



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

SUELY FERREIRA GOMES

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS MÉDICOS E
ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE
SÍFILIS EM GESTANTES NA CIDADE DO RECIFE- PE.**

**Recife
2013**

SUELY FERREIRA GOMES

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SÍFILIS EM GESTANTES NA CIDADE DO RECIFE- PE.

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Solange Laurentino dos Santos

**Recife
2013**

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

G633c	<p>Gomes, Suely Ferreira. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife- PE. / Suely Ferreira Gomes. – Recife: O autor, 2013. 121 f.: il.; tab.; gráf.; 30 cm.</p> <p>Orientadora: Solange Laurentino dos Santos. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2013. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Pessoal de Saúde. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Sífilis. 4. Sífilis Congênita. 5. Infecções por Treponema. I. Santos, Solange Laurentino dos (Orientadora). II. Título.</p>	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2014-121)

SUELY FERREIRA GOMES

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SÍFILIS EM GESTANTES NA
CIDADE DO RECIFE- PE.**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em : 30/04/2013

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra. Solange Laurentino dos Santos - Orientadora
Departamento de Medicina Social
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Albanita Ceballos - Titular
Departamento de Medicina Social
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos - Titular
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Maria Ângela e Laércio pela compreensão, orgulho e amor. Que sempre acredita e proporciona a realização das minhas conquistas profissionais.

AGRADECIMENTOS

Á Deus por conceder-me força e coragem para celebrar mais uma conquista.

Aos meus pais que estão sempre incentivando, apoiando e torcendo pelas minhas conquistas profissionais ao longo da vida. Obrigada pelo seu amor fiel que me fortalece nos momentos de fraqueza.

As minhas irmãs Simone, Gabriela e Selma pelo amor, torcida e cumplicidade.

Aos meus queridos e amados sobrinhos André, Anderthon, Gabriel e Rafael pela alegria e horas de descontração que me proporcionaram.

A minha orientadora Solange Laurentino pelo apoio na condução deste trabalho.

A médica Ísis Sobreiro pela disponibilidade e grande contribuição no momento da coleta de dados através do conhecimento sobre o tema. Meu muito obrigada!

As minhas amigas de trabalho Sílvia, Silvania e Ana Cláudia pela compreensão, paciência, força, carinho, palavras de incentivo e grande apoio na construção do meu trabalho.

A querida amiga Judi pela disponibilidade e amizade não só pela grande ajuda na coleta de dados e confecção de gráficos e tabelas.

Ás amigas e enfermeiras, companheiras de trabalho, Márcia Paula e Andréa Roges, por toda compreensão, força e coleguismo.

As acadêmicas de enfermagem Pâmela e em especial a Anna Cláudia Lins pela grande cooperação na fase de coleta e digitação dos dados.

Á Residente de Saúde Coletiva Sandreany pela grande ajuda na digitação e consolidação dos dados.

A todos os professores do Mestrado em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos e Amizade.

Aos colegas do mestrado pelos momentos agradáveis e harmonioso que passamos juntos, em especial, à minha amiga Elizandra, pelo apoio e orientação nos momentos de angústia e pela sincera amizade construída nessa trajetória.

Ao Distrito Sanitário I, em especial a Diretora Aexalgina Tavares pela compreensão e força.

A Secretaria Municipal do Recife pela agradável receptividade e disponibilidade da pesquisa.

Aos profissionais médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, pela grande contribuição neste trabalho.

A todos as outras pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes”.

Paulo Freire

RESUMO

A Sífilis na gestação, quando não tratada ou inadequadamente tratada, pode ocasionar a Sífilis Congênita, que é um agravo de saúde passível de eliminação como problema de saúde pública. No Brasil, os números de morbidade e mortalidade são preocupantes. Várias políticas de controle de prevenção da doença foram implantadas nos últimos anos exigindo dos profissionais de saúde a adoção de condutas adequadas diante de uma gestante com sífilis, ou seja, a realização do pré-natal de qualidade. Este estudo tem como objetivo analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família na assistência pré-natal das gestantes com Sífilis da cidade do Recife. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família do município. Os principais resultados mostram que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, possuem um conhecimento parcial com relação a várias ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis, apenas 57% das questões foram respondidas corretamente pelos profissionais. Em relação à adoção de práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, o estudo evidenciou que 59% dos enfermeiros não realizam a prescrição da medicação para tratamento da sífilis na atenção básica. Para um bom desempenho, os profissionais que realizam o pré-natal na atenção básica precisam de capacitação técnica, oferecida nos espaços de educação permanente, mudanças das práticas clínicas, para realização de uma assistência pré-natal integral e mais humanizada, especialmente para às gestantes com sífilis.

Palavras chave: Pessoal de Saúde. Cuidado Pré-Natal. Sífilis. Sífilis Congênita. Infecções por Treponema.

