tratamento das gestantes e principalmente dos parceiros sexuais (DOMINGUES et al., 2013a; LAFETÁ et al., 2016; HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015; GUANABARA et al., 2017). Conseqüentemente, outro agravante que possibilita a manutenção da doença é a reinfecção ou persistência da sífilis materna com transmissão vertical da bactéria, situação evidenciada por Hebmuller, Fiori e Lago (2015) que verificaram a alta frequência de recorrência da infecção materna e a ocorrência de perdas fetais e de neonatos com quadro clínico/laboratorial de SC.

Ao investigar unidades de saúde de município de Fortaleza (CE), Guanabara et al. (2017) verificam que a dificuldade de acesso de gestantes às ações de prevenção e controle da sífilis está relacionada a não sistematização dos serviços e a não priorização das gestantes, especialmente aquelas com diagnóstico de sífilis. Outro aspecto adicional a essa realidade pode ser observado no estudo conduzido por Domingues et al. (2013b) no qual metade dos profissionais pesquisados entre enfermeiros e médicos que realizavam pré-natal apresentaram práticas de manejo dos parceiros sexuais consideradas inadequadas como o envio de solicitação de exame ou tratamento pela gestante ou a não realização de abordagem desse grupo chave no controle da doença.

Ainda sobre profissionais da saúde na pesquisa de Guanabara et al. (2017) foi unânime a resistência e até recusa por parte destes na aplicação da penicilina benzatina alegando a possibilidade de reações adversas provocadas pelo medicamento e na falta de condições materiais e de insumos para manejar os casos de anafilaxia. Nesse sentido, os autores enfatizam a necessidade os órgãos governamentais responsáveis pelas políticas públicas garantam a aplicação desse medicamento na atenção primária, disponibilizando os materiais necessários para atendimento de urgência mesmo diante da rara possibilidade de reação anafilática. No entanto, no estudo de Domingues et al. (2013b) realizado no município do Rio de

Janeiro (RJ) o tratamento da infecção materna era realizado na unidade de saúde, não sendo relatado pelos médicos e enfermeiro relacionados ao manejo da sífilis dificuldade na administração do medicamento. Esses dois estudos evidenciam diferenças existentes no atendimento pré-natal em capital do nordeste e sudeste do Brasil.

Dentre as ações para enfrentamento da sífilis, sobretudo da forma congênita, Milanez (2016) enfatiza o papel dos profissionais da saúde, os quais devem ser sensibilizados para rastrear rotineiramente a sífilis durante a gravidez, interpretar corretamente os testes e tratar esses pacientes e seus parceiros. Segundo a autora, a sensibilização e conscientização destes profissionais sobre o seu papel na prevenção da transmissão vertical da sífilis, bem como a incorporação de ações adequadas à sua prática, certamente serão alcançados resultados positivos tais como obtidos na prevenção da transmissão da infecção pelo HIV.

No que se refere à triagem e o tratamento da sífilis Milanez (2016) considera que são duas ações que certamente têm impacto na redução das taxas de sífilis congênita. Sobre a efetividade da triagem, Chow e colaboradores (2017) demonstraram que o aumento da triagem sorológica para sífilis entre homens que fazem sexo com outro homem está associado a uma maior detecção de sífilis precoce assintomática e à redução relativa na sífilis secundária, em estudo conduzido na Austrália, fornecendo evidências de que a triagem provavelmente interrompeu a progressão da sífilis.

Mesmo diante dos entraves relacionados à prevenção e controle da sífilis é possível vislumbrar possibilidades promissoras para gerar mudanças epidemiológicas positivas concernentes a esse agravo. No entanto, muitos países, inclusive o Brasil apresentam dificuldades para consolidação das ações de promoção da saúde no contexto da sífilis, e parece haver um longo caminho a ser trilhado.

3.2 SAÚDE E SUA PROMOÇÃO

Saúde e a doença podem ser consideradas fenômenos que são concebidas por diferentes grupos na população em consonância com o contexto que estão inseridos (AZEVEDO, 2015). Nessa perspectiva, as percepções sobre estes eventos

podem estar sujeitas a diversidade sócio-cultural. Lindenberg (2006) é enfático ao afirmar que saúde e doença não são conceitos abstratos, mas, que são delineados mediante o contexto histórico de uma sociedade. Para Scliar (2007), a compreensão sobre o conceito de saúde abrange aspectos socioeconômicos, cultural e político de uma população envolvendo ainda, paradigmas que norteiam a construção da percepção sobre o significado de ter saúde.

A concepção de saúde como ausência de doença constitui uma teoria que sempre prevaleceu na comunidade médica (TORRES, 2002) e encontra base no paradigma patogênico, com valorização da doença em seus vários aspectos, principalmente à cura e tratamento (MARTÍNEZ; CARRERAS; HARO, 2000). Por outro lado, um conceito de saúde mais amplo foi assumido em 1948 pela Organização Mundial de Saúde ao estabelecer como princípio que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Esse conceito holístico da saúde, considerando as dimensões física, mental e social do ser humano, encontra-se apoiado no paradigma salutogênico proposto por Aaron Antonovsky (ANTONOVSKY, 1996).

Na segunda metade da década de 70, a definição de saúde como ausência de doença ainda era categoricamente defendida por Boorse (1977) se tornando uma teoria conceitual da saúde conhecida como teoria bioestatística da saúde. Contudo, por diversas argumentações essa teoria tem sido refutada no meio científico (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; NORDENFELT, 1986). Ao analisar as características conceituais presentes nessa teoria, Nordenfelt (1986) expõe que na cadeia de definições de Boorse a doença é o destaque, portanto a saúde é expressa numa perspectiva negativa. Nesse sentido, enxergar a saúde negativamente significa reconhecer apenas a patologia, ou seja, o indivíduo é negligenciado enquanto ser social e integral (LOURENÇO et al., 2012). As teorias de Boorse e de Nordenfelt se contrapõem e mesmo que ambas possuam limitações tem contribuído para as discussões sobre a saúde (GAUDENZI, 2016).

Por outro lado, o conceito de saúde proposto pela OMS ao tomar como base a teoria holística da saúde, que se contrapõem a teoria de Boorse, considera não apenas a sobrevivência do indivíduo, mas também a sua qualidade de vida e seu bem-estar (NORDENFELT, 2007). Nesse contexto, a saúde é vislumbrada

positivamente e está associada ao bem-estar do indivíduo nos seus diversos aspectos (JOURDAN et al., 2012). Por conseguinte, a saúde, enquanto conceito positivo deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (OPAS, 2015).

Numa perspectiva de atender as demandas atuais no campo da saúde, Eriksson e Lindstrom (2007) apontam uma possibilidade de ampliar o conceito de saúde incluindo a salutogênese e a qualidade de vida, a fim de integrar esses conceitos aos princípios da promoção de saúde.

Considera-se que a saúde é alcançada através de um processo de construção. E, nesse sentido a carta de Ottawa destaca a necessidade de várias ações intersetoriais para que essa construção se efetive (OPAS, 2015), o que caracteriza a promoção da saúde de uma população. Esse documento foi divulgado em 1986, durante uma conferência promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e constitui a base ideológica para a promoção da saúde (WHO, 1986; BRASIL, 2002).

A promoção da saúde é um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS, 2015). Porém, para a efetiva apropriação desse conceito pela população há um longo caminho a ser percorrido. A propósito disto, Buss (2003) revela que existências dificuldades em distinguir os conceitos de prevenção e promoção da saúde. Segundo os autores, enquanto medidas preventivas em saúde são mais específicas, a promoção em saúde constituem medidas mais amplas. Na investigação de Johansson, Weinehall, Emmelin (2009) ficou evidente que o conceito de promoção da saúde entre os profissionais pesquisados era expresso de maneira difusa, imprecisa e de difícil aplicação prática, o que, segundo os autores, essa situação está intimamente ligada à falta de concordância sobre a relação entre promoção da saúde e prevenção de doenças.

A propósito disto, Lindström (2018) sugere como um caminho promissor que inserir a teoria e a abordagem salutogênica no contexto da promoção da saúde seria capaz de consolidar os esforços organizados da sociedade no sentido de prevenir doenças, promover a saúde e prolongar a vida.

3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DO CONCEITO À PRÁTICA

3.3.1 Trajetória conceitual

A prática educativa em questão, aqui denominada educação em saúde (ES) tem sofrido transformações conceituais e operacionais ao longo da história, atreladas às mudanças na concepção de saúde, nos modelos e tendências pedagógicas e nas práticas impregnadas no ensino da saúde. Referente aos modelos pedagógicos norteadores do processo educativo, Pereira (2003) salienta que diversas tendências, sejam, tradicional, tecnicista, renovada e crítica coexistem no ensino da saúde e influenciam a prática dos educadores.

A pedagogia tradicional é centrada no professor/profissional de saúde e tem como foco a transmissão vertical de conhecimento baseado no estímulo às práticas higienistas, características do modelo biomédico. Enquanto o modelo educativo tecnicista por se preocupar em regular o estilo de vida se apoia no paradigma comportamentalista, é impositivo e centrado nos métodos e tecnologias. Na pedagogia renovada a relação de poder é horizontal, centrada num sujeito e seu aprendizado contextualizado, uma vez que a compreensão do processo saúde-doença se apoia no humanismo. Por fim, a tendência considerada crítica, firmada numa visão socioambiental, valoriza a emancipação dos sujeitos que atuam no processo educativo em saúde transformando sua realidade (OLIVEIRA, 2007).

Considerando o conceito de ES, inicialmente, era entendido como uma atividade prescritiva, baseada em recomendações e normas, autoritária, inautêntica com características tecnocráticas, denominada educação sanitária (ARAÚJO, 2004), arraigado num conceito reducionista de saúde e numa prática educativa fortalecida pelo ensino tradicional, denominado de educação bancária por Freire (1987). Segundo Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010), bem como Reis et al. (2013) esse padrão de ensino enfatiza a transmissão do conhecimento técnico-científico em um processo no qual o educador e o educando exercem papéis notavelmente diferentes, neste caso, o profissional (educador) detém todo o saber a ser transmitido, enquanto o educando atua nesse contexto apenas como um receptor passivo dos conhecimentos veiculados pelo profissional que atua como mediador.

No ensino da saúde essa prática tradicionalista se mostra ainda impregnada e resistente às mudanças necessárias para alcançar o alvo da promoção da saúde (ALVES; AERTS, 2011; ALMEIDA, MOUTINHO; LEITE, 2016). Sobre a tenacidade dessa prática, Abrahão e Garcia (2009) lembram que a história da ES brasileira é marcada por uma prática reprodutora e conservadora, cuja finalidade se distancia do desenvolvimento integral do indivíduo por privilegiar o controle higienista pautado numa prática normativa e de domesticação.

Na atualidade, o conceito de ES tem se mostrado cada vez mais amplo e dotado de complexidade em decorrência das dimensões que o permeiam e pelo envolvimento dos profissionais que atuam diretamente neste processo educativo, comunidades locais e outros segmentos da sociedade (SALCI et al., 2013). Essa interação possibilita a consolidação da cidadania com foco na qualidade de vida (SILVA et al., 2011).

Essa visão de ES concebe o processo saúde e doença, vinculado aos determinantes sociais, políticos e econômicos (SABROZA, 2015). O princípio que norteia essa modalidade reconhece a responsabilidade como coletiva e individual e, valorizam o diálogo. A partir dessa linha de raciocínio, a melhor maneira de abordar os problemas pela ES é utilizando práticas problematizadoras e transformadoras (FIGUEIREDO et al., 2011). Essa concepção está baseada na reflexão crítica da realidade vivida por indivíduos e grupos utilizada na educação popular de Freire (1997). Segundo o autor, a autonomia, a dignidade e a identidade do educando, no caso, a comunidade e seus sujeitos, têm de ser repetidas, caso contrário, o ensino se tornará "inautêntico, palavreado vazio e inoperante".

Para Oliveira (2005) a ES tem a finalidade de preparar o indivíduo para um enfrentamento em prol de uma vida mais saudável e segundo Abrahão e Garcia (2009) pode ser vislumbrada de uma forma ampliada como uma prática social e como processo de formação e construção individual de um pensamento crítico e reflexivo sobre os problemas de saúde e a busca por soluções. Entretanto, vale ressaltar que o conceito de ES se sobrepõe ao conceito de promoção da saúde. Essa proximidade entre os conceitos é apontada por Santos e Penna (2009) ao compreenderem que ambas se integram, pois demandam a participação ativa da população e dos elementos que constituem o contexto no qual está inserida como crenças, valores e estilo de vida.

No território brasileiro, em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), as ações de saúde são conduzidas buscando valorizar a participação individual e coletiva, a fim de alcançar uma atenção integral. Nesta perspectiva, a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravo, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde são aspectos que devem ser considerados de forma conjunta (BRASIL, 2012).

Pereira et al. (2014) reforçam que cada possibilidade de aproximação com o indivíduo é uma oportunidade rica para promover a saúde. Nesse sentido, é salutar consolidar a prática educativa em saúde num modelo baseado no diálogo, que prioriza a interlocução como elemento fundamental à construção do conhecimento neste âmbito, no qual o educador e o educando emergem enquanto indivíduos ativos no processo de ensino-aprendizagem.

Isso se faz necessário, pois, a abordagem crítico reflexiva da realidade não é tão frequente nas ações educativas em saúde. Para muitos educadores e profissionais da saúde parece um desafio inseri-la em suas atividades educativas, pois ocorre até de desconhecem este modelo educacional (OLIVEIRA, 2005, FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

A ES por ser reconhecida como uma ferramenta de cunho teórico-prático que favorece a promoção da saúde deve permear a prática dos profissionais, sobretudo os que atuam nos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2012; SALCI et al., 2013), assim como, os professores (RIBEIRO; MESSIAS, 2016). Alves e Aerts (2011) retratam que no início do século XX, os profissionais da saúde e os da educação desenvolviam trabalho educativo em saúde, porém, com responsabilidades distintas e por sua vez fragmentadas. Enquanto a intervenção sobre a doença, atuação eficiente no diagnóstico e tratamento eram atribuições dos profissionais da saúde, aos professores ficava a tarefa de realizar atividades educativas visando a mudança comportamental.

Contudo, Venturi (2013) ao estudar a relação entre profissionais de saúde e professores de ciências e biologia no âmbito da ES constatou que geralmente as atividades planejadas pelo professor buscam articular um profissional de saúde, enquanto as atividades propostas pela escola e pelo serviço de saúde são

desvinculadas do planejamento docente. No entanto, no contexto da ES, essa articulação é necessária.

3.3.2 Aspectos da prática educativa dos profissionais da saúde

Na atenção básica em saúde a prática educativa dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 pelo SUS, tem papel relevante para a população atendida por estabelecer vínculos de cuidado à saúde. A introdução desse programa, denominado atualmente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é considerada por Soratto e colaboradores (2015) uma inovação no serviço de saúde.

A ESF pressupõe o desenvolvimento de ações educativas de caráter individual e coletivo, como processo de intervenção no binômio saúde/doença da população, estimulando a autonomia desta na busca ativa por qualidade de vida (BRASIL, 2012). Essa tarefa envolve a atuação multiprofissional de Médicos, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros profissionais.

Dentre as inúmeras atribuições dos profissionais da ESF podemos destacar atuação interdisciplinar com integração profissional em diferentes áreas; executar atividades/intervenções educativas em saúde à população adstrita; envolver-se em atividades de formação permanente em saúde e prestar o cuidado da saúde da população, sobretudo, no contexto da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários, por exemplo, escolas, associações, entre outros (BRASIL, 2012; PAIVA et al., 2016).

Além de criar espaços contínuos e promissores de ações educativas é atribuição da ESF procurar conhecer a realidade da população inserida no território de abrangência da unidade básica de saúde (UBS), a fim de estabelecer e fortalecer vínculos, bem como incentivar a participação social (FERNANDES; BACKES, 2010).

No processo educativo em saúde cada profissional da ESF tem papel fundamental. No caso dos profissionais da enfermagem, as próprias bases conceituais da área atribui ao enfermeiro a função de educador (FERNANDES; BACKES, 2010). Por outro lado, por pertencer àquela comunidade, os ACS possuem maior conhecimento empírico deste público, identificam os problemas, as necessidades de saúde e cultura das famílias do território no qual está inserido e as

dificuldades para desafiá-los (BORNSTEIN; STOTZ, 2008, ALVES; AERTS, 2011), atuando como mantenedores de estreito vínculo com os usuários do serviço de saúde (VILAR; FARIAS, 2012).

Desta forma, os profissionais da ESF atuam no cuidado à saúde comunitária e estão inseridos em vários contextos geo-culturais (SAMUDIO et al., 2017), fazendo uso de ferramentas educativas para promoção da saúde. Logo, a ES é considerada foco do trabalho destes profissionais e tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da população (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Diante da relevância do papel exercido pelos profissionais da ESF, a percepção desses atores sobre suas práticas educativas têm sido aprofundada e discutida em estudos qualitativos (MACIEL et al., 2009; ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016, SANTILI; DA ROCHA TONHOM; MARIN, 2016).

Concernente à abordagem educativa dos profissionais da saúde, Alves e Aerts (2011) salientam que apesar dos questionamentos evidenciados nos últimos anos, o modelo autoritário ainda orienta as práticas educativas em saúde. E mesmo, com as orientações para o desenvolvimento de uma prática educativa transformadora os serviços de saúde ainda preservam metodologias tradicionais sem estabelecimento de vínculo com os usuários do serviço de saúde. No entanto, Pereira (2003) reforça que na prática educativa em saúde é mais adequado conduzir o processo educativo estimulando a criticidade e a problematização.

Oliveira (2005) retrata que existe dificuldade em aplicar os princípios da promoção da saúde no campo da ES, sobretudo porque, como apontam Figueiredo, Rodrigues-Neto e Leite (2010) o modelo tradicional de educação em saúde está extremamente arraigado nas práticas educativas dos profissionais da saúde. Outra problemática evidenciada por Salci et al. (2013) diz respeito à limitada difusão da ES no sistema de saúde, mesmo está prática sendo um dos instrumentos da promoção da saúde da população.

Dentre as inúmeras atribuições da equipe de atenção básica está o desenvolvimento de ações educativas voltadas à prevenção e controle das IST (BRASIL, 2006, BRASIL, 2015). Contudo, existem desafios e limitações para a efetiva atuação educativa dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012, BELLENZANI; SANTOS; PAIVA, 2016), inclusive na abordagem das IST como apontam Teixeira et al. (2012) e Rodrigues et al. (2011). Essa fragilidade constitui uma problemática para

o efetivo controle dessas infecções, as quais têm assumido patamares epidemiológicos preocupantes em nível nacional e internacional (WHO, 2016b).

Considerando as atividades educativas na UBS, estudo conduzido por Borges, Nichiata e Schor (2006) revelou a baixa participação de adolescentes em atividades sobre saúde sexual e reprodutiva promovidas pela unidade de saúde. Os autores enfatizaram que isso reflete a existência de entraves no processo educativo que precisam ser rompidos a fim de avançar no atendimento das necessidades de saúde. No estudo de Andrade et al. (2014) o relato de profissional do serviço de saúde revela a dificuldade de reunir adolescentes na unidade de saúde devido a inadequação estrutural e a necessidade de utilizar estratégias de captação diversificada.

As dificuldades das unidades de saúde em trabalhar com os usuários e com a escola sobre saúde sexual e reprodutiva são notórias. Pinheiro, Silva e Tourinhos (2017) corroboram que no contexto da saúde sexual ainda existem dificuldades na atenção básica em implantar e implementar ações educativas voltadas para os adolescentes e jovens. Contudo, no sentido de superar esses desafios Paiva et al. (2016) reafirmam que as atividades educativas sobre esse tema pode e deve ser realizadas em espaços sociais distintos da UBS.

Diante dos obstáculos das equipes de saúde no desenvolvimento efetivo de ações educativas no cotidiano dos serviços de saúde, Albuquerque e Stotz (2004) fazem uma crítica ao modelo de ES quando destacam que as atividades de ES são conduzidas, muitas vezes, de acordo com o programa da ocasião ou a epidemia em pauta (hoje é dengue, amanhã é diabetes, depois a vacinação dos idosos e assim por diante), ou seja, a ação é apenas pontual sem previsão de continuidade que favoreça o processo de sensibilização da comunidade atendida.

3.3.3 Aspectos da prática educativa em saúde dos profissionais da educação

No contexto da educação básica, frequentemente, perpetua-se a ideia de que somente o professor de ciências ou biologia é responsável pela abordagem de assuntos relacionados à saúde (PINHÃO; MARTINS, 2012; RUFINO et al., 2013), a exemplo das IST, tema inserido no contexto da saúde sexual e reprodutiva. E de fato, segundo Venturi (2013), na escola pública esses temas têm sido explorados

por esses professores, algumas vezes em parceria com profissionais da saúde. No entanto, estudos que discutam as práticas educativas em saúde de profissionais da educação no Brasil ainda são incipientes. E, mesmo no ensino de ciências e biologia, segundo dados da pesquisa de Venturi e Mhor (2011), essa área era pouco explorada, principalmente por ser atribuída aos profissionais da saúde uma maior vinculação aos temas.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) atribuem aos professores da educação básica a atuação como educador em saúde e reforça na sua última reforma na década de 90, a necessidade da abordagem transversal e interdisciplinar do tema, porém, ainda sendo conduzidas por ideias e práticas higienistas (BRASIL, 1997). No entanto, mantendo as características dos parâmetros orientadores do currículo anterior, logo, consideradas obsoletas para atender as demandas atuais da educação em saúde. Sobre esse aspecto, Marinho, Da Silva e Ferreira (2015) destacam que mesmo com essas mudanças, o documento se mostrou com influência mínima sob a prática dos professores.

A saúde sexual e reprodutiva constitui um dos eixos temáticos de políticas públicas da educação e da saúde a exemplo dos PCN e do PSE, o qual deve ser abordado de maneira integrada e intersetorial envolvendo a unidade de saúde e a escola (BRASIL, 1997; BRASIL, 2012).

Na escola pública, a saúde sexual e reprodutiva tem sido explorada pelo professor de ciência e biologia, algumas vezes em parceria com profissionais da saúde (VENTURI, 2013), através de projetos propostos pela Secretaria de Educação dos Estados, como é o caso do Projeto Vale Sonhar, que são socializados em sala de aula por professores, principalmente da área de ciências biológicas (VILELA, 2008), ou ainda por ações do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID), através do qual, professores em formação inicial realizam intervenções educativas sobre a temática em parceria com professores da escola sede da ação educativa (FIGUEIREDO et al., 2014, CUNHA; CRUZ; BEZERRA, 2016).

Sobre a atuação do professor nesse contexto, Silva e Megid Neto (2006), identificaram dificuldades por parte desses profissionais em abordar os aspectos relacionados à saúde sexual. No entanto, Borges, Nichiata e Schor (2006) considerarem a participação da escola como promotora da saúde sexual entre

adolescente sobrelevada e Marques et al. (2012) salientam que integrar o setor de saúde e a escola constitui um caminho para a melhoria do cuidado com os adolescentes e ainda favorece a promoção de hábitos saudáveis.

Nessa direção, Venturi e Mhor (2011) destacam a necessidade de ampliar as discussões e principalmente estudos sobre as relações existentes entre as unidades de saúde e o ambiente escolar, com ênfase nos profissionais que atuam nesses espaços. Pois, para o sucesso de abordagens em saúde no contexto escolar, Ribeiro e Messias (2016) sustentam que é fundamental o envolvimento compartilhado da escola e serviços de saúde no processo educativo, bem como a participação de outros segmentos da sociedade.

3.3.4 Desafios na formação do educador em saúde

A necessidade de capacitação para ES é ampla, abrangendo os profissionais de saúde e os professores da educação básica. No entanto, esse processo deve conduzir os profissionais ao desenvolvimento de ações educativas distanciadas do modelo biológico, possibilitando discussões que contemplem as perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais, evitando, com isso, o reducionismo biológico (BORGES, NICHATA; SCHOR, 2006).

Essa formação profissional deve ainda estar ancorada em modelos que privilegiem o diálogo e a reflexão crítica (FREIRE, 1997) conduzindo o formando à execução de uma prática educativa problematizadora que culmine em transformação social. Como reforçam Peterle et al. (2014) é necessário que o modelo de formação em saúde esteja pautando-se no repensar das práticas de promoção da saúde, além da democratização do saber e construção coletiva.

Para atender a essa necessidade formativa, a andragogia tem sido amplamente utilizada na área da saúde como metodologia propiciadora de um aprendizado de profissionais, inclusive no campo da educação em saúde (DRAGANOV, 2011; PETERLE et al., 2014). Trata-se de uma estratégia que foca na aprendizagem do adulto, envolvendo geralmente indivíduos na faixa etária de 21 a 60 anos, e baseia-se na aplicação de técnicas didáticas adequadas a esta faixa etária (SOMERA; JUNIOR; RONDINA, 2010). Sob a óptica andragógica, o aprendizado é alcançado através da experiência, da discussão e da solução de

problemas em grupo. A experiência se torna fator primordial e decisivo para a aquisição de novos conhecimentos (CARVALHO, 2016).

Venturi (2013) evidenciou em seu estudo que existem dificuldades na construção de uma identidade pedagógica do professor para o exercício da ES na escola, devido a problemas na formação inicial e continuada. Sobre esse aspecto, Jourdan e colaboradores (2010) reforçam a importância da formação de uma identidade do profissional da educação para atuarem nesse campo.

A respeito da formação do professor, Zancul e Gomes (2011) consideram que é urgente e essencial ampliar a discussão sobre o papel do professor de ciências enquanto educador no âmbito da ES, investido no fortalecimento de sua formação, principalmente quanto à apropriação dos temas de saúde. Ainda sobre essa categoria profissional, Ribeiro e Messias (2016) apesar de reconhecerem os professores, enquanto agentes multiplicadores no trabalho educativo em saúde, os autores são enfáticos quando afirmam que é fundamental observar a metodologia utilizada no desenvolvimento das atividades.

Por outro lado, também são identificados problemas na formação de profissionais atuantes nos serviços de atenção básica. Estudos conduzidos em unidades de saúde de municípios brasileiros apontam vulnerabilidade na formação dos ACS (TEIXEIRA et al., 2012; SAMUDIO et al., 2017).

Para Torres et al. (2010) o processo de atualização dos profissionais de saúde deve ser reconhecido como parte de um trabalho de educação permanente dos serviços. Nesse sentido, ações de formação permanente são previstas nas políticas de saúde do Brasil, a exemplo da política nacional de educação permanente (PNEP) e a PNAB (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012), inclusive com a disponibilização de publicações, a exemplo da série *Cadernos de Atenção Básica* que tem a finalidade de intensificar esse processo de qualificação (BRASIL, 2006).

Concordando com Alves e Aerts (2011), é fundamental que nas capacitações dos trabalhadores da saúde o incentivo ao empoderamento da população, assim como, o exercício de sua autonomia na tomada de decisões sobre sua saúde, seja um princípio empregado. No entanto, diversos são os desafios enfrentados no processo de capacitação das equipes de saúde. Fiúza et al. (2012) destacam a precarização constante do trabalho na ESF, gerando grande rotatividade de

profissionais, o que reflete em dificuldade na construção de vínculos destes profissionais com a população atendida.

Na perspectiva de uma formação profissional que atendam as demandas atuais a literatura retrata experiências exitosas. Pedrosa et al. (2011) ao utilizar metodologias ativas na capacitação de ACS observaram mudanças de postura positivas frente ao processo de trabalho perceptíveis pela equipe de ESF. Ainda como foco nos ACS Martins et al. (2014) relata experiência formativa no contexto da sífilis utilizando a problematização com estratégia para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa. Segundo os autores, a atividade formativa possibilitou uma atuação mais efetiva dos ACS na comunidade, fortalecendo assim as ações de prevenção e controle da sífilis.

Apesar do investimento na educação permanente visando qualificar os profissionais da saúde e professores para atuarem no campo da ES ser um dos princípios de políticas públicas a exemplo do PSE (BRASIL, 2012), na prática, isso não tem acontecido. Sousa, Esperidião e Medina (2017) retratam que programa este não tem cumprido sua proposta de intersectorialidade e de formação dos profissionais da saúde e professores, pois as ações educativas ainda estão intensamente vinculadas ao setor da saúde, com baixo envolvimento do setor educação.

3.4 ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS COM ÊNFASE NAS IST

Quanto às formas de abordagem e uso de material educativo em ações de ES nas UBS e na escola, geralmente, as atividades educativas se restringem a realização de palestras, considerada uma estratégia tradicional focada na transmissão de informações (SOUZA, 2011), inclusive pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Mas continua sendo privilegiada, inclusive em ações do Programa Saúde na Escola - PSE (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017). Em estudo envolvendo enfermeiros atuantes em equipes de ESF de dois municípios de um estado do Nordeste brasileiro a palestra foi a metodologia mais evidenciada (OLIVEIRA et al., 2016).

Borges et al. (2010) avaliaram o impacto de palestras educativas sobre prevenção e diagnóstico das principais IST e do câncer de colo do útero entre adolescente do sexo feminino do ensino fundamental e defendem que as palestras

educativas são iniciativas de baixo custo e capazes de reverter a situação de alienação das escolares em relação aos temas. No entanto, o desenho do estudo não permitiu avaliar se houve de fato melhoria no conhecimento e/ou mudanças de atitudes relacionadas às IST.

Sendo uma estratégia intensamente utilizada no contexto educativo em saúde, Souza (2011) discute possibilidades de dar um novo significado à palestra. A autora considera que a palestra é uma conferência breve sobre assunto científico ou literário. E, entende que ressignificar essa estratégia está atrelada a integração de outras estratégias à ela, transformando-a num “colóquio dialógico” ou “encontro dialógico”.

Nas UBS, algumas estratégias educativas, que buscam se distanciar do tradicionalismo e consideradas eficientes para abordagem de temas associados à prevenção das IST/HIV/AIDS são: o aconselhamento coletivo, a demonstração do uso do preservativo e exibição de vídeos educativos seguidos de debates (BRASIL, 2006). Uma revisão realizada por Ferreira et al. (2013) revelou a discussão em grupo e instrução individual foram as estratégias predominantemente utilizadas nas intervenções educativas por enfermeiros para prevenção das IST/Aids entre adolescentes.

Quanto ao material educativo, evidencia-se o uso de alguma ferramentas pedagógicas, quando disponível nas UBS e instituições de ensino, como álbum seriado, vídeos, slides, cartazes, panfletos, cartilha educativa, modelo de pelve e prótese peniana, entre outros (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; OLIVEIRA et al., 2009; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012; FERREIRA et al., 2013; BEZERRA et al., 2014). Sousa, Esperidião e Medina (2017) ao avaliarem o trabalho educativo no âmbito do PSE verificaram que os recursos didáticos limitaram-se ao uso de cartilhas e cartazes sobre prevenção de doenças.

Dificuldades de usuários de centro de saúde relacionadas ao conhecimento sobre IST e de compreensão de folheto disponibilizado pelo ministério da saúde são evidenciadas no estudo de Thomaz et al. (2019), onde 70% dos participantes obtiveram resultados insatisfatórios, apontando que o material escrito era de difícil entendimento.

Os modelos didáticos tridimensionais têm sido inseridos em vários contextos para facilitar tanto o ensino quanto a aprendizagem. Bezerra, Baltar e Brandão

(2019) apresentam propostas para a abordagem de diversos temas no ensino de ciências e biologia. Para promoção da saúde com ênfase nas parasitoses os modelos didáticos foram usados como ferramenta educativa na escola (ELIAS; OLIVEIRA, 2018). Nessa mesma direção, Faccioni, Silva e Calisto (2018) propuseram a confecção de modelos didáticos para abordagem sobre o diabetes no ensino superior.

A fim de aproximar o ensino sobre saúde, no contexto das IST, a um modelo de ensino transformador, estratégias mais dinâmicas têm sido exploradas, tais como, o uso de jogos educativos (BARBOSA et al., 2010; LIMA et al. 2014), realização de projetos em parceria com a universidade (FIGUEIREDO et al., 2014; CUNHA; CRUZ; BEZERRA, 2016), oficinas didáticas utilizando metodologias problematizadoras (GUBERT et al. 2009; BESERRA et al., 2011; MARTINS et al., 2014; De PAULA et al., 2013), rodas de conversa (VEIGA et al., 2018), círculo de cultura (GUBERT et al. 2009; BESERRA et al., 2011), entre outras possibilidades.

No que se refere a material educativo para a abordagem da sífilis, Silva (2018) elaborou e validou quanto à aparência e conteúdo um vídeo educativo, o qual poderá ser utilizado como ferramenta tecnológica em ambientes virtuais e em sala de espera nos serviços de saúde. Buscando ressignificar o uso de folhetos como ferramenta de informação sobre IST, incluindo a sífilis, Thomaz et al. (2019), propõem o uso da técnica de cloze para possibilitar uma melhor compreensão do material educativo escrito.

Brito et al. (2016) elaboraram e aplicaram cartilha educativa sobre sífilis gestacional para gestantes com e sem sífilis obtendo resultado positivos concernentes ao acesso à informação. No caso de Beck (2017) houve a confecção de cartilha informativa sobre IST com ênfase na sífilis gestacional, mas não foi avaliada sua aplicabilidade. Por outro lado, Costa C. (2016) validou e avaliou o efeito de uma cartilha sobre o conhecimento, atitudes e práticas relacionadas a transmissão vertical da sífilis, comprovando sua eficácia e que recurso pode ser utilizado de forma complementar facilitador nas atividades de educação em saúde.

Santos et al. (2019) apresentam proposta de construção e validação de álbum seriado sobre sífilis adquirida para adolescente, estudo que encontra-se em fase de desenvolvimento. Os autores consideram um trabalho inovador por ser o primeiro

estudo que objetiva validar um álbum seriado que atenda as necessidades de ensino-aprendizagem sobre o tema no ambiente escolar.

Diante da literatura apresentada é perceptível que as estratégias educativas inovadoras, incluindo materiais didáticos, são ferramentas importantes no processo de educação em saúde na escola e na comunidade, pois melhora o acesso à informação, a sensibilização em relação ao tema e dar suporte ao profissional que atua como educador. No entanto, no que se refere à prevenção e controle da sífilis e de outras IST percebe-se que é necessário explorar tecnologias educacionais que promovam a mudança de atitude e da prática em saúde da população de forma eficiente.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagens quantitativa e qualitativa realizada no período de outubro de 2016 a junho de 2019. A etapa quantitativa constituiu de um estudo do tipo ecológico sobre a sífilis em gestantes e a forma congênita, enquanto que a etapa qualitativa compreendeu uma pesquisa descritiva, exploratória e intervencionista.

4.1 ESTUDO ECOLÓGICO SOBRE SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA

Para compreender o panorama da sífilis nas macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-oeste) foi realizado um estudo ecológico utilizando dados epidemiológicos agregados disponíveis no SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) do Departamento de Doença Sexualmente Transmissível (DST), Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) do Brasil (<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>). Entre agosto e novembro de 2017, nesse banco de dados de domínio público foram obtidos indicadores básicos da sífilis por macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-oeste) num período de seis anos (2010 – 2015). O ano subsequente não foi incluído do estudo por indisponibilidade de dados consolidados no sistema.

Foram coletados dados de todos os casos de sífilis em gestantes e crianças com sífilis congênita em idade <1 ano que foram relatados à vigilância nacional. Os profissionais de saúde de instituições de saúde públicas ou privadas devem preencher um formulário oficial de notificação e investigação epidemiológica para o caso notificado e inserir os dados no SINAN.

O Brasil considera sífilis congênita nas seguintes situações: nascimento vivo de qualquer idade fetal, aborto espontâneo ou natimorto nascido de uma mulher com quadro clínico ou evidência sorológica de sífilis que não foi tratada ou recebeu tratamento inadequado, incluindo parceiros não tratados; indivíduo com menos de 13 anos de idade com aumento dos títulos não treponêmicos ao longo do tempo, um título reativo não treponêmico após 6 meses de idade, testes treponêmicos reativos após 18 meses de idade ou um título reativo não treponêmico maior do que o materno; uma criança com quadro clínico, líquido cefalorraquidiano ou evidência

radiológica de sífilis; ou evidência microbiológica de *T. pallidum* na placenta umbilical, amostra de lesão, biópsia ou necropsia de uma criança, feto abortado espontaneamente ou bebê natimorto (BRASIL, 2016; PAZ et al., 2005), conforme descrito pela Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO, 2017).