ABSTRACT

In pregnancy, not treated or inadequate treated syphilis, can cause congenital syphilis, which is an aggravation of health liable to elimination. In Brazil, its morbidity and mortality numbers are worrying. Several disease control and prevention policies were implant in the past few years, and require health professionals to adopt proper demeanors before a syphilitic pregnant woman, which means, the fulfillment of a high quality prenatal. The purpose of this research is analyzing knowledge, attitude and medical and nursing practices in Family Health Strategy while assisting prenatal in syphilitic pregnant woman in the city of Recife, PE. It's a descriptive cross-sectional study, based on a quantitative approach and it was developed in Family Health Unities in Sanitary Districts in the city. The main results show that health professionals have partial knowledge about several actions related to syphilitic pregnant woman diagnoses, treatment and accompaniment. Only 57% of the questions were correctly answered by professionals. About the practices that were warned by Ministry of Health, the study pointed that 59% of nurses don't accomplish the medicine prescriptions for syphilis treatment in primary care. For a good accomplishment of professionals who perform prenatal in primary care, it's necessary to exist technical capacitation of these professionals in spaces of permanent education, changes in clinical practices, for the implementation of an integral and more humanized prenatal assistance, especially for the syphilitic pregnant woman.

Keywords: Health Personnel. Prenatal Care. Syphilis. Syphilis Congenital. Treponemal Infections.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Distribuição do número de casos novos de SC estimados no mundo por ano, OMS, 2010.....	27
Figura 2- Distribuição de Casos novos estimados de Sífilis na América Latina e Caribe, OPAS- OMS, 2010.....	28
Figura 3- Distribuição dos casos acumulados de Sífilis Congênita, segundo município de residência e regional de saúde (GERES). PERNAMBUCO, 2004-2012	31
Figura 4- Intervenções para detectar e tratar mulheres grávidas com sífilis.....	36
Figura 5- Regiões político- administrativas (RPA) e Microrregiões (MR) do Recife.....	50
Quadro 1- Distribuição das USFs e ESFs por Distrito Sanitário, Recife, 2011.....	51
Quadro 2- Distribuição da amostra dos profissionais das ESFs por Distrito Sanitário do Recife, 2011.....	52
Quadro 3- Condutas humanistas dos profissionais na assistência à gestante com sífilis. Recife, PE, 2012.....	84
Quadro 4- Dificuldades referidas pelos profissionais para o diagnóstico da sífilis na gestante. Recife, PE, 2012.....	89
Quadro 5- Dificuldades referidas pelos profissionais para o tratamento da sífilis na gestante. Recife, PE, 2012.....	91
Quadro 6- Dificuldades referidas pelos profissionais para o acompanhamento da sífilis na gestante. Recife, PE, 2012.....	93

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1- Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2011.....	33
Gráfico 2- Distribuição das respostas dos profissionais sobre as questões referentes ao atendimento à gestante com sífilis para prevenção vertical da sífilis. Recife, PE, 2012.....	65
Tabela 1- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros segundo a categoria profissional, sexo, faixa etária, tempo de graduado, tempo de atuação na ESF. Recife, PE, 2012.....	60
Tabela 2- Conhecimento dos profissionais da ESF em relação à epidemiologia, clínica, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes, na cidade do Recife, 2012	66
Tabela 3- Respostas dos profissionais das ESFs segundo a categoria profissional, tempo de graduação, o tempo de atuação na ESF e a realização de treinamento em sífilis. Recife, PE, 2012.....	75
Tabela 4 – Práticas referidas pelos profissionais da ESF sobre notificação, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes na cidade do Recife, 2012.....	78
Tabela 5- Motivos alegados pelos Enfermeiros para a não prescrição do tratamento da gestante com sífilis. Recife, PE, 2012.....	82
Tabela 6- Providências adotadas pelos Enfermeiros que não prescrevem a medicação para o tratamento da sífilis em gestantes, nas ESFs. Recife, PE, 2012.....	83
Tabela 7- Dificuldades referidas pelos profissionais para a realização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis na gestante. Recife, PE, 2012.....	87

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

Aids\ SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAP: Conhecimento, atitude e prática

CD: Coeficiente de detecção

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DST : Doença Sexualmente Transmissível

DS : Distrito Sanitário

DGGTES: Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

ESF : Equipe de Saúde da Família

ELISA: Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

FTA-Abs: Fluorescent Treponema Antibody Absorbent Test

GINC: Grupo de Investigação da Sífilis Congênita

GAB: Gerência de Atenção Básica

GT: Gerente de Território

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS: Ministério da Saúde

MR : Microrregião

MHTP: Microhemaglutinação para Treponema pallidum

NV: Nascidos Vivos

ODM : Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PSF : Programa de Saúde da Família

PHPN: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PAVS: Pactos de Ações de Vigilância em Saúde

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PN-DST: Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Provab: Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH: Programa Nacional de Humanização

RH : Recursos Humanos

RPA: Região político- administrativa

RPR: Rapid Plasma Reagin

Rename: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SC: Sífilis Congênita

Sia-Datasus : Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM: Sistema de Informação de Mortalidade

Sinan: Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação

Sispacto: Sistema de Informação do Pacto pela Saúde

Sisprenatal: Sistema de Informação do Pré-Natal

SUS : Sistema Único de Saúde

TI: Tecnologia da Informação

TV : Transmissão Vertical

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TPHA: Treponema pallidum Hemagglutination