Considera-se o aborto espontâneo devido à sífilis como perda gestacional com menos de 22 semanas de gestação ou feto com peso <500 g de uma mulher com sífilis que não receberam tratamento ou receberam tratamento inadequado. Enquanto, natimorto sífilítico como morte de um feto com mais de 22 semanas de gestação ou feto com peso > 500 g de uma mulher com sífilis que não recebeu tratamento ou recebeu tratamento inadequado (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2016). Foram excluídos dados para uma determinada variável se ele foi ignorado ou não incluído no formulário de notificação oficial.

4.1.1 Variáveis epidemiológicas e socioeconômicas

A SC foi avaliada por meio das seguintes variáveis: taxa de detecção de SG (por 1.000 nascidos vivos - NV), escolaridade materna, casos de SC segundo realização do pré-natal, casos de SC segundo esquema de tratamento materno e casos de SC segundo realização do tratamento do parceiro materno e testes realizados para SG; taxa de detecção de SC em menores de um ano (por 1.000 NV), taxa de mortalidade em menores de um ano por SC (por 100.000 NV), taxa de aborto (por 100.000 NV), taxa de natimorto (por 100.000 NV).

Considerou-se a morte infantil como a morte entre o nascimento e os 12 meses de idade de um filho vivo de uma mãe com sífilis, excluindo aborto espontâneo e natimorto. Foram excluídos dados para qualquer variável, se ela foi ignorada ou não foi incluída no formulário de notificação oficial.

As taxas de incidência de SC, de detecção de SG e de mortalidade estavam disponíveis no banco de dados, enquanto as taxas de natimorto e aborto por SC foram calculadas considerando a razão entre o número de casos do evento na região num determinado ano multiplicado por 100.000 e o número de NV de mães residentes na região e no ano referido. Como a notificação obrigatória para sífilis congênita está em vigor desde 1986, o banco de dados disponível é mais estabelecido (BRASIL, 2016).

A sífilis congênita foi correlacionada com as seguintes variáveis socioeconômicas, considerando o último censo de populacional do país em 2010: taxa de analfabetismo, considerando pessoas com mais de 15 anos que não sabem ler ou escrever; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é uma medida calculada com base nos parâmetros de renda (PIB – Produto Interno Bruto), educação (anos de estudo) e saúde (expectativa de vida); Índice de Gini da renda familiar *per capita*, que aponta diferenças entre o rendimento dos mais pobres e dos mais ricos; e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), ancorado em três dimensões: IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho (IBGE, 2010, IPEA, 2015, 2016).

4.1.2 Análise dos dados

Para avaliar a evolução temporal das taxas de incidência de SC foram consideradas as taxas anuais por macrorregiões e o incremento das taxas, com o intuito de verificar o crescimento da taxa ao longo do período, o qual foi calculado pela diferença entre as taxas registradas em 2015 e 2010.

Para verificar a normalidade dos dados foi utilizado o teste Shapiro Wilk, com aderência dos dados à distribuição normal. Para calcular a diferença entre as taxas, considerando o ano e região geográfica do país, utilizou-se a ANOVA *one-way* seguido pelo teste *Tukey* para identificar os pares que apresentaram significância. Para a análise bivariada, conduzida para verificar a existência de correlação entre as variáveis, foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Considerou-se o Intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5% para todos os testes. Os dados coletados foram organizados em planilha do Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft, www.microsoft.com) e as análises foram conduzidas no Stata 14.0 (StataCorp., LLC, <https://www.stata.com/company>) e no GraphPad Prism 5.0 (GraphPad Software, Inc., <https://www.graphpad.com>).

4.2 ESTUDO COM ABORDAGEM QUALITATIVA

4.2.1 Características e contexto da pesquisa

Esta etapa foi baseada nos pressupostos da pesquisa qualitativa buscando aprofundamento das percepções de profissionais da saúde e professores de ciências e biologia sobre sua prática educativa, seguindo por uma intervenção, assumindo assim, características de pesquisa ação.

A pesquisa de campo foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) denominadas UBS-1 e UBS-2, em 21 escolas municipais e 15 estaduais do município Arapiraca, agreste de Alagoas, Nordeste do Brasil. A escolha das UBS foi por conveniência, considerando o mínimo de duas equipes de saúde, estar em área urbana e a adesão ao estudo. Na época do estudo a UBS-1 contava com duas equipes de saúde que atendiam em média 7.676 pessoas, enquanto a UBS- 2 com três equipes de saúde atendendo aproximadamente 11.911 pessoas. O referido município encontra-se localizado na região central do Estado de Alagoas, entre as coordenadas geográficas 9°45'09" de latitude sul e 36°39'40" de longitude oeste (CPRM, 2005). Faz fronteira com o município de Igaci, ao sul com São Sebastião e a leste com Coité do Noia e Limoeiro de Anadia, enquanto que os municípios de Lagoa da Canoa, Girau do Ponciano e Feira Grande encontram-se a oeste (ARAPIRACA, 2017).

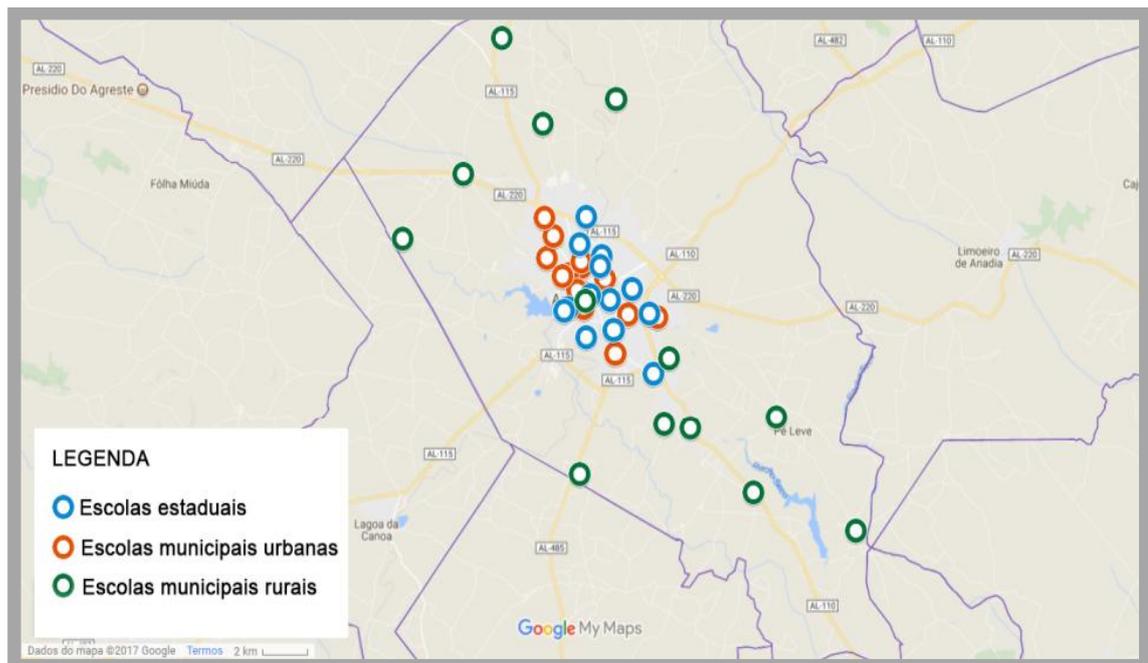
De acordo com o censo de 2010 a microrregião de Arapiraca pertencente à mesorregião Agreste Alagoano, o município de Arapiraca tem uma população de 214.006 habitantes e densidade demográfica 600,83 (hab/km²) numa área territorial de 345,655 km². A população estimada para 2017 foi de 234.185 habitantes. Considerando a população residente 164.979 pessoas professaram pertencer à religião católica. O salário médio mensal em 2015 era de 1,6 salários mínimos, mas foi observada uma proporção de 17,9% pessoas ocupadas em relação à população total. Em 2010, o município apresentou um índice de desenvolvimento humano municipal (IDHN) de 0,649, situado na faixa de desenvolvimento médio (IDHM 0,6-0,699). A educação é a dimensão que mais tem crescido em números absolutos (IBGE, 2017, IPEA, 2013).

Em 2010, a taxa de escolarização de Arapiraca na faixa de 6 a 14 anos de idade foi de 95,9%. Os alunos dos anos iniciais e dos anos finais do ensino fundamental na rede pública obtiveram no IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) de 2017 notas médias 5,0 e 4,0, respectivamente (IBGE, 2017).

Conforme dados do censo escolar 2016 e atendendo à educação básica, o município de Arapiraca conta com uma escola federal, 16 estaduais, 87 municipais e 54 privadas (INEP, 2017), no entanto, de acordo com dados obtidos nas visitas às escolas e confirmados pela Gerência Regional de Ensino da Secretaria de Educação do estado uma das escolas estaduais foi municipalizada, totalizando 15 escolas estaduais localizadas na zona urbana, com atuação dos professores de biologia.

Considerando a rede pública, o ensino fundamental II, onde estão alocados professores de ciências, é ofertado por dez (10) escolas estaduais e vinte e seis (26) municipais, destas 13 urbanas e 13 rurais. Na figura 1 consta a distribuição destas escolas no município.

Figura 1- Distribuição das escolas públicas urbanas e rurais do município alvo do estudo, que ofertam ensino fundamental II e médio, Alagoas, 2017.



Fonte: Autor próprio, elaborado com a ferramenta *Google My Maps*.

Com relação à saúde, o município de Arapiraca possui 40 unidades básicas de saúde distribuídas em cinco (05) distritos sanitários, 67 equipes de saúde e 555 ACS. Em relação ao Programa de Saúde na Escola (PSE), das 26 escolas

municipais que oferecem ensino fundamental II, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, no final de 2017, dezessete escolas encontravam-se cadastradas no programa, sendo 10 urbanas e 07 rurais.

4.2.2 Profissionais participantes do estudo

Profissionais das unidades de saúde

No período do estudo, a UBS-1 contava com 35 profissionais da saúde e a UBS-2 com 44, excluindo os profissionais do setor administrativo e serviços diversos. Logo, todos os profissionais da saúde atuantes nas UBS investigadas poderiam ser informantes, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: integrar uma equipe de saúde e estar atuando na mesma há pelo menos seis meses. Esse período é importante, pois se acredita que é necessário um tempo de atuação do profissional junto à mesma comunidade para que a equipe possa conhecê-la, e assim conseguir implantar e implementar ações educativas como base nas necessidades da população de sua área de abrangência.

Os profissionais que se encontravam de licença médica, estavam exercendo outra função ou se recusaram a participar do estudo, foram excluídos do estudo, sendo investigados 58 profissionais das duas unidades básicas de saúde, sendo 28 da UBS-1 e 30 da UBS-2.

Professores da educação básica

Inicialmente, foi obtida a relação dos professores por escolas na Secretaria Municipal da Educação e na 5ª Gerência Regional de Ensino (GERE) e, posteriormente, realizada a visita às instituições de ensino para aplicação do instrumento de coleta de dados. No período do estudo foram contabilizados aproximadamente 78 professores de ciências em escolas municipais e 30 professores de ciências e biologia. Todos os professores de ciências e biologia, atuantes em escolas municipais ou estaduais do município investigado poderiam ser informantes, desde que estivessem atuando em sala de aula durante um período mínimo de seis meses.

Foram excluídos os profissionais que se encontravam de licença médica, os que estavam atuando na gestão ou setor administrativo e os que se recusaram a participar do estudo. Desta forma, participaram do estudo 66 professores de ciências e de biologia, sendo 24 de escolas estaduais e 42 de escolas municipais,

4.2.3 Procedimentos para coleta e organização dos dados

Perfil e percepção dos profissionais sobre trabalho educativo em saúde

Como instrumento de coleta de dados optou-se pelo questionário semiestruturado (Apêndice A), constituído por quatro blocos: o primeiro com os dados gerais do(a) informante; o segundo para conhecer a percepção sobre saúde; o terceiro buscou explorar a percepção sobre o trabalho educativo em saúde no campo da saúde sexual e reprodutiva e as IST; e, o quarto sobre a integração entre os profissionais do serviço de saúde e da escola.

No bloco I foram incluídas as seguintes variáveis: sexo (feminino; masculino), idade coletada como variável contínua e posteriormente organizada em três faixas etárias (20-29 anos; 30-39 anos; ≥40 anos), religião (católica; evangélica; outra), nível de escolaridade (Ensino médio, Ensino superior incompleto, ensino superior, pós-graduação), tempo de atuação no serviço na UBS ou escola (<5 anos; >5 anos), Setor de atuação (EM - escola municipal, EE - escola estadual, UBS-1, UBS-2), periodicidade de integração profissional do serviço de saúde e escola no trabalho educativo.

Para compreender a percepção de saúde dos profissionais foram apresentadas no bloco II do questionário seis expressões: 1) Não sofrer de qualquer doença grave; 2) Sentimento de estar em paz comigo mesmo; 3) Desfrutar a minha vida sem sentir muito estresse; 4) Ter meus componentes do corpo funcionando bem; 5) Estar em boa condição para ser socialmente ativo; 6) Não ter necessidade de consultar um médico, para o tratamento.

As expressões 1, 4 e 6 representam uma percepção negativa da saúde (PNS) e as expressões 2, 3 e 5 representam uma percepção positiva da saúde (PPS) com base em Downie et al. (2000) citado por Jourdan et al. (2012). Desta forma, foi solicitado ao respondente que marcasse três afirmativas que mais se aproximasse

do seu conceito de saúde. Para um indivíduo ser classificado em uma das categorias deveria escolher duas ou três expressões representativas da percepção (positiva ou negativa). A leitura dessa questão foi realizada por dois pesquisadores em momentos distintos e as divergências resolvidas por um terceiro pesquisador.

Nesse contexto, para Jourdan et al. (2012) é considerado um conceito negativo de saúde aquele ancorado no paradigma patogênico, ou seja, a saúde é compreendida de forma reduzida com ênfase na doença. Enquanto, o conceito positivo está firmado no paradigma salutogênico (ANTONOVSKY, 1996), no qual a saúde é concebida de forma holística, com ênfase na qualidade de vida.

Nos blocos III e IV os questionamentos norteadores utilizados para compreender os aspectos inerentes à prática educativa dos profissionais da saúde e professores estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Indagações utilizadas para compreender aspectos sobre a prática educativa dos profissionais da saúde e dos professores.

Foco	Questionamentos
A prática educativa profissional no contexto da saúde sexual com ênfase nas IST	1) O entendimento do conceito de educação em saúde;
	2) Temas abordados em saúde sexual e reprodutiva;
	3) Metodologias de ensino utilizadas e dificuldades para abordagem das IST;
	4) IST que considera de maior relevância e formas de prevenção.
A integração entre serviço de saúde/escola	1) Como ocorre a integração entre profissionais da saúde e da educação na abordagem das IST? Destaque a importância.

Fonte: Autor próprio.

A aplicação desse questionário foi conduzida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas escolas municipais e estaduais, após consentimento livre e esclarecido dos profissionais convidados a participar do estudo, em um momento que não interferisse na atividade laboral do participante.

O conteúdo textual obtido a partir das respostas foi organizado em três *corpus*: 1) o primeiro com foco nas práticas educativas os profissionais da saúde e por sua vez incluindo as respostas apenas dessa categoria profissional; 2) o segundo com as respostas dos professores de ciências e biologia sobre sua prática

educativa; e, por fim, 3) o terceiro *corpus* sobre a integração profissional contendo as respostas dos profissionais da saúde e professores.

Elaboração e avaliação de kit de modelos didáticos sobre sífilis

Para compor um kit didático a fim de explorar o tema sífilis foram confeccionados modelos didáticos tridimensionais de estruturas do organismo humano apresentando lesões ou não, bem como do agente etiológico da sífilis. A maioria das peças didáticas foi construída utilizando a técnica de modelagem em *biscuit* como descrito por Bezerra, Baltar e Brandão (2019) associada a outras técnicas artesanais como o papel machê, que constitui de uma mistura de papel, água e cola branca.

Para isso, foram usados os seguintes materiais: massa de porcelana fria na cor natural, tinta para tecido, verniz líquido e em spray para acabamento, pincéis artesanais de tamanhos diferentes, rolo de PVC (Policloreto de vinil) para abertura da massa, cola para porcelana fria, vaselina e materiais alternativos (isopor, papel higiênico, algodão, palito) de acordo com a necessidade de cada peça. As lesões foram modeladas utilizando papel machê.

Para construção do modelo representacional da bactéria (*T. pallidum*) foram utilizados os seguintes materiais: folha de EVA (Etil, Vinil e Acetato) na cor vermelha, espiral de plástico para encadernação (09 mm), fita adesiva amarela, cartolina guache vermelha, fita dupla face, papel contato transparente, agulha e linha de nylon para costura.

O detalhamento das lesões e do agente causal foi realizado recorrendo à imagens disponíveis na literatura (DORADO, et al., 2014; WAGENLEHNER et al. 2016), bem como, à imagens de domínio público, disponíveis na internet.

As peças didáticas foram elaboradas pela pesquisadora, no Laboratório de Práticas Pedagógicas em Ciências Biológicas e da Saúde (LPPCBioS) da Universidade Federal de Alagoas – *Campus* Arapiraca, com apoio de dois estudantes do curso de Ciências Biológicas da referida instituição de ensino superior (IES). O kit de modelos didáticos sobre sífilis foi constituído pelos seguintes elementos: 09 peças didáticas representacionais devidamente etiquetadas e acondicionadas em sacolas plásticas transparentes (01 modelo representando a

bactéria *T. pallidum*, 01 modelo de lesão primária, 02 modelos de lesão secundária, 01 modelo de lesão terciária, 02 modelos de bebês com lesões congênitas, 01 modelo de cérebro, 01 modelo de coração); 02 fichas orientadoras com imagens dos modelos e a descrição das peças didáticas, devidamente plastificadas (Apêndice B), 01 maleta de polipropileno (38 x 28 x 4,5 cm) devidamente identificada (Figura 2). Foram confeccionados três kits didáticos, um foi doado à UBS participante da avaliação do material e os outros ficaram de posse da pesquisadora principal para serem utilizados em pesquisas futuras e socialização com outros profissionais.

Figura 2 – Componentes do kit de modelos didáticos para abordagem da sífilis.



Fonte: Autor próprio.

A avaliação do kit didático foi conduzida na UBS-2, a qual foi escolhida dentre as duas unidades investigadas no presente estudo por possuir o maior número de equipes de ESF. Participaram dessa etapa do estudo 10 profissionais do serviço de saúde (três da enfermagem e sete ACS) representantes das três equipes da referida UBS, bem como, três enfermeiras de uma instituição pública federal, localizada

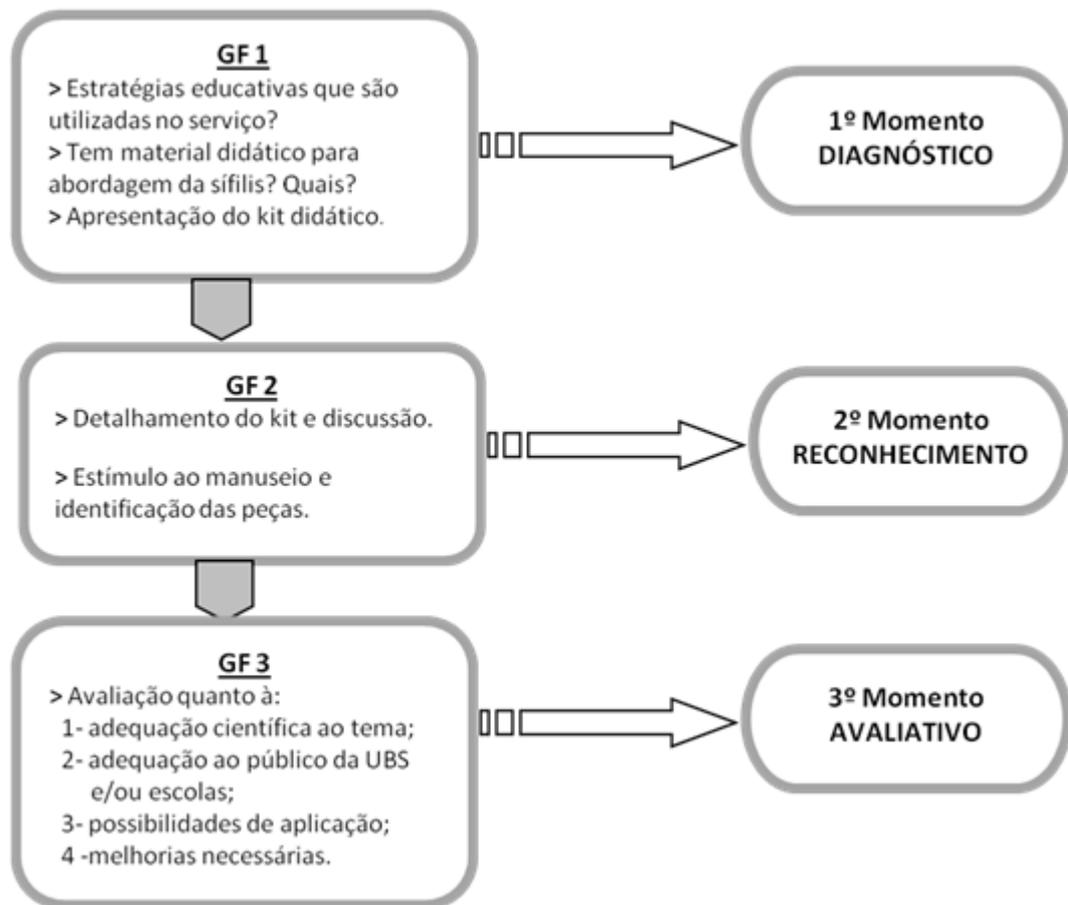
no município, que estavam estagiando no serviço de saúde e inseridas nas equipes. Apenas uma das enfermeiras, recente na unidade e as estagiárias não haviam participado da etapa exploratória anterior. Devido às demandas do serviço não foi possível a participação de outros profissionais.

Foi aplicada a técnica de Grupo Focal (GF), a qual tem sido utilizada como ferramenta de avaliação e diagnóstico no campo educativo (RESSEL et al. 2008; IERVOLINO; PELICIONE, 2001), aspectos que determinaram a escolha desse método de coleta de dados.

Foram realizados três encontros de aproximadamente de 2h cada, em uma sala localizada nas dependências da UBS, sempre iniciando com uma dinâmica para procurar deixar os participantes descontraídos e possibilitar maior participação nas discussões. Cada momento teve uma finalidade, o primeiro diagnosticar o contexto, o segundo reconhecer o kit educativo e o terceiro foi avaliar o kit. Apenas os participantes e pesquisadores estavam presentes durante os encontros.

A técnica de GF foi conduzida pelo moderador (pesquisador principal), um observador e um assistente de gravação, durante aproximadamente 50 a 60 minutos. Todo o processo foi gravado utilizando um gravador de voz, posteriormente o áudio foi transcrito e revisado. Algumas questões discutidas no primeiro momento eram retomadas nos posteriores, mas a repetição de informações evidenciava a saturação dos dados. A figura 3 apresenta os detalhes em relação aspectos que nortearam cada momento.

Figura 3 – Aspectos norteadores dos grupos focais (GF) para avaliação do kit de modelos didáticos sobre sífilis.



Fonte: Autor próprio.

Ao final de cada encontro os condutores compartilharam as principais impressões verbais e não verbais dos participantes, as discussões e sensações promovidas durante a atividade e as principais ideias que surgiram. As opiniões dos participantes obtidas nos GF foram organizadas num *corpus* textual único para ser submetido à análise conteúdo e assim revelar o resultado da avaliação do kit de modelos didáticos para abordagem da sífilis.

Construção coletiva de material didático durante curso de capacitação

Participaram desta etapa 10 profissionais da UBS-2 (três enfermeiro(a)s e sete ACS) e duas estagiárias da enfermagem. Por conta das demandas no serviço outras categorias profissionais ficaram impossibilitadas de participar, inclusive para

os auxiliares de saúde bucal que estavam participando de um processo seletivo, o que representava renovação dessa categoria profissional no setor.

O curso “Propostas educativas para abordagem da sífilis no contexto da atenção básica” foi organizado em três momentos conduzidos considerando os pressupostos da andragogia (SOMERA; JUNIOR; RONDINA, 2010; PETERLE et al., 2014) e da problematização explorando a comunicação dialógica e a contextualização do fenômeno estudado, a sífilis, aliada a reflexão crítica da realidade vivida pelos participantes de forma individual e/ou coletiva, seguindo o proposto por Paulo Freire (FREIRE, 1997)

A atividade foi realizada em uma sala da própria UBS, na qual os participantes foram organizados em semicírculo e os pesquisadores intercalados entre os profissionais. Após a apresentação da equipe de pesquisa e do objetivo do estudo, houve a realização de uma dinâmica a fim de possibilitar maior interação entre os participantes, seguido da assinatura do termo de compromisso e a coleta de informações específicas como: formação, sexo, idade, tempo de atuação na unidade, se já realizou abordagem educativa da sífilis e sobre a utilização de dinâmicas ou jogos educativos.

Após essa etapa, a fim de subsidiar a elaboração de material educativo para abordagem da sífilis foi salutar compreender o contexto da prática educativa em saúde desses profissionais no âmbito da atenção básica. Para tanto, foi empregada a técnica de Grupo Focal (GF) como descrito Ressel et al. (2008), o qual foi conduzido utilizando as seguintes questões orientadoras: 1) Com relação à prevenção e controle da sífilis explique como você realiza o trabalho educativo na UBS e na comunidade; 2) Que estratégias educativas você utiliza? Essas estratégias têm levado as pessoas a adotarem uma postura positiva em relação a prevenção e controle da sífilis? Por que?; 3) Fale sobre as dificuldades enfrentadas na realização do trabalho educativo com foco na sífilis. A fim de explorar melhor o contexto foram realizadas duas sessões de aproximadamente 60 minutos cada, de forma que a saturação dos dados foi observada a partir da repetição do conteúdo na segunda sessão. Durante o GF estavam presentes apenas os pesquisadores e os profissionais participantes.

Na sequência teve início a construção coletiva de material educativo. Como ponto de partida, foi socializada uma ideia inicial de uma dinâmica comum utilizando

como elementos auxiliares placas confeccionadas artesanalmente contendo de um lado a palavra “mito” e do outro, “verdade” entregues a cada participante. Um dos participantes recebeu uma sacola com cartões contendo seis afirmativas sobre a sífilis, propostas pelos pesquisadores. Um dos participantes (enfermeiros) foi convidado a para ser o facilitador da dinâmica. Ao retirar cada cartão e fazer a leitura da afirmativa, os demais participantes deveriam levantar a placa indicando se considerava a afirmativa um mito ou uma verdade. Com base nas respostas, aquela afirmativa era discutida com o grupo.

Buscando contextualizar a proposta educativa apresentada, de forma coletiva, os profissionais foram motivados a fazer as observações e opinaram sobre a estrutura dos componentes da atividade (placas, cartões e acondicionamento das peças), quantidades de placas e cartões de afirmativas. Em seguida, analisaram as afirmativas contidas nos cartões, fizeram ajustes necessários quanto à linguagem e conteúdo de acordo com a vivência na UBS e na comunidade. Com base na discussão gerada pelo GF elencaram outros aspectos da sífilis que deveriam ser destacados nas afirmativas, a fim de deixar a estratégia didática mais próxima da realidade da comunidade atendida. Optaram por eleger um relator para registrar em um formulário (Apêndice C) entregue pelos pesquisadores as discussões e ajustes propostos pelo grupo.

Após ajustes na estrutura das placas e cartões, na inclusão de novas afirmativas propostas pelos participantes e na forma de acondicionamento das peças, etapa realizada pela equipe de pesquisa, num segundo momento do curso, os profissionais fizeram uma releitura da proposta didática permeada pela discussão e construção coletiva. Na oportunidade foram realizados novos ajustes, os quais foram registrados e entregues aos pesquisadores para organização da versão final da dinâmica denominada - *Sífilis – o que preciso saber?*

Foram confeccionadas vinte placas utilizando cartolina guache nas cores verde e vermelha cortada em quadrado (14 x 14 cm), com as palavras falsa (face vermelha) e verdadeira (face verde), associadas a imagem de uma mão com indicação de negativo e positivo, impressos em papel A4. Utilizou-se palito de churrasco revestido por canudo como haste da placa e papel contato para revestimento. Para colagem das peças foi usada a fita dupla face. Dezesesseis afirmativas, oito falsas e oito verdadeiras, com imagens relacionadas aos aspectos

abordados foram impressas frente e verso em papel ofício meia página para compor cada cartão (20 x 15 cm) que posteriormente foi plastificado e colocado em uma pasta plástica com tramas em nylon (33 x 28 cm) com zíper. Foram utilizadas imagens de domínio público, localizadas em sites através de busca via google imagens (<https://www.google.com/imghp?hl=pt-PT>). Uma ficha de orientação didática impressa em papel cartão A4 frente (descrição dos componentes da dinâmica) e verso (relação das afirmativas dos cartões), plastificada, foi adicionada ao kit (Apêndice D). Os elementos da dinâmica foram acondicionados em uma maleta de polipropileno (38 x 28 x 4,5 cm), devidamente identificada (Figura 4).

Figura 4 – Elementos do kit elaborado coletivamente pelos profissionais da atenção básica para abordagem sobre a sífilis.



Fonte: Autor próprio.

No terceiro encontro o material finalizado foi socializado com os profissionais, que através de um GF com duração de aproximadamente 50 minutos, avaliaram a oficina e expressaram sobre a experiência na participação ativa na idealização da dinâmica para abordagem da sífilis na UBS e na comunidade. Ao final da atividade

cada equipe recebeu um kit da dinâmica (Figura 5) para incorporar no trabalho educativo desenvolvido no serviço de saúde. Foram construídos dois kits extras que ficaram de posse da pesquisadora para socialização com outros atores durante atividades de educação em saúde com ênfase na sífilis.

Figura 5 – Kits da dinâmica (*Sífilis, que preciso saber?*) entregues a cada equipe de saúde da unidade básica para utilizar como recurso educativo.



Fonte: Autor próprio.

As discussões geradas pelos GF foram gravadas em áudio, transcritas, checadas, revisadas pelos pesquisadores e organizadas em um *corpus* textual, para posterior análise do conteúdo.

4.2.4 Considerações bioéticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas – UFAL (CAAE nº 58597716.0.0000.5013) atendendo a Resolução 466/2012. Os profissionais convidados a participar do estudo receberam as informações referentes à pesquisa antes de assinarem o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato dos participantes foi mantido, sendo identificados utilizando o código PE para os profissionais da educação e PS para os profissionais da saúde, seguido da ordem do questionário (01, 02,..., 66) o local de atuação profissional (UBS-1; UBS-2; EM – escola municipal; EE – escola estadual) e/ou categoria profissional. No caso dos profissionais participantes da avaliação e construção coletiva de kits didáticos utilizou-se a mesma codificação, porém receberam nova sequência numérica.

Os profissionais participantes da intervenção com os materiais educativos participaram da formação para uso dos kits didáticos e a unidade de saúde foi beneficiada com um kit de modelos didáticos tridimensionais em *biscuit* sobre sífilis e três kits da dinâmica *Sífilis, o que preciso saber?* (Apêndice E) para serem utilizados pelos profissionais da ESF na formação continuada das equipes de saúde e no trabalho educativo para abordagem da sífilis.

4.2.5 Processamento e análise dos dados qualitativos

As variáveis qualitativas foram tratadas com estatística descritiva, enquanto os dados subjetivos foram submetidos à análise temática do conteúdo (BARDIN, 2011; MINAYO, 2012; 2014). Os *corpus* textuais foram processados no *software* IRaMuTeq versão 0.7 alpha 2 (RATINAUD, 2009), sendo utilizado como suporte estatístico o programa R versão 3.1.2.

Durante a organização de cada *corpus* textual, as respostas incompletas e as que não atendiam ao questionamento foram desconsideradas. Para cada resposta utilizou-se uma linha de comando específica (**** *Ind_PS1 *Cat_Enf *UBS_1) de acordo com o grupo de profissionais investigado afim de identificar o responde, seguindo orientações de Camargo e Justo (2016). Foi realizada a adequação ortográfica e gramatical, padronização de termos e uso de *underline* para palavras compostas presentes nos textos tais como: parceiros_sexuais, qualidade_de_vida, atividades_educativas, kit_didático, entre outras. O termo doenças sexualmente transmissíveis foi substituído por infecções sexualmente transmissíveis, nomenclatura recentemente atualizada (UNAIDS, 2017). Cada arquivo foi salvo em arquivo do bloco de notas (*.txt), utilizando a codificação UTF-8.

A revisão pareada do *corpus* foi realizada antes e após o carregamento do arquivo no programa. Nas análises textuais foram consideradas como formas ativas os adjetivos, substantivos, verbos e as formas não reconhecidas, ou seja, as palavras que foram unidas por *underline*. Para determinação das categorias temáticas a partir do *corpus* textual, utilizou-se o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), considerando um aproveitamento das Unidades de Contexto Elementar (UCE) em no mínimo 75% como preconizado (CAMARGO; JUSTO, 2016) e valores significativos de Qui-quadrado (X^2)>3,8 e $p<0,05$ (REINERT, 1990). A ferramenta nuvem de palavras foi utilizada para exposição ampla dos termos presentes em cada *corpus* textual obtido, enquanto a análise de similitude foi empregada para mostrar a relação entre os termos presentes na avaliação do kit de modelos didáticos pelos profissionais da saúde.

Na pesquisa qualitativa em saúde, a categorização através da CHD tem sido explorada e recomendada para dar suporte à análise temática do conteúdo (SOUZA et al., 2018). No entanto, a análise, as reflexões e as interpretações do conteúdo foram conduzidas pelos investigadores considerando as temáticas prévias e as que emergiram das respostas fornecidas pelos dois grupos informantes do *corpus* textual, as quais foram-discutidas à luz de referencial teórico pertinente.

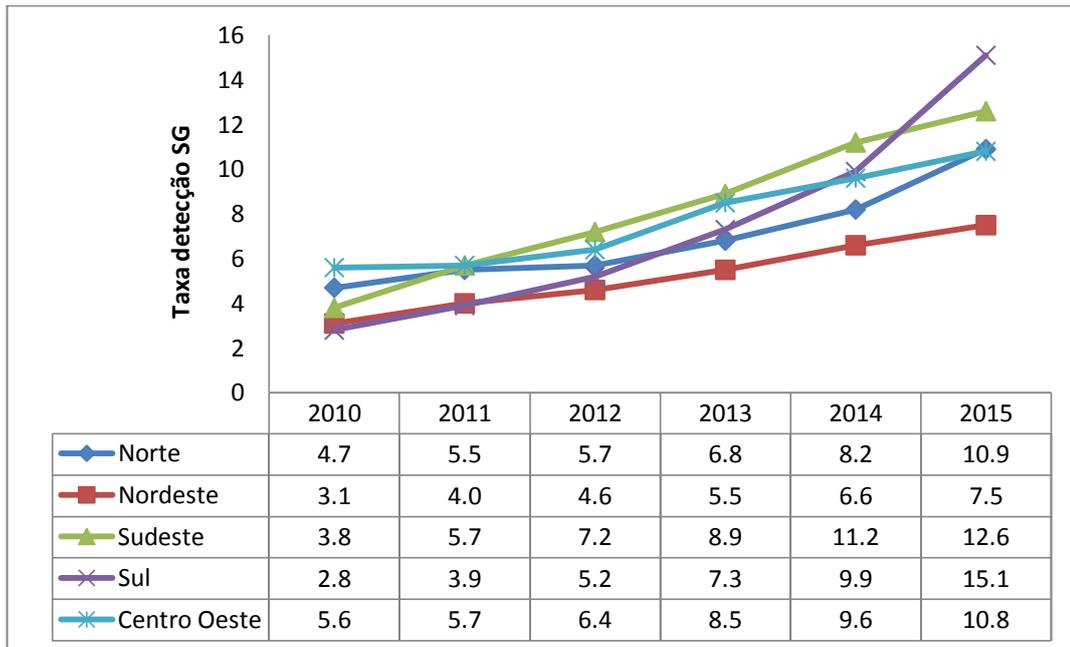
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA EM ASCENSÃO NO BRASIL

No período compreendido entre 2010 a 2015, foram notificados no Brasil 120.444 casos de sífilis em gestante (SG). De acordo com a vigilância epidemiológica, em 2015, no país 24,6% das gestantes com sífilis estavam na faixa etária entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2016). A busca por acompanhamento médico em caso de gravidez na adolescência, geralmente ocorre tardiamente (BRASIL, 2014a). Nonato, Melo e Guimarães (2015) destacam que a gravidez indesejada e na adolescência contribuem para o início tardio do pré-natal, ampliando a problemática do controle da sífilis. Neste sentido, Rodríguez-Cerdeira e Silami-Lopes (2012) destacam a importância dos países em desenvolvimento investirem no cuidado pré-natal e realizarem o diagnóstico e tratamento precoces da sífilis.