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

USF : Unidade de Saúde da Família

VE: Vigilância Epidemiológica

VDRL: Venereal Diseases Research Laboratory

VIH: Vírus Imunodeficiência Adquirida (Aids)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivo Específicos.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Sífilis: História / Clínica.....	21
3.1.1 Diagnóstico.....	23
3.1.2 Tratamento.....	24
3.2 Epidemiologia da Sífilis em gestantes e da Sífilis Congênita.....	26
3.3 A Estratégia para o controle da Sífilis Congênita.....	35
3.4 Política de Saúde Integral da Mulher enfatizando a importância da assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família para o controle da SC.....	38
3.5 O Conhecimento e práticas dos profissionais que realizam a assistência à gestante na atenção primária.....	42
4 METODOLOGIA.....	47
4.1 Tipo de estudo.....	48
4.2 Local de estudo.....	49
4.2.1 Caracterização da Rede Básica de Saúde.....	50
4.3 População e Amostra de estudo.....	51
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	53
4.3.2 Critérios de exclusão.....	53
4.4 Definição das Variáveis do Estudo.....	53
4.5 Procedimentos de Coleta de Dados.....	54
4.6 Análise de Dados.....	56
4.7 Limitações do Estudo.....	56
4.8 Considerações Éticas.....	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1. Caracterização dos Profissionais.....	59
5.2. Conhecimento acerca da assistência pré-natal (diagnóstico, tratamento e acompanhamento) às gestantes com Sífilis e sobre a prevenção vertical deste agravo.....	64
5.2.1 Uma análise das respostas dos profissionais segundo a categoria profissional, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e participação em treinamentos com temática de sífilis em gestantes.....	74
5.3 Práticas.....	77
5.3.1- Atitudes.....	83
5.3.2- Dificuldades.....	86
6 CONCLUSÕES.....	94
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICES.....	109
ANEXOS.....	119

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com um trajeto de crescimento e declínio, e com manifestações cutâneas temporárias, descrita há séculos, e que há muitos anos desafia a humanidade e se mantém como grave problema de saúde pública (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2010a; SINGH e ROMANOWSKI, 2012).

A Sífilis na gestação, quando não tratada ou inadequadamente tratada, pode causar a Sífilis Congênita, que acontece quando ocorre a transmissão transplacentária. Nesse caso o *Treponema pallidum*, agente causador da Sífilis, presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase gestacional e penetrar no sistema nervoso do concepto. As consequências podem ser graves, podendo levar ao óbito fetal, neonatal e infantil, ou a distúrbios como surdez, alterações neurológicas e deformidades ósseas (CDC, 2010; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2010a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, no Brasil, 3,5% das gestantes sejam portadoras de Sífilis, que o risco de transmissão vertical (de mãe para o filho durante a gestação) esteja entre 50 a 85%, e que as taxas de mortalidade perinatal cheguem a 40% (BRASIL, 1993). Estudo realizado no Brasil, em 2004, com parturientes, constatou uma prevalência de 1,6% para sífilis ativa (BRASIL, 2007a). Percebe-se que, durante a gestação, a Sífilis acontece em uma proporção significativa de mulheres, o que tem favorecido uma ocorrência relevante de Sífilis Congênita (SC) (SARACENI; MIRANDA, 2012; BRASIL, 2008; CAMPOS et al., 2010).

É possível prevenir a SC e suas complicações, mediante acesso precoce ao diagnóstico e tratamento durante o pré-natal. O tratamento adequado das gestantes com Sífilis inclui o tratamento do parceiro, sendo essa ação fundamental para evitar a Sífilis Congênita e as complicações da sífilis terciária no país. As metas de redução da transmissão vertical da sífilis estão incluídas na Política de Prevenção da Mortalidade Materno-Infantil do Pacto pela Saúde, do Ministério da Saúde, desde 2006 (RECIFE, 2011). A SC insere-se em um quadro de causa de morte perinatal evitável, e o seu acompanhamento é considerado um indicador de qualidade da assistência pré-natal (SARACENI, 2007).

Apesar da prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* ter diminuído sensivelmente com a descoberta da penicilina, e do tratamento das formas dessa doença, têm-se observado uma tendência mundial de recrudescimento da Sífilis e dos casos de Sífilis

Congênita (DE LORENZI; MADI, 2001), esses últimos mais graves, por estarem associados à mortalidade neonatal precoce (SARACENI; LEAL, 2003; SARACENI et al., 2005).

O reaparecimento da Sífilis no cenário mundial e as consequências da infecção congênita da sífilis favoreceram a inclusão dessa enfermidade no elenco de doenças cuja investigação é de fundamental importância, no Brasil. Assim, a Sífilis Congênita e a Sífilis em gestantes passaram a ser agravos de notificação compulsória em todo território nacional, respectivamente desde de 1986 e 2005 (BRASIL, 1986; 2005a). Todos os casos devem ser registrados de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). A notificação desses casos tem permitido o monitoramento e acompanhamento da Sífilis Congênita no país. Todavia, apesar da obrigatoriedade do registro, os casos notificados estão abaixo do esperado. Isso demonstra que há falhas na qualidade dos registros, remetendo a existência de subnotificação, o que dificulta uma análise mais profunda do problema (COUTINHO et al., 2003; SARACENI et al., 2005; DANTAS, 2008).