Com relação à evolução das taxas de detecção de SG nas cinco regiões do Brasil observou uma elevação contínua. Os maiores aumentos nas taxas de detecção da forma gestacional foram evidenciados no Sul (12,3 casos/1.000 NV) e no Sudeste (8,72 casos/1.000 NV). Na figura 6 é possível notar que em 2010 e 2011 o Centro-Oeste apresentou a maior taxa de notificação de SG, nesse último ano o Sudeste evidenciou taxa similar. Nos três anos subsequentes, o Sudeste avança com as maiores taxas registradas, mas em 2015 a região sul assume a liderança na detecção de SG.

Figura 6 - Taxas de detecção de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, no período de 2010 a 2015.



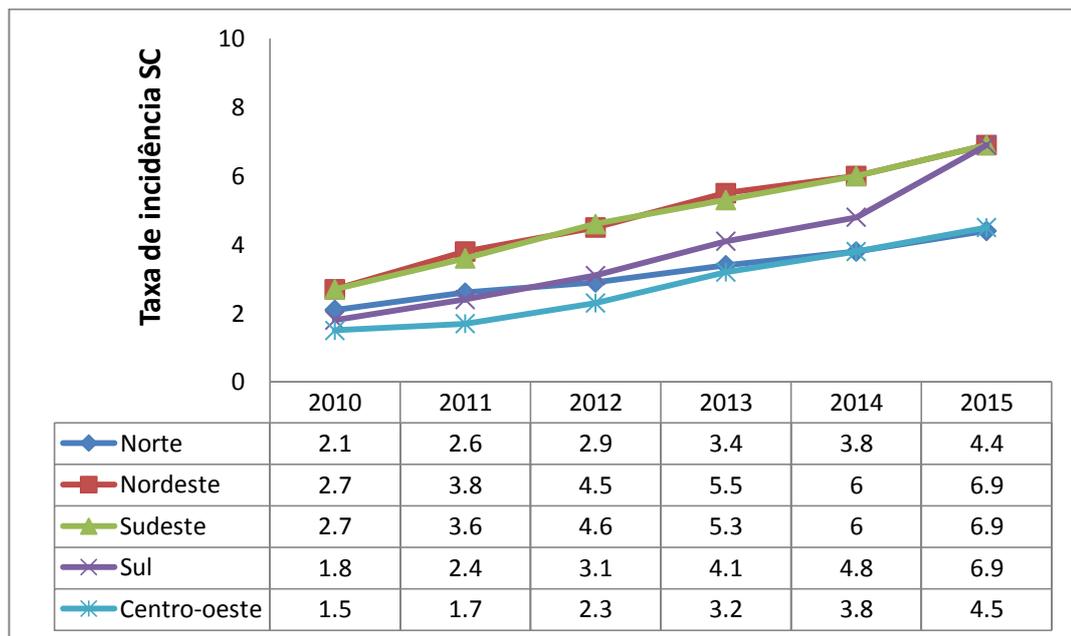
Fonte: Autor próprio, com base nos dados do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

Uma das explicações para o aumento do número de casos de SG, de acordo com o MS brasileiro (BRASIL, 2011, 2016) é o aprimoramento da vigilância epidemiológica e a ampliação da distribuição dos testes rápidos, sobretudo, com a inserção da política de saúde Rede Cegonha em 2011, estabelecida pela portaria nº 1.459, que contribuiu para aumentar a distribuição de testes rápidos para sífilis, promover melhorias no cuidado à gestante quanto ao diagnóstico e simultaneamente tem revelado a situação da sífilis no Brasil, com a finalidade, teoricamente, de obter subsídio para o controle da doença materna e congênita. No entanto, a oferta de uma assistência pré-natal insuficiente tem contribuído fortemente para manutenção da sífilis (DOMINGUES et al., 2013a; HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015; LAFETÁ et al., 2016; GUANABARA et al., 2017).

No período estudado foram registrados 77.414 casos de sífilis congênita (SC) em menores de um ano. Ao analisar as taxas de detecção de SC nas regiões brasileiras, as maiores taxas foram registradas para o Nordeste e Sudeste. Em 2015 a região Sul também se destacou com elevada taxa. Observou-se que houve uma ascensão contínua das taxas, no período investigado, com maior incremento na região sul (5,1 casos/1.000 NV), seguido pelo Nordeste e Sudeste ambos com 6,9

casos/1.000 NV, os quais apresentaram o mesmo incremento na taxa de incidência (4,2 casos/1.000 NV). O Nordeste apesar de ter apresentado a menor elevação na taxa de detecção em gestantes (4,4 casos/1.000 NV) foi a segunda região, juntamente com o Sudeste com maior crescimento da taxa de incidência da forma congênita (4,2 casos/1.000 NV), com mostra a figura 7.

Figura 7 - Taxas de incidência de sífilis congênita (SC) em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, no período de 2010 a 2015.



Fonte: Autor próprio, com base nos dados do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

Mesmo antes da implantação dos testes rápidos para sífilis através da política pública Rede Cegonha as taxas de detecção de SG e SC eram ascendentes. Em 2005, quando passou a ser um agravo de notificação, a taxa de detecção de SG era 0,5 de casos/mil NV e a taxa de incidência de SC 1,9 casos/mil NV, ou seja, três vezes maior que a detecção materna, principalmente por ser um agravo de notificação desde 1986 e possuir um banco de dados mais consolidado (BRASIL, 2016).

Em relação à taxa média de SC, houve significância estatística entre os anos investigados ($p < 0,001$), sendo a maior taxa média registrada em 2015 (5,92 casos/1.000 NV; IC95% 4,69 – 7,15). No entanto, não houve diferença significativa

($p=0,063$) entre as regiões. Porém, na região Nordeste foi evidenciada a maior taxa média de incidência de SC (4,9 casos/1.000 NV), seguido pela região Sudeste (4,85 casos/1.000 NV) e Sul (3,85 casos/1.000 NV). Ao comparar os anos, as taxas médias registradas em 2013 e 2015 apresentaram diferença significativa em relação à taxa de 2010, assim como as taxas de 2014 e 2015 comparadas à taxa média de 2011. Por sua vez, apenas a taxa registrada em 2015 foi significativa em relação à taxa de 2012. Verificou-se, portanto, que a cada triênio houve aumento significativo na taxa de incidência de SC, como observado na tabela 1.

Tabela 1- Taxa média de casos de sífilis congênita (SC) em crianças <1 ano de idade reportadas à vigilância nacional, por ano e região do Brasil, 2010-2015*.

	Número de casos, n = 77,414	Taxa média SC	**IC95%	***p-valor
Ano				
2010	6.944	2,16 ^{i, j, k}	1,67	2,65
2011	9.484	2,82 ^{l, m}	2,02	3,62
2012	11.630	3,48 ⁿ	2,55	4,41
2013	13.967	4,30 ⁱ	3,33	5,27
2014	16.161	4,88 ^{j, l}	3,87	5,89
2015	19.228	5,92 ^{k, m, n}	4,69	7,15
Macrorregião				
Norte	6.055	3,20	2,50	3,90
Nordeste	24.597	4,90	3,62	6,18
Sudeste	33.699	4,85	3,56	6,14
Sul	8.974	3,85	2,30	5,40
Centro-Oeste	4.089	2,83	1,83	3,83

*Por 1.000 nascidos vivos; ** Assumindo a distribuição de Poisson; ***ANOVA one-way, $p < 0,05$ representa significância estatística; Valores com letras sobrescritas indicam diferenças significativas. Fonte: Autor próprio.

A implantação e a ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) também representaram avanços relevantes. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, no Brasil 53,4% dos domicílios se encontravam cadastrados em unidades de saúde da família, sendo que a cobertura era maior na área rural (70,9%), se comparado com a área urbana (50,6%). Em âmbito regional, as maiores coberturas da ESF corresponderam à região Nordeste (64,7%) e a região Sul (56,2%), com atenção voltada para o Sudeste, que exibiu o menor percentual, 46,0% (MALTA et al., 2016). A expansão da ESF associada a uma

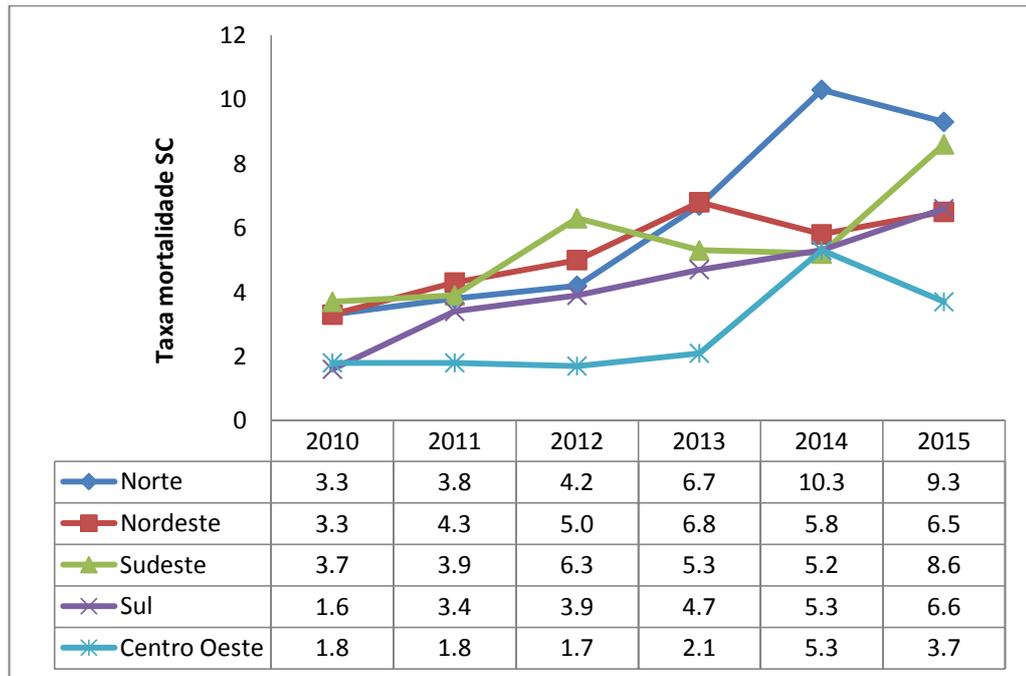
assistência primária à saúde com qualidade é fundamental para o controle e eliminação da sífilis (SARACENI; MIRANDA, 2012).

Esperava-se que as estratégias de combate à doença surtисsem efeito positivo em relação à redução das taxas de SC nas macrorregiões do país. Contudo, o aumento da taxa de incidência da SC, de acordo com os dados expostos se mostrou diretamente proporcional ao aumento da taxa de detecção da SG, quando deveria ser o inverso, caso a assistência à gestante fosse de fato continuada e abrangente.

Apesar da melhoria na detecção da sífilis materna e do acesso da gestante à atenção primária, as intervenções para controle dessa IST não têm obtido êxito, com persistência de fatores que promovem a manutenção da infecção no Brasil e a transmissão vertical. Os dados desta pesquisa mostram que o número de casos de SC tem apresentado crescimento anual significativo, alcançando em 2015 uma taxa de incidência doze vezes maior que a meta de redução a menos de 0,5 casos/1.000 NV para esse mesmo ano, compromisso assumido pelo Brasil juntamente com a Organização Pan Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2014a). Este aspecto também foi destacado por Cooper et al. (2016) quando afirmam que o Brasil apesar de apresentar progresso na detecção da doença, perdeu o foco quanto ao objetivo de eliminar a SC.

Foram registrados 906 óbitos por sífilis congênita no período investigado, com aumento contínuo das taxas de mortalidade nas regiões brasileiras, exceto pelo Norte e Centro-oeste que apresentaram diminuição em 2015, como pode ser observado na figura 8.

Figura 8 - Taxas de mortalidade por sífilis congênita (SC) em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, no período de 2010 a 2015.



Fonte: Autor próprio, com base nos dados do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

Quanto às taxas médias de mortalidade, aborto e natimorto por ano e macrorregiões, nos três eventos as taxas médias se mostraram ascendentes no período avaliado. No caso da mortalidade por SC, considerando a taxa média de óbitos em menores de um ano, houve diferença significativa em relação aos anos investigados ($p=0.0048$), entre a taxa de 2010 e as taxas de 2014 e 2015, bem como, a taxa registrada em 2011 em relação a 2015. O menor intervalo observado para o aumento significativo da taxa de mortalidade foi de três anos. As macrorregiões do país também se mostraram diferentes estatisticamente ($p=0.041$). As maiores taxas médias de mortalidade por SC foram observadas nas regiões Norte, Sudeste e Nordeste com 6,27, 5,50 e 5,28 óbitos/100.000 NV, respectivamente, mas a diferença significativa foi evidenciada apenas entre as taxas de óbito da região Norte e Centro-oeste (Tabela 2).

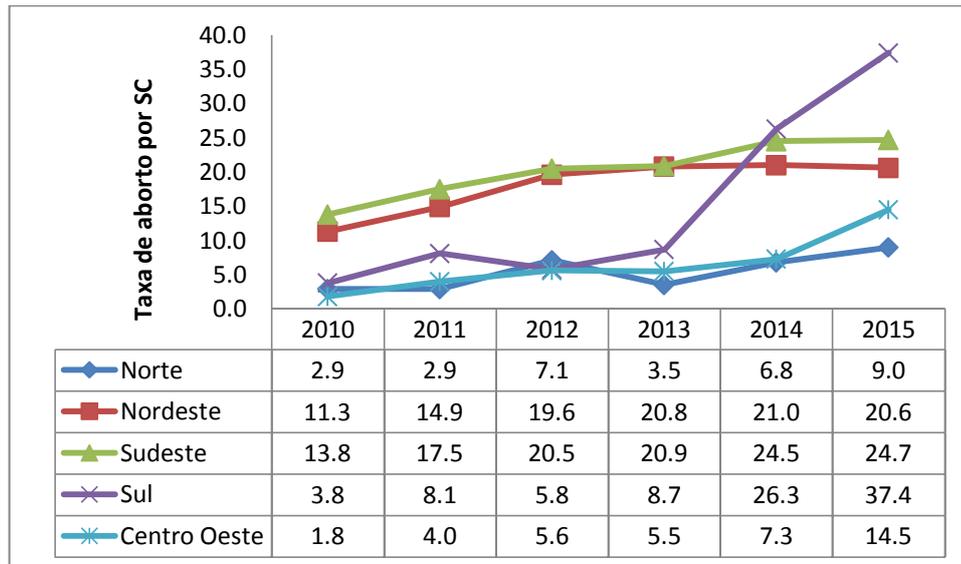
Tabela 2 - Taxa média de mortalidade (MT) por sífilis congênita (SC) em crianças <1 ano de idade reportadas à vigilância nacional, por ano e região do Brasil, 2010-2015*.

	Número de casos, n = 906	Taxa média MT SC	**IC95%	***p-value
Ano				
2010	90	2.74 ^{a,b}	1.86	3.62
2011	111	3.44 ^c	2.55	4.33
2012	147	4.22	2.68	5.76
2013	161	5.12	3.37	6.87
2014	176	6.38 ^a	4.36	8.40
2015	221	6.94 ^{b,c}	4.94	8.94
Macrorregião				
Norte	119	6.27 ^d	3.77	8.77
Nordeste	265	5.28	4.16	6.41
Sudeste	384	5.50	4.00	7.00
Sul	99	4.25	2.82	5.68
Centro-oeste	39	2.73 ^d	1.51	3.96

*Por 100.000 nascidos vivos; ** Assumindo a distribuição de Poisson; ***ANOVA one-way, $p < 0,05$ representa significância estatística; Valores com letras sobrescritas indicam diferenças significativas. Fonte: Autor próprio.

Quanto aos casos de abortos espontâneos por sífilis foram notificados 2.877 eventos, com taxas ascendentes ao longo do período. As maiores taxas são observadas no Sudeste e Nordeste, porém em 2014 e 2015 a região Sul registrou as taxas mais elevadas (Figura 9).

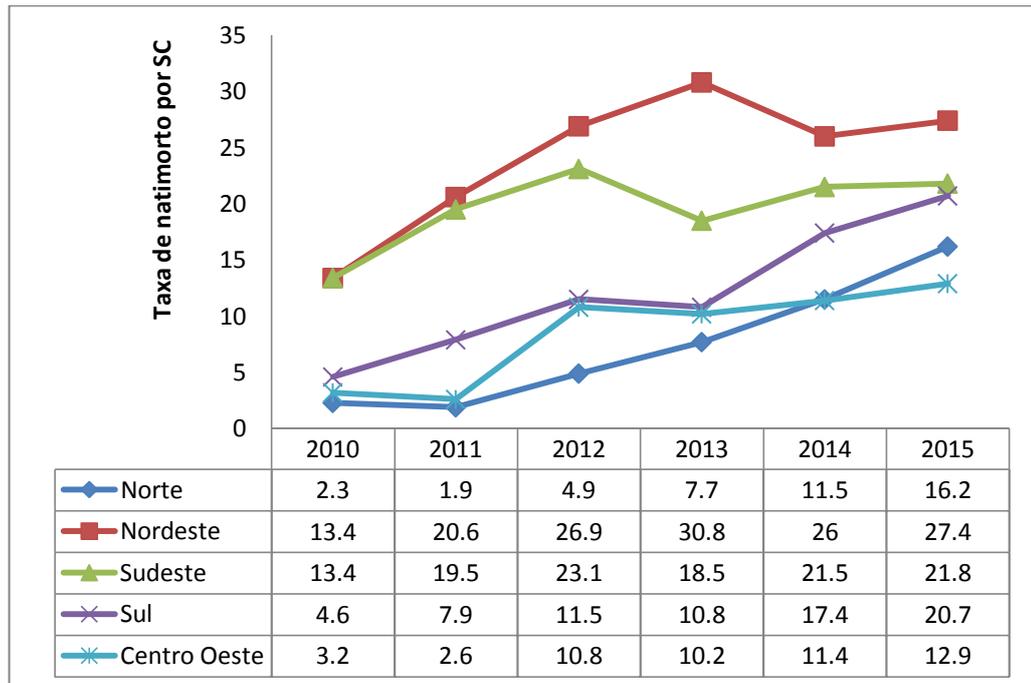
Figura 9 - Taxas de aborto por sífilis congênita (SC) em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, 2010 a 2015.



Fonte: Autor próprio, com base nos dados do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

Também se mostrou elevado o número de natimorto com registro de 3.130 casos entre 2010 e 2015. Nas regiões brasileiras as taxas se mostraram em ascensão com discretas oscilações, sendo a maior taxa registrada para o Nordeste (30,5 natimorto/100 mil NV) em 2013 (Figura 10).

Figura 10 - Taxas de natimorto por sífilis congênita (SC) em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos) nas regiões do Brasil, 2010 a 2015.



Fonte: Autor próprio, com base nos dados do Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

Apesar das elevadas taxas médias apresentadas, para aborto e natimorto não houve diferença significativa considerando os anos avaliados. Em relação às macrorregiões do país, as taxas médias de aborto e natimorto mostraram diferença com níveis de significância $p=0,002$ e $p<0,001$, respectivamente. Para aborto, as maiores taxas médias foram evidenciadas no Sudeste (20,32 abortos/100 mil NV), no Nordeste (18,03 abortos/100 mil NV) e Sul (15,02 abortos/100 mil NV). Enquanto para natimorto, Nordeste (24,18 natimortos/100 mil NV), Sudeste (19,63 natimortos/100 mil NV) e Sul (12,15 natimortos/100 mil NV) apresentaram as maiores taxas. Para os dois eventos houve diferença significativa entre as taxas registradas no Norte e Nordeste, Norte e Sudeste, Sudeste e Centro-oeste. No caso de natimorto foi observada ainda diferença entre as taxas do Nordeste e Sul, Nordeste e Centro-oeste (Tabela 3).

Tabela 3 - Taxas médias de casos de aborto (AB) e natimorto (NT) por sífilis congênita (SC), reportadas à vigilância nacional, por ano e região do Brasil, 2010-2015*

Ano	Taxa média AB por SC, n = 2.877	**IC95%	***p-valor	Taxa média NT SC, n = 3,130	**IC95%	***p-valor
2010	6,72	1,74	11,70	7,38	2,30	12,46
2011	9,48	3,54	15,42	10,50	2,24	18,76
2012	11,72	4,74	18,70	15,44	7,03	23,85
2013	11,88	4,20	19,56	15,60	6,99	24,21
2014	17,18	8,54	25,82	17,56	11,75	23,37
2015	21,24	11,34	31,14	19,80	14,73	24,87
Macrorregião						
Norte	5,37 ^{a, b}	3,19	7,54	7,42 ^{d, e}	2,74	12,09
Nordeste	18,03 ^a	14,68	21,39	24,18 ^{d, f, g}	18,98	29,38
Sudeste	20,32 ^{b, c}	16,82	23,81	19,63 ^{e, h}	16,73	22,53
Sul	15,02	3,65	26,38	12,15 ^f	7,17	17,13
Centro-oeste	6,45 ^c	2,81	10,08	8,52 ^{g, h}	4,80	12,23

*Por 100.000 nascidos vivos; ** Assumindo a distribuição de Poisson; ***ANOVA one-way, $p < 0,05$ representa significância estatística; Valores com letras sobrescritas indicam diferenças significativas. Fonte: Autor próprio.

Estudo de Lawn e colaboradores (2016) revela taxa ascendente e acelerada de natimorto até 2030. No âmbito nacional, o MS brasileiro aponta que em 2015, dentre mães de crianças com sífilis congênita 78,4% fizeram pré-natal e em 51,4% dos casos o diagnóstico ocorreu nesse período. Contudo, mais da metade das mães (56,5%) recebeu tratamento inadequado e 27,3% não tiveram acesso ao tratamento. Outro agravante se revelou na ausência de tratamento do parceiro materno em 62,3% (BRASIL, 2016). Esses dados demonstram que a identificação tardia dos casos, inadequação no manejo destes, a falta de tratamento do parceiro e tratamento inadequado dos casos identificados são fatores envolvidos na persistência da SC (DOMINGUES et al., 2013a). Ademais, segundo De La Callen et al. (2013) o tratamento adequado é fundamental no controle desse agravamento.

O tratamento mais efetivo para a sífilis continua sendo a penicilina benzatina G (NURSE-FINDLAY et al., 2017; RODRÍGUEZ-CERDEIRA; SILAMI-LOPES, 2012; WALKER; WALKER, 2007), mas outros medicamentos são alvos de estudos e algumas vezes utilizados como alternativa, tais como a amoxicilina e a ceftriaxona (KATANAMI et al., 2017). Apesar da eficácia da penicilina e acessibilidade do medicamento quanto ao custo, essa infecção continua se destacando como

problema de saúde pública (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Um dos motivos é o desabastecimento de penicilina benzatina G que tem comprometido o tratamento dos casos diagnosticados de sífilis em vários países (CDC, 2016) inclusive no Brasil (NURSE-FINDLAY et al., 2017) que tem sido impactado pela elevação da taxa de SC. Nesse sentido, Taylor et al. (2016) são enfáticos ao afirmarem que o acesso a um fornecimento seguro de penicilina benzatina deve ser alvo dos países que procuram expandir e melhorar os cuidados pré-natais, reduzir os resultados adversos da gravidez e alcançar metas de eliminação de SC.

É fato que elevação das taxas de SC é anterior ao desabastecimento da penicilina, portanto, a qualidade da assistência no pré-natal, a resistência/dificuldade das gestantes na adesão ao tratamento e de seu parceiro sexual concomitantemente, bem como, a subnotificação do agravo devem ser consideradas (DOMINGUES et al., 2013a, LAFETÁ et al., 2016).

O presente estudo mostrou aumentos contínuos nas taxas de incidência de sífilis congênita em crianças <1 ano de idade e óbito infantil por sífilis durante o período de 2010 a 2015. Também foi observado aumento das taxas de mortalidade infantil, aborto espontâneo e natimorto em várias regiões do Brasil, mesmo com a expansão da ESF e maior disponibilidade de testes rápidos para detecção precoce da doença materna. As taxas de sífilis primária e secundária em mulheres são altas no Brasil, mas não tem aumentado muito com o tempo (BRASIL, 2005b), sugerindo que altas e crescentes taxas de sífilis congênita se devem a uma melhor detecção.

Quanto as variáveis relacionadas às taxas de SC, observou-se que o aumento da taxa está correlacionado positivamente com a taxa de incidência de SG ($r=0,688$; $p<0,001$), de mortalidade por sífilis ($r = 0,679$; $p<0,001$), de aborto por sífilis ($r=0,859$; $p=0,000$), de natimorto por sífilis ($r=0,829$; $p< 0,001$), de escolaridade materna > 8 anos ($r=0,824$; $p<0,001$) e quantidade de testes realizados para sífilis gestacional ($r=0,519$; $p=0,003$). Para as demais variáveis investigadas (tratamento materno inadequado, parceiro materno não tratado, pré-natal não realizado), inclusive os indicadores socioeconômicos (taxa de analfabetismo, IDH, Índice de Gini, IVS) não foram observadas correlações.

As taxas de mortalidade, aborto e natimorto apresentaram correlação positiva com a escolaridade materna >8 anos e com a quantidade de testes realizados para sífilis em gestantes. Apenas a taxa de natimorto apresentou correlação com o pré-

natal materno não realizado ($r=0,613$; $p<0,001$) e não houve correlação desses eventos com os indicadores socioeconômicos (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlação entre taxas de casos de sífilis congênita (SC), morte, variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, Brasil, 2010-2015*.

Variáveis	Taxa incidência SC***		Taxa mortalidade em < 1 ano		Taxa Aborto		Taxa Natimorto	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Taxa de SG	0.688	<0.001	0.535	0.002	0.563	0.001	0.301	0.106
Taxa incidência SC	-	-	0.679	<0.001	0.859	<0.001	0.829	<0.001
Taxa MT por SC	0.679	<0.001	-	-	0.439	0.015	0.523	0.003
Taxa aborto por SC	0.859	<0.001	0.439	0.015	-	-	0.814	<0.001
Taxa natimorto por SC	0.829	<0.001	0.523	0.003	0.814	<0.001	-	-
EM > 8 anos	0.824	<0.001	0.505	0.004*	0.748	<0.001	0.737	<0.001
Pré-natal não realizado	0.305	0.101	0.132	0.486	0.360	0.051	0.613	<0.001
TM inadequado	0.066	0.728	0.160	0.399	0.129	0.498	0.014	0.941
PM não tratado	0.066	0.728	0.342	0.064	0.012	0.950	0.040	0.833
Testes para SG	0.519	0.003	0.419	0.020	0.511	0.003	0.727	<0.001
Taxa de analfabetismo**	0.476	0.418	0.430	0.470	0.251	0.684	0.348	0.566
IDH**	0.355	0.557	0.456	0.441	0.013	0.984	0.040	0.949
Índice de Gini**	0.323	0.596	0.604	0.281	0.096	0.878	0.103	0.870
IVS**	0.467	0.426	0.627	0.256	0.172	0.781	0.193	0.754

*Texto em negrito indica valores estatisticamente significativos, $p<0.05$; **Valores do censo de 2010; ***incluído aborto e natimorto; SG= sífilis em gestante; SC= sífilis congênita; MT= mortalidade; EM= escolaridade materna; TM= tratamento materno; PM= parceiro materno; IDH= Índice de Desenvolvimento Humano; IVS= Índice de Vulnerabilidade Social. Fonte: Autor próprio.

O fato da taxa de incidência de SC não se mostrar correlacionada com as variáveis socioeconômicas (taxa de analfabetismo, IDH, Índice de Gini e IVS) chama a atenção. Mas em estudo de coorte conduzido por Nonato, Melo e Guimarães (2015) não houve correlação entre SC e o IVS. Dados apontam que as macroregiões brasileiras se diferenciam quanto à vulnerabilidade social (IPEA, 2015), no entanto, observou-se que o aumento das taxas relacionadas à SC independe da menor ou maior vulnerabilidade social. Regiões com baixa vulnerabilidade social como Sudeste e Sul apresentaram altas taxas médias de incidência de SC, de aborto e natimorto por SC. As regiões com alta vulnerabilidade social também apresentaram taxas médias elevadas de incidência de SC (Nordeste), de mortalidade por SC (Norte), bem como, de aborto e natimorto (Nordeste).

Por outro lado, a correlação positiva entre a taxa de natimorto por SC e o pré-natal materno não realizado, fortalece a SC enquanto evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal, como indicam estudos (DOMINGUES et al., 2013a) e revela as condições precárias do cuidado à saúde materno-infantil nas macrorregiões brasileiras, possivelmente relacionadas ao diagnóstico tardio da doença e ao tratamento. Estudo realizado por Nonato, Melo e Guimarães (2015) com 353 gestantes na capital do estado de Minas Gerais na região Sudeste, demonstrou que houve correlação entre sífilis congênita e o início tardio do pré-natal, a realização de menos de seis consultas pré-natal e falha ao diagnosticar a doença durante o primeiro trimestre. Os resultados da presente pesquisa são corroborados pela metanálise de Qin et al. (2014) que descobriram que as mulheres grávidas cujo diagnóstico e tratamento da sífilis ocorreram no primeiro trimestre experimentaram resultados adversos mais altos do que mulheres sem sífilis. Além disso, essa análise mostrou que as mulheres cuja sífilis foi diagnosticada e tratada no terceiro trimestre tiveram resultados adversos na gravidez semelhante as que não receberam tratamento.

Em uma metanálise conduzida por Gomez et al. (2013) sobre sífilis materna não tratada, os autores constataram a necessidade da universalização do teste e o tratamento da sífilis na gravidez, para evitar que mais da metade dos casos de sífilis materna resultem em um desfecho adverso. Este quadro foi perceptível no Brasil quando se analisou bancos de dados de notificação separadamente. Ao relacionar os dados de SG e SC referente ao período de 2007 a 2012, estes autores verificaram que a proporção de casos de sífilis em gestantes com desfecho de sífilis congênita foi de 39,1% no Amazonas (Norte), 27,4% no Ceará (Nordeste), 19,3% no Distrito Federal (Centro-oeste), 30,8% no Espírito Santo (30,8%) e Rio de Janeiro (56,8%) ambos da região Sudeste e 32,4% no Rio Grande do Sul (Sul).

Concordando com Cooper et al. (2016) somente através da implantação/manutenção de serviços de saúde públicos de excelência a eliminação da transmissão materno-infantil da sífilis poderá ser uma realidade nas Américas. Para tanto, melhorar a alocação de recursos para a saúde pública priorizando a SC, aprimorar o rastreamento da sífilis em populações consideradas chave e aquelas de difícil acesso, investir na organização dos serviços de saúde, capacitação profissional e revisão dos procedimentos adotados na assistência pré-natal, principalmente de

gestantes adolescentes, são caminhos para eliminar esse agravo (DOMINGUES et al., 2013a, GOMEZ et al., 2013; SABIDÓ et al., 2009; SARACENI et al., 2017; VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA, 2012).

Uma limitação deste estudo refere-se ao uso de dados secundários agregados, que impossibilita a generalização dos resultados, pois, de forma consensual a qualidade dos bancos de dados epidemiológicos, é de fundamental importância para o planejamento da intervenção da sífilis (SARACENI et al., 2017; CARVALHO; BRITO, 2014). No entanto, vale destacar que em um estudo nacional (DOMINGOS; LEAL, 2016) a estimativa 2011-2012 para a incidência de SC ao nascimento (3,51 casos/1.000 NV), não apresentou diferença em relação à incidência registrada em 2011, no Sistema de Nacional de Agravo de Notificação (SINAN), o que sinaliza para melhorias no processamento das informações no sistema de saúde. Apesar dessa constatação, no Brasil, a subnotificação ainda é uma problemática (CARVALHO; BRITO, 2014; LAFETÁ et al., 2016). Não excluimos variações regionais durante a notificação dos casos, porque a qualidade dos dados fornecidos depende das condições técnicas e operacionais do sistema de vigilância epidemiológica em cada região. Esse aspecto é ainda mais preocupante, pois se há subnotificação as taxas de sífilis no país são maiores do que as informadas, acentuando a gravidade deste problema de saúde.

5.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS INVESTIGADOS

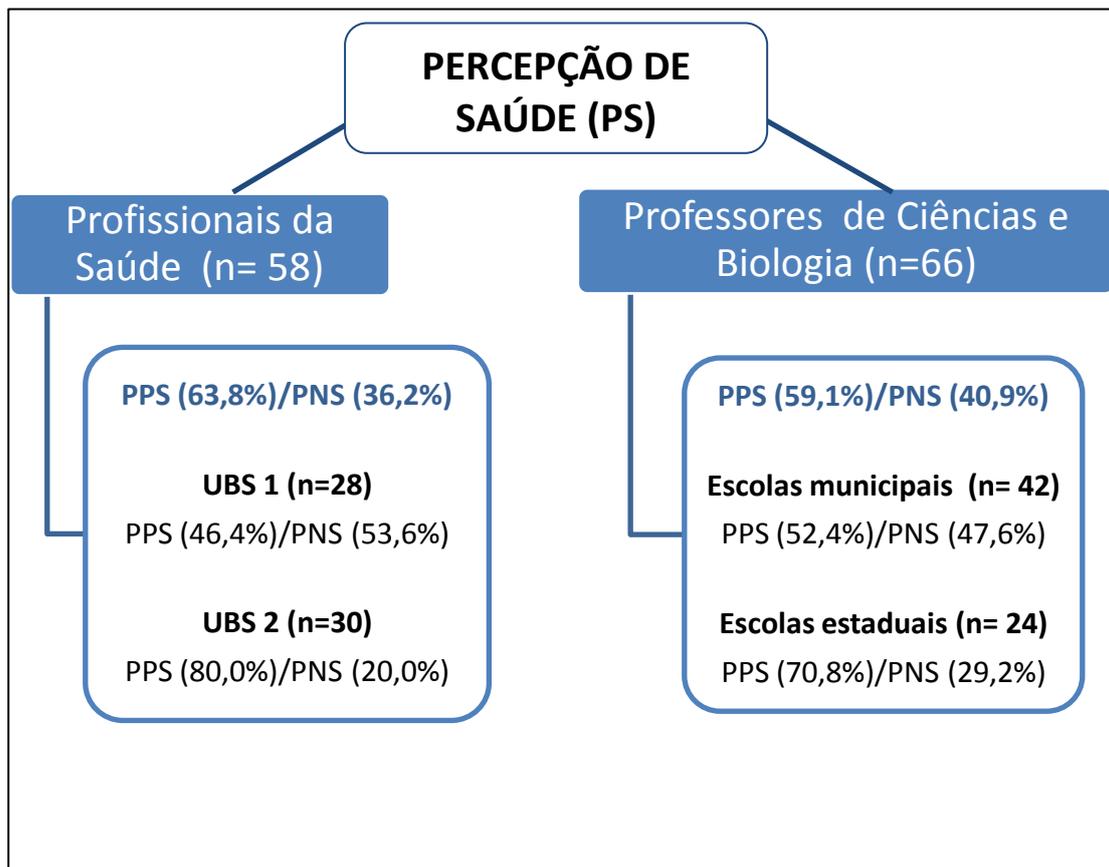
Dos 58 profissionais da saúde investigados, 28 (48,3%) pertenciam à UBS-1 e 30 (51,7%) à UBS-2, sendo 04 Médicos, 05 odontólogos, 05 enfermeiros, 03 farmacêuticos, 01, Assistente social, 03 técnicos de enfermagem, 05 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e 32 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), provenientes de cinco equipes de saúde. Entre os 66 professores de ciências e de biologia investigados 42 (63,6%) eram atuantes em escolas públicas municipais e 24 (36,4%) em escolas estaduais.

Com relação à visão sobre saúde a maioria dos profissionais das unidades básicas (63,8%) e professores de ciências e biologia (59,1%) apresentou uma percepção positiva da saúde (Figura 11), ou seja, norteadas pelo paradigma salutogênico (ANTONOVSKY, 1996) que valoriza a saúde e a qualidade de vida,

contrapondo-se ao enaltecimento da doença, como é característico de uma percepção negativa da saúde. Johansson, Weinehall e Emmelin (2009) ao analisarem a percepção de trinta e quatro profissionais da saúde suecos observaram que nenhum dos profissionais expressou uma visão biomédica sobre a saúde, ou seja, a noção holística de saúde dos informantes foi amplamente positiva.

No caso dos professores a percepção positiva foi observada, independente de atuarem em escolas municipais (52,4%) ou estaduais (70,8%). Por outro lado, entre os profissionais da saúde, essa visão positiva foi mais evidenciada na UBS-2 (80,0%), predominando na UBS-1 uma visão negativa (53,6%) como é possível verificar na figura 11. Sobre essa visão negativa, Johansson, Weinehall e Emmelin (2009) afirmam que geralmente acredita-se que os serviços de saúde sejam fortemente influenciados por percepções de saúde caracterizadas pelo reducionismo e orientadas para a doença.

Figura 11 – Percepção de saúde dos profissionais da saúde e professores de ciências e biologia por setor de atuação profissional. Arapiraca. 2016-2017.



PPS= Percepção positiva da saúde, PNS= Percepção negativa da saúde.

Fonte: Autor próprio.

Segundo Carvalho, Tracana e Jourdan (2017) as concepções de saúde dos profissionais pode interferir no exercício de uma prática educativa que possibilite um alcance efetivo da promoção da saúde. Nessa perspectiva, vale destacar a pesquisa realizada por Jourdan et al. (2012) que permitiu inferir que pessoas com alto nível de educação têm maior probabilidade de ter uma visão positiva da saúde quando comparadas àquelas que passaram dois anos ou menos em universidade ou na escola secundária.

A tabela 5 apresenta as características gerais dos profissionais da saúde. A maioria pertencia ao sexo feminino (81,0%), a idade variou entre 21 e 52 anos, com média de 36,34 anos (\pm 6,49), predomínio (60,3%) de profissionais com idade na faixa de 30 a 39 anos e a maioria (51,7%) com tempo de atuação maior que cinco anos. Perfil semelhante foi encontrado por Mahl e Tomasi (2009) quanto à idade e ao sexo, mas com relação ao tempo de serviço, houve predomínio de profissionais com menos de cinco anos de trabalho na área. Quanto à religião, o destaque foi para o catolicismo (77,6%). No estudo de Simas e Pinto (2017) 65,4% dos ACS se autodeclararam católicos.

Em relação ao nível de escolaridade houve predominância de profissionais com ensino médio completo (44,3%), como exposto na tabela 5. Isso se deve a uma maior representatividade de ACS, ASB e auxiliares de enfermagem. Observou-se que os ACS possuem uma formação básica mais elevada do que requer a profissão, corroborando dados obtidos por Simas e Pinto (2017). Vale ainda destacar que no presente estudo, oito ACS possuíam graduação e dois, pós-graduação. Sobre essa motivação em se qualificar para o trabalho Simas e Pinto (2017) afirmam que essa postura além de promover mudanças no perfil profissional dos ACS constitui uma ferramenta de valorização e reconhecimento pelos demais profissionais e pela comunidade. No caso dos profissionais de nível superior (Médico, Enfermeiro, Farmacêutico, Assistente social e Odontólogo), a maioria era pós-graduada, com especialização ou mestrado (Saúde pública, Saúde da família, Clínica médica, Enfermagem do trabalho, Urgência e emergência, Gestão em saúde, entre outras). Na investigação de Mahl e Tomasi (2009) a maioria dos profissionais dessa categoria possuíam especialização em saúde pública ou áreas afins.

Tabela 5 - Atributos dos profissionais investigados quanto ao sexo, faixa etária, religião, nível de escolaridade e tempo de atuação no serviço. Arapiraca (AL), 2016-2017.

	Profissionais da saúde N= 58 n (%)	Professores de ciências e biologia N= 66 n (%)
Sexo		
Feminino	47 (81,0)	49 (74,2)
Masculino	11 (19,0)	17 (25,8)
Faixa Etária (anos)		
20 – 29	7 (12,1)	13 (19,7)
30 –39	35 (60,3)	28 (42,4)
≥ 40	16 (27,6)	25 (37,9)
Religião		
Católica	45 (77,6)	48 (72,7)
Evangélica	10 (17,2)	08 (12,1)
Outra	03 (5,2)	10 (15,2)
Nível de escolaridade		
Ensino médio	28 (48,3)	-
Ensino superior incompleto	02 (3,4)	-
Ensino superior	13 (22,4)	07 (10,6)
Pós-graduação	15 (25,9)	59 (89,4)
Tempo de atuação no serviço		
< 5 anos	17 (29,3)	33 (50,0)
> 5 anos	30 (51,7)	29 (43,9)
NI	11 (19,0)	04 (6,1)
TOTAL	58 (100%)	66 (100%)

NI = Não informou.

Fonte: Autor Próprio.

Considerando os professores observou-se também predomínio do sexo feminino (74,2%). Esse grupo de profissionais foi constituído por indivíduos com idade entre 26 a 58 anos, com idade média de 38,12 anos ($\pm 9,46$), encontrando-se a maioria (75,8%) na faixa a cima dos 31 anos e 72,7% pertencentes à religião católica. Quanto ao tempo de atuação, metade dos professores (50,0%) informou atuar na educação a menos de cinco anos. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria (89,4 %) afirmou possuir pós-graduação (especialização ou mestrado), como demonstrado na tabela 5.

Os aspectos relacionados à percepção dos profissionais da saúde e professores sobre o trabalho educativo em saúde com ênfase nas IST são apresentados na tabela 6. No que se refere à educação em saúde independente da

temática, a maioria dos profissionais da saúde (86,2%) e professores (92,4%) afirmou atuar nesse campo. Ambos os profissionais se reconhecem como atores do processo educativo em saúde. No que se refere ao professor, esse é um achado positivo uma vez que autores como Venturi (2013) e Jourdan et al. (2010) destacam a necessidade de construção e fortalecimento da identidade docente para o trabalho educativo em saúde.

Tabela 6 - Características dos profissionais de saúde e professores investigados quanto à percepção sobre o trabalho educativo em saúde com foco nas infecções sexualmente transmissíveis. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.

Variáveis	Profissionais da saúde (N= 58) n (%)	Professores de ciências biológicas (N= 66) n (%)
Trabalha com ES		
Sim	50 (86,2)	61 (92,4)
Não	05 (8,6)	04 (6,1)
NI	03 (5,2)	01 (1,5)
Realiza trabalho educativo com foco na saúde sexual e reprodutiva		
Sim	24 (41,4)	58 (87,9)
Não	27 (46,5)	07 (10,6)
NI	07 (12,1)	01 (1,5)
Trabalha com IST		
Sim	34 (58,6)	58 (87,9)
Não	03 (5,2)	-
NI	21 (36,2)	08 (12,1)
Dificuldade para realizar o trabalho educativo sobre IST		
Sim	09 (15,5)	21 (31,8)
Não	13 (22,4)	26 (39,4)
NI	36 (62,1)	19 (28,8)
TOTAL	58 (100)	66 (100)

ES= educação em saúde; IST= Infecção Sexualmente Transmissível; NI= Não informou.
Fonte: Autoria própria.

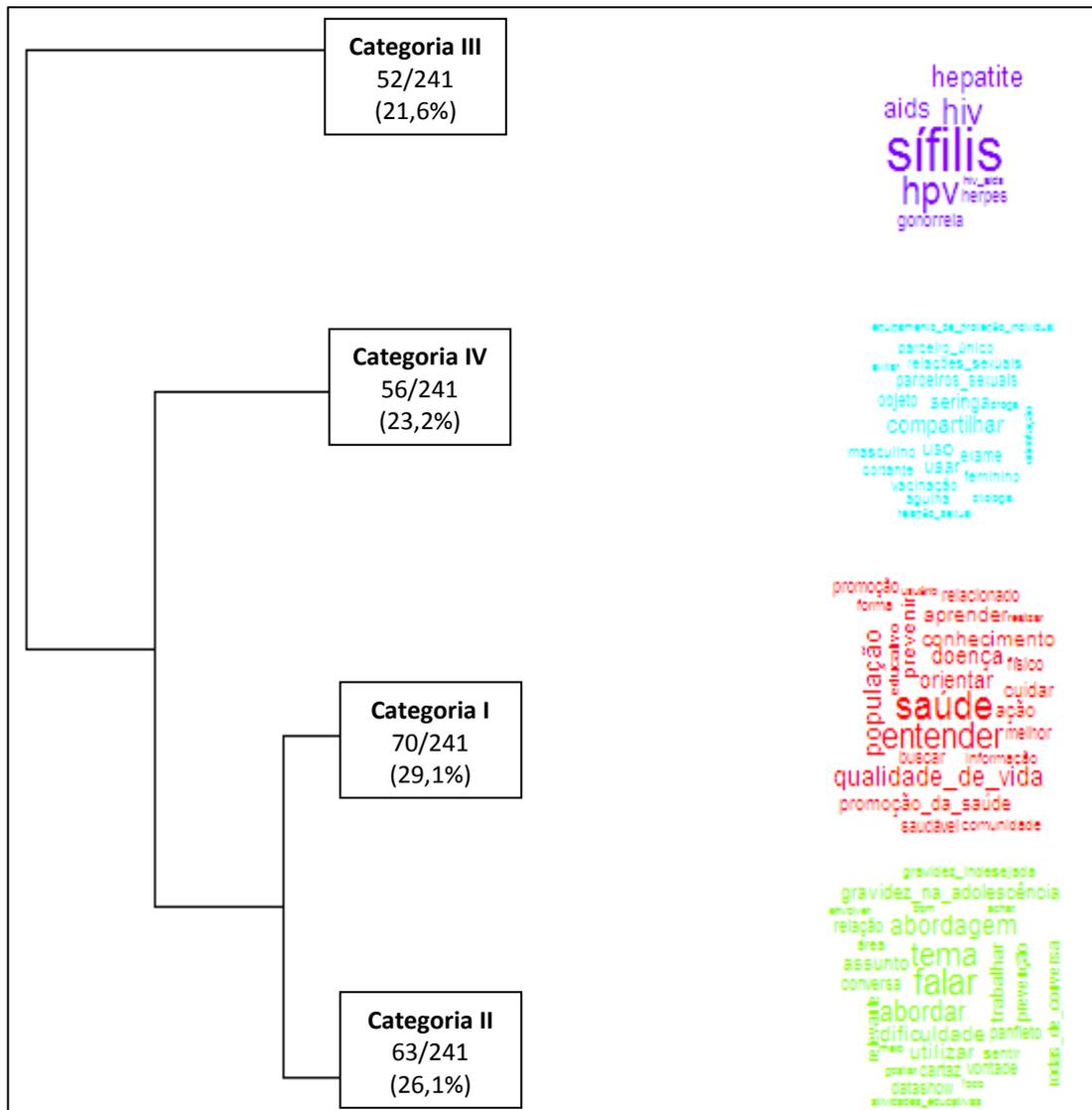
Quando indagados se realizavam o trabalho educativo voltado à saúde sexual e reprodutiva os professores sinalizaram em sua maioria (87,9%) exercer essa função, ao contrário da maioria dos profissionais da saúde (46,5%) que destacou não realizar abordagem educativa dentro desse eixo temático. Essa baixa adesão dos profissionais da saúde a essa temática já era esperado, considerando que a literatura aponta desafios e limitações dos mesmos para desenvolver o trabalho

educativo. Apesar da ES ser uma atribuição do ACS (FONSECA; MENDONÇA, 2014), seja no exercício intra UBS ou na comunidade de abrangência do serviço de saúde, é uma realidade o não reconhecimento de algumas ACS em atuar na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Essa barreira que os profissionais da saúde têm de atuar nessa área constitui uma problemática que interfere na qualidade da atenção básica e tem sido evidenciada na prática (BELLENZANI, SANTOS, PAIVA, 2012; BORGES, NICHATA, SCHOR, 2006; PINHEIRO, SILVA, TOURINHOS, 2017).

Especificamente, com relação às IST, 58,6% dos profissionais da saúde e 87,9% dos professores afirmaram trabalhar com esse tema. E, apesar de 22,4% e 39,4% dos profissionais da saúde e professores, respectivamente, indicarem não sentir dificuldade na abordagem dessa temática, os que atestaram ter dificuldade e os que não responderam a essa questão corresponderam a mais de 60% dos profissionais, em ambos os casos. Estudo realizado por Teixeira et al. (2012) revelou que os ACS apresentam conhecimento parcial sobre as IST, inclusive demonstrando procedimentos inadequados quanto à transmissão e prevenção destas infecções. Na investigação conduzida por Mahl e Tomasi (2009) em UBS de 28 municípios do Rio Grande do Sul apenas 43% dos profissionais fizeram capacitação para atuar no trabalho educativo sobre IST/Aids. No caso de professores, Sarmiento et al. (2018) revelaram dificuldades e desafios para o trabalho educativo sobre IST nos anos finais do ensino fundamental 2.

Ao comparar o percentual dos que afirmam fazer abordagem sobre IST e os que afirmaram trabalhar no âmbito da saúde sexual observa-se que pelo menos 10% dos profissionais da saúde investigados não reconhece a inserção das IST nesse eixo temático. De forma geral, os professores se mostraram mais receptivos ao instrumento de coleta de dados do que os profissionais da saúde, sobretudo em relação aos ACS e ASB, que juntos constituíram mais de 50% dos participantes deste grupo.

Figura 13 - Dendrograma das categorias temáticas que emergiram do contexto da prática educativa, com ênfase nas infecções de transmissão sexual, de profissionais de unidades de saúde de Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.



Fonte: Gerado pelo software Iramuteq, baseado nos dados da pesquisa, com adaptações.

Após leitura dos segmentos de textos pertencentes às categorias geradas pelo *software* foram definidas as subcategorias, quando necessário, como apresentada no quadro 2.

Quadro 2 - Subcategorias temáticas que emergiram do *corpus* textual dos profissionais da saúde das unidades básicas investigadas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.

Ordem	Categoria	Subcategoria
I	O fazer educativo na ESF*	<i>Visão sobre educação em saúde</i>
		<i>Valorização do trabalho educativo sobre as IST</i>
		<i>Restrição na articulação para a abordagem das IST</i>
II	Percurso e obstáculos na prática educativa em saúde sexual e reprodutiva	<i>Socialização das temáticas e foco do trabalho educativo</i>
		<i>Estratégias para abordagem dos temas</i>
		<i>Dificuldades na abordagem sobre IST</i>
III	Infecções de transmissão sexual destacadas pelos profissionais	–
IV	Olhar sobre a prevenção das IST**	–

*Estratégia de saúde da Família; ** Infecções sexualmente transmissíveis.

Fonte: Autoria própria.

5.3.1 O Fazer educativo na ESF

As palavras mais frequentes e significativas relacionadas à categoria temática o fazer educativo na ESF, foram ‘Educação em saúde’, ‘saúde’, ‘entender’, ‘prevenção de doenças’, ‘população’, ‘qualidade de vida’, ‘orientar’, ‘promoção da saúde’, ‘palestras’, entre outras. A força das palavras educação em saúde ($X^2=63,44$; $p<0,0001$) e entender ($X^2=30,85$; $p<0,0001$) está relacionada ao fato de que se buscou no primeiro questionamento compreender qual o entendimento dos profissionais sobre esse assunto (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das palavras significativas constituintes da categoria temática “o Fazer educativo na ESF” que emergiu do contexto da prática educativa dos profissionais das unidades básica de saúde investigadas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.

Categoria temática	Palavras evocadas	Fac/ Fact**	X^{2***}	p****
O fazer educativo na ESF*	Educação em saúde	33/41	63,44	<0,0001
	Saúde	21/26	37,83	<0,0001
	Entender	12/12	30,85	<0,0001
	Prevenção de doenças	13/16	22,66	<0,0001
	População	12/15	20,15	<0,0001
	Qualidade de vida	7/7	17,61	<0,0001
	Orientar	9/11	15,58	<0,0001
	Doença	10/13	15,28	<0,0001
	Prevenir	7/8	13,72	0,00021
	Conhecimento	10/14	12,96	0,00031
	Aprender	5/5	14,86	0,00041
	Ação	6/7	11,23	0,00080
	Cuidar	4/4	9,94	0,00162
	Promoção da saúde	4/4	9,94	0,00162
	Buscar	3/3	7,42	0,00644
	Saudável	3/3	7,42	0,00644
	Informação	6/9	6,42	0,01128
	Comunidade	6/9	6,42	0,01128
	Educativo	5/7	6,28	0,01128
	Palestra	10/21	3,85	0,04972

*Estratégia de Saúde da Família; **Frequência absoluta do termo na categoria em relação à frequência absoluta no *corpus* textual; ***Valor de Qui-quadrado significativo >3,8; ****Valor significativo p<0,05. Fonte: Autoria própria.

A práxis educativa dos profissionais da saúde no contexto estudado se mostrou ampla, emergindo as subcategorias visão sobre educação em saúde, valorização do trabalho educativo sobre as IST e restrição na abrangência da abordagem das IST, as quais são exploradas subsequentemente.

Visão sobre educação em saúde

A percepção dos profissionais das UBS sobre educação em saúde transitou entre os modelos de ensino em saúde, tradicional ou monológico e o dialógico, os quais permeiam a prática educativa em saúde como destacam alguns estudos (OLIVEIRA, 2005; ALVES, 2005; FIGUEIREDO; NETO; LEITE, 2010, ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

Prática educativa dialógica

A compreensão de que o fazer educativo em saúde deve envolver a participação da comunidade de forma a galgar em prol da transformação da realidade na qual esses indivíduos estão inseridos foi perceptível principalmente entre os profissionais de nível superior. Observou-se ainda o entendimento de que se trata de ações preventivas e de promoção à saúde que culminem com a busca por autonomia e melhoria da qualidade de vida, refletindo um modelo educativo no qual a dialogicidade entre profissional da saúde e usuários do serviço é valorizada. Nas falas que seguem podem ser identificadas essas características:

Compreendo que a educação em saúde é um processo que abrange a participação da população [...]. (PS1, Enfermagem)

Educação em saúde se dá quando a partir de conhecimentos há conscientização da população e nas suas vivências são constituídos novos conhecimentos capazes de mudar realidades. (PS31, Medicina)

Considero educação em saúde ações de prevenção e promoção que buscam viabilizar a qualidade de vida do usuário. (PS46, ACS)

O entendimento de que o processo educativo em saúde deve ser bidirecional e focado num ato contínuo de ensino e aprendizados, com reconhecimento dos atores envolvidos, usuário e equipe de saúde, foi observado no relato dos profissionais:

Educação em saúde é a busca contínua e permanente por informações e conhecimentos em saúde. (PS39, Odontologia)

São as mais variadas formas de aprender e ensinar dentro do cotidiano de trabalho em saúde. (PS30, Farmácia)

Educar em saúde é manter a equipe e os usuários do serviço em discussão permanente sobre a saúde. (PS32, Medicina)

Diante da compreensão sobre educação em saúde dos profissionais investigados, percebe-se que os elementos dessa prática na ESF trafegam entre uma ação conservadora e a busca por inovação, transição essa, destacada por Oliveira (2005). Corroborando essa constatação, ao estudar a prática educativa de enfermeiros, Almeida, Moutinho e Leite (2016) identificaram que essa ação encontra-se dicotomizada entre práticas tradicionais e dialógicas, que apesar de contraditórias se entrelaçam.

Segundo Alves e Aerts (2011, p. 323-4) “as equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal”. No entanto, Santili, da Rocha Tonhom e Marin (2016, p. 104) evidenciaram que existem impedimentos desafiadores que estagnam as equipes de saúde no sentido de “avançar no desenvolvimento de ações inovadoras” na atenção básica.

Prática educativa tradicional ou monológica

Apesar de o termo orientar sugerir uma ação condutora no sentido de nortear ou indicar a direção, nas falas de alguns profissionais, a educação em saúde ainda é compreendida como transmissão ou repasse de conhecimento de maneira impositiva e verticalizada fortemente ligado à prevenção das doenças, mesmo que haja a intencionalidade melhorar a qualidade de vida, como observado a seguir:

Entendo que educação em saúde é passar orientação de como se deve prevenir as doenças. (PS52, ACS)

[...] é orientar com palestras e realizar ações para prevenção de doenças. (PS25, ACS)

[...] transmitir a um determinado público, temáticas que visem melhorar a qualidade de vida. (PS29, Farmácia)

Essa ideia de que a educação em saúde é pautada no repassar ou fornecer informações/orientações sobre como prevenir doenças também foi evidenciada entre profissionais de equipes de saúde, num estudo conduzido por Fernandes e Backes (2010).

A compreensão de que educação em saúde é ter o conhecimento sobre as práticas preventivas como medida normativa para alcançar a saúde permeia a

percepção dos profissionais investigados. Essa visão é característica do modelo biomédico e o relato que segue retrata esse aspecto:

Educação em saúde seria o conhecimento sobre práticas preventivas como atividade física regular, alimentação saudável e realização de consulta médica periódica. (PS57, Auxiliar de Enfermagem)

No âmbito da percepção sobre educação em saúde, apesar da citação pelos profissionais do termo palestra não ter sido significativa ($X^2=3,85$; $p=0,04972$) observa-se que apareceu com frequência como prática educativa utilizada pelos profissionais (Tabela 7). A concepção de que educar em saúde é realizar ou participar de palestras permeou a fala de várias categorias profissionais:

Educação em saúde são palestras realizadas na unidade de saúde ou na comunidade abordando temas relacionados à saúde física e mental. (PS49, ACS)

[...] é quando fazemos palestras educativas para a população em geral sobre todos os tipos de doenças [...]. (PS45, ACS)

Educação em saúde é realizar palestras educativas com temas ligados à saúde geral. (PS37, Odontologia)

Compreendo que educação em saúde é estar participando constantemente em palestras educativas com temas voltados para saúde. (PS27, Técnico em Enfermagem)

Essa mesma ideia emergiu da concepção de ACS sobre esse tema na pesquisa realizada por Maciel et al. (2009). Apesar de ser uma das estratégias de comunicação que pode ser usada para alcançar os objetivos da educação em saúde a depender da forma como é conduzida, a palestra tem sido uma ferramenta pedagógica que tem limitado a compreensão ampla da educação em saúde dos profissionais, enquanto processo educativo contínuo e compartilhado.

Mas, é possível que a palestra seja conduzida de maneira dialogal explorando a interação entre os participantes do processo educativo, se distanciando do monólogo, como destacado por Souza (2011). Esse aspecto foi observado na fala seguir.

Considero educação em saúde uma atividade educativa onde há interação ativa entre o palestrante e o participante com a mudança do comportamento incorreto. (PS40, Enfermagem)

No entanto, no relato deste profissional encontramos elementos que revelam aspectos conceituais de uma educação em saúde que coloca o educando enquanto detentor de um comportamento que precisa ser modificado e o educador como o

ator dessa mudança, característico de um modelo educativo prescritivo e autoritário, como identificado no estudo de Almeida, Moutinho e Leite (2016).

Buscando ressignificar essa prática, por meio da tecnologia da informação e comunicação (TIC), a webpalestra tem sido uma ferramenta utilizada no ensino da saúde para explorar diversos temas no contexto das unidades de saúde, inclusive as IST (TELESSAÚDE, 2018).

Concernente a essa abordagem educativa dos profissionais da saúde, Alves e Aerts (2011) salientam que apesar dos questionamentos evidenciados nos últimos anos, o modelo autoritário ainda permeia essas práticas no campo da saúde. E mesmo, com um movimento pedagógico para o desenvolvimento de uma prática educativa transformadora, os serviços de saúde, segundo esses autores, ainda preservam metodologias tradicionais que desfavorecem a aproximação com os usuários.

Além desse aspecto, a investigação conduzida por Santili, da Rocha Tonhom e Marin (2016) aponta a existência de limitações no entendimento do conceito de educação em saúde pelos profissionais que atuam na ESF, refletindo em dificuldades no desenvolvimento de estratégias que vislumbrem o usuário de forma integral, desviando a ênfase à doença. Nessa perspectiva, os achados de Maciel et al. (2009) revelam as dificuldades apontadas pelos ACS no desenvolvimento da educação em saúde.

Valorização do trabalho educativo sobre as IST

A relevância das atividades educativas e cuidados com a comunidade frente a problemática das IST foi destacada principalmente pelos ACS, quando expressaram que:

Trabalho com as infecções sexualmente transmissíveis porque orientar as pessoas a terem cuidado e se prevenir dessas doenças é muito importante. (PS47, ACS)

[...] trabalho com infecções sexualmente transmissíveis porque deixa a população sempre informada sobre estas doenças, [...]. (PS41, ACS)

[...] falo sobre infecções sexualmente transmissíveis porque é uma forma de orientar as pessoas. (PS16, ACS)

Essa preocupação dos profissionais em atender a comunidade através do ato de fornecer orientação e informação sobre as IST retrata o cuidado humanizado na assistência. Contudo, o teor dessa prática educativa reafirma o modelo de educação em saúde tradicional fortemente arraigado na transmissão do conhecimento com foco informativo baseado em medidas preventivas, se distanciando de um modelo educativo em que os atores do processo mantenham uma comunicação bidirecional e interativa, que culmine na reflexão, ação e transformação.

Nessa perspectiva, em vista do fazer educativo, a promoção da saúde segundo Shiratori et al. (2004) está baseada no respeito aos direitos humanos fundamentais, e, conseqüentemente a proteção da dignidade humana. Esses aspectos são alcançados por meio de uma comunicação dialógica.

Restrição na articulação para abordagem das IST

Foi latente a carência de abordagem sobre as IST no âmbito da saúde bucal, demonstrando fragmentação no trabalho educativo, considerando que ASB e odontólogos estão inseridos nas equipes de saúde investigadas. Estudo conduzido por Colomé, Lima e Davis (2008) com enfermeiros, em vista da articulação de ações de saúde entre profissionais da equipe de saúde, destacam que a elevada procura de usuários pelo serviço, reduz o tempo para investir no planejamento das atividades educativas articulando os diversos profissionais do serviço. Esses autores ainda evidenciam que no serviço de saúde há uma maior articulação entre enfermeiros, ACS e auxiliares de enfermagem.

Diante desta limitação, evidenciou-se a intencionalidade dos profissionais em trabalhar com o tema e se capacitar para exercer melhor essa função educativa, o que sinaliza para a possibilidade de abrangência e integração profissional no trabalho educativo sobre IST.

A odontologia normalmente é excluída da temática, embora tenha grande importância visto que a boca é porta de entrada para algumas dessas doenças. (PS3, Odontologia)

Gostaria de trabalhar com educação em saúde e infecções sexualmente transmissíveis, pois é muito importante. Acho que é muito bom aprender cada vez mais. (PS20, ASB)

Trabalho com educação em saúde bucal, mas não com educação em infecções sexualmente transmissíveis, porém trabalharia para dar mais conhecimento à população. (PS58, ASB)

Uma melhor adequação dos serviços de saúde prestados às demandas locais pode ser possibilitada pela criação de espaços vivências para troca de experiências entre os profissionais das UBS (BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Vale ainda destacar que é relevante a inserção dessa temática nas ações educativas desses profissionais, a fim de reafirmar a proposta de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar que está inserida nos princípios da ESF (SORATTO et al., 2015).

5.3.2 Percurso e obstáculos na prática educativa em saúde sexual e reprodutiva

Na forma como é conduzido o processo educativo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva pelos profissionais das UBS investigadas são identificados pontos fortes e desafios a serem superados. Na tabela 8 são elencadas as palavras mais fortemente associadas a essa categoria temática.

Tabela 8 - Distribuição das palavras mais fortemente relacionadas à categoria temática “Percurso e obstáculos na prática educativa dos profissionais” que emergiu do contexto da prática educativa dos profissionais das unidades básica de saúde investigadas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.

Categoria temática	Palavras evocadas	Fac/ Fact*	X ^{2**}	p ^{***}
Percurso e obstáculos na prática educativa dos profissionais	IST****	39/50	87,88	<0,0001
	Tema	19/24	38,82	<0,0001
	Saúde sexual e reprodutiva	12/13	31,16	<0,0001
	Abordar	12/13	31,16	<0,0001
	Abordagem	9/9	26,42	<0,0001
	Dificuldade	7/7	20,37	<0,0001
	Gravidez na adolescência	5/5	14,43	0,00014
	Conversa	4/4	11,49	0,00069
	Cartaz	4/4	11,49	0,00069
	Panfleto	6/8	10,23	0,00138
	Prevenção	12/22	10,12	0,00146
	Rodas de conversas	3/3	8,58	0,00339
	Dinâmicas em grupo	3/3	8,58	0,00339
	<i>Datashow</i>	3/3	8,58	0,00339
	Métodos contraceptivos	3/4	5,03	0,02492
Gravidez indesejada	3/4	5,03	0,02492	

*Frequência absoluta do termo na categoria em relação à frequência absoluta no *corpus* textual; **Valor de Qui-quadrado significativo > 3,8; ***Valor significativo p<0,005, ****Infecção sexualmente transmissíveis. Fonte: Autoria própria.

As ideias que emergiram nesse contexto são expostas e discutidas nas subcategorias: socialização das temáticas e foco do trabalho educativo; estratégias para abordagem dos temas e dificuldades na abordagem sobre IST.

Socialização das temáticas e foco do trabalho educativo

Dentre os assuntos explorados pelos profissionais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva houve um destaque para as IST ($X^2 = 87,88$; $p < 0,0001$), sendo ainda mencionada a gravidez, com destaque para o evento na fase da adolescência ($X^2 = 14,43$; $p = 0,00014$) e métodos contraceptivos ($X^2 = 5,03$; $p < 0,02492$), os quais são temas incluídos no planejamento familiar e relacionados principalmente à saúde feminina. Os depoimentos que seguem evidenciam esses aspectos:

Eu me sinto seguro em trabalhar todos os assuntos relacionados à saúde reprodutiva e sexual, inclusive as infecções sexualmente transmissíveis. (PS55, ACS)

Explico sobre os riscos do sexo inconsequente e as formas de prevenção. Trabalho o tema infecções sexualmente transmissíveis para prevenção dos ativos sexuais. (PS46, ACS)

Explico sobre infecções sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos. (PS49, ACS)

No campo da saúde sexual e reprodutiva abordo sobre saúde da mulher. (PS38, Assistente Social)

Geralmente os ACS sentem dificuldades no trabalho educativo relativo a esse contexto de saúde (RODRIGUES et al., 2011; Teixeira et al., 2012) no entanto, nas falas dos profissionais 46, 49 e 55 parece haver uma segurança e propriedade ao expor sua prática educativa, o que pode ser uma reflexo da sua formação, uma vez que esses profissionais possuem graduação ou pós-graduação. É possível que esse achado reforce a relação positiva entre ter maior escolaridade e o sentimento de preparo para atuar profissionalmente.

Ainda dentro do contexto da saúde sexual e reprodutiva outros temas foram evocados com menor frequência pelos profissionais, a exemplo do câncer do colo uterino, o câncer da mama, o autocuidado e adesão ao tratamento, como expresso nos relatos:

Costumo trabalhar sobre sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis câncer do colo uterino e câncer da mama. (PS1, Enfermeira)

[...] adesão ao tratamento e importância do autocuidado [...] infecções sexualmente transmissíveis um tema interessante que infelizmente tem aumentado o índice de casos. (PS38, Assistente social)

Percebe-se uma ênfase maior à promoção da saúde das mulheres e adolescentes em contraste à saúde do homem, o que pode estar relacionado à baixa adesão do homem nas atividades educativas. Achados de Maciel (2017) sugerem que na atenção primária ainda se configura um desafio aproximar os homens em geral, principalmente parceiros de gestantes com sífilis, ao tratamento e às atividades educativas.

No que se referem à saúde sexual e reprodutiva, a mulher e o homem devem ser coparticipantes nos processos educativos que visem à prevenção e promoção à saúde, a fim de consolidar ações de controle de doenças, sobretudo as que envolvem diretamente esses atores como é o caso das IST.

Estratégias para abordagem dos temas

Nas UBS investigadas os profissionais utilizam métodos ensino e materiais diversos para abordagem de temas em saúde sexual e reprodutiva, principalmente as IST. Os métodos de abordagem evocados de forma significativa ($p < 0,05$) foram 'a conversa', que denota a interlocução entre profissional e usuário, a roda de conversas e as dinâmicas em grupo, enquanto, entre os recursos materiais se destacaram cartazes, panfletos e o uso do *datashow*, geralmente utilizado na realização de palestras.

Trabalho com educação em saúde e falo sobre saúde sexual e reprodutiva por meio de cartazes, panfletos, informações através de palestra [...]. (PS24, Técnico de enfermagem).

Geralmente trabalho sobre as infecções sexualmente transmissíveis e sua prevenção [...]. Uso cartazes e panfletos. (PS51, ACS)

A abordagem é realizada por meio de dinâmicas de grupo, roda de conversa e uso do datashow. (PS23, Enfermagem)

[...] os temas são tratados por meio do diálogo, a conversa entre os usuários e entre nós da equipe (PS13, Técnico de enfermagem)

A conversa educativa ou a instrução individual é uma estratégia importante na atenção à saúde sexual e encontra-se entre os métodos empregados pelos profissionais da atenção básica na prevenção de agravos (BELLENZANI; SANTOS; PAIVA, 2012; FERREIRA et al., 2013). Considerando atividades realizadas em grupo, a roda de conversa tem sido um método utilizado para ampliar a discussão de temas em saúde. Nessa direção, Veiga e colaboradores (2018) relataram experiência utilizando essa estratégia em ambiente acadêmico para discutir sobre a sífilis.

No caso da palestra, apesar de ser uma das estratégias utilizada com a finalidade de ensino e ser frequentemente evocada no *corpus* textual dos profissionais investigados de ambas as unidades, está também associada ao significado atribuído à educação em saúde como evidenciado na subcategoria visão de educação em saúde.

A sala de espera é mencionada como estratégia para explorar a temática. No entanto, chama atenção o fato do emprego de metodologias ativas ter sido citado por apenas um profissional, e sem especificar o tipo método utilizado, como observado a seguir:

Para abordagem dos temas utilizo metodologias ativas, busca ativa, sala de espera, cartazes, data show, entre outros. (PS38, Assistente Social)

A sala de espera se constitui um espaço promissor para o desenvolvimento de estratégias educativas de promoção da saúde envolvendo adultos e idosos de ambos os sexos e gestantes (POZZER et al., 2018; FEITOSA et al., 2019), inclusive com efeito na atenção ao HIV/IST utilizando metodologia problematizadora para potencializar a prevenção à essas infecções (ZAMBENEDETTI, 2012). Essa metodologia tem se destacado como um percurso possível para atenuar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras IST em grupos de homens (ZAMBENEDETTI, 2012) e adolescentes (De PAULA et al., 2013).

Apesar dos achados indicarem a existência de uma diversidade de métodos pedagógicos empregados pelas equipes de ESF, a utilização de metodologias que promovam a interação e participação ativa dos educandos como preconizado por Freire (1997) e necessárias no ensino da saúde, parece não ser uma prática educativa predominante e efetiva.

Mas, em vista dessa variabilidade, Ferreira et al. (2013) alertam que deve haver articulação entre os materiais e os métodos utilizados de forma que forneça suporte a intervenções direcionadas à públicos vulneráveis.

As técnicas e recursos de ensino utilizados nas duas UBS reafirmam a coexistência de práticas educativas em saúde tradicionais e dialógicas que emergiram dos relatos dos profissionais. Essa realidade também foi evidenciada por Rodrigues et al. (2011) em unidades de saúde de município do Nordeste.

A interação com usuários do serviço, a orientação em domicílios e no ambiente escolar inseridos no território de abrangência da UBS foram ações aludidas pelos profissionais, revelando o alcance do trabalho educativo da ESF, inclusive através de atividades intersetoriais.