Apesar da subnotificação de casos, em Pernambuco e na cidade do Recife a Sífilis Congênita permanece como uma doença que apresenta indicadores muito distantes da meta estabelecida para alcance de um dos objetivos do milênio, que é a eliminação da SC como problema de saúde pública, definida em uma incidência menor que 0,5 casos por mil nascidos vivos (NV) (PERNAMBUCO, 2012).

Em Pernambuco e em sua capital, no período de 2007 a 2011, foram notificados em média, respectivamente, 508 casos/ano e 240 casos / ano de SC. Confrontando os dados de SC com os de sífilis na gestação, 389 casos/ano e 97 casos / ano de Sífilis materna. Observa-se uma importante subnotificação ou não detecção de casos em gestantes, o que inviabiliza a prevenção da sífilis congênita (diagnóstico oportuno e tratamento adequado das gestantes, incluindo os seus parceiros) (PERNAMBUCO, 2012; RECIFE, 2012) .

Vale destacar que, dos casos notificados de Sífilis Congênita em 2011, no Estado de PE e em sua capital, 74,5% foram de pacientes que realizaram consultas de pré-natal e, destas, 86,6% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e só 11,5% tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2011a), o que demonstra como causa da SC a reinfecção das gestantes, denotando a fragilidade da atenção à saúde das gestantes em relação a esse dado.

Considerando o papel da Sífilis como fator facilitador na transmissão do vírus HIV, resurge novo interesse pela Sífilis e a necessidade de estratégias para seu controle (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Considerando a Sífilis uma enfermidade clínica totalmente passível de prevenção por meio da identificação e do tratamento precoce e adequado das gestantes infectadas, o MS propôs protocolos de atendimento aos portadores para o controle do agravo no Brasil.

Para isso, algumas ações são consideradas importantes e mesmo imprescindíveis para eliminar a sífilis em gestantes e a SC como problema de saúde pública, dentre as quais: aumento da cobertura do pré-natal; captação precoce da gestante; acesso aos testes para sífilis de triagem(quantitativo) por meio de teste rápido ou do VDRL e teste treponêmico (qualitativo) para confirmação do diagnóstico; assim como o tratamento adequado e oportuno das gestantes e dos seus parceiros (PERNAMBUCO, 2011).

No entanto, a execução dessas intervenções básicas de saúde pública são esporádicas em vários países com maior índice da doença, por isso vem sendo discutido mundialmente o progresso e desafios para a eliminação como problema de saúde pública dessa doença tão antiga e devastadora nos países com prevalência mais alta e estratégias no sentido de garantir um mundo livre de mortes perinatais evitáveis, causadas pela sífilis (KAMB et al., 2010).

Também no intuito de colaborar com o controle ou eliminação desse agravo como problema de saúde pública, o MS vem analisando a SC como um “evento sentinela”, ou seja, evento que serve à identificação de pontos frágeis no atendimento e encaminhamento dos pacientes. Estudando a sífilis como um evento, Vellozo, Domingues e Saraceni (2007), verificaram que, mesmo diante das recomendações do MS, a estratégia de atenção básica mais promissora no País, o Programa Saúde da Família (PSF), ainda não foi capaz de solucionar os impedimento para prevenir a SC, demonstrando falhas na assistência nesse âmbito da atenção, em muitos municípios brasileiros.

Na atenção primária, o acompanhamento pré-natal é realizado por médicos e enfermeiros que devem trabalhar de forma integrada, dividindo a periodicidade das consultas. Para que o pré-natal seja de qualidade, é preciso capacitação técnica desses profissionais com vista a melhora dos indicadores de morbimortalidade materna e fetal e dentre eles as inerentes ações de prevenção da SC (BRASIL, 2006b).

Torna-se assim prioritário estabelecer meios adequados de capacitação para as equipes do PSF que, certamente, têm muito a colaborar na promoção de mudanças no quadro da doença, dentre outros motivos, pela proximidade de seus Agentes de Saúde com os usuários dos serviços de saúde.

Vale destacar que é necessário, o profissional de saúde ganhar a confiança da gestante e assim poder assumir a postura de educador, já que é ele o responsável por acolher essa

gestante, elucidando-lhe todas as dúvidas e inseguranças contribuindo para uma gestação sem complicações. Por isso, ele precisa ser capacitado para exercer essa atividade (ARAÚJO et al., 2010).

A persistência da SC constitui um sério problema e pode estar relacionada a alguns fatores, como o desconhecimento da equipe de saúde acerca do manejo desse agravo, fato que sem dúvida, demanda maior atenção dos responsáveis pelas políticas públicas (Andrade et al., 2011). Estes profissionais devem estar plenamente capacitados, uma vez que são responsáveis diretos pela implantação das ações preconizadas para o controle e a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Face ao exposto, o presente trabalho se propõe à investigação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da ESF sobre sífilis em gestantes.

As falhas decorrentes da captação tardia de pacientes com Sífilis e do não tratamento ou do tratamento inadequado dessas pessoas são evidentes, ocasionando número crescente de casos notificados de SC em todo o país. Casos que refletem um sistema de saúde ineficaz.