Faço abordagem sobre infecções sexualmente transmissíveis conversando bem com as pessoas, falamos com os usuários e orientamos nas escolas e nas áreas que trabalhamos. (PS43, ACS)

Como atividade intrínseca, é fundamental que a equipe de saúde conheça seu território de atuação, mantendo contato com os moradores através das visitas domiciliares (ALVES; AERTS, 2011) e invista na busca de parcerias para ampliação das atividades de educação em saúde através da intersetorialidade, aspecto que também foi evidenciado por Santili, da Rocha Tonhom e Marin (2016).

Dificuldades na abordagem sobre IST

Uma das limitações no trabalho educativo, evidenciada no relato, principalmente, dos profissionais da UBS-2, está relacionada à carência de material educativo de apoio didático pedagógico, como evidenciado nas narrativas que seguem:

Utilizo panfletos com explicação e exemplos, mas existem dificuldades como falta de material, [...]. (PS55, ACS)

Geralmente busco recursos na internet, já que faltam insumos na unidade de saúde. A falta de material educativo é problema encontrado. (PS54, ACS)

[...] existem dificuldades como a falta material educativo e interesse dos grupos. (PS37, Odontologia)

Essa preocupação foi mais destacada pelos ACS. Na investigação de Fernandes e Backes (2010) a insuficiência de material educativo foi apontada por

profissionais de uma ESF, sobretudo ACS, inclusive, como um entrave para os avanços necessários à prática educativa em saúde.

Por outro lado, no presente estudo para os profissionais da enfermagem esse aspecto não foi destacado como dificuldade. Estudo conduzido por Ferreira et al. (2013) apontam que os enfermeiros no trabalho educativo com foco na prevenção das IST/Aids aplicam diferentes estratégias instrucionais, tais como, grupos de discussão, instrução individual, vídeo, *slides* e material impresso.

Outro aspecto que emergiu na fala dos profissionais foi o despreparo para atuar no eixo da saúde sexual e reprodutiva, especificamente na abordagem sobre IST, seja na unidade de saúde ou em outros espaços, indicando para a necessidade de tonificar a formação permanente destes profissionais, cujas demandas vão além da saúde sexual e reprodutiva. Os relatos que seguem revelam um pouco dessa realidade.

Não trabalho com educação em saúde e não estou apto para a abordagem de temas envolvendo a saúde sexual e reprodutiva. (PS42, ACS)

Não tenho dificuldade na unidade de saúde, mas em outros lugares é difícil. (PS40, Enfermagem)

Faço a prevenção de doenças e gravidez indesejada através da conversa, não falo sobre infecções sexualmente transmissíveis porque tenho dificuldade. Preciso de mais conhecimento. (PS12, ACS)

[...] gostaria de abordar esse assunto porque é necessário na vida, se eu fosse capacitada, pois não tenho muito entendimento. (PS19, ACS)

No caso dos ACS, Samudio et al. (2017) destacam as multitarefas desempenhadas por esses profissionais, no entanto, as fragilidades na formação é uma realidade. Em contra partida, no estudo de Rodrigues et al. (2011) usuários do serviço de saúde básico de um município nordestino destacam os médico(a)s e enfermeiro(a)s como os profissionais mais envolvidos no processo de aproximação dos usuários às IST.

A restrição de tempo para o trabalho educativo com foco nas IST foi considerada um limitante para o melhor desempenho dessa tarefa, na visão tanto de profissionais do nível médio quanto do superior:

Falar sobre IST ajuda a promover a saúde principalmente do adolescente, mas a falta de tempo é uma dificuldade. (PS5, ACS)

Considero as doenças sexualmente transmissíveis um importante e relevante tema. Mas o tempo para realizar as atividades educativas é uma das dificuldades. (PS31, Medicina)

Essa dificuldade está possivelmente relacionada à multiplicidade de tarefas exercidas pelos profissionais, inclusive atividades burocráticas, mudança de função, no caso dos ACS e as demandas do consultório (SAMUDIO et al., 2017; BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Essas situações afetam o vínculo entre o profissional da ESF e os usuários (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

No conteúdo exposto pelos profissionais foi também evidenciada a resistência por parte dos pais (no caso de adolescentes e jovens da escola ou que frequentam a unidade de saúde), dos usuários do serviço de saúde, bem como dos próprios profissionais da saúde.

[...] existe muita dificuldade de trabalhar esse tema, pois vemos ainda muita resistência por parte de alguns pais. (PS36, Farmácia)

[...] a principal dificuldade de falar sobre o tema é boa vontade do usuário. (PS22, ACS)

Realizo atividades educativas, mas nunca trabalhei sobre saúde sexual e reprodutiva e não gostaria de ter que falar sobre doenças sexualmente transmissíveis. (PS26, ACS)

[...] e não tenho interesse em fazer abordagem sobre doenças sexualmente transmissíveis, pois precisa ter muita prática sobre o tema. (PS42, ACS)

A baixa adesão dos usuários tem sido destacada por profissionais de equipes de saúde como um entrave para efetivação das atividades de educação em saúde (SANTILI; DA ROCHA TONHOM; MARIN, 2016). Sob outra perspectiva, como obstáculo para a melhoria da prática educativa em saúde dos profissionais da ESF, Fernandes e Backes (2010) salientam a ausência de comprometimento e disposição dos profissionais no desenvolvimento das atividades e interação com a comunidade. No que se refere ao engajamento destes profissionais nas ações educativas, inclusive em relação às IST, Rodrigues et al. (2011) ressaltam a relevância dessa participação ativa.

5.3.3 Infecções de transmissão sexual destacadas pelos profissionais

A sífilis e a infecção pelo HPV (*Human Papillomavirus*) foram mencionadas com maior frequência pelos profissionais da ESF. Mas, o somatório das evocações da infecção pelo HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), representou o agravo considerado de maior gravidade pelos profissionais. Esse último achado revela a distinção entre as duas condições, a infecção pelo vírus e a síndrome, caracterizada pela manifestação e estabelecimento da doença, ambas, com alta prevalência na população (BRASIL, 2017c). O fato da infecção pelo HIV ter sido mais destacada pelos profissionais pode estar relacionado à nova conduta adotada pelo Ministério da Saúde, ao considerar a infecção de notificação compulsória, situação que deve ser informada mediante confirmação diagnóstica (BRASIL, 2014b).

Com relação à sífilis, de fato, as taxas de sífilis adquirida, de sífilis materna e sífilis congênita têm se mostrado elevadas no Brasil, constituindo um agravo importante para a saúde pública (BRASIL, 2017d). Enquanto a infecção pelo HPV tem recebido destaque, devido à associação do vírus com o câncer (HAMMES; NAUD; MATOS, 2008), principalmente do colo do útero (MUNOZ et al., 2003), e a disponibilização recente da vacina quadrivalente pelo sistema de saúde brasileiro, para imunização de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014c). Os profissionais também destacaram a hepatite (a quarta IST mais citada), seguido pela gonorréia, as quais são infecções de relevância epidemiológica (WHO, 2016a).

5.3.4 Olhar dos profissionais sobre a prevenção das IST

O uso do preservativo foi método de prevenção mais destacado pelos profissionais investigados, sendo a palavra mais fortemente associada a essa categoria temática ($X^2=223,51$; $p<0,0001$), como observado na tabela 9. No entanto, houve pouco destaque a especificidade do uso do preservativo masculino e feminino. Uma análise realizada por Gubert et al. (2010) revelou a baixa relevância atribuída a esse método, quando deveria ser um foco dos profissionais da saúde, principalmente no trabalho educativo com adolescentes. Os autores evidenciaram que esse método é desconhecido pelos adolescentes por falta de esclarecimento.

Entre homens adultos, Zambenedetti (2012) verificou desconhecimento do preservativo feminino pela maioria dos homens participantes do estudo.

A vacinação também foi outra forma de prevenção apontada com relevância ($X^2=17,64$; $p<0,0001$) pelos profissionais de saúde (Tabela 9). A saúde preventiva está intrinsecamente relacionada as medida adotadas antes que as doenças se instalem reduzindo o risco de adoecimento (OLIVEIRA; REIS, 2012). Nesse sentido, o incentivo ao uso de preservativo e a adesão à imunização ao HPV e hepatite B é fundamental.

Tabela 9 - Distribuição das palavras significativas evocadas na categoria temática “Olhar dos profissionais sobre a prevenção das IST” que emergiu do contexto da prática educativa dos profissionais das unidades básica de saúde investigadas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. 2016-2017.

Classe temática	Palavras evocadas	Fac/ Fact**	X^2 ***	p****
Olhar sobre a prevenção das IST*	Preservativo	50/51	223,51	<0,0001
	Compartilhar	14/14	54,02	<0,0001
	Seringa	10/10	37,92	<0,0001
	Exame	7/7	26,20	<0,0001
	Parceiros sexuais	6/6	22,36	<0,0001
	Objeto	6/6	22,36	<0,0001
	Vacinação	5/5	18,56	<0,0001
	Relações sexuais	4/4	14,78	0,00012
	Cortante	4/4	14,78	0,00012
	Agulha	4/4	14,78	0,00012
	Parceiro único	5/6	13,87	0,00019
	Equipamento de proteção individual	3/3	11,04	0,00089
	Drogas	3/3	11,04	0,00089
	Orientação	4/6	7,39	0,00654

*Infecções sexualmente transmissíveis; **Frequência absoluta do termo na categoria em relação à frequência absoluta no *corpus* textual; ***Valor de Qui-quadrado significativo > 3,8; ****Valor significativo $p<0,05$. Fonte: Autoria própria.

Termos como ‘parceiros sexuais’, ‘relações sexuais’, ‘parceiro único’ estão associados a ideias que reforçam a necessidade de proteção por meio da utilização do preservativo e diminuição de situações de vulnerabilidade:

Uso de preservativo em todas as relações sexuais, parceiro sexual fixo, ou seja, único [...]. (PS32, Medicina)

Uso de preservativo, vacinação, limitar parceiros. (PS36, Farmácia)

[...] redução no número de parceiros sexuais, castidade, privação de relações sexuais. (PS31, Medicina)

Preservativo masculino e feminino, educação em saúde, vacinação no caso do HPV. (PS34, Enfermagem)

No que se refere à percepção de risco de infecção é importante destacar que no estudo conduzido por Pinto et al. (2018), ter companheiro fixo não constituiu uma medida protetora contra as IST, pois os parceiros podem optar pelo abandono do preservativo pela falta de reconhecimento dos riscos de infecção ao considerarem a estabilidade no relacionamento. Ainda, segundo esses autores, os profissionais de saúde podem perpetuar essa concepção equivocada de inexistência de risco.

Durante o período de estudo estava em evidência no município a campanha de vacinação contra a infecção pelo HPV para crianças e adolescentes, no entanto, essa medida preventiva foi indicada apenas por profissionais da UBS-2, e só um deles mencionou esse tipo específico de imunização. No entanto, não houve alusão à hepatite B, cuja imunização é uma rotina nos serviços de saúde.

A indicação dos termos ‘compartilhar’, ‘seringa’, ‘objeto’, ‘cortante’, ‘agulha’, e ‘drogas’ retrata o reconhecimento da necessidade de evitar as infecções mediante outras formas de transmissão das IST, como o uso de drogas, as transfusões sanguíneas (mesmo que ocorram em baixa escala), manuseio de perfurocortante, seja no ambiente profissional ou em atividades do cotidiano (Tabela 9). Nesse sentido, emerge a atenção para o cuidado individual e coletivo no manuseio de objetos e fluídos com risco de contaminação e manejo de grupos de risco, bem como a realização de exames, como medidas preventivas combinadas.

[...] evitar compartilhamento de seringas e agulhas, não receber transfusão de sangue de origem desconhecida. (PS29, Farmácia)

[...] não reutilização de perfurocortante, utilização de equipamento de proteção individual corretos ao lidar com o manejo de grupos de risco. (PS30, Farmácia)

[...] uso de equipamento de proteção individual durante o manuseio de sangue, realizar periodicamente exames para diagnóstico. (PS40, Enfermagem)

[...] não compartilhar objetos como tesoura e outros. (PS4, ACS)

Medida protetiva relacionada à transmissão vertical das IST foi especificada apenas por um dos profissionais, que destacou a necessidade de:

[...] durante a gestação caso esteja infectada [as gestantes] devem usar antirretrovirais. (PS38, Assistente Social)

É fundamental que o cuidado à gestante seja uma prioridade nos serviços de saúde. Apesar da queda de transmissão vertical do HIV nos últimos anos (BRASIL, 2017c), o cenário epidemiológico nacional da sífilis congênita é preocupante (BRASIL, 2017d). Diante deste contexto destaca-se a relevância no desenvolvimento de práticas educativas que fortaleçam a prevenção dessas infecções e a necessidade de um olhar do profissional mais direcionado para essa questão de saúde.

5.4 AUTOPERCEPÇÃO DOS PROFESSORES SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA

O conteúdo textual referente à autopercepção dos professores foi constituído por termos expostos na figura 14, onde é possível evidenciar a ênfase para os termos preservativo, Aids e sífilis.

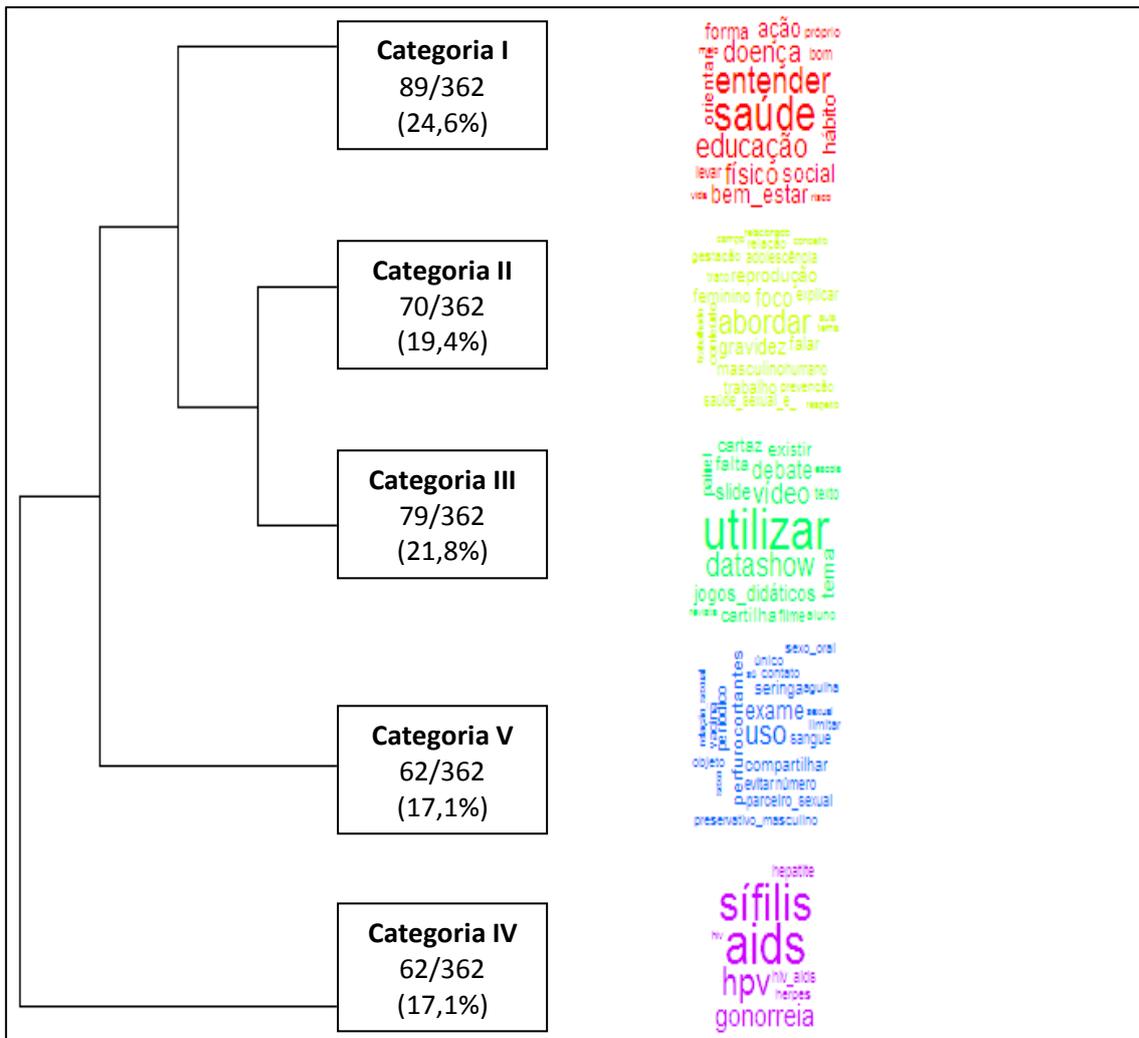
Figura 14 - Nuvem de palavras apresentando termos evocados pelos professores, relacionados à prática educativa em saúde como foco nas infecções sexualmente transmissíveis.



Fonte: Gráfico gerado pelo software Iramuteq com base nos dados da pesquisa.

Por meio da CHD emergiram cinco categorias temáticas com aproveitamento 84,6% das UCE. São elas: I - Paradigmas na prática educativa em saúde dos professores; II Abordagens no contexto da saúde sexual e reprodutiva; III - Ferramentas de ensino e abordagem das IST; IV - Infecções consideradas mais relevantes e; V- Visão sobre as medidas preventivas às IST. A contribuição das UCE por categoria variou entre 17,13% e 24,59%. De acordo com o conteúdo das falas dos professores e os termos que apresentaram relevância, cada categoria de análise recebeu uma denominação específica apresentada na figura 15.

Figura 15 - Dendrograma das categorias temáticas que emergiram do *corpus* textual no contexto da prática educativa em saúde dos professores de ciências e biologia, com ênfase nas infecções de transmissão sexual, em um município de Alagoas, Brasil. 2016-2017.



Fonte: Gerado pelo software Iramuteq baseado nos dados da pesquisa, com adaptações..

5.4.1 Paradigmas na prática educativa em saúde dos professores

O processo educativo em saúde ao concentrar-se em ações de prevenção e promoção da saúde procura adotar mecanismos de estímulo ao engajamento e participação social, visando a reflexão de questões atreladas à saúde que gere ação positiva individual ou coletiva, em busca da qualidade de vida. A educação em saúde tem se estabelecido como instrumento da promoção da saúde, cuja prática tem sido gradativamente operacionalizada pelo diálogo e a resolução de problemas do cotidiano. Essa visão profusa da educação em saúde ainda é incipiente na

percepção dos professores de ciências e de biologia investigados, como evidenciado nas afirmações de alguns participantes do estudo:

A educação em saúde estimula a prevenção de doenças e o engajamento da população e sua participação em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida. (PE54, EM)

Entendo que educação em saúde é preparar o aluno para compreender o próprio corpo, o meio ambiente e seu desenvolvimento para prevenção. (PE20, EM)

A educação em saúde deve ser concebida como compromisso coletivo envolvendo atores distintos (LIMA, MALACARNE, STRIEDER, 2012). Esse conceito tem se mostrado cada vez mais amplo e dotado de complexidade em decorrência das dimensões que o permeiam e pelo envolvimento dos profissionais que atuam diretamente como educadores, comunidades locais e outros segmentos da sociedade (SALCI et al., 2013). A percepção de que o processo educativo em saúde na escola deve ser uma ação contínua e permanente, como destacam Ribeiro e Messias (2016), é expressa por um dos profissionais investigado:

Entendo que educação em saúde é um conjunto de atividades realizadas permanentemente durante as aulas com o propósito de estimular a prevenção de doenças e promoção da saúde. (PE22, EM)

Mas é fundamental que esta continuidade esteja relacionada com as experiências do educando, com a comunidade na qual a escola está inserida, estabelecendo uma conexão com as questões globais (RIBEIRO; MESSIAS, 2016). O reconhecimento de que educador e educando possui saberes distintos, o estímulo à participação ativa e à tomada de decisão no que se refere à saúde, individual e coletiva são caminhos para alcançar os propósitos da educação em saúde (SALCI et al., 2013). Complementar a esse aspecto é relevante o ato de repensar as práticas docentes adotadas, de modo a atender cada vez melhor as necessidades dos sujeitos envolvidos (RIBEIRO; MESSIAS, 2016).

Em contrapartida, modelos educativos tradicionais permeados por ideias mais conservadoras encontram-se atrelados à concepção de educação em saúde dos professores. A 'transferência bancária' do conhecimento, rechaçada por Freire (1987) pode ser identificada nos conceitos que seguem:

É o processo de transmissão e recepção de conhecimento relacionado à saúde. (PE32, EE)

É importante alertar e passar as principais formas de prevenir doenças as quais eles poderiam em algum momento estar expostos. (PE07, EM)

Estudos apontam que esse padrão de ensino enfatiza a transmissão do conhecimento técnico-científico em um processo no qual o educador e o educando exercem papéis notavelmente diferentes, neste caso, o profissional (educador) detém todo o saber a ser transmitido, enquanto o educando atua nesse contexto apenas como um receptor passivo dos conhecimentos veiculados pelo profissional que atua como mediador (REIS et al., 2013; FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

No ensino da saúde essa prática tradicionalista se mostra ainda impregnada e resistente às mudanças necessárias para alcançar o alvo da promoção da saúde. Ainda nessa direção, observa-se que a doença, sua prevenção e a mudança de comportamento são focos da ação educativa dos professores, como destaca o relato a seguir:

Educação em saúde seria o trabalho educativo voltado à comunidade com a finalidade de promover a saúde orientando em relação à alimentação, hábito de higiene pessoal e prevenção de doenças. (PE66, EE)

Essa concepção de saúde é apoiada no paradigma patogênico, no entanto, a abordagem salutogênica é considerada um caminho mais promissor para alcance da promoção da saúde e superação de práticas educativas conservadoras (LINDSTRÖM, 2018). O direcionamento educativo baseado no estímulo à mudança comportamental está inserido na prática educativa dos professores desde o início do século 20. E, mesmo com as reestruturações no currículo da educação básica, nos documentos mais atuais, ainda persistem orientações que reafirmam essa tendência (ALVES; AERTS, 2011).

5.4.2 Abordagens no contexto da saúde sexual e reprodutiva

Nesse estudo, a prevenção às IST e prevenção da gravidez constituíram os temas mais frequentemente abordados pelos professores de ciências e biologia em sala de aula, no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Evidenciou-se a priorização dessas temáticas no estudo de Vieira e Matsukura (2017). No entanto, outros

assuntos são contemplados pelos profissionais, como é possível observar nos relatos subsequentes:

[...] abordo sobre puberdade, sistema reprodutor feminino e masculino, ciclo menstrual, gestação, métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis, mitos e verdades. (PE46, EM)

[...] trabalho sobre prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, fecundação e formação do feto. (PE19, EM)

[...] abordo sobre infecções sexualmente transmissíveis, as frequentes mudanças de parceiros sexuais, a falta de uso de preservativo. (PE03, EM)

[...] higiene íntima, infecções sexualmente transmissíveis, a quebra de alguns tabus, uso do preservativo. (PE41, EM)

Questões importantes tais como, o abandono do preservativo, a promiscuidade e os tabus que impedem o avanço na discussão do tema foram apontadas pelos docentes. Ao descortinarmos a saúde sexual na escola, o estudo de Felisbino-Mendes (2018) revela que apesar de entre os jovens brasileiros a prevalência sobre a recepção de orientação referente às IST e a gratuidade do preservativo tem permanecido constante entre 2009 e 2015, houve diminuição do uso do preservativo e uma maior vulnerabilidade dos adolescentes do sexo masculino às IST.

Dentre os motivos que levaram os professores a considerarem relevante explorar a temática IST no contexto escolar foram apontados que:

[...] a vida sexual na atualidade está iniciando na adolescência. (PE38, EM)

[...] faz parte do componente curricular e por ser extremamente importante abordar, principalmente com foco da prevenção. (PE07, EM)

[...] é indispensável à saúde humana e podem levar a morte, a exemplo da AIDS. (PE39, EM).

Com relação à abordagem didática, a prática da transversalidade, a qual possibilita a exposição mais ampla dos estudantes ao tema IST, emergiu discretamente:

Os conteúdos que são trabalhados não abrangem diretamente infecções sexualmente transmissíveis, mas, abordo o tema sempre que possível. (PE23, EE)

Abordo sobre infecções sexualmente transmissíveis, pois faz parte do currículo do oitavo ano podendo ser trabalhada em outras turmas por fazer parte dos temas transversais. (PE47, EM)

Analisando esses relatos é perceptível a ausência da interdisciplinaridade na abordagem das IST e a prática da transversalidade necessitando de consolidação, aspectos que representam um desafio na docência. Esse achado corrobora os resultados de Sarmento et al. (2018), que ao investigar professores de disciplinas distintas verificaram fragilidades no que se refere à prática efetiva da transversalidade na abordagem das IST, e a transferência de responsabilidade para o professor de ciências. Sobre esse aspecto a pesquisa de Vieira e Matsukura (2017) confirma que temas de saúde sexual estão vinculados às aulas de ciências e/ou biologia e que há baixa integração de outras disciplinas. Em vista da interdisciplinaridade, outro estudo (RIBEIRO; MESSIAS, 2016) reforça que na escola a educação em saúde deve ser considerada uma prática permanente com articulação do conhecimento nas diferentes áreas de ensino.

Considerando a transversalidade e a interdisciplinaridade, a última reforma no currículo da educação básica em meados da década de 90, tem sido insuficiente para gerar mudanças significativas na tarefa educativa (MARINHO, Da SILVA; FERREIRA, 2015). No presente estudo, observamos que as formas de abordagem do tema saúde estão distanciadas dos princípios que norteiam os parâmetros curriculares. Por outro lado, isso nos leva a refletir/questionar sobre a proximidade dessas diretrizes à realidade da escola e do professor.

5.4.3 Ferramentas de ensino e abordagem das IST

Os docentes investigados elencaram estratégias de ensino diversificadas no trabalho educativo relacionado às IST, abrangendo em sua maioria métodos de ensino antigos e tradicionais. E, apesar de um mesmo professor afirmar aplicar métodos distintos em sala de aula, não é evidenciado um ensino inovador com utilização de situações de aprendizado que propiciem a participação ativa dos estudantes:

Realizo aulas dialogadas com projeção de imagens, debates, confecção de maquetes do sistema reprodutor, dinâmicas em grupo, jogos didáticos, vídeos, músicas e o livro didático. (PE46, EM)

As metodologias que utilizo são aulas expositivas e aulas práticas com pesquisas de campo, confecção de relatórios, debate, além da confecção de cartazes. (PE51, EM)

A literatura revela que temas do eixo da saúde sexual e reprodutiva na escola têm sido trabalhados utilizando estratégias, tais como, o livro didático, filmes, a interação dialógica, jogos educacionais, oficinas, construção de história em quadrinhos, teatro, música, panfletos, debates (MIRANDA; GONZAGA; PEREIRA, 2018; BARBOSA et al., 2010; SILVA et al., 2011; BESERRA et al., 2011; LIMA et al. 2014; NOGUEIRA et al., 2016; SARMENTO et al., 2018), contudo, é importante que os princípios que fundamentam a condução do processo educativo em saúde, e em outros contextos de ensino, possibilitem a reflexão mediante situações do cotidiano e repercuta em transformação da realidade. Sobre o papel do docente, Miranda, Gonzaga e Pereira (2018) ressaltam que com base no perfil profissional, as características dos seus alunos e da instituição de ensino, os professores têm autonomia na escolha e elaboração do seu material didático.

De acordo com os relatos dos professores, observou-se riqueza em estratégias de ensino e a segurança dos profissionais na socialização dos assuntos. No entanto, na abordagem sobre sífilis no ambiente escolar, Andrade e colaboradores (2014) identificaram fragilidades de professores do ensino fundamental que podem comprometer a discussão sobre esse tema. Os autores ainda destacaram a importância de utilizar estratégias adequadas que possibilitem a criação de espaços em que o diálogo e o esclarecimento de dúvidas sejam conduzidos com confiança.

Dificuldades inerentes ao trabalho educativo sobre as IST foram apontadas, se destacando a carência de material didático, situação similarmente evidenciada por outros autores (NOGUEIRA et al., 2016). A falta de apoio dos profissionais de saúde das unidades básicas, a inexistência do auxílio da família, a dificuldade de compreensão do tema e tabus dos alunos, revela a complexidade envolvida na abordagem sobre IST no espaço escolar, como expressam os relatos subsequentes:

Faltam [...] espaço físico e auxílio de profissionais da saúde. (PE51, EM)

[...] a falta de material didático de apoio para facilitar as discussões e (a falta de) compreensão por parte dos alunos são dificuldades. (PE42, EM)

[..] existem dificuldades como o pouco conhecimento dos nossos alunos e também a falta de ajuda da família. (PE17, EM)

[...] existem dificuldades como a ausência de material didático adequado e os tabus de alguns alunos. (PE8, EE)

Andrade et al. (2014) em uma intervenção educativa sobre sífilis realizada em escola pública identificaram a necessidade de capacitação entre os professores do ensino fundamental para a abordagem deste tema e de outros assunto relacionados.

Foi possível ainda identificar que alguns professores não se sentem confortáveis falar sobre as IST na sala de aula. E, outro desafio é conduzir o tema por meio da transversalidade e ainda num contexto interdisciplinar, dificuldade evidenciada na literatura (VIEIRA; MATSUKURA, 2017; SARMENTO et al., 2018).

Os relatos que seguem expõem essa realidade:

[...] tenho dificuldade, pois, é preciso que o trabalho educativo perpassse a minha vergonha de expor o tema. (PE43, EM)

[...] (é difícil) a interação entre professores da escola e a dificuldade por não se sentirem a vontade com o tema. (PE27, EE)

O levantamento dessas questões sinaliza para a indispensabilidade de repensar a formação do profissional docente, com reorientação para o fortalecimento de práticas pedagógicas em saúde que atendam as demandas atuais. Principalmente ao considerarmos a existência de hiatos na esfera da saúde sexual (ROSSAROLLA et al., 2018).

A interação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento no trabalho educativo em saúde favorece a construção de autonomia entre os participantes desse processo. No entanto, a prática educativa em saúde sexual permanece centrada na disciplina e restrita a ciências e biologia (VIEIRA; MATSUKURA, 2017), embora os PCNs orientem que deve ser interdisciplinar. Em contrapartida, professores dessa área assumem que é especificamente sua a função de educador em saúde na escola, fortalecendo essa visão centralizada e disciplinar (COSTA; GOMES; ZANCUL, 2011). Buscando ampliar as possibilidades de abordagens de temas em saúde através da transversalidade e interdisciplinaridade é pertinente quando Jourdan e colaboradores (2010) destacam a relevância da construção de uma cultura comum sobre educação em saúde na escola e de uma identidade profissional.

5.4.4 Infecções consideradas mais relevantes

Os professores majoritariamente citaram a Aids como a IST de maior relevância na saúde pública. A ênfase dada à síndrome em contraposição à infecção pelo HIV pode revelar um desconhecimento e/ou baixa valorização do estágio que antecede a manifestação da síndrome, o que é preocupante por se tratar de um período em que o indivíduo infectado encontra-se assintomático, mas com potencial para transmissão do vírus.

A Aids é considerada de notificação compulsória no sistema de informação nacional de saúde. Mas vale salientar que dada a relevância da infecção pelo HIV, em 2014 o Ministério da Saúde incluiu esse agravo na lista de notificação obrigatória (BRASIL, 2014b). Atualmente tem sido proposta a prevenção combinada do HIV e nesse sentido, fazer a distinção entre HIV e AIDS é fundamental para a compreensão dos objetivos e das táticas desse tipo de prevenção (BRASIL, 2017e).

Com relação a outras IST, a sífilis foi a segunda infecção mais frequentemente mencionada pelos professores, seguido pela infecção provocada pelo HPV, a gonorreia e a hepatite B e C. Do ponto de vista epidemiológico, com efeito, essas infecções tem causado impacto à saúde da população, inclusive na faixa etária mais jovem (WHO, 2016a; FELISBINO-MENDES et al., 2018). Diante desse contexto, vale frisar que a transmissão do HIV, do *Treponema pallidum* e de agentes etiológicos de outras IST, tem relação com vários fatores, incluindo, segundo Brasil (2006) ao acesso aos serviços sociais, de saúde e de educação.

5.4.5 Visão sobre as medidas preventivas às IST

A utilização correta do preservativo masculino e feminino em todos os relacionamentos sexuais tem sido a estratégia de prevenção prioritária contra as IST. E, especificamente contra o HPV e hepatites B existem vacinas disponíveis nas unidades de saúde. De acordo com as falas, é possível observar que alguns professores estão atentos a esses aspectos:

Uso do preservativo masculino ou preservativo feminino [...]. (PE15, EM)

Usar preservativo em todas e quaisquer relações sexuais. (PE30, EE)

Vacinação também é uma opção contra hepatite e HPV, [...] (PE11, EM)

Considerando que a transmissão das IST não ocorre exclusivamente por via sexual, também são apontadas pelos profissionais medidas preventivas complementares para reduzir o risco de infecção, como ilustrado nos relatos a seguir:

[...] exames periódicos, testes de HIV, hepatite, sífilis e outros, consultar o médico com frequência. (P-10, EM)

[...] não utilizar drogas e não compartilhar objetos perfurocortantes, ter poucos parceiros sexuais. (P-47, EM)

[...] não entrar em contato com sangue, secreções e fluidos corporais sem proteção. (PE-6, EM)

[...] não compartilhamento de agulhas e seringas, uso de sangue testado. (PE25, EM)

Situações relacionadas ao risco potencial de infecção como relações sexuais sem proteção e contato com material biológico requerem ações que impossibilitem a transmissão mediante interação entre indivíduo(s) infectado (s) e indivíduo(s) saudável (is), consideradas intervenções biomédicas (BRASIL, 2014b).

Conhecer o parceiro sexual mantendo uma relação de confiança constitui uma forma de proteção contra as IST na visão de alguns professores, como evidenciado nos depoimentos:

Uso de preservativo, conhecer o parceiro sexual [...]. (PE12, EM)

Conhecimento entre os parceiros sexuais, ou seja, fidelidade, uso de preservativos, [...]. (PE20, EM)

Com relação ao exercício da confiança num relacionamento sexual, estudos revelam a fragilidade dessa conduta diante das IST, uma vez que esse comportamento culmina com o abandono do uso do preservativo pela percepção reduzida do risco de infecção (PINTO et al., 2018).

Diante das demandas relacionadas à temática em questão, é fundamental que os professores estejam preparados para o exercício de sua função enquanto educador em saúde. Nesse contexto, é importante salientar que percepções equivocadas podem ser propagadas através da prática educativa.

Considerando os desafios enfrentados pelos professores da educação básica no ensino da saúde, e especificamente na prevenção às IST, é salutar o

desenvolvimento de ações formativas em saúde conduzidas se apropriando do modelo dialógico e que favoreça a integração com profissionais da saúde. Destaca-se ainda o acesso às informações sobre estratégias abrangentes de prevenção às IST que permitam a apropriação e aplicabilidade dos conhecimentos pelos professores, o que poderá favorecer a discussão da temática no ambiente escolar e em outros espaços pedagógicos. Para tanto, é pertinente que a formação do educador em saúde contemple o desenvolvimento de competências, cuja importância é destacada por Moynihan et al. (2015).

Ao analisar a realidade exposta, aponta-se a necessidade de fortalecer a formação dos professores independente da área de atuação, no âmbito da educação em saúde, inclusive para tratar de questões relacionadas às IST, visando a prevenção e o controle desses agravos. Esse possivelmente é um caminho para tornar a escola um espaço pedagógico de promoção da saúde, favorável e preparado para discussão da temática.

5.5 ASPECTOS SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PROFESSORES

A tabela 10 apresenta dados sobre a periodicidade da integração profissional no trabalho educativo relacionado às IST no ambiente escolar. Dos 124 profissionais da saúde e professores investigados 25,8% afirmaram que acontece esporadicamente. No entanto, 27,4% relatou não ocorrer essa integração, principalmente os professores. A maioria dos profissionais (28,2%), sobretudo da saúde não respondeu a esse quesito, sugerindo que, de fato essa interação profissional na escola seja exígua.

Tabela 10 – Percepção dos profissionais da saúde e professores investigados sobre a periodicidade de integração profissional no trabalho educativo sobre infecção sexualmente transmissível na escola em município alagoano, 2016-2017.

PERIODICIDADE	SETORES DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS				TOTAL (%)
	UBS 1 n (%)	UBS 2 n (%)	EM n (%)	EE n (%)	
Com frequência	02 (7,2)	04 (13,3)	01 (2,4)	01 (4,2)	08 (6,5)
Esporadicamente	06 (21,4)	04 (10,0)	16 (38,1)	07 (29,1)	32 (25,8)
Não ocorre	-	05 (16,7)	19 (45,2)	10 (41,7)	34 (27,4)
Não realizo	03 (10,7)	10	02 (4,8)	01 (4,2)	15 (12,1)
NI	17 (60,7)	07 (30,0)	04 (9,5)	05 (20,8)	35 (28,2)
TOTAL (%)	28 (100,0)	30 (100,0)	42 (100,0)	24 (100,0)	124 (100,0)

UBS – Unidade Básica de Saúde; EM – Escola municipal; EE – Escola estadual, NI= Não informou.
Fonte: Autoria própria.

Com relação ao *corpus* textual sobre a percepção dos profissionais da saúde e professores em relação à integração dos mesmos no trabalho educativo com ênfase às IST, a figura 16 mostra termos que emergiram nesse contexto.

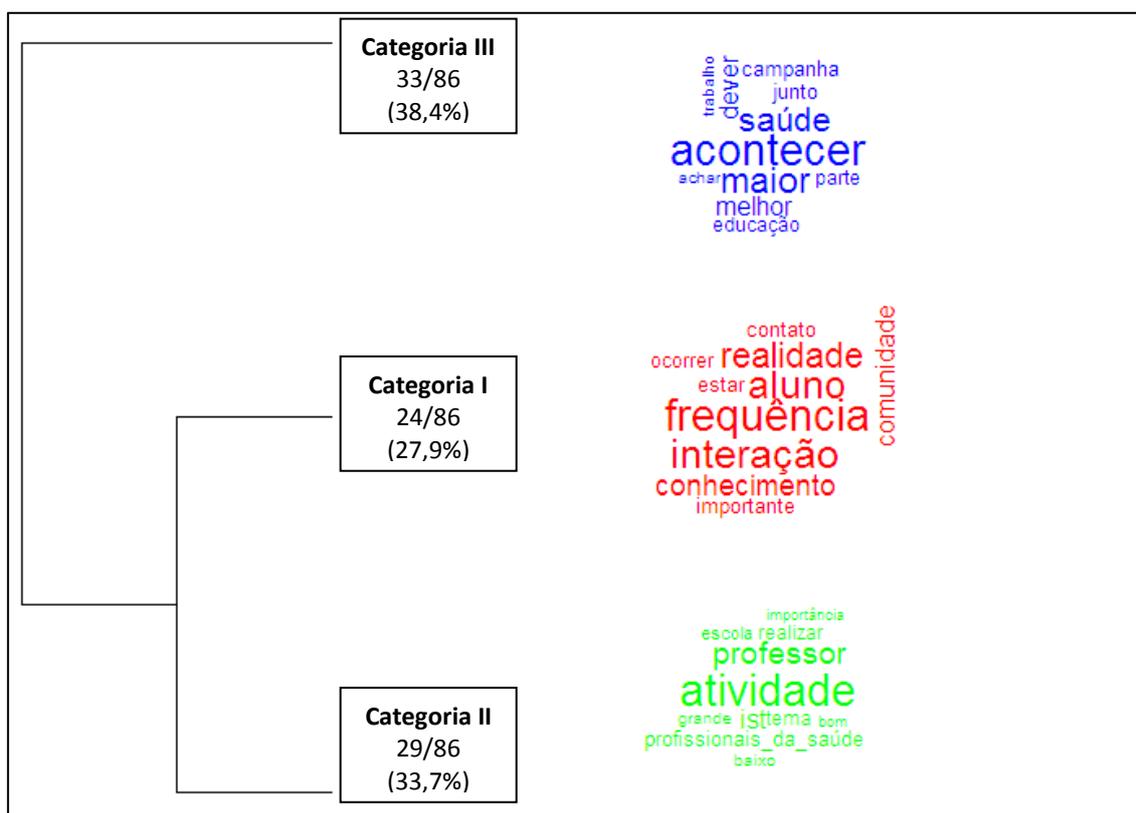
Figura 16 - Nuvem de palavras apresentando termos que emergiram no contexto da integração entre os profissionais da saúde e professores, no contexto das infecções sexualmente transmissíveis.



Fonte: Gráfico gerado pelo software Iramuteq com base nos dados da pesquisa.

Durante a categorização houve aproveitamento de 95,56% do texto analisado, permitindo desvelar três categorias temáticas, a saber: I) Meios de integração serviço de saúde/escola; II) Integração profissional e suas facetas, e III) Entre ações pontuais e o desconhecimento de propostas de integração. Essas categorias foram constituídas por 27,9%, 33,7% e 38,4%, respectivamente dos textos aproveitados (Figura 17).

Figura 17 – Dendrograma das categorias temáticas no contexto da integração dos profissionais da saúde e professores de ciências e biologia, em Arapiraca, Alagoas. 2016-2017.



Fonte: Gerado pelo software Iramuteq baseado nos dados da pesquisa, com adaptações.

5.5.1 Meios de integração serviço de saúde/escola

Segundo relatos dos professores, a integração entre escola e serviço de saúde oferece inúmeros benefícios como a cooperação profissional, a troca de vivências e saberes entre os atores do processo educativo. No entanto, os dados evidenciam que a interação entre profissionais de saúde e o professor e só ocorre durante eventos oferecidos pela instituição escolar:

Realizamos palestras e feira de ciências e constantemente a unidade de saúde é convidada a participar. A integração acontece com frequência e considero muito importante, pois o profissional da unidade de saúde conhece a realidade da comunidade em que o professor pode ser o mediador do conhecimento e fortalecedor da informação. (PE19, EM)

Quando ocorre a feira de ciências a unidade de saúde da comunidade participa do evento. Considero muito importante essa integração para

orientar os alunos sobre as doenças, evitar gravidez precoce e gravidez indesejada, mas isso ocorre esporadicamente. (PE02, EM)

Ocorre esporadicamente. Quando há culminância de projeto sobre o assunto ocorre essa parceria com a unidade de saúde. Acho muito importante essa integração, pois, possibilita a interação entre os envolvidos. (PE10, EM)

Os caminhos percorridos pelos profissionais, visando a integração entre os setores da saúde e educação, precisam ser reavaliados. A presença do profissional de saúde na instituição escolar não significa que esteja acontecendo integração entre os profissionais, mesmo mediante o desenvolvimento de alguma proposta educativa. Para a efetivação de uma atividade de promoção da saúde na escola envolvendo ambos os setores e profissionais, destaca-se que a integração requer articulação, planejamento pedagógico e coparticipação nas atividades propostas, aspectos que não foram evidenciados no presente estudo.

5.5.2 Integração profissional e suas facetas

Em relação às IST, o trabalho educativo integrado entre os profissionais dos setores da educação e da saúde para explorar esse assunto na escola se mostra insuficiente ou inexistente como é possível averiguar nos relatos dos profissionais de ambos os setores:

Nas atividades realizadas sobre IST na escola eventualmente acontece a integração dos professores com os profissionais da unidade de saúde porque, nem sempre há contato entre esses profissionais. (PE16, EM)

Oriento sobre o tema IST porque sempre é bom passar os conhecimentos, mas não realizo essa atividade na escola. Mal vejo essa integração posto de saúde e escola. (PS52, UBS-2)

Trabalho esse tema na unidade de saúde e na comunidade, mas não realizo atividades sobre o tema nas escolas. (PS49, UBS-2)

A participação conjunta dos profissionais na prevenção das IST representa um ganho no processo de ensino e aprendizagem. Borawski et al. (2015) apontam que enfermeiros e professores em sala de aula são eficazes na abordagem da saúde sexual e reprodutiva na escola. Porém, é possível que os profissionais da saúde tenham maior facilidade em ensinar habilidades técnicas e interpessoais, como o uso do preservativo e sua negociação com o parceiro sexual, uma vez que exigem habilidades e experiências específicas. Por outro lado, segundo Reis et al.

(2015) muitos docentes vão além da percepção da realidade da escola e dos alunos ao realizarem ações com potencial para gerar mudanças.

Vários são os desafios para efetivação da tarefa educativa em saúde de forma compartilhada. Pelo relato dos profissionais é perceptível que a falta de comunicação a transferência de responsabilidades, o baixo interesse dos profissionais de ambos os setores e a falta de motivação e incentivo, perpassando pela formação inicial e continuada, são fatores que limitam a possibilidade de efetivação de atividades intersetoriais de educação em saúde. Os depoimentos que seguem retratam essa realidade:

Os profissionais da unidade de saúde trazem apenas palestras de temas diversos esporadicamente. Considero muito baixo o nível de integração entre professores e profissionais da saúde por que não há comunicação entre ambos. (PE51, EM)

Considero baixa a integração entre os profissionais da saúde e profissionais da educação [...] necessita de união para o trabalho ter bons resultados, além disso, acho difícil realizar atividades como essa. (PE37, UBS-2)

Trabalho com tema IST, mas não ocorre integração entre os profissionais da saúde e o professor. Sempre que fazemos não encontramos nenhum apoio ou incentivo para nos motivar. (PS45, UBS-2)

O estudo conduzido por Moraes et al. (2018) aponta fragilidade na comunicação entre os setores de educação e saúde no que se refere ao estabelecimento de ações educativas em saúde na escola. A delegação de responsabilidade na atividade educativa em saúde também foi evidenciada por Pinheiro, Silva e Tourinhos (2017), considerada pelos autores como um aspecto negativo por dificultar o compartilhamento e planejamento de cada setor.

Adicionalmente, a falta de formação de professores de escolas municipais e estaduais, bem como de profissionais da saúde para consolidação das práticas educativas e do trabalho educativo conjunto para atuarem de forma integrada (SANTOS; SANTOS; GOMES, 2015; MORAES et al., 2018) constitui um dos grandes desafios para o desenvolvimento efetivo dessas ações de promoção da saúde.

A relevância da integração e do trabalho educativo sobre IST é sempre evidenciada pelos profissionais dos dois setores. Mas são apontadas outras dificuldades que impedem a articulação para realização de ações coparticipativas,

como a escassez de tempo, as demandas inerentes do exercício profissional e aceitação da escola em tratar sobre o tema, como exposto a seguir:

Há dificuldade de articular momentos entre a escola e a unidade de saúde, pois, geralmente não se encontram disponíveis, por isso, não ocorre a integração apesar de ser importante uma vez que eles permitem a discussão mais aberta e real sobre as IST. (PE06, EM)

A integração ocorre esporadicamente na escola e na unidade de saúde pelo tempo e rotina dos trabalhos. A integração dos profissionais da saúde e professores é extremamente importante para o fortalecimento das práticas educativas em saúde. (PS34, UBS-2)

Trabalhar o tema IST faz parte da minha atribuição e acho muito importante para a prevenção. Foram realizadas palestras sobre outros temas na escola, mas, IST nunca escolhi. Apesar de ser muito importante é menos aceito na escola. Esse tema é um tabu, mas integrar profissionais da saúde e professores é muito importante é a chave da solução para tantos casos positivos de IST. (PS40, UBS-2)

Sabe-se que é atribuição dos profissionais da atenção primária atuarem na escola, atividade que requer planejamento. No entanto, no discurso do profissional PS40, os temas que são trabalhados no espaço escolar parecem ser determinados pelo setor da saúde sem que haja planejamento com o setor da educação ou levantamento das reais necessidades da escola. Mas, várias são as questões permeiam essa realidade, dentre estas, na pesquisa realizada por Santos, Santos e Gomes (2015) ficou evidente a ausência de envolvimento do professor e a dificuldade do profissional de saúde se articular com o docente, executando, sozinho, a tarefa educativa em saúde.

5.5.3 Entre ações pontuais e o desconhecimento de propostas de integração

A intersetorialidade pressupõe atividades articuladas e contínuas, coparticipativas e com coresponsabilidade. No entanto, as atividades verticalizadas e pontuais sem participação ativa dos profissionais e demais atores envolvidos, cujo objetivo é apenas atender às demandas setoriais sem focar nas necessidades dos estudantes, produz um distanciamento da proposta de intersetorialidade. Os relatos que seguem expõem essa situação:

Já aconteceu na escola trabalhos de campanhas da secretaria da saúde que é feito na escola [...]. (PE65, EE)

Não acontece a integração. Os profissionais da unidade de saúde realizam trabalhos pontuais sobre algumas campanhas do Ministério da Saúde. (PE46, EM)

Acho importante a integração porque os profissionais da área da saúde fazem um bom trabalho com campanhas de prevenção. (PE54, EM)

Albuquerque e Stotz (2004) ao refutarem esse modelo campanhista de educação em saúde destacam a importância da continuidade das ações educativas para alcance mais efetivo da população alvo. Estudo realizado Oliveira et al. (2016) reafirma que na prática de enfermeiros da atenção básica há predominância de ações educativas de caráter pontual, ancoradas no modelo campanhista/higienista. Santos, Santos e Gomes (2015) verificaram que dentre as atividades realizadas durante ações de promoção da saúde em uma escola envolvendo a participação de profissionais da saúde houve um destaque para a realização de atividades pontuais como palestras e participação em feira de ciências que geralmente é um evento anual da escola.

Vale destacar que não fez parte do cerne deste estudo investigar políticas públicas voltadas para a promoção de saúde na escola. No entanto, considerando a existência de iniciativas públicas nacionais de promoção à saúde no ambiente escolar, a exemplo do Programa de Saúde na Escola (PSE), no qual está inserido o projeto SPE (Saúde e Prevenção na Escola) que foca a saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção às IST/HIV/Aids, principalmente em escolas públicas, é interessante ressaltar que nos relatos dos profissionais não houve menção a essas propostas. Alguns professores de escolas estaduais foram enfáticos ao afirmarem que:

Não existem projetos de integração. (PE31, EE)

Não tem esse tipo de convênio com área de saúde do município. (PE57, EE)

A integração entre os profissionais é ausente. Não temos esse apoio por parte da unidade de saúde. (PE34, EE)

Machado et al. (2016) apontam que ações do PSE com foco na prevenção das IST em município nordestino superaram a meta estabelecida, no entanto, não evidenciam como ocorreu a integração entre os setores da saúde e educação e os profissionais envolvidos.

Mesmo em escola em que o PSE tem sido desenvolvido percebe-se um baixo envolvimento entre os profissionais da saúde e professores (LEITE et al., 2013, SANTOS; SANTOS; GOMES, 2015). E, ao comparar escolas municipais e estaduais, Moraes et al. (2018) identificaram uma maior distanciamento das escolas estaduais às ações de educação em saúde em parceria com o setor da saúde.

O trabalho educativo conjunto pode estimular o exercício da transversalidade através de práticas intersetoriais, nas quais o professor seja um elo entre os estudantes e os profissionais da saúde, potencializando, por exemplo, as ações desenvolvidas na unidade de saúde (MARINHO, DA SILVA, FERREIRA, 2015). No entanto, estudo realizado em município nordestino retrata que os professores tem baixo conhecimento sobre o PSE (MACHADO et al., 2016), o que aponta para a necessidade de uma maior aproximação dos professores às ações e aos profissionais da saúde, principalmente por meio de uma formação integrada.

Diante desse contexto, é prioritário que profissionais da saúde e professores exerçam uma prática educativa como processo de construção de conhecimentos em saúde conduzindo a comunidade alvo ao desenvolvimento da autonomia emancipatória. No entanto, a robustez dessa prática depende de vários aspectos, principalmente de uma formação profissional que atenda a essa proposição educativa.

Na busca em alcançar metas da promoção da saúde, a intersetorialidade no âmbito da educação em saúde envolvendo profissionais de ambos os setores pode oportunizar o aperfeiçoamento das práticas educativas mediante a completividade, responsabilidade conjunta e cooperativa dos setores (VIEIRA; MATSUKURA, 2017). No entanto, estudos evidenciam que a intersetorialidade no campo da educação sexual ainda é incipiente (MACHADO et al., 2016; PINHEIRO; SILVA; TOURINHOS, 2017), havendo um longo caminho a ser percorrido para a concretude desta prática intersetorial.

5.6.1 Características e potencial do kit didático

Segundo opinião dos avaliadores o kit possui aspectos importantes para o processo de ensino e aprendizagem, adequação científica e alcance de público:

As peças atendem a necessidade do tema. Dar para ver claramente cada fase da doença são modelos visuais e de fácil manuseio principalmente como exemplos para pacientes com mais ou menos instrução ou que nunca estudou sobre o assunto. (PS08, Enfermagem)

O material educativo é bem elaborado e pode ajudar de maneira visível aos pacientes compreenderem as fases da doença. As peças são bem reais além de mostrar as etapas de acordo com a realidade estimula a curiosidade ao manusear. (PS10, ACS)

Quanto ao ensino e aprendizagem dos educandos, o kit tem potencial para ser utilizado em atividades educativas, seja na UBS ou no território de atuação da unidade de saúde como a escola, nas quais usuários, escolares e educadores podem ser beneficiados, como é possível averiguar nas avaliações que seguem:

Acho adequado utilizar na escola ou na unidade de saúde por ser de fácil compreensão, prático e colorido vai atrair os alunos e situar no tema. Os modelos parecem reais, utilizaria esse material educativo, pois é fácil e o visual bem colorido. (PS08, Enfermagem)

[...] é um material educativo muito enriquecedor dá para apresentar na escola e na unidade de saúde. As crianças e adultos vão poder conhecer os objetos que irão chamar a atenção para o aprendizado é uma novidade para a nossa aprendizagem e enriquecer no trabalho. (PS03, ACS)

[...] Apresenta de forma real lesões que poderiam ser encontradas na população, é de fácil entendimento e lúdico. Serve para trabalhar com todas as idades. (PS05, Enfermeiranda)

[...] é possível usar esse material educativo na escola e na unidade de saúde pois a comunidade irá entender o que estamos abordando. (PS11, ACS)

No contexto estudado, os resultados expostos nos itens 5.3 e 5.5 apontaram entraves para abordagem da temática na escola pelos profissionais da saúde. No entanto, a reação e motivação dos participantes do GF ao avaliarem o kit didático, sugere que esse material seja uma possibilidade de superar alguns desafios didáticos.

Como exposto nas opiniões que seguem, o kit de modelos tridimensionais sobre sífilis foi considerado inovador pelos profissionais, principalmente pela

possibilidade de inovação metodológica diante de métodos e recursos didáticos defasados para abordagem do tema junto à comunidade:

Esse é um material inovador. Em minha opinião está ótimo, pois atende a necessidade da nossa comunidade e está bem ilustrado. Eu achei perfeito porque a gente está acostumada apenas a trabalhar com imagens e não com um material educativo desse. (PS11, ACS)

[...] está adequado para abordarmos o tema na escola e na unidade de saúde com certeza é muito inovador, fácil de manusear e de fácil aprendizagem também. No momento não tenho nada a acrescentar em relação à melhoria do material educativo. (PS07, ACS)

[...] é um material inovador, pois não se trabalha muito esse tema. Por ser uma doença que pode afetar com facilidade precisa ser trabalhada mais. (PS02, Enfermeiranda)

A inserção de novas práticas e produtos no serviço de saúde fazem parte do processo de inovação (COSTA L., 2016). Entendemos que esses produtos vão além dos insumos, podendo se aplicar a materiais pedagógicos para suporte às atividades educativas do setor.

No contexto da unidade foi possível confirmar que a palestra é um dos métodos fortemente inserido na prática educativa dos profissionais corroborando achados da pesquisa exploratória (item 5.3). Mas é provável que o kit avaliado possa ser utilizado para ressignificar essa prática, como sugerem alguns depoimentos:

[...] eu utilizaria esse material educativo por que tornaria uma comunicação bem participativa e bastante explicativa. Torna a palestra mais participativa mais dinâmica. Vai chamar atenção ninguém vai cochilar porque vão ter a curiosidade de pegar manusear e ver as fases da doença e ai pode até lembrar que já viu isso em alguém e vai ter aquela curiosidade de conhecer mais a doença. (PS10, ACS)

O kit didático está adequado. Eu utilizaria, pois é bem completo e seria de fácil compreensão para a comunidade. Meu sentimento é o mesmo, é algo mais atrativo, né? Pois a gente tem algo mais objetivo quando faz a palestra. (PS02, Enfermeiranda)

De fato, a palestra é uma estratégia tradicional amplamente usada na educação em saúde com aponto a literatura (SOUZA, 2011; OLIVEIRA et al., 2016; SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017). Mas diante, da persistência dessa prática educativa uma possibilidade é dá um novo significado a essa estratégia como destaca Souza (2011). Nesse sentido incorporar, outras formas de ensino e recursos

didáticos que permitam estabelecer um vínculo dialógico com os educandos pode conduzir educador a uma reorientação da sua prática educativa em saúde.

A nuvem de palavras na figura 19 revela aspectos que qualificam o kit de modelos didáticos para abordagem da sífilis, avaliado pelos profissionais de uma unidade básica de saúde.

Figura 19 – Nuvem de palavras com os termos usados para qualificar o kit didático sobre sífilis avaliado por profissionais da atenção básica.



Fonte: Gráfico gerado pelo software Iramuteq com base nos dados da pesquisa.

5.6.2 Contexto em que o material foi avaliado

Ao explorar as estratégias utilizadas para abordagem da sífilis, o GF permitiu o aprofundamento em relação à prática educativa dos profissionais da atenção básica investigado, desvelando questões não identificadas na pesquisa exploratória usando questionário autoaplicável (item 5.3), como os desafios em relação a população idosa:

Eu achei três positivos de sífilis, em quinze que eu fiz, todos idosos. É muito alto. Mas não dão muita atenção, além disso, ainda tem a resistência de vir à unidade de saúde. (PS09, Enfermagem)

Na verdade, já tem paciente com muitos anos (infectado), tem muito idoso, quando fazemos o outubro rosa muitos pacientes aparecem com sífilis, portadores. (PS08, Enfermagem)

[...] o que tem de DST na terceira idade é um absurdo e eles não vêm na unidade de saúde para fazer o teste rápido. Por mais que a gente incentive, explique a importância, é muito raro. (PS06, ACS)

Mas, as dificuldades enfrentadas na tarefa educativa sobre a sífilis envolvem um público mais abrangente, inclusive gestante e sua parceria sexual, como observado nos depoimentos dos profissionais que compartilharam suas vivências:

Ela teve sífilis então já era um caso antigo e eles (um casal) estavam voltando, mas ele não entendia nada, mesmo que eu explicasse que tinha que fazer o exame. [...] foi difícil de explicar a situação pra ele (esposo). Não adianta só ficar falando porque por mais que você explique da maneira mais fácil possível não adianta. No caso desse casal ela ficou grávida e perdeu o bebê. (PS08, Enfermagem)

[...] a gente já teve caso de grávida que se cuidou, mas o rapaz não e o bebê nasceu assim. (PS07, ACS)

Essa situação reflete a alta taxa de incidência de sífilis adquirida, materna e congênita na população (BRASIL, 2018b) e as consequências relacionadas à resistência da gestante e seu parceiro sexual a realização do diagnóstico e tratamento, como lesões sifilíticas em recém-nascidos, perda fetal ou aborto (DOMINGUES et al., 2013a), reafirmando os resultados epidemiológicos desafiadores da sífilis materna e congênita no Brasil, descritos no item 5.1 do nosso estudo.

Consideramos que o homem tem papel fundamental controle desta infecção por contribuir com a manutenção deste agravo na população. Em vista dessa situação, Maciel (2017) destaca a necessidade de ampliar o acesso desse público à atenção integral à saúde.

O controle da sífilis envolve inúmeros fatores. Sobre esse aspecto no GF emergiu o baixo interesse e negligência da população, vergonha em falar sobre a temática, como evidenciado nos depoimentos:

A sífilis é que ninguém dá muita importância, porque todo mundo se preocupa mais com o HIV e ninguém se preocupa com a sífilis e talvez isso (se referindo ao kit didático) chamasse a atenção deles para fazer os testes e para a prevenção também. (PS06, ACS)

(As pessoas) ficam com vergonha quando chama para colocar preservativo, olha como é colocar, chama alguém da plateia, mas dá

certo. Não fico envergonhada porque a gente já lida direto com isso. (PS03, ACS)

5.6.3 Possibilidade de aplicação do kit na atenção básica

Ao questionar se os profissionais teriam interesse em utilizar esse kit no seu cotidiano foi unânime a motivação, sobretudo mediante as dificuldades enfrentadas em relação ao acesso a material educativo:

[...] é um material educativo que para gente é muito importante muito bom porque a gente é acostumada a trabalhar com cartaz ou com data show, algo assim. (PS01, Enfermagem)

Há muito tempo que não vem material didático do ministério da saúde e isso (o kit) vai facilitar muito a questão da educação em saúde e as palestras [...] na nossa realidade a maioria da população não entende muito quando a gente fala. (PS09, Enfermagem)

Em minha opinião o material educativo está ótimo e completo por isso eu utilizaria. Eu o achei ótimo. É um material educativo muito bom muito rico. Se a gente quando viu ficou assim, imagine a população quando vê um material bom desse. (PS03, ACS)

Durante as discussões foram apontados caminhos para utilização do material educativo que vão além da integração à palestras, indicando a existência de uma prática educativa com maiores possibilidades de interação e exercício do diálogo.

Já eu acho assim, que dá para mostrar os órgãos porque quando a gente diz: olhe vai pegar no coração. Aí quando você mostra o órgão eles veem que é possível atingir. Então... a população ainda tem muita dificuldade e com um kit didático desse, fechou, você não precisa nem falar, vai fechar o ciclo. Você vai ter muitas possibilidades e uma maior facilidade de comunicação com o usuário. (PS08, Enfermagem)

Nas nossas reuniões mensais dá para mostrar esse material educativo, porque geralmente a gente reúne algumas pessoas para falar sobre alguns temas, aí poderia mostrar durante uma reunião. Eu acredito que eles vendo pegando eles vão pensar um pouco mais. (PS06, ACS)

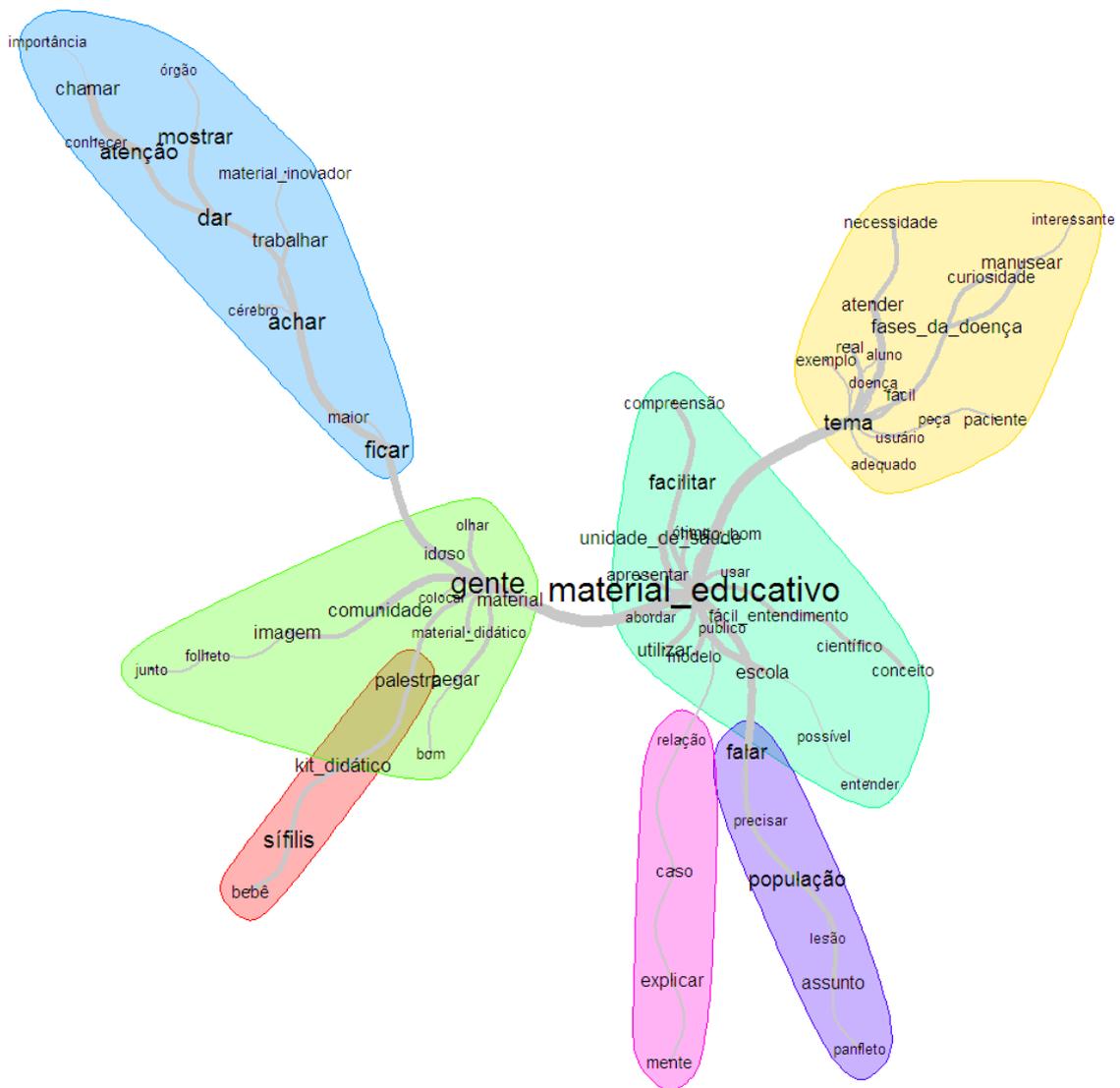
Munguba (2010) ressalta que estratégias diversificadas, para atender a vários públicos e objetivos, encontram-se à disposição dos profissionais da saúde. Para o autor, é fundamental que a postura do educador, ao fazer uso de estratégias inovadoras, seja reavaliada de forma sistemática buscando evitar incoerências.

A evidenciação de práticas educativas tradicionais e dialógicas no contexto da sífilis só confirma as concepções de educação em saúde no estudo exploratório descritos no item 5.3. Oliveira (2005) destaca essa coexistência desses modelos de práticas educativas.

No momento de reconhecimento do kit de modelos didáticos os enfermeiros respondiam adequadamente a maioria dos questionamentos, mas foi possível verificar limitações no conhecimento dos ACS durante o manuseio e identificação das peças didáticas, como as fases da infecção, características das lesões, o agente etiológico, entre outros aspectos. Estudo conduzido por Martins et al. (2014) apontaram como dúvidas mais comuns verbalizadas pelos ACS durante uma atividade formativa, as relacionadas às características das lesões e às fases do desenvolvimento da doença.

Na análise de similitude observa-se que a avaliação do material didático se deu em torno de três aspectos principais: os profissionais da saúde, representado pela palavra **gente** (a gente), o **material educativo** e o **tema** (sífilis). As palavras mais associadas estão agrupadas e suas interconexões podem ser evidenciadas no grafo de similitude apresentado na figura 20.

Figura 20 – Árvore de similitude com as interconexões entre as palavras que emergiram na avaliação, por profissionais da atenção básica, do kit de modelos didáticos sobre sífilis.



Fonte: Gráfico gerado pelo software Iramuteq com base nos dados da pesquisa.

Identificar novas formas de desenvolver intervenções educativas que promovam a autonomia é imprescindível, desde que firmadas numa base teórica (FERREIRA et al., 2013). Para efetivação de ações de promoção à saúde é fundamental inovar as metodologias de ensino para alcançar a comunidade. Nesse contexto, considero que a estratégia ou o recurso didático utilizado na atividade educativa em saúde por si só não é suficiente para a construção de um processo educativo transformador, mas a forma com o educador integra esse recurso em sua prática pode atuar como condutor para alcançar esse resultado.

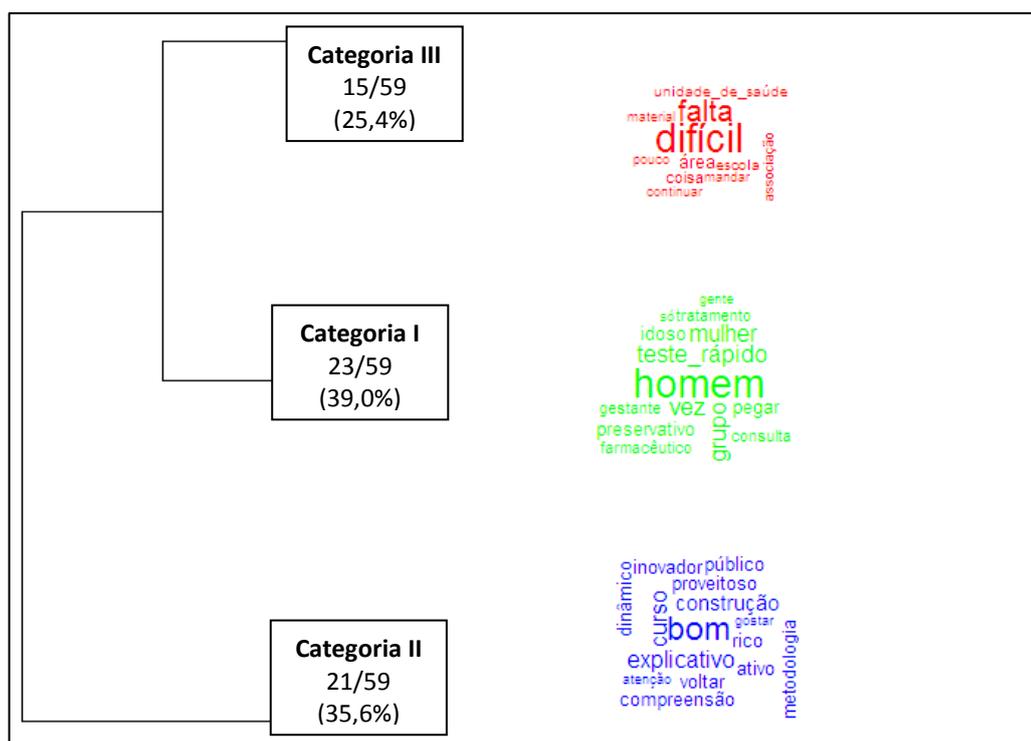
5.7 A CONSTRUÇÃO COLETIVA DE MATERIAL EDUCATIVO PARA ABORDAGEM DA SÍFILIS

A maioria dos profissionais da saúde participantes da construção coletiva de material educativo (70%) informou ter desenvolvido abordagem educativa sobre a sífilis. Mas apesar do tempo de atuação na atenção básica apenas dois profissionais, especificamente da enfermagem, desempenharam essa tarefa quatro ou mais vezes, os quais também afirmaram utilizar jogos ou dinâmica como estratégia didática, de forma que 80% do grupo investigado nunca empregou esse tipo de método no ensino no trabalho educativo sobre sífilis.

Na atividade de formação continuada realizada, a dinâmica inicial que antecedeu o GF, cuja finalidade foi aprofundar o conhecimento sobre a prática educativa dos profissionais da saúde no contexto da sífilis, promoveu um momento de descontração entre os participantes e possibilitou um ambiente mais propício às interações propostas ao longo da construção coletiva do material didático e avaliação do curso de formação continuada. Segundo Andrade et al. (2014) o uso de dinâmica de sensibilização é favorável no início de atividades em grupo para haver entrosamento e estimular a participação.

Do conteúdo textual produzido pelos profissionais da saúde a partir dos GF, para diagnóstico da realidade e avaliação das estratégias utilizadas na atividade formativa, evocaram termos expressos na nuvem de palavras da figura 21.

Figura 22 – Dendrograma das categorias temáticas relacionadas a avaliação da construção coletiva de material educativo para abordagem da sífilis por profissionais da saúde de uma unidade básica de Arapiraca, Alagoas. 2016-2017.



Fonte: Gerado pelo software Iramuteq baseado nos dados da pesquisa, com adaptações.

5.7.1 Conhecendo o contexto da prática educativa sobre sífilis

Adentrar no contexto da prática educativa dos profissionais foi importante para eleger os assuntos que deveriam ser explorados no kit de dinâmica – *Sífilis, o que preciso saber?* Nessa perspectiva, foram identificados vários aspectos que serão apresentados nessa categoria temática.