Tendo em vista que mais de 70% dos casos de SC notificados no país, no ano de 2011, foram de gestantes que realizaram consultas de pré-natal (BRASIL, 2012), o presente estudo se propõe analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais responsáveis pela assistência pré-natal em unidades de saúde da família de um município brasileiro. Esta avaliação será baseada na premissa de que uma melhor compreensão dos fatores causadores de tantas oportunidades perdidas na abordagem da sífilis na gestação, seja por problemas no diagnóstico, seja pelo tratamento oferecido à gestante e ao parceiro, pode ser determinante para atuações mais eficazes dos profissionais de saúde da família.

Acredita-se, assim, ser de grande relevância conhecer as noções conceituais e práticas dos profissionais inseridos na assistência pré-natal, na cidade do Recife, na perspectiva de subsidiar políticas públicas como estratégias que potencializem e fortaleçam as atividades voltadas às gestantes com sífilis, o que pode gerar um impacto positivo na saúde de toda a população deste município.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

◆ Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da sífilis na gestação, na cidade do Recife.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

◆ Caracterizar o perfil dos profissionais Médicos e Enfermeiros da ESF no Recife, com relação às características demográficas, formação e experiência no trabalho, realização da consulta pré-natal e capacitações no atendimento à gestante com sífilis;

◆ Verificar o conhecimento dos Médicos e Enfermeiros da ESF do Recife, com relação às recomendações preconizadas pelo MS sobre assistência pré-natal (diagnóstico, tratamento e acompanhamento) às gestantes com sífilis e prevenção da transmissão vertical desse agravo;

◆ Verificar a relação entre o conhecimento e características demográficas, formação e experiência no trabalho referido pelos profissionais Médicos e Enfermeiros da ESF do Recife em relação à sífilis em gestantes;

◆ Conhecer as práticas de atendimento dos profissionais Médicos e Enfermeiros da ESF do Recife às gestantes com sífilis;

◆ Identificar as principais atitudes dos profissionais Médicos e Enfermeiros da ESF do Recife no atendimento às gestantes com sífilis.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sífilis : Histórico / Clínica

A sífilis existe há mais de 500 anos. Sua presença na Europa é relatada logo após o descobrimento da América, no final do século XV (SARACENI, 2005). Na época, sua rápida disseminação por todo o continente transformou-a em uma pandemia, frequentemente fatal no estágio secundário ou terciário, descrita por muitos autores na passagem para o século XVI. Apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até o momento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; SARACENI, 2005).

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, crônica, com manifestações cutâneas temporárias, causadas por uma espiroqueta de alta patogenicidade, chamada *Treponema pallidum*. Este acomete praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo humano após contato sexual com parceiro infectado, podendo apresentar período de atividade e “silêncio” clínico (latência). É também chamada de *lues* (do latim *lues venereum*) (BATISTA, 2001; BRASIL, 2010a).

O modo de transmissão sexual da sífilis adquirida, na área genitoanal, corresponde a quase todos os casos. O risco desta transmissão varia de 30 a 50% após um único contato sexual com paciente portador de sífilis recente. Nos casos de SC, há infecção fetal por via hematogênica em qualquer período da gestação. Outras formas de transmissão, como transfusão sanguínea e por inoculação acidental são raras (BATISTA, 2001; BRASIL, 2010a).

Para melhor abordagem dos pacientes, é de grande importância o conhecimento da evolução natural da sífilis, que apresenta diferentes manifestações clínicas em cada estágio e depende das alterações imunológicas do hospedeiro (BATISTA, 2001).

O MS (Brasil, 2010a), a sífilis adquirida e SC se dividem em dois períodos:

- Sífilis adquirida
 - recente (esta forma compreende o primeiro ano de evolução) e inclui as Sífilis primária, secundária e latente precoce.
 - tardia (após o primeiro ano de evolução) e inclui a Sífilis latente tardia e terciária:
- Sífilis congênita
 - recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);
 - tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida).

A fase primária da sífilis adquirida é diagnosticada com o aparecimento de lesão inicial denominada cancro duro. É uma lesão ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, que surge, habitualmente, na genitália externa, medindo até 2 cm de diâmetro, em média, 21 dias após o contágio. Após uma a duas semanas surge adenite satélite não supurativa, móvel e indolor. O cancro duro desaparece espontaneamente em 4 semanas, sem deixar cicatriz. O aparecimento desse sinal em locais menos visíveis, como a vagina e o colo do útero, é menos frequente do que na genitália externa e pode passar despercebido na mulher. Pode-se observar também o cancro em outras localizações extragenitais, como cavidade oral, lábios, região anorretal, dentre outras, de acordo com o local de inoculação (BRASIL, 2010a; BATISTA, 2001).

A fase secundária da sífilis é caracterizada pela disseminação dos treponemas pelo organismo e em geral manifesta-se 4 a 8 semanas após o desaparecimento do cancro duro. A primeira lesão que surge é chamada de roséola, constituída por exantema morbiliforme não-pruriginoso. Em seguida, surgem as lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e os condilomas planos. As lesões cutâneas pleomórficas são ricas em treponema, o que caracteriza a contagiosidade dessa fase. As reações sorológicas nesta fase são sempre positivas (BRASIL, 2010a).