No trabalho de prevenção e promoção à saúde realizado pelas equipes de ESF, o incentivo à realização dos testes rápidos entre os usuários participantes grupos específicos e o uso do preservativo, seja na UBS ou em outros espaços da comunidade é notório nos depoimentos. Porém, ao que parece, mesmo com a descentralização dos testes rápidos a adesão ao diagnóstico está aquém do esperado, situação também evidenciada para o uso do preservativo:

Os homens participam também tem o grupo da farmacêutica dos homens que ela faz também trabalhamos com os testes rápidos em cada grupo mesmo nesses grupos que temos gestantes homens

hipertensos quem procura. Hoje a situação melhorou porque nas unidades de saúde já se faz o teste rápido de sífilis hepatite e outras. Antigamente era só no Centro de Testagem e Aconselhamento. Aí quando é detectado aqui a gente já encaminha para consulta manda para o médico que passa para a equipe pra gente acompanhar. (PS01, Enfermagem)

[...] reforça muito que a gestante faça o teste rápido e a gente como ACS na comunidade faz mais promoção da saúde para eles virem na unidade pegar preservativos. E a gente diz, informa os dias que está oferecendo o teste rápido. (PS04, ACS)

Mas lá na associação de moradores quando a farmacêutica faz o grupo dos homens, a maioria dos que pega os preservativos são os mais velhos e eles vêm fazer o teste rápido. Os mais jovens têm medo e tem vergonha. (PS07, ACS)

Às vezes também de ano em ano eu também faço alguma coisa aqui no SESC com o grupo dos idosos. Eles trabalham a parte recreativa a gente vai fazer a palestra sobre hipertensão ou DST. É um extra a parte recreativa. (PS08, Enfermagem)

Mas a gente fala, fala e não vê essa demanda que deveria ser bem maior. Que deveria ser semanalmente e a demanda maior para realizar o teste rápido. (PS06, ACS)

A parceria da UBS com a comunidade para o desenvolvimento da tarefa educativa pode ser evidenciados nos relatos dos profissionais, o que permite uma maior cobertura de ações de prevenção à sífilis e outras IST. Contudo, é notória a irregularidade das ações e o alcance restrito de populações-chave. Santili, da Rocha Tonhom e Marin (2016), destacam a importância dessa interação com a comunidade para ampliação do trabalho educativo e promoção da saúde.

No entanto, a baixa adesão ao teste rápido camufla a real situação epidemiológica do município. Apesar de ser o segundo mais populoso do estado apresentar taxas de SG e SC bem reduzidas em relação à capital e o estado (ALVES et al., 2016; BRASIL, 2019), o que pode está associado à obstáculos na captação e à subnotificação de casos. Em situações de baixo alcance da população se faz necessário estratégias mais específicas, a fim de propiciar maior adesão ao teste rápido, como pode ser observado no estudo conduzido por Sabidó et al. (2009).

Reforçando essa situação, a realidade do trabalho educativo sobre a sífilis envolvendo os parceiros sexuais, mais uma vez é desvelada apontando outros

entraves relacionados ao uso do preservativo, diagnóstico, tratamento, como questões culturais e de gênero, que limitam o trabalho educativo,:

Muito difícil, uma mulher ou outra que fala, mas homem é difícil. E a gente sabe que o tratamento é para o casal. Uma vez ou outra na conversa a mulher fala quando já está, né? (PS04, ACS)

A gente tenta conscientizar também sobre a importância de fazer o teste rápido que não é fácil eles vir tanto para o homem quanto para a mulher, que deve ver o teste rápido da mesma forma que vê a citologia. Por mais que a gente tente conscientizar sobre a importância do uso do preservativo os homens não gostam de usar o preservativo e as mulheres acabam cedendo para agradar os maridos. (PS06, ACS)

O tratamento dos parceiros sexuais é fundamental para o controle da sífilis e precisa ser administrado na quantidade necessária, no caso da gestante, para impedir a transmissão vertical como enfatizam Taylor et al. (2016) . A comunidade chega ao serviço de atenção à saúde com dificuldade de comunicar por receio de expor sua vida, com concepções pessoais, muitas vezes distorcidas e tão arraigadas que as impedem de assumir uma nova postura em relação à própria saúde. Situações como esta revelam limitações do profissional desenvolver com eficiência a função educativa em saúde. Sobre esse aspecto, Santili; da Rocha Tonhom; Marin (2016) evidenciaram que cultura do usuário do serviço de saúde influencia de forma contundente as ações de educação em saúde dos profissionais da atenção básica.

Diante da resistência do público masculino, seja jovem, adulto ou idoso, os profissionais reconheceram a ineficiência das estratégias utilizadas para alcançá-lo e observam que:

Os homens ainda têm uma resistência em usar o preservativo. Nas áreas menos carentes só aparecem quando sabem que um colega pegou ou quando tem os sintomas. (PS11, ACS)

A gente faz na saúde do homem entra três ou quatro pessoas. Eu acho que as nossas estratégias não são efetivas, o uso do preservativo seria a primeira coisa, mas, não tem saída. (PS08, Enfermagem)

Na população brasileira, a sífilis vem acometendo cada vez mais os jovens, principalmente homens, requerendo o desenvolvimento de estratégias mais efetivas e de alcance aos diversos públicos, inclusive o juvenil (BRASIL, 2018b). Sobre o comportamento do homem em relação ao autocuidado e sua participação em atividades promotoras de sua saúde, Knauth, Couto e Figueiredo (2012) destacam características como a pressa, a objetividade, o medo e a resistência como

impedimentos para sua inserção nessas ações. No entanto, os autores identificaram que existem entraves no acolhimento dessa população pelos serviços de saúde.

Entre os jovens, uma redução na adesão ao preservativo entre 2009 e 2015 foi evidenciada no estudo de Felisbino-Mendes (2018). A resistência e outros aspectos relacionados ao uso do preservativo, seja, masculino ou feminino é uma realidade expostas em vários estudos, a exemplo de Zambenedetti (2012) que realizou intervenção em uma sala de espera num ambulatório de referência de Porto Alegre, Rio Grande do Sul e Pinto et al. (2018) que realizaram um inquérito populacional na cidade de São Paulo, no sudeste do Brasil. Logo, os relatos dos profissionais de saúde investigados revelam uma problemática que tem sido vivenciada em outros cenários.

5.7.2 Avaliando o material educativo e o método de construção

Diante das limitações apontadas pelos profissionais o material construído de forma colaborativa com e entre os profissionais da atenção básica, além de apresentar características que favorecem o ensino e o aprendizado, segundo suas percepções, se mostrou com potencial para alcançar vários públicos, inclusive a faixa etária jovem.

Esse kit de dinâmica atende a todas as nossas expectativas, pois o material didático é muito rico e explicativo. Está adequado para abordagem sobre a sífilis na escola e na unidade de saúde. É muito inovador para todos, tanto os profissionais quanto o público geral. (PS04, ACS)

[...] ficou muito bom, de fácil compreensão, muito explicativo e dinâmico. [...]. Achei muito inovador e capaz de chamar a atenção. (PS07, ACS)

[...] refere os assuntos mais abordados pela população, traz a realidade e faz o espectador participar ativamente e se interessar pelo tema. Pode ser utilizada na escola ou na unidade de saúde porque está de fácil compreensão. (PS08, Enfermagem)

A chance de fixar o assunto é bem melhor, é explicativo. [...] a comunidade vai achar muito bom a palestra sobre a sífilis usando esse kit de dinâmica vai prestar mais atenção [...]. (PS04, ACS)

[...] chama muita atenção. É muito bom mesmo, vai ajudar muito a segurar os jovens. (PS10, ACS)

[...] a construção foi com todo mundo porque tem que ser levado em conta a realidade da unidade de saúde porque todo mundo conhece os pacientes, as áreas. (PS12, Enfermeiranda)

Martins et al. (2014) afirmam que conhecendo o contexto de atuação dos profissionais da saúde, é possível refletir sobre estratégias que facilitem o seu trabalho educativo. Nesse sentido, a participação colaborativa dos profissionais no presente estudo, na construção coletiva do material educativo a ser inserido no próprio contexto de saúde, possibilitou o fortalecimento da formação profissional através do ato de repensar sobre sua prática, o que coaduna com o proposto por Peterle et al. (2014).

A preocupação em relação ao público jovem evidenciada nos relatos é uma realidade. O estudo de Andrade et al. (2014) refere que os profissionais da saúde tem dificuldade de conquistar esse público, principalmente por desafios inerentes as estratégias utilizadas para essa finalidade.

Ao avaliarem o formato da atividade formativa oferecida aos profissionais da saúde são apontados aspectos que caracterizam uma ação problematizadora, dialógica baseada na colaboração:

Eu gostei da metodologia aplicada. O curso permitiu participação ativa, a gente trabalhou em conjunto, [...]. (PS05, ACS)

É muito diferente do professor que vem, olhe é isso e pronto. Nesse curso nos foi perguntado, o que vocês querem? Do mesmo jeito que a construção do material didático foi muito boa, o curso também. A gente viu que agora sim... (PS08, Enfermagem)

Sobre o curso a introdução foi ótima a conclusão com a construção do material didático também [...]. (PS10, ACS)

O curso desde o primeiro encontro até agora o último encontro foi gratificante, tanto para mim como acho que para os demais, porque a cada dia nós aprendemos. (PS03, ACS)

Observou-se que à medida que eram propostas as atividades os participantes se envolviam e colaboravam no processo de construção do material didático. Mesmo aqueles que se mostraram mais tímidos no primeiro momento, aos poucos se engajam com compartilhamento de ideias, permitindo assim, também explorar as dúvidas e inseguranças sobre o tema. Para Freire (1987) a colaboração é uma das marcas da prática dialógica e a mesma só pode acontecer por meio da comunicação.

Martins et al. (2014) destaca a importância do desenvolvimento “novas práticas educativas” ancoradas na aprendizagem significativa e focadas na formação de sujeitos autônomos. Para Teixeira et al. (2012) é fundamental dar atenção a esses aspectos principalmente quando consideramos a relação entre a qualidade da formação permanente e a desenvoltura da prática educativa desses profissionais.

A qualificação e relevância da proposta formativa socializada na atenção básica com foco na sífilis podem ainda ser evidenciadas pela proposição de expandir o curso para outras equipes de saúde, como destaca o seguinte depoimento:

Acho que tem que expandir para as outras unidades de saúde, porque realmente foi bem proveitoso. Uma metodologia diferenciada onde tiveram práticas, a gente criou junto à equipe e a partir daí a gente vai expandir para a sociedade, para área. (PS01, Enfermagem)

A proposição é lançada como um desafio ao tempo que sinaliza a aquiescência do modelo formativo utilizado. Diante destes resultados, os pesquisadores pretendem realizar ações formativas dentro desta perspectiva em outras unidades de saúde do município, inclusive na UBS-1 que foi alvo do estudo exploratório inicial, assim como envolvendo os professores de ciências e biologia.

5.7.3 Algumas reflexões necessárias

Ao refletir sobre a formação continuada, o formato do curso ofertado divergiu dos modelos de formação permanente, geralmente realizados pelos profissionais da saúde, como é possível perceber no relato a seguir:

As formações que temos são muito técnicas. Com os ACS não é diferente porque a maioria dos ACS faz com a gente porque pela secretaria é difícil ter. Se a gente não fizer não tem. Inclusive tem unidade de saúde aí, eu ouvi dizer, que mal faz formação continuada, porque a gente faz toda semana. É difícil parar três equipes. Estamos aqui, mas com mil coisas a fazer e paramos três dias, as três equipes. Acho que foi um piloto aqui no município porque não teve outro curso assim. (PS01, Enfermagem)

Estudo realizado por Simas e Pinto (2017) aponta que os cursos de formação para ACS no Nordeste ainda são fortemente vinculados ao paradigma biomédico, consolidando práticas educativas que se distanciam cada vez mais da promoção à

saúde. Essa fragilidade na formação dos profissionais da atenção básica é persistente e constitui uma problemática (BRASIL, 2012; OLIVEIRA et al., 2016). Diante desta realidade, Vilar e Farias (2012) destacam que o novo perfil de atuação dos ACS requer políticas de educação permanente que sejam conduzidas mediante estratégias educativas críticas, focadas nas práticas vivenciadas e nas diversas transformações no campo da saúde.

Uma vez que cada equipe iria passar a ter acesso a um kit da dinâmica, a possibilidade de utilizar o material educativo na comunidade vem acompanhada da responsabilidade de estar preparado para abordar o assunto. Nesse sentido, observou-se que os profissionais perceberam a necessidade de continuar construindo o conhecimento sobre a sífilis:

Porque para ir para a aplicação tem que ter uma preparação antes. Acho que vai ficar para os enfermeiros a formação continuada para chamar mais a nossa atenção e nos informar mais. Porque para chegar lá para falar de uma coisa que você não conhece muito é difícil. (PS10, ACS)

Então falta o conhecimento, dominar o que se passa nessa doença [...] vão surgir perguntas, muitas perguntas, e a gente tem que tá preparado para explicar cada uma. (PS10, ACS)

Esse aspecto foi bastante positivo, pois o aprendizado acontece quando queremos aprender. Logo, detectar a necessidade de adquirir conhecimento e nos sentimos motivados, são pontos importantes para prosseguir aprendendo.

Ao discutir sobre as vivências no contexto da sífilis e a construção de um instrumento didático que permita uma maior aproximação da comunidade ao tema, criou-se um ambiente de troca recíproca, dialógico, crítico-reflexivo, com valorização da realidade local e dos sujeitos envolvidos, seja educando ou educador. Desta forma, acreditamos que essa atividade formativa tem caráter inovador.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do quadro epidemiológico caótico da sífilis materna e congênita, é urgente e prioritário que o Brasil continue investindo na saúde pública, sobretudo na melhoria da assistência pré-natal com foco no diagnóstico precoce da sífilis materna, no fortalecimento e condução adequada do tratamento com a penicilina G, visando prevenir a sífilis congênita. Essa é uma realidade nacional sem variação significativa na taxa de detecção entre as regiões do país, no entanto, com diferenças marcantes com relação à mortalidade, aborto e natimorto, inclusive com o Nordeste apresentado a maior taxa de morte fetal no período estudado. Esse contexto requer intervenções contundentes de prevenção e controle desse agravo, inclusive ações educativas realizadas por atores envolvidos nesse processo, a exemplo dos profissionais da saúde e professores.

No trabalho educativo dos profissionais da saúde e professores de ciências e biologia investigados coexistem práticas tradicionais e dialógicas, revelando um movimento de mudança importante nas concepções desses educadores em saúde. Mesmo diante das demandas de sala de aula, do serviço na ESF e outras exigências inerentes às profissões, no que se refere ao trabalho educativo em saúde sexual e reprodutiva, com ênfase nas IST, os profissionais valorizam essa tarefa, buscam desenvolver um trabalho que alcance a população e demonstram interesse na contínua capacitação.

Os desafios enfrentados pelos profissionais da ESF a exemplo da carência de material educativo, o despreparo profissional para lidar com o tema, a falta de tempo, assim como, a existência de lacunas relacionadas à saúde sexual dos adolescentes, à prevenção da transmissão vertical das IST, ao trabalho educativo com o público masculino e à integração da equipe de saúde bucal, comprometem o trabalho de prevenção e controle dessas infecções por estes profissionais. Em relação aos professores de ciências e biologia a ênfase dada às questões biológicas, insuficiência no trabalho compartilhado com os pares e com profissionais da saúde, carência de material didático específico e fragilidades na formação inicial e continuada, constituem entraves para uma abordagem educativa que alcance de forma mais efetiva a comunidade alvo.

Enquanto os professores possuem vivências relacionadas às práticas pedagógicas e maior aproximação aos adolescentes e jovens, os profissionais da atenção básica têm experiência prática em relação à temática e dificuldade de alcançar o público juvenil. A integração desses profissionais para abordagem das IST é considerada relevante e necessária, no entanto, ocorre de forma ineficiente.

No contexto da sífilis, dificuldades na captação de populações consideradas chaves para a prevenção e controle da infecção são similares às encontradas em outros cenários. A adesão ao teste rápido e ao tratamento dos casos positivos, bem como, a participação em atividades educativas de homens jovens, idosos, gestantes e seus parceiros sexuais e estudantes do ensino básico, constitui um terreno desafiador para os profissionais da atenção básica.

Concernente a essa realidade o kit de modelos didáticos tridimensionais para abordagem da sífilis se mostrou adequado para o trabalho educativo na comunidade, tomando como base a percepção de profissionais de equipes de saúde. Considera-se ainda que o material educativo seja inovador com potencialidade para contribuir com a melhoria da adesão ao diagnóstico precoce e ao tratamento da sífilis nos grupos em que for utilizado. Contudo, se faz necessário e é relevante que o kit didático seja avaliado em campo pelos profissionais em serviço, por usuários de diferentes faixas etárias e escolares.

Adicionalmente, a instrumentalização didática dos profissionais da saúde através da construção colaborativa do kit de dinâmica (*Sífilis, o que preciso saber?*) possibilitou a discussão e aprimoramento profissional em relação à temática. A condução do curso considerando o contexto local e sua problematização promoveu um espaço de formação permanente em saúde, com reorientação para uma prática reflexiva, crítica, dialógica e participativa dos profissionais, assim como, o acesso a tecnologias educacionais inovadoras e contextualizadas com foco na sífilis, com potencial para tonificar e instigar mudanças na prática profissional.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; GARCIA, A. L. S. Sobre o exercício da educação em saúde: um estudo bibliográfico da prática em enfermagem. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 31, p. 155-162, 2009.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-74, 2004.
- ALMEIDA, E. R., MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. D. S.. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botacutu, v. 20, n. 57, p. 389-402, 2016.
- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.
- ALMEIDA, P. D. et al. Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 62-70, 2015.
- ALONSO, M. G. **Regional initiative for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean**: regional monitoring strategy. Washington: PAHO, 2010.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ALVES, W. A. et al. Sífilis Congênita: Epidemiologia dos Casos Notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 1, n. 1, p. 27-41, 2016.
- ANDRADE, L. D. F. D. et al. Promovendo Ações Educativas sobre Sífilis Entre Estudantes de uma Escola Pública: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 2, p.157-160, 2014.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health promotion international**, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.
- ARAPIRACA. Prefeitura: **Dados Gerais**. Disponível em: <http://web.arapiraca.al.gov.br/a-cidade/dados-gerais/>. Acesso em: 26 set. 2017.
- ARAÚJO, I. M. B. **Aprendem doença, educam para a saúde**: influência da formação, em futuros profissionais de saúde em concepções saúde/doença,

educação para a saúde e sua implementação. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, 2004. Disponível em: repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2669. Acesso em: 12 jul. 2019.

ARNESEN, L. et al. Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 128, n. 3, p. 241-245, 2015.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-26, 2006.

AZEVEDO, M. A. Health as a clinic-epidemiological concept. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 21, n. 3, p. 365-373, 2015.

BARBOSA, S. M., et al. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 337-41, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição revista e ampliada. Lisboa: Edições 70, 2011.

BECK, E. Q. **Cartilha informativa para prevenção dos agravos da sífilis congênita e outras infecções sexualmente transmissíveis**. 2017. 93f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) - Centro Universitário Franciscano, Santa Maria - RS.

BELLENZANI, R.; SANTOS, A. D.; PAIVA, V. Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 637-50, 2012.

BESERRA, E. P. et al. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1563-1570, 2011.

BEZERRA, I. M. P. et al. Comunicação no Processo Educativo Desenvolvido pelos Enfermeiros: As Tecnologias de Saúde em Análise. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 42-48, 2014.

BEZERRA, M. L. M. B.; BALTAR, S. L. S. M. A.; BRANDÃO, F. S. Modelos didáticos tridimensionais e possibilidades para o ensino de ciências e biologia. *In*: DALAZOANA, K. (Org.). **Processos e metodologias no ensino de ciências** [recurso eletrônico], Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. cap. 5, p. 31-42. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/05/E-book-Processos-e-Metodologias-no-Ensino-de-Ciencias.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, v. 44, n. 4, p. 542-73, 1977.

BORAWSKI, E. A. et al. Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. **Journal of School Health**, v. 85, n. 3, p. 189-196, 2015.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I. ; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista Latino- americana Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 422-7, 2006.

BORGES, J. B. R. et al. Impacto das palestras educativas no conhecimento das adolescentes em relação às doenças sexualmente transmissíveis e câncer do colo uterino em Jundiaí. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 3 Pt 1, p. 285-90, 2010.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencenedora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-80, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais – Saúde**. Brasília (Brasil): MEC/SEF, p. 244-284, 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 542/1986. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 24 dez. 1986a, Seção 1, p. 19827. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/Portarian542de22dez86.pdf. Acesso em: 18 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. **As Cartas da promoção da Saúde**. Série B: Textos básicos em saúde. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SVS nº. 33, de 14 de julho de 2005. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2005a. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em 18 Dez de 2017.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b, 52 p. Série Manuais, 62. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf. Acesso em: 19 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 197 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 69 p. Disponível em: Acesso em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 444 p.: Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guiaboiso.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Seção 1. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 18 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf&ved=2ahUKEwi6_6uthrPjAhVrDbkGHfaKC28QFJApegQIARAB&usg=AOvVaw3IRvm_6grs30BIE0OorftD. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: Acesso em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a, 812 p. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/Guia_VE.pdf. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] república Federativa do Brasil**, seção 1, n. 108, p. 67-69, 2014b. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA1271de06_06_2014__LISTANA CDENOTIFCOMPULSoRIA.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Vacinação contra HPV no SUS**. Brasília. 2014c. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/22/Coletiva-HPV---Vers--o-final--2-.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde: Brasil, v. 47, 2016, 29p. Disponível em: Acesso em: [file:///E:/documentos/downloads/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905%20\(2\).pdf](file:///E:/documentos/downloads/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905%20(2).pdf). Acesso em: 14 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Regimento Interno do Ministério da Saúde: Decreto nº 8.901**, de 10 de novembro de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regimento_interno_ministerio_saude.pdf. Acesso em: 03 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 2**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde: HIV/AIDS 2017**. Ministério da Saúde, Brasil, v. XX, 2017c, 60p. Disponível em: file:///E:/documentos/downloads/boletim_aids_internet.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde: Sífilis 2017**. Ministério da Saúde, Brasil, v. 48, n. 36, 2017d, 42p. Disponível em: [file:///E:/documentos/downloads/boletim_sifilis_11_2017%20\(1\).pdf](file:///E:/documentos/downloads/boletim_sifilis_11_2017%20(1).pdf). Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em:

file:///E:/documentos/downloads/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web%20(1).pdf. Acesso em: 20 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/pcdt_ist_para_web_-_nao_diagramado1.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. Sífilis 2018. Ministério da Saúde, Brasil, Volume 49, n. 45, 2018b, 48p. Disponível em: file:///E:/documentos/downloads/boletim_sifilis_04122018.pdf. Acesso em: 29 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros**. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 07 jul. 2019.

BRITO, A. S. et al. Cartilha com informações de saúde sobre a sífilis gestacional: elaboração e implementação. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2016.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap. 01, p. 19-42. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=350308&indexSearch=ID>. Acesso em: 14 jul. 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. 2016. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%2520IRaMuTeQ%2520em%2520portugues_17.03.2016.pdf. Acesso em: 14 jul. 2019.

CARVALHO, G. S.; TRACANA, R. B.; JOURDAN, D. Concepções de saúde (positiva e negativa) de professores: implicações para a formação docente e a promoção da saúde em meio escolar. *In*: JÚNIOR, C. A. O. M.; CORAZZA, M. J.; JÚNIOR, A. L. (Org.) **Formação de professores de Ciências: Perspectivas e desafios**. Maringá: Eduem, 2017. p. 77-90. (ISBN: 978-85-7628-726-1). Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/47988>. Acesso em: 14 jul. 2019.

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

CARVALHO, J. R. Andragogia: saberes docentes na educação de adultos. **Revista Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 79-85, 2017.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Sexually Transmitted Diseases (STDs). Bicillin-LA (benzathine penicillin G) shortage**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment/drugnotices/bicillinshortage.htm>. Acesso em: 17 dez. 2017.

CHOW, E. P. F. et al. Increased syphilis testing of men who have sex with men: greater detection of asymptomatic early syphilis and relative reduction in secondary syphilis. **Clinical Infectious Diseases**, v. 65, n. 3, p. 389-395, 2017.

COLOMÉ, I. C. D. S.; LIMA, M. A. D. D. S.; DAVIS, R.. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

COOPER J. M. et al. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil-More progress needed!. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 251-253, 2016.

COSTA, C. C. da. **Elaboração, validação e efeitos de uma intervenção educativa voltada ao controle da sífilis congênita**. 2016. 272f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Promoção da Saúde), Universidade Federal do Ceará.

COSTA, L. S. Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, 2016.

COSTA, S.; GOMES, P. H. M.; ZANCUL, M. S. Educação em Saúde na escola na concepção de professores de Ciências e de Biologia. *In: VIII ENPEC- Encontro de Pesquisa em Educação em Ciências*, Campinas, Anais [...], Campinas, p.1-10, 2011. Disponível em: <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/viiienpec/resumos/R0922-1.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2019.

CPRM. Serviço Geológico do Brasil. **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea**. Diagnóstico do município de Arapiraca, estado de Alagoas. MASCARENHAS, J. C.; BELTRÃO, B. A.; SOUZA JUNIOR, L. C (org.). Recife: CPRM/PRODEEM, 2005. 13 p. Disponível em: http://rigeo.cprm.gov.br/xmlui/bitstream/handle/doc/15239/rel_cadastros_arapiraca.pdf. Acesso em: 14 jul. 2019.

CUNHA, L. F.; CRUZ, E. R. B.; BEZERRA, R. S. A sexualidade como tema mediador do processo de ensino- aprendizagem de biologia. **Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, Rio Grande do Norte, v. 14, n. 1, p. 1-16, 2016.

DE LA CALLE, M. et al. Syphilis and pregnancy: Study of 94 cases. **Medicina Clínica (Barc)**, v. 141, n. 4, p. 141-4, 2013.

DE PAULA, C. C. et al. Vulnerabilidade à infecção pelo HIV no adolescer: educação em saúde mediada pela metodologia da problematização. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 63-67, 2013.

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. 147-57, 2013a.

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**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1341-1351, 2013b.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. D. 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.

DORADO, J.S., et al. Infecciones por treponemas. Sífilis. **Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado**, v. 11, n. 51, p.2993-3002, 2014.

DRAGANOV, P. B.; FRIEDLANDER, M. R.; SANNA, M. C. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 149-156, 2011.

ELIAS, M. A.; DE OLIVEIRA, H. L. T. Parasitos na sua mão: uma proposta de inclusão para o ensino e promoção da saúde. **Caminho Aberto: Revista de Extensão do IFSC**, Santa Catarina, n. 8, p. 89-94, 2018.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 61, n. 11, p. 938-944, 2007.

FACCIONI, L. C.; SILVA, R. D. S.; CALISTO, T. R.. Educação sobre diabetes por meio de analogias e modelos didáticos. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 14, n. 3, p.147-158, 2018.

FEITOSA, A. L. F. et al. Sala de espera: estratégia de educação em saúde no contexto da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Paraíba, v. 9, n. 2, p. 67-70, 2019.

FELISBINO-MENDES, M. S. et al. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, supl. 1, 2018.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

FERREIRA, A. G. N. et al. Methods and educational materials used by nurses for prevention of sexually transmitted diseases in adolescence: integrative review. **Journal of Nurse UFPE On line**, Recife, v. 7, n. 6, p. 4554-4562, 2013.

FIGUEIREDO, M. C. O. et al. Oficina "Sexualidade e métodos contraceptivos": o que alunos do ensino médio de uma escola pública da cidade de Betim-MG sabem a respeito? **Sinapse Múltipla**, Betim, v. 3, n. 2, p. 147-154, 2014.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F. R.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-21, 2010.

FIGUEIREDO, M.F.S., et al. Mudanças favorecidas pela educação em saúde na perspectiva dialógica. **EFPeportes.com, Revista Digital**, Ano 16, n.161, p.1, 2011. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd161/educacao-em-saude-na-perspectiva-dialogica.htm>. Acesso em 02 jul. 2019.

FIÚZA, T. M. et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 24, p. 139-146, 2012.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 343-57, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GALATOIRE, P. S. A.; ROSSO, J. A.; SAKAE, T. M. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 41, n. 2, p. 26-32, 2012.

GAUDENZI, P. Normal e Patológico no naturalismo e no normativismo em saúde: a controvérsia entre Boorse e Nordenfelt. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 747-767, 2016.

GOMEZ, G. B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Org Suppl**, v. 91, n. 3, p. 217-26, 2013.

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

LAWN, J.E. et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. **The Lancet**, v. 387, n.10018, p.587-603, 2016.

GUBERT, F. A. et al. Escalas para medida de comportamento preventivo em meninas adolescentes frente às DST/HIV: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 794-802, 2010.

GUBERT, F. D. A., et al. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 165-172, 2009.

HAMMES, L. S.; NAUD, P. S. V.; MATOS, J. C. Reconhecimento pela descoberta do papilomavírus humano (HPV). **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 202-204, 2008.

HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E. G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 2867-2878, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Arapiraca**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca/panorama>. Acesso em: 10 jul. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 07 nov. 2017.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.115-21, 2001.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas educacionais Anísio Teixeira. **Censo escolar** – mapa das escolas. InepData- Consulta de Informações Educacionais. 2017. Disponível em: <http://inepdata.inep.gov.br/analytics/saw.dll?Dashboard>. Acesso em: 24 set. 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros** / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. Brasília: IPEA, 2015. 77 p. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/lvs/publicacao_atlas_ivs.pdf. Acesso em: 09 nov. 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>. Acesso em: 28 jan. 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**: 2016. Brasília: PNUD: IPEA: FJP, 2016. 55 p. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh/Atlas/macro-regioes-brasileiras.html>. Acesso em: 09 nov. 2017.

JOHANSSON, H.; WEINEHALL, L.; EMMELIN, M. "It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. **BMC health services research**, v. 9, n. 1, p. 191, 2009.

JOURDAN, D. et al. Factors influencing teachers' views of health and health education: A study in 15 countries. **Health Education Journal**, v. 72, n. 6, p. 660–672, 2012.

JOURDAN, D. et al. Factors influencing the contribution of staff to health education in schools. **Health Education Research**, v. 25, n. 4, p. 519-30, 2010.

KATANAMI, Y. et al. Amoxicillin and Ceftriaxone as Treatment Alternatives to Penicillin for Maternal Syphilis. **Journal Emerging Infectious Diseases**, v. 23, n. 5, p. 827-829, 2017.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. D. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

KORENROMP et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, e0211720, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>.

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

LAGO, E. G.; VACCARI, A.; FIORI, R. M. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. **Sexually transmitted diseases**, v. 40, n. 2, p. 85-94, 2013.

LEITE, C. T. et al. **Educação em saúde**: percepção de docentes em relação às ações no programa saúde na escola (PSE). Convibra. 2013. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/76/2013_76_7712.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

LIMA, D. F.; MALACARNE, V.; STRIEDER, D. M. O papel da escola na promoção da saúde - Uma mediação necessária. **EccoS Revista Científica**, São Paulo, n. 28, p. 191-206, 2012.

LIMA, M. D. B. et al. Jogando bingo na oficina sífilis: uma experiência no ensino médio a partir do PIBID/UEM. *In*: II Seminário Estadual do PIBID do Paraná, 2014, Foz do Iguaçu. **Anais** [...]. Foz do Iguaçu, 2014, p. 1412-1416. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/123456789/2876>. Acesso em: 14 jul. 2019.

LINDEMBERG, M. A. Saúde - doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história. 2006. Disponível em: <http://psaudecoletiva.blogspot.com.br/2009/04/saude-doenca-conhecimento-poder-cultura.html>. Acesso em: 12 jul. 2019.

LINDSTRÖM, B. Workshop salutogenesis and the future of health promotion and public health. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 46, n. 20, p. 94-98, 2018.

LOURENÇO, L. F. L. et al. A Historicidade filosófica do conceito saúde. **Centro de Memória da Enfermagem Brasileira - Associação Brasileira de Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 17-35, 2012. Disponível em:

<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2019.

MACHADO, W. D. et al. "Programa saúde na escola": um olhar sobre a avaliação dos componentes. **SANARE** - Revista de Políticas Públicas, Sobral, v. 15, n. 1, p. 62-68, 2016.

MACIEL, C. J. V. G. **Estratégias de prevenção da sífilis congênita: a atenção a parceiros sexuais**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26361>. Acesso em: 12 jul. 2019.

MACIEL, M. E. D. et al. Educação em saúde na percepção de agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 340-345, 2009.

MAHL, C.; TOMASI, E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência et Praxis**, Passos, v. 2, n. 4, p. 19-26, 2017.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MARINHO, J. C. B.; SILVA, J. A.; FERREIRA, M. A Educação em Saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 429-443, 2015.

MARQUES, J. F. et al. Saúde e cuidado na percepção de estudantes adolescentes: contribuições para a prática de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 37-43, 2012.

MARTÍNEZ, A. G.; CARRERAS, J. S.; HARO, A. E. **Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida**. Madri: Arán Ediciones, 2000.

MARTINS, K. M. et al. Ação educativa para agentes comunitários de saúde na prevenção e controle da sífilis. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 422-427, 2014.

PEREIRA, M. M. et al. Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 167-75, 2014.

MILANEZ, H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics**, São Paulo, v. 38, n. 9, p. 425-427, 2016.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MIRANDA, J. C.; GONZAGA, G. R.; PEREIRA, P. E. Abordagem do tema Doenças Sexualmente Transmissíveis, no ensino fundamental regular, a partir de um jogo didático. **Acta Biomedica Brasiliensia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 105-121, 2018.

MORAES, A. C. et al. Health in School Program in elementary municipal and state education institutions. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 782-806, 2018.

MOYNIHAN, S. et al. Teacher competencies in health education: results of a Delphi study. **PLoS ONE**, v. 10, n. 12, p. 1-17, 2015.

MUNGUBA, M. C. Educação na saúde—sobreposição de saberes ou interface. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 295-296, 2012.

MUNOZ, N. et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 348, n. 6, p. 518-527, 2003.

NOGUEIRA, N. S. et al. Educação sexual no contexto escolar: as estratégias utilizadas em sala de aula pelos educadores. **HOLOS**, Natal, v. 3, p. 319-327, 2016.

NONATO, S. M.; MELO, A. P.; GUIMARÃES, M. D. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-94, 2015.

NORDENFELT, L. Health and disease: two philosophical perspectives. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 40, n. 4, p. 281-284, 1986.

NORDENFELT, L. The concepts of health and illness revisited. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 10, n. 1, p. 5-10, 2007.

NURSE-FINDLAY, S. et al. Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. **PLoS med**, v. 14, n. 12, 2017.

OLIVEIRA, A. A. P. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto nossas crianças**: Janelas de oportunidades no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-17052007-101339/pt-br.php. Acesso em: 12 jul. 2019.

OLIVEIRA, C. B. et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 635-644, 2009.

OLIVEIRA, C. C.; REIS, A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1485-1502, 2012.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, F. L. et al. Estudo comparativo da atuação do enfermeiro no controle de dengue e febre chikungunya. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1031-8, 2016.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Constituição da organização mundial da saúde**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 13 jul. 2019.

_____. **Orientações para o tratamento de Infecções Sexualmente**

Transmissíveis. 2005. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42782/9248546269_por.pdf;jsessionid=4CCDE6B0604A55401B9A276D6256956D?sequence=2. Acesso em: 12 nov. 2018.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Carta de Ottawa**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 16 jun. 2015.

PAHO. Pan American Health Organization. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas**. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017. Disponível em

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 20 out. 2017.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. 1. ed. Bahia: EDUFBA, 2006.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 243-324, 1999.

PAIVA, C. C. N. et al. Temas abordados nos grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4872-4881, 2016. Disponível em: www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4388. Acesso em: 12 jul. 2019.

PAZ, L. C. et al. Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 486–487, 2005.

PEDROSA, I. L. et al. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 319-32, 2011.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1527-34, 2003.

PETERLE, V. et al. Educação médica- Interdisciplinaridade à luz da andragogia. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 137-155, 2014.

PINHÃO, F.; MARTINS, I. Diferentes abordagens sobre o tema saúde e ambiente: desafios para o ensino de ciências. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 18, n. 4, p. 819-836, 2012.

PINHEIRO, A. S.; SILVA, L. R. G.; TOURINHO, M. B. A. C. A estratégia saúde da família e a escola na educação sexual: uma perspectiva de intersectorialidade. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 803-22, 2017.