A sífilis latente precoce e tardia corresponde ao período em que não aparecem manifestações clínicas visíveis, mas em alguns tecidos existem treponemas localizados. O seu diagnóstico só é feito pelas reações sorológicas. A duração desta fase da sífilis é variável e podem aparecer sinais e sintomas das fases secundária e terciária (BRASIL, 2010a).

A sífilis tardia acontece em pessoas infectadas que não foram tratadas ou receberam tratamento inadequado. Aparecem as manifestações clínicas após um período de latência, que varia de 3 a 12 anos de infecção, e corresponde às formas cutânea (lesões gomosas e nodulares), óssea (osteíte gomosa, artralgias, artrites, etc.), cardiovascular (aortite sífilítica), nervosa (paralisia geral e *tabes dorsalis*) e outras. Em geral, as manifestações clínicas são assintomáticas e as reações sorológicas apresentam títulos baixos (BRASIL, 2010a).

3.1.1 Diagnóstico

A principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis é a utilização de testes sorológicos, que são divididos em testes não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, Elisa). O VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e o RPR (Rapid Plasma Reagin) devido à sua alta sensibilidade e serem testes de realização de técnicas simples, rápidas e de baixo custo, são exames quantitativos usados para triagem sorológica e seguimento pós-terapêutico da sífilis adquirida. Recomenda-se a solicitação desses exames sempre que houver suspeita de sífilis em qualquer de suas fases, para todos os pacientes portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e na rotina do pré-natal (início e na 28ª semana). Torna-se reativo a partir da segunda semana após o surgimento do cancro (sífilis primária) e na fase secundária da doença apresenta maiores títulos.

Descreve-se o resultado desse exame qualitativamente (“reagente” e “não reagente”) e quantitativamente (titulação como 1:2, 1:32, etc.). O teste apresenta queda progressiva dos títulos após o tratamento. Com o tratamento a tendência é a negatização, mas pode permanecer reagente por longos períodos, mesmo após ser curado da infecção; este fato é chamado de “memória ou cicatriz imunológica”. Mas se, mesmo após tratamento adequado, os títulos persistirem positivos, superiores a 1:4, o fato pode significar infecção persistente ou re-exposição. A redução da sensibilidade pode ocorrer nos estágios primário e tardio da doença (BRASI, 2006a).

Os resultados de títulos baixos podem representar reação falso-positiva (pesquisar doença de colágeno), sífilis muito recente (em ascensão) ou até muito antiga, tratada ou não (MS, 2008). Esses resultados falso-positivos e falso-negativos são relatados como uma das principais desvantagens desses exames (BRASI, 2006a).

Os testes sorológicos treponêmicos, como o FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorbent Test*), o MH-TP (Microemaglutinação para *Treponema pallidum*) ou TPHA, Elisa (teste imunoenzimático) e os testes rápidos, têm elevada especificidade (97% a 100%). Os testes qualitativos são utilizados para a confirmação da infecção pelo *T. pallidum*, possibilitando a exclusão dos resultados falso-positivos das sorologias não-treponêmicas. Tornam-se positivos a partir do 15º dia da infecção, e o FTA-Abs é o que primeiro dá reagente. Esses testes são utilizados para o diagnóstico e não para o acompanhamento da evolução da doença, tendo em vista a sua menor sensibilidade e por sua sorologia com anticorpos permanecer no soro por mais tempo do que anticorpos não-treponêmicos (BRASIL, 2006a; 2008).

Na dúvida em relação à interpretação da sorologia, essas poderão ser esclarecidas através da anamnese, pelo exame físico e através da repetição dos testes não-treponêmicos. No intervalo de 30 dias, quando o resultado do teste apresenta dois títulos baixos, exclui sífilis recente. Se os resultados dos testes não-treponêmicos e treponêmicos forem positivos não poderemos afirmar se a doença é antiga ou se o paciente foi adequadamente tratado; continua a dúvida, e é recomendável repetir o tratamento (BRASIL, 2006a; 2008).

Nas gestantes, não é recomendado aguardar o resultado do teste treponêmico quando já se tem o resultado positivo do teste não-treponêmico. Durante a gestação, as gestantes tratadas deverão realizar o seguimento sorológico quantitativo mensal e, se não houver resposta ou o resultado apresentar pelo menos aumento de duas diluições na titulação, a gestante deverá ser tratada novamente.

3.1.2 Tratamento

Com a descoberta da penicilina benzatina, na década de 40, por sua eficácia em todos os estágios da sífilis, a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* diminuiu sensivelmente. O sucesso da ação da penicilina em todas as fases da infecção foi demonstrado em 1943, por Mahouney (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; DE LORENZI; MADI, 2001). Segundo Avelleira e Bottino (2006), essa queda da incidência dos casos, nessa época, fez com que muitos pensassem que a doença estivesse controlada, resultando na diminuição do interesse por seu estudo e controle.

Entretanto, a partir da década de 60 os números voltaram a crescer e a penicilina continua como droga de escolha para o tratamento em todos os estágios da sífilis, e até o momento não há relato de resistência treponêmica à droga. O melhor esquema terapêutico será indicado de acordo com a avaliação clínica do caso (BATISTA, 2001; AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2010a).