PINTO, M. et al. A retrospective cross-sectional quantitative molecular approach in biological samples from patients with syphilis. **Microbial Pathogenesis**, v. 31, n. 104, p. 296-302, 2017.

PINTO, V. M. et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2423-2432, 2018.

POZZER, C. et al. Ações educativas em sala de espera com gestantes: uma alternativa para a promoção da saúde. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 19, n. 2, p. 207-224, 2018.

QIN, J. et al. Reported estimates of adverse pregnancy outcomes among women with and without syphilis: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 9, n. 7, p. e102203, 2014.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ**: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software], 2009. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>. Acesso em: 11 nov. 2017.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 101-108, 2012.

- REINERT, M. Alceste une méthodologie d'analyse des donnés textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. **Bulletin of Sociological Methodology**, v. 26, n. 1, p. 24-54, 1990.
- REIS, D. C. et al. Vulnerabilidades à saúde de adolescentes na percepção de professores do ensino fundamental, de contagem, Minas Gerais. **Interfaces da Educação**, Paranaíba, v. 5, n. 14, p. 250-76, 2015.
- REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **Journal of the Health Science Institute**, v. 31, n. 2, p. 219-23, 2013.
- REKART, M. L. et al. A double-edged sword: does highly active antiretroviral therapy contribute to syphilis incidence by impairing immunity to *Treponema pallidum*?. **Sexually Transmitted Infections**, v. 93, p. 374-378, 2017.
- RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.
- RIBEIRO, V. T.; MESSIAS, C. M. O. A educação em saúde no ambiente escolar: um convite à reflexão. **Impulso**, Piracicaba, v. 26, n. 67, p. 39-52, 2016.
- RODRIGUES, L. M. C. et al. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 63-69, 2011.
- RODRÍGUEZ-CERDEIRA, C.; SILAMI-LOPES, V. G. Congenital syphilis in the 21st century. **Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)**, v. 103, n. 8, p. 679-693, 2012.
- ROSSAROLLA, J. N. et al. A formação de educadores sexuais na licenciatura em Ciências Biológicas do IFRO – *Campus Colorado do Oeste/RO*. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 175-189, 2018.
- RUFINO, C. B. et al. Educação sexual na prática pedagógica de professores da rede básica de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 983-91, 2013.
- SABIDÓ, M. et al. Point-of-care diagnostic test for syphilis in high-risk populations, Manaus, *Brazil*. **Emerging Infectious Diseases**, v. 15, n. 4, p. 647-649, 2009.
- SABROZA, P.C. Concepções sobre saúde e doença. In: Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS: coletânea de textos. MULLER NETO, J. S.; TICIANEL, F.A. (Orgs.), 2. Ed. ver. e atual, Cuiabá: EdUFMT, p.51-71, 2015. Disponível em: <http://www.observarh.ufmt.br/sistema/arquivos/070316102423240.pdf#page=52>. Acesso em: 18 jul. 2019.
- SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, 2013.

- SAMUDIO, J. L. P. et al. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 745-69, 2017.
- SANTILI, P. G. J.; DA ROCHA TONHOM, S. F.; MARIN, M. J. S. Educação em saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, p.102-110, 2016.
- SANTOS, S. B. et al. Sífilis adquirida: construção e validação de tecnologia educativa para adolescentes. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 65-74, 2019.
- SANTOS, N. P.; SANTOS, M. V. S; GOMES, M. A. Implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE) em uma escola no município de Marechal Deodoro, Alagoas. *In: I Congresso de Inovação Pedagógica em Arapiraca*, v. 1, n. 1, 2015, Arapiraca. **Anais [...]**, 2015, p.1-15. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/cipar/article/view/1923/1422>. Acesso em: 14 jul. 2019.
- SANTOS, R. O.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 1-18, 2018.
- 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. 652-60, 2009.
- SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 41, p.1-8, 2017.
- SARACENI, V.; MIRANDA, A E. Coverage by the Family Health Strategy and diagnosis of syphilis in pregnancy and congenital syphilis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.
- SARMENTO, S. S. et al. Estratégias metodológicas nas abordagens sobre IST no ensino fundamental. **Revista de Educação do Vale do São Francisco**, Petrolina, v. 8, n. 17, p. 83-99, 2018.
- SCHMID, G. P. et al. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. **Sexually transmitted diseases**, v. 34, n. 7, p. s5-s10, 2007.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SERAFIM, A. S. et al. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 47, n. 2, p. 170-178, 2014.

SHIRATORI, K. et al. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 617-619, 2004.

SILVA, R. C. P. D.; MEGID NETO, J. Formação de professores e educadores para abordagem da educação sexual na escola: o que mostram as pesquisas. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 12, n. 2, p. 185-197, 2006.

SILVA, P. G.. **Assistência de enfermagem para prevenção e manejo da sífilis: validação de material educativo**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo,

SILVA, R. D. et al. Mais que educar... ações promotoras de saúde e ambientes saudáveis na percepção do professor da escola pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 63-72, 2011.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. D. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017.

SOMERA, E. A. S.; JUNIOR, R. S.; RONDINA, J. M. Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. **Ponto de Vista - Arquivo Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 102-108, 2010.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.

SOUSA, M. C. D.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017.

SOUZA, D. F. **Educação em saúde na enfermagem: da palestra ao encontro dialógico**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2YQflAX>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SOUZA, M. A. R. et al. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03353, p. 1-7, 2018.

SUKTHANKAR, A. Syphilis. *Bacterial Infections*. **Medicine**, v. 38, n. 5, p. 263-266, 2010.

TAYLOR, M. M. et al. The amount of penicillin needed to prevent mother-to-child transmission of syphilis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 8, p. 559-559-A, 2016.

TEIXEIRA, E. et al. Conhecimentos-procedimentos de agentes comunitários de saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis: pistas para educação permanente na Amazônia. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 71-4, 2012.

TELESSAÚDE, S. C. Webpalestra- Prevenção da Sífilis Congênita na Atenção Básica. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/185296>. Acesso em: 01 jul. 2019.

THOMAZ, L. C. de O. et al. O Teste de Cloze na Avaliação de Ferramentas Educativas em Saúde. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1322-1332, 2019.

TORRES, H. C. et al. Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes *Mellitus*. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 751-6, 2010.

TORRES, J. M. The importance of genetic services for the theory of health: A basis for an integrating view of health. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 5, n. 1, p. 43-51, 2002.

UNAIDS. Guia de terminologia do UNAIDS. **Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS**. 46 p., 2017. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/09/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS_HD.pdf. Acesso em: 15 dez. 2017.

VEIGA, M. B. A. et al. Roda de conversa: multiplicando saberes para o enfrentamento da sífilis. **Raízes e ramos**, v. 5 (esp.), p. 229-234, 2018.

VENTURI, T. **Educação em Saúde na Escola**: investigando relações entre Professores e Profissionais de Saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Educação Científica e Tecnológica) - Centro de Ciências Físicas e Matemáticas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/30400315.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

VENTURI, T.; MOHR, A. Análise da Educação em Saúde em publicações da área da Educação em Ciências. *In*: ENPEC - ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 8, 2011, Rio de Janeiro. **Anais** [...], Rio de Janeiro. p. 1-11, 2011. Disponível em: <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/viii/enpec/resumos/R0617-1.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019.

VIEIRA, P. M.; MATSUKURA, T. S. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 69, p. 453-474, 2017.

VILARINHO, L. M.; NOGUEIRA, L. T.; NAGAHAMA, E. E. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 312-9, 2012.

VILAR, R. L. A.; FARIAS, P. H. S. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1812-3, 2012.

VILELA, M. H. B. et al. **Projeto Vale Sonhar**. Instituto Kaplan, 1ª Reimpressão, São Paulo, p. 9-66, 2008.

WAGENLEHNER, F. M. E. et al. The presentation, diagnosis, and treatment of sexually transmitted infections. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 113, n. 1-2, p. 11, 2016.

WALKER, G.J.; WALKER, D.G. Congenital syphilis: a continuing but neglected problem. In *Seminars in Fetal and Neonatal*. **Medicine**, v. 12, n. 3, p. 198-206, WB Saunders, 2007.

WHO. World Health Organization. **Ottawa charter for health promotion**: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. Geneva: World Health Organization, 17–21, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 12 nov. 2018.

_____. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016–2021**: towards ending STIs. Geneva: WHO, 2016a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=2C87F7DE88BD9B2D11EB597C8AFF6028?sequence=1>. Acesso em: 21 dez. 2018.

_____. **Sexually transmitted infections (STIs)**. 2016b. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. Acesso em: 23 jun. 2017.

_____. **WHO validates countries' elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016c. Disponível: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/mother-child-hiv-syphilis/en/>. Acesso em 20 de agosto de 2019.

WIJESOORIYA, N. S. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 4, n. 8, p. e525-e533, 2016.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.1075-1086, 2012.

ZANCUL, M. S.; GOMES, P. H. M. A formação de licenciandos em Ciências Biológicas para trabalhar temas de Educação em Saúde na escola. **Ensino, Saúde e Ambiente**, Niterói, v. 4, n. 1, p. 49-61, 2011.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GRUPOS DE PROFISSIONAIS INVESTIGADOS

Para cada item apresentado escolha a opção que melhor se ajustar à sua situação, preenchendo os espaços deixados em branco, quando necessário.

BLOCO 1 – Dados Gerais

1. Categoria:

A. () profissional de saúde da UBS

B. () professor de ciências/Biologia: a. () município b. () estado

Idade: _____ anos Data do preenchimento: ____/____/____

Gênero: () masculino () Feminino

Nível de escolaridade: () ensino médio incompleto

() ensino médio completo

() ensino superior incompleto

() ensino superior completo

() Pós-graduação

Religião: () agnóstico () Católico () Evangélico () Espírita () Outra.

Unidade/Escola que trabalha: _____

Tempo de trabalho a unidade/escola: _____

Formação acadêmica: _____

Instituição onde se graduou: _____ Ano de conclusão: _____

Pós-Graduação:

() Sim. () Não. Em quê? _____ Ano de conclusão: _____

BLOCO 2 – Percepção sobre Saúde

2. A Saúde pode ser vista em várias perspectivas. Na lista abaixo, **marque as três expressões** que você acha que são as mais fortemente associadas com a sua visão pessoal de saúde*:

1 Não sofrer de qualquer doença grave.

2 Sentimento de estar em paz consigo mesmo.

3 Desfrutar a minha vida sem sentir muito estresse.

4 Ter meus componentes do corpo funcionando bem.

5 Estar em boa condição para ser socialmente ativo.

6 Não ter necessidade de consultar um médico, para o tratamento.

* Downie et al. (2000) apud Jourdan, Didier et al. Factors influencing teachers' views of health and health education: A study in 15 countries. *Health Education Journal*, 72(6):660–672, 2012.

BLOCO 3 – Percepção sobre o trabalho educativo em Saúde

3.1 O que você entende por Educação em Saúde (ES)?

3.2 Você trabalha com educação em saúde?

() SIM () NÃO

3.3 Você trabalha com foco na saúde sexual e reprodutiva?

() SIM () NÃO

3.4 Com relação à saúde sexual e reprodutiva, que tema(s) você trabalha?

3.5 Você utiliza quais metodologias e recursos para trabalhar as temáticas?

3.6 Existem dificuldades em você realizar um trabalho educativo sobre IST? Quais?

3.7 Nas atividades que você realiza sobre saúde sexual e reprodutiva com ênfase nas IST, como se dá a integração entre o profissional da unidade de saúde e o professor da educação básica?

- () Com frequência () esporadicamente
 () não ocorre integração () não realizo essa atividade na escola.

JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:

3.8 Que importância você atribui à integração entre o profissional da unidade de saúde e o professor da educação básica na realização de atividades educativas sobre IST na escola?

BLOCO 4 – Percepção sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

4.1 Que nível de conhecimentos você julga possuir em relação às IST?

- () Muito baixo. () Baixo. () Médio. () Alto. () Muito alto.

4.2 Cite três Infecções sexualmente transmissíveis que apresentam maior gravidade para a saúde humana.

- a) _____
 b) _____
 c) _____

4.3 Cite três formas para a prevenção das IST?

- 1ª) _____
 2ª) _____
 3ª) _____

Agradecemos sua colaboração!!!

APÊNDICE B – FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA DO KIT DE MODELOS SOBRE SÍFILIS



Sífilis Adquirida e Congênita

FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA

O presente kit de modelos didáticos tridimensionais*, destinado à abordagem educativa da sífilis adquirida e a forma congênita da infecção, foi confeccionado principalmente em massa *biscuit* associada a outros materiais. O mesmo é constituído pelos seguintes elementos:

- ✓ 09 peças didáticas representacionais devidamente etiquetadas e acondicionadas em sacolas plásticas transparentes (01 modelo representando a bactéria *Treponema pallidum*, 01 modelo de lesão primária, 02 modelos de lesão secundária, 01 modelo de lesão terciária, 02 modelos de bebês com lesões congênicas, 01 modelo de cérebro normal, 01 modelo de coração normal);
- ✓ 02 fichas orientadoras com imagens e descrição das peças didáticas, devidamente plastificadas;
- ✓ 01 maleta de polipropileno (38 x 28 x 4,5 cm) devidamente identificada.

PEÇAS DIDÁTICAS 3D



Representação de BACTÉRIAS *Treponema pallidum*

Essa bactéria, de forma espiralada (**ver espirais amarelas na foto representativa**), chamada de espiroqueta, é causadora da sífilis. A forma fundamental de transmissão é através da pele ou mucosas por contato direto com lesões infecciosas, uma oportunidade caracteristicamente durante o ato sexual. A transmissão pode ocorrer não só através da penetração (vaginal ou anal), mas também com outras práticas como beijar ou tocar em ferimentos em diferentes locais (lábios, boca, seios, ânus, etc.). O risco de infecção é maior após a exposição à lesões do estágio inicial (sífilis primária e secundária).

*Material didático integrante da tese de doutorado. BEZERRA, M.L.M.B. Práticas Educativas de Profissionais da Saúde e da Educação básica no contexto das infecções de transmissão sexual com ênfase na sífilis e na instrumentalização didática. 2019. Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica (PPGiT) da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. **Orientadora:** RANDAU, K.P. **Apoio:** Programa de Desenvolvimento de Pessoal (PRODEP) da universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil.

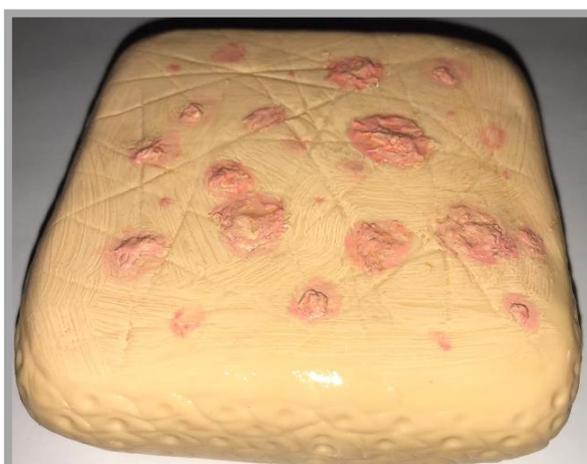
Sífilis Adquirida e Congênita

FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA



Representação SÍFILIS PRIMÁRIA

O aparecimento de um cancro (pápula firme), geralmente único, ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele). Pode surgir entre 10 a 90 dias após o contágio, não apresenta pus e geralmente não dói, nem coça, mas é rica em bactérias. O cancro sofre erosão criando uma ferida limpa (**ver foto representativa**).



Representação SÍFILIS SECUNDÁRIA

A fase secundária da doença ocorre entre 6 a 8 semanas após o aparecimento da lesão primária. Uma variedade de lesões pode aparecer nessa fase, sendo comuns manchas no corpo (**ver foto representativa**), manchas nas palmas das mãos e plantas dos pés, que geralmente não coçam. Mas, existe uma fase latente (assintomática) da sífilis, na qual não aparecem sinais ou sintomas.



Representação SÍFILIS SECUNDÁRIA

Na sífilis secundária lesões na mucosa também são frequentes. Nesse caso as lesões são ulcerosa, planas de coloração pálida (**ver foto representativa**) presente principalmente na mucosa oral e genital. Outras manifestações menos frequentes da sífilis secundária inclui sintomas inespecíficos (febre, mal-estar, dor de cabeça) e ínguas pelo corpo.

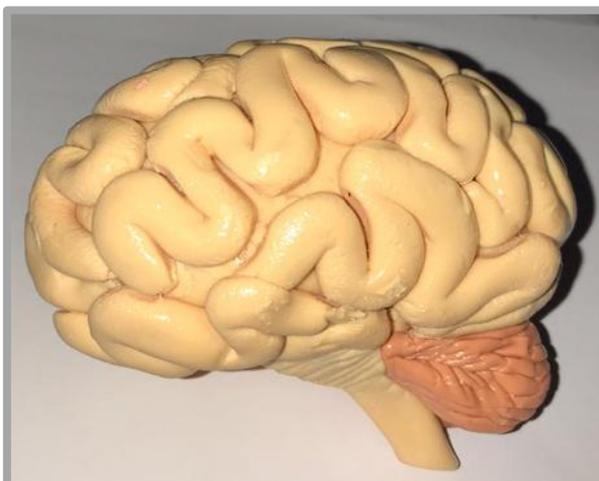
Sífilis Adquirida e Congênita

FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA



Representação SÍFILIS TERCIÁRIA

As manifestações da sífilis terciária podem surgir de 2 a 40 anos após o contágio. Nessa fase a sífilis pode causar danos em vários órgãos e tecidos. O mais frequente são lesões de pele (**ver foto representativa**), a neurosífilis, sífilis cardiovascular, que podem levar a morte. Porém, hoje, é pouco visto na prática clínica graças aos programas para controle e tratamento da doença.



Representação de um CÉREBRO NORMAL

A invasão do sistema nervoso central (SNC) pelo *Treponema pallidum* causa a neurosífilis uma forma mais precoce da manifestação da doença. Pode ser assintomática ou causar problemas neurológicos como derrame, meningite, surdez, problemas de visão e cegueira. Na forma tardia, menos comum atualmente, ocorre demência, transtornos

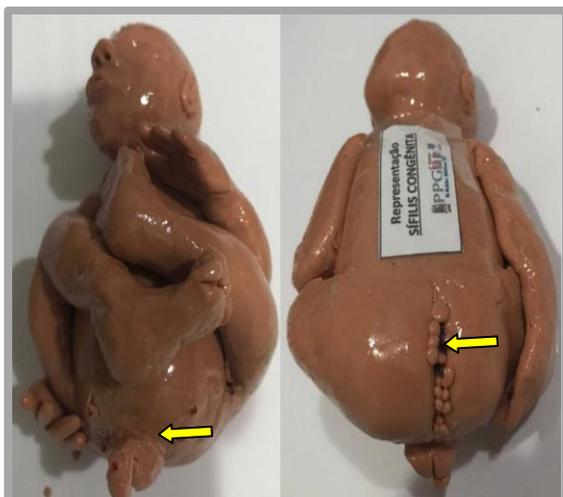


Representação de um CORAÇÃO NORMAL

A sífilis tardia pode causar comprometimento do sistema cardiovascular, inflamação da aorta, aneurisma, danos às válvulas do coração e outros problemas cardiovasculares como o estreitamento das artérias que fornecem sangue para o coração.

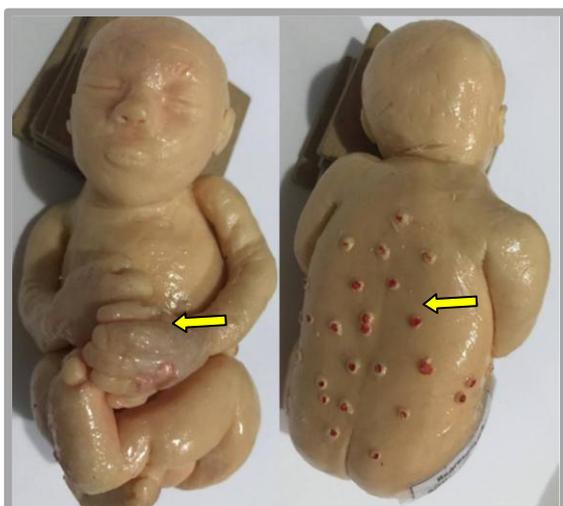
Sífilis Adquirida e Congênita

FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA



Representação SÍFILIS CONGÊNITA

É uma doença transmitida através da placenta para a criança durante a gestação (transmissão vertical). Pode se manifestar logo após o nascimento ou nos dois primeiros anos de vida da criança. Dentre as complicações pode ocorrer o aborto espontâneo, parto prematuro e má formação do feto. Lesões vesiculobolhosas na genitália e na região do ânus (**ver setas na foto representativa**) podem estar presentes ao nascer.



Representação SÍFILIS CONGÊNITA

Além de erupções e descamação na pele do bebê (**ver setas na foto representativa**), a sífilis pode causar ainda: surdez, cegueira, deficiência mental e morte ao nascer. Quando a sífilis é detectada na gestante, deve ser iniciado o tratamento o mais breve possível, com a penicilina benzatina mais conhecida por benzatril. **Este é o único medicamento que pode prevenir a transmissão da doença da mãe para o bebê.**



Após utilizar as peças didáticas coloque-as em suas sacolas plásticas específicas e organize-as na maleta junto com as fichas de orientações. Mantenha a maleta em local arejado e distante da luz solar. Evite colocar outros materiais em cima da maleta para não danificar o kit didático.

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA CONTRIBUIÇÃO COLETIVA DO KIT DE
DINÂMICA SOBRE SÍFILIS**

CONTRIBUIÇÃO COLETIVA

Dinâmica/jogo: “*Sífilis – o que preciso saber?*”

data: ____/____/____

Participantes:

Para melhoria do material educativo apresentado, faça observações e dê sugestões pertinentes em relação aos elementos a seguir:

a) PLACAS:

b) CARTÕES:

c) ACONDICIONAMENTO DAS PEÇAS:

ANALISEM as afirmativas contidas nos cartões, façam suas observações para adequá-las à realidade local.

INDICAR MITOS relacionados à sífilis, de acordo com a SUA vivência na UBS e na comunidade, bem como, OUTROS ASPECTOS da sífilis que devem ser destacados nas afirmativas verdadeiras.

Afirmativas verdadeiras	Sugestões/observações
A sífilis pode causar a morte do indivíduo infectado.	
Quem tem sífilis tem mais chance de contrair o HIV.	
Homens podem transmitir a sífilis para o bebê.	
Quem tem a sífilis pode não apresentar sintomas.	
MITOS	Sugestões/observações
Quem teve sífilis não pode ser doador de sangue.	
Apenas a gestante deve fazer o teste para sífilis.	
Se o indivíduo com sífilis tiver alergia à penicilina não precisa fazer o tratamento.	
A mulher que teve sífilis na gestação não pode amamentar o bebê.	

Agradecemos sua colaboração!

APÊNDICE D - FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA DO KIT DE DINÂMICA SOBRE SÍFILIS



Dinâmica: Sífilis, o que preciso saber?

FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA

O presente kit de dinâmica* é destinado ao trabalho educativo para abordagem da sífilis adquirida e congênita. Esse recurso didático, baseado na análise de afirmativas que deverão ser julgadas pelos participantes se é verdadeira ou falsa, possui os seguintes componentes:

- ✓ 20 placas (14 x 14 cm) com a designação VERDADEIRA/ FALSA frente e verso associadas à imagem positiva (👍) e negativa (👎), devidamente plastificadas e com haste de aproximadamente 17 cm;
- ✓ 16 cartões (20 x 15 cm) plastificados constando uma afirmativa impressa na frente e uma imagem relacionada ao assunto no verso;
- ✓ 01 pasta PVC com tramas em nylon (33 x 28 cm) com zíper, devidamente identificada para acondicionamento dos cartões;
- ✓ 01 ficha de orientação didática impressa em papel cartão A4 e plastificada;
- ✓ 01 maleta de polipropileno (38 x 28 x 4,5 cm), devidamente identificada.



*Material didático integrante da tese de doutorado. BEZERRA, M.L.M.B. Práticas Educativas de Profissionais da Saúde e da Educação básica no contexto das infecções de transmissão sexual com ênfase na sífilis e na instrumentalização didática. 2019. Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica (PPGiT) da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil. **Orientadora:** RANDAU, K.P. **Apoio:** Programa de Desenvolvimento de Pessoal (PRODEP) da universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil.



Dinâmica: Sífilis, o que preciso saber?

FICHA DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA

CARTÕES

AFIRMATIVAS	Resposta
A sífilis pode causar a morte.	
Pais com sífilis podem passar para o filho.	
O uso de preservativo é a forma mais eficaz para prevenção.	
A sífilis tem cura.	
Sífilis pode apresentar vários estágios.	
Quem tem sífilis tem mais chance de contrair o HIV.	
A sífilis pode ser transmitida pelo beijo.	
Mãe gestante com sífilis não tratada adequadamente transmite a sífilis para o bebê.	
Quem tem sífilis sempre tem sintomas.	
Quem teve sífilis não pode ser doador de sangue.	
O tratamento da sífilis é feito sempre com benzetacil.	
Apenas a gestante deve fazer o teste para sífilis.	
Se o indivíduo com sífilis tiver alergia a benzetacil não precisa fazer o tratamento.	
A mulher que teve sífilis na gestação não pode amamentar o bebê.	
O parceiro não precisa ser tratado.	
A sífilis só é transmitida através do contato sexual.	

APÊNDICE E – TERMO DE DOAÇÃO DOS KITS DIDÁTICOS


PPGIT UFPE
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

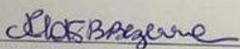
TERMO DE DOAÇÃO DE PRODUTO DE PESQUISA

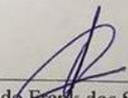
Pelo presente instrumento as pesquisadoras Profa. Ma. Maria Lusia de Moraes Belo Bezerra (Doutoranda) e Profa. Dr^a Karina Perrelli Randau (Orientadora) através da pesquisa de doutorado intitulada: “Práticas educativas de profissionais da saúde e da educação básica no contexto das infecções de transmissão sexual com ênfase na sífilis e na instrumentalização didática” desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Inovação Terapêutica (PPGIT) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) - Campus Arapiraca, ora designadas DOADORAS, e de outro lado o 3º Centro de Saúde, com sede à Rua Lino Roberto, s/n - Santa Edwiges, Arapiraca-AL, doravante denominado DONATÁRIO neste ato representado pelo Sr. Leopoldo Frank dos Santos Viana, seu Gerente Geral, celebram o presente TERMO DE DOAÇÃO, sem encargos, sob a forma e condições constantes nos itens a seguir:

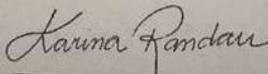
- 1) O presente instrumento tem por objeto A DOAÇÃO de 01 (um) kit de modelo didático tridimensional em *biscuit* sobre sífilis e 03 (três) kits da dinâmica – *Sífilis, o que preciso saber?*, os quais são produtos da pesquisa supracitada, que foi confeccionado pela equipe de pesquisa, discutido e avaliado por profissionais da Estratégia de saúde da família, tendo por finalidade a utilização pelo DONATÁRIO conforme suas normas.
- 2) O DOADOR não se responsabiliza, em hipótese alguma, pela substituição e manutenção ou reparo dos kits, que passarão à propriedade exclusiva do DONATÁRIO com a assinatura do respectivo TERMO.
- 3) O DOADOR também não se responsabilizará pela depreciação, deterioração do material doado durante sua utilização dos profissionais do serviço ou por terceiros.
- 4) Os kits didáticos da presente DOAÇÃO destinam-se a atividades educativas em saúde na UBS e na comunidade bem como, formação continuada dos profissionais.

E, por estarem justos e acordados, assinam as partes o presente TERMO DE DOAÇÃO em 03 (três) vias de igual teor.

Arapiraca (AL), 04 de junho de 2019.


 Prof. Maria Lusia de Moraes Belo Bezerra
 Doutoranda
 PPGIT/UFPE


 Leopoldo Frank dos Santos Viana
 Gerente Geral da Unidade Básica de Saúde
 3º Centro de Saúde de Arapiraca (AL)


 Karina Perrelli Randau
 Orientadora
 PPGIT/UFPE

APÊNDICE F – ARTIGO 1 PUBLICADO NA REVISTA EMERGING INFECTIOUS DISEASES

RESEARCH

Congenital Syphilis as a Measure of Maternal and Child Healthcare, Brazil

Maria Lúcia de Moraes Belo Bezerra, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes, João Paulo de Oliveira Nunes, Solma Lúcia Souto Maior de Araújo Baltar, Karina Perrelli Randau

Syphilis is a sexually transmitted infection that has direct adverse effects on maternal and infant health through vertical *Treponema pallidum* transmission during early pregnancy. We evaluated congenital syphilis as a predictor of the quality of basic maternal and child healthcare in Brazil during 2010–2015. We investigated case rates and correlations with epidemiologic and socioeconomic indicators. We observed rising congenital syphilis incidence rates and increasing syphilis-associated perinatal and infant mortality rates in all regions. Case rates were highest in the Northeast, Southeast, and South, and congenital syphilis infant mortality rates were highest in the Northeast and Southeast. We observed correlations between congenital syphilis rates and infant death, spontaneous abortion (miscarriage), and stillbirth rates. We also noted correlations between rates of stillbirth caused by syphilis and inadequate prenatal care. Our study suggests gaps in basic healthcare for pregnant women and indicates the urgent need for measures to increase early diagnosis and appropriate treatment.

In 2012, ≈5.6 million new syphilis cases occurred worldwide (1). Syphilis is a sexually transmitted disease caused by the bacterium *Treponema pallidum* subspecies *pallidum*, which belongs to the family *Treponemataceae*. Syphilis can lead to chronic and systemic infectious disease affecting several organs, including skin and mucous membranes. Contact with genital syphilitic lesions is responsible for 95% of syphilis cases. Congenital syphilis is vertically transmitted from mother to fetus via the placental route and can cause fetal loss after the first trimester and death of the fetus or neonate. A mother can transmit the disease vertically to her newborn during delivery if she has primary syphilis lesions on her genitalia (2,3). The pathogenic potential of the bacterium is responsible for a wide range of sequelae caused by congenital syphilis (4).

Global epidemiologic data show *T. pallidum* caused ≈930,000 maternal infections in 2012, which led to 350,000 adverse pregnancy outcomes, including 143,000 early fetal deaths and stillbirths, 62,000 neonatal deaths, 44,000 preterm or low birthweight neonates, and 102,000 infections in infants worldwide (5). Progress toward elimination of maternal and congenital syphilis was observed during 2008–2012. Despite improvements, syphilis continues to affect a high number of pregnant women, causing high rates of perinatal illness and death (5). Elimination efforts are hindered further by a global shortage of benzathine penicillin G, a drug indicated for congenital syphilis prevention (6).

Countries in the Americas have experienced high rates of syphilis and congenital syphilis. Latin America and the Caribbean have demonstrated high syphilis prevalence among pregnant women (7), which contributes to substantial stillbirth rates (8). Recent data indicate that congenital syphilis rates in South America, excluding Brazil, have been stable since 2009, but Brazil has seen increasing case rates (up to 1.7/1,000 live births) that have raised the congenital syphilis rates for the continent. However, each country uses its own case definition for congenital syphilis surveillance, sometimes excluding stillbirths caused by syphilis (syphilitic stillbirths), which makes it difficult to monitor congenital syphilis case rates in the Americas (9).

In Brazil, Ordinance No. 542 made congenital syphilis a mandatory notifiable disease as of December 22, 1986 (10). Maternal syphilis, however, was not included in the national compulsory notification list until July 14, 2005, through Ordinance No. 33 (11). Epidemiologic surveillance demonstrates increased rates of reported congenital syphilis and deaths; infant mortality rates from syphilis increased from 2.4/100,000 live births in 2005 to 7.4/100,000 live births in 2015 (12). The Brazilian Ministry of Health attributes higher maternal syphilis rates to improved epidemiologic surveillance methods and expanded distribution of rapid syphilis tests. Ordinance No. 1,459 established the health policy known as the Stork Network in 2011. The Stork Network promotes improved prenatal care, increased availability of rapid syphilis tests, and fiscal subsidies to control both the maternal and congenital forms of the

Author affiliations: Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brazil (M.L.M.B. Bezerra, F.E.C.V. Fernandes, S.L.S.M.A. Baltar, K.P. Randau); Universidade Federal de Alagoas, Arapiraca, Brazil (J.P.O. Nunes).

DOI: <https://doi.org/10.3201/eid2508.180298>

**APÊNDICE G – CAPÍTULO DE LIVRO PUBLICADO NO LIVRO ELETRÔNICO
“CIÊNCIAS DA SAÚDE: DA TEORIA A PRÁTICA 6”, ATENA EDITORA**

CAPÍTULO 25

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: SIGNIFICADOS E PRÁTICAS EDUCATIVAS DE AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Maria Lusia de Moraes Belo Bezerra

Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências, Programa de Pós-graduação em Inovação Terapêutica, Recife, PE, Brasil.

Geraldo Mário de Carvalho Cardoso

Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina, Maceió, Brasil.

Rosana Quintella Brandão Vilela

Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina, Maceió, Brasil.

Divanise Suruagy Correia

Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina, Maceió, Brasil.

Karina Perrelli Randau

Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-graduação em Inovação Terapêutica, Recife, PE, Brasil.

RESUMO: Objetivou-se investigar a percepção de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) sobre as características das suas práticas educativas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa ancorado na análise de conteúdo na modalidade temática realizado com quinze ACS de uma unidade básica de um município de Alagoas. Após a categorização, emergiram dois temas: desvelamento do significado da Educação em Saúde (ES) sob a ótica das ACS e a prática educativa em saúde sexual e reprodutiva no

cotidiano destas profissionais. Foi possível identificar a presença de dois modelos orientando as práticas educativas das ACS, com um forte apelo para a ES numa perspectiva tradicional e alguns sinais de ES na perspectiva dialógica. Com relação à prática educativa no âmbito da saúde sexual e reprodutiva observou-se que há prevalência de temas vinculados a programas e políticas do Ministério da Saúde e, a forma de abordagem educativa reafirma o modelo de ES tradicional. O trabalho educativo das ACS apresenta desafios que precisam ser superados, destacando-se a necessidade de uma maior apropriação de práticas educativas dialógicas e problematizadoras, a fim de atender às demandas da atenção básica com mais efetividade.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária em saúde, Educação em saúde, Percepção, Profissional da saúde.

ABSTRACT: The objective was to investigate the perception of Community Health Agents (HCA) regarding of their educational practices characteristics in the sexual and reproductive health field. This was a qualitative study anchored in a thematic modality content analysis, carried out with fifteen HCA from a basic unit of a municipality of Alagoas. After categorization, two themes emerged: uncovering the meaning of Health Education (HE) from an

ANEXO A – COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2 À PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Physis Revista de Saúde Coletiva

PHYSIS

Práxis educativa de profissionais da saúde no contexto das infecções de transmissão sexual

Journal:	Physis Revista de Saúde Coletiva
Manuscript ID	PHYSIS-2019-0072
Manuscript Type:	Original Article (Theme)
Keyword:	Educação em saúde, Estratégia de saúde da família, IST, Percepção

SCHOLARONE™
Manuscripts

Manuscrito PHYSIS-2019-0072 submetido à Physis Revista de Saúde Coletiva | Manuscript PHYSIS-2019-0072 successfully submitted



Inbox x

Feb 28, 2019, 3:05 PM



Portuguese > English Translate message

Turn off for: Portuguese x

[Versão em português | English version below]

Prezado(a) Sr(a). Maria Lusia Bezerra,

Seu manuscrito intitulado "Práxis educativa de profissionais da saúde no contexto das infecções de transmissão sexual" foi submetido com sucesso à Physis Revista de Saúde Coletiva.

O código identificador da submissão é PHYSIS-2019-0072. Ele deverá ser utilizado nas correspondências ou telefonemas relativos ao manuscrito.

Você pode checar a situação de sua submissão a qualquer momento acessando o portal ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/ophysis-scielo>) com seu login e senha.

Caso haja alguma alteração de seus dados cadastrais, por gentileza, acesse o portal e edite-os conforme a necessidade.

Agradecemos seu interesse em publicar pela Physis Revista de Saúde Coletiva.

Atenciosamente,

Secretaria editorial