Os esquemas de tratamento para sífilis, de acordo com as fases da infecção, são os seguintes:

I - Sífilis primária: Penicilina G benzatina – 2.400.000 UI, IM (1.200.000UI, IM, em cada glúteo) aplicados em dose única;

II- Sífilis recente secundária e latente: Penicilina G benzatina – duas séries de 2.400.000 UI, IM, com intervalo de 1 semana entre cada série (dose total de 4.800.000UI);

III- Sífilis tardia (latente e terciária): Penicilina G benzatina – três séries de 2.400.000 UI, IM, com intervalo de uma semana entre cada série (dose total de 7.200.000UI);

-IV Alternativo, quando o paciente apresenta alergia a penicilina, se não for possível a dessensibilização pode ser realizado o tratamento com a tetraciclina ou estearato de eritromicina, 500mg de 6 em 6 h; e doxiciclina de 100mg, de 12 em 12h, no período de 15 dias, nos casos de sífilis recente, ou 30 dias, para a sífilis tardia. Esses tratamentos alternativos são contraindicados para gestantes e nutrízes, exceto o uso do estearato de eritromicina. Essas opções terapêuticas apresentam menor eficácia, por isso precisa uma maior vigilância clínica do seguimento dos casos e dos parceiros (BRASIL, 2006a; 2010a).

As gestantes com alergia comprovada a penicilina deverão ser dessensibilizadas. Se não for possível, deve-se administrar a eritromicina na forma de estearato, entretanto, o feto será considerado não- tratado e será notificado como caso de SC (BRASIL, 2008).

Vale destacar que a prescrição e administração da penicilina pode acontecer na atenção básica e demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Portaria Nº 156 / GM / MS, de 19 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006c). Com o objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis, essa portaria afirma a necessidade de instrumentalizar as unidades básicas de saúde não apenas para distribuir o medicamento, mas também para administrá-lo com segurança. Devem existir insumos suficientes nos serviços para a realização dos procedimentos terapêuticos com segurança, e capacitar os profissionais para lidar com os casos de anafilaxia (BRASIL, 2008).

Diante da necessidade de esclarecimento ao profissional da atenção básica quanto à realização de medicação na sua própria unidade, com segurança, e sem a necessidade de adequar a unidade a fim de torna-la igual ao um serviço de atendimento de urgência, a referida portaria foi revogada, e, atualmente, a Portaria 3161, de 27 de dezembro de 2011, é que está em vigor (BRASIL, 2011b). Da mesma forma que a anterior, dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades da Atenção Básica à Saúde, no âmbito do SUS e resolve:

Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do SUS, nas situações em que seu uso é indicado.

Art. 2º As indicações para administração da penicilina na Atenção Básica à Saúde devem estar em conformidade com a avaliação clínica, os protocolos vigentes e o Formulário Terapêutico Nacional/ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Art. 3º A administração de penicilina deve ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico.

Art. 4º Em caso de reações anafiláticas, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no Âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Art. 5º Essa portaria entra em vigor na data da publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria 156/GM/MS, de 19 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 20 de janeiro de 2006, Seção 1, página 54.

Com essas medidas, os serviços básicos de saúde tornam-se mais resolutivos, aumentam sua credibilidade diante da população e o vínculo dos usuários aos serviços, facilitando o acesso das gestantes e do(s) seu(s) parceiro(s) sexual(is) ao tratamento da sífilis, contribuindo para a eliminação da SC como problema de Saúde pública (BRASIL, 2008).

Segundo o MS (2006), a gestante só é considerada tratada adequadamente quando, fez o tratamento completo com penicilina, adequado ao estágio da doença, finalizado 30 dias antes do parto e tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Se a gestante com sífilis não for tratada adequadamente teremos casos de SC, em que, ao nascer, a criança já pode estar gravemente enferma, com sintomas menos intensos ou até apresentar aparência saudável. Todavia, nessa última situação, a criança irá manifestar o quadro clínico da doença mais tardiamente, meses ou anos depois, quando sequelas graves e irreversíveis já estarão instaladas (BRASIL, 2004). Ou seja, o quadro clínico da SC é variável, podendo levar a desfechos negativos da gestação, tais como aborto, natimorto ou óbito neonatal, além de complicações precoces e tardias nos nascidos vivos, em mais de 50% dos casos (VICTOR et al., 2010).

3.2 Epidemiologia da Sífilis em gestantes e da Sífilis Congênita

Os números de casos de sífilis voltaram a crescer a partir da década de 60 e, mais acentuadamente na década de 80, com as mudanças na sociedade em relação ao comportamento sexual, com o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS), e o advento da pílula anticoncepcional (AVELLERA; BOTTINO, 2006), concomitante à popularização do uso de crack e cocaína e à disseminação da promiscuidade sexual, principalmente nos grandes centros urbanos (GENÇ; LEDGDER, 2000; BRASIL, 2005b).

A OMS estima, mundialmente, que ocorram 12 milhões de casos novos de sífilis por ano na população adulta (Figura 1), a maioria nos países em desenvolvimento (GALBAN, 2007). De acordo com as estimativas, acontecem mais de 500 mil mortes fetais por ano,

no mundo, devido à SC (SCHMID, 2004). Existe, em várias regiões, uma grande variabilidade na prevalência da infecção em parturientes e elevadas taxas de SC.



Figura 1 Distribuição do número de casos novos de SC estimados no mundo por ano, OMS, 2010.

Fonte: OMS, 2010

Para prevenir a SC deve-se prevenir e tratar a sífilis nas mulheres (CENTERS, 2010).

Nos Estados Unidos, a partir de 1990, após novas estratégias para o controle epidemiológico da SC, a incidência de SC e sífilis primária e secundária, em mulheres de idade fértil, diminuiu em cerca de 90%, apresentando, em 2002, uma taxa de sífilis primária e secundária de apenas 1,1/100.000 habitantes, reduzindo a incidência em toda população, nos vários estados americanos (CENTERS, 1999; 2000; BRASIL, 2001). Entretanto, desde 2005, percebe-se um aumento da incidência da SC, o que reflete um aumento na incidência de sífilis primária e secundária entre as mulheres negras, especialmente no sul dos Estados Unidos. Esse aumento tem sido associado ao uso de crack e cocaína, além do fator sexual (CENTERS, 2010).

Segundo dados da OMS, nos países subdesenvolvidos a sífilis e sua forma congênita continua sendo um problema de saúde pública, ocorrendo em 10 a 15% das gestantes (Brasil, 2001). Na África Subsaariana, os índices elevados de SC estão intimamente ligados à ausência de adequada assistência pré-natal e de esforços governamentais, como aponta um

estudo realizado em Botswana (GUINSBURG, 2008; ROMOREN et al., 2006).

Na América Latina e Caribe, a prevalência da sífilis nos recém-nascidos é de 3,1%, variando entre 1%, no Peru, e 6,2%, no Paraguai. A prevalência da sífilis gestacional é de 7,2% na Bolívia e a taxa de transmissão vertical é de 15,7% (VALDERRAMA et al., 2004; REVOLLO et al., 2007).

No Brasil, estudo-sentinela realizado em uma amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões, realizado em 2004, estimou uma prevalência média, de 1,6 de sífilis ativa. Os dados apontam para cerca de 50 mil parturientes com sífilis e 12 mil nascidos vivos com SC, e uma taxa de transmissão vertical de 25%, variando de 1,9%, na Região Nordeste, para 1,3% na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2008; CAMPOS et al., 2010; SARACENI; MIRANDA, 2012).

Observa-se, na figura 2, que o Brasil é o país com maior número de casos de sífilis (937 mil) na América Latina e Caribe, sendo o total estimado para essa região de 3 milhões de casos de sífilis.



Figura 2 Distribuição de Casos novos estimados de Sífilis na América Latina e Caribe, OPAS - OMS, 2010.

Fonte: OPAS \ OMS, 2010.

Acredita-se que esses dados não representem a verdadeira realidade dessa Região, pois existe elevada subnotificação de casos de sífilis materna e congênita em diversos países, já que quase nenhum país da América Latina e Caribe inclui a incidência de SC nos casos de aborto e nos nascidos mortos. Portanto, não se conhece a verdadeira magnitude do problema (OPAS, 2005).

Segundo o MS, de 1998 a junho de 2012, no Brasil, foram notificados 80.041 casos de SC em menores de um ano de idade. Em 2011, observou-se no país, uma taxa de incidência de SC, de 3,3 casos por 1.000 nascidos-vivos. As regiões Nordeste e Sudeste foram as que apresentaram as maiores taxas nesse ano, 3,8 e 3,6, respectivamente. Entretanto, os estados que apresentaram as maiores taxas de incidência em 2011 foram: Rio de Janeiro (9,8 por 1.000 nascidos vivos), Ceará (6,8), Sergipe (6,7), Alagoas (5,9), Rio Grande do Norte (5,4) e Pernambuco (4,9) (BRASIL, 2012).

Em relação ao número de óbitos por SC, declarados no SIM, no período de 1998 a 2011, foi de 1.780, sendo 925 óbitos (52,0%) na Região Sudeste (758 apenas no estado do Rio de Janeiro, o que corresponde a 42% do Brasil), 505 (28,4%) no Nordeste, 159 (8,9%) no Sul, 135 (7,6%) no Norte e 56 (3,1%) no Centro-Oeste (BRASIL, 2011a).

A mortalidade por SC é considerada evitável, pois o rápido diagnóstico e o adequado tratamento durante o pré-natal, da gestante e do parceiro, seriam suficientes para a redução desses óbitos. De acordo com Brown et al. (1970), a SC é um agravo passível de eliminação, desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* seja identificada e tratada antes ou durante a gestação. Para Sanchez e Wendel (1997), o tratamento da mulher grávida com penicilina benzatina, até trinta dias antes do parto, reduz as complicações, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, sequelas nos bebês e óbito neonatal.

Em Pernambuco, foram notificados, no período de 2007 a 2011, em média 508 casos / ano de SC. Quando comparamos esses dados com os da sífilis na gestação (média de 389 casos/ano), observa-se uma importante subnotificação ou não detecção de casos de gestantes, o que dificulta o tratamento adequado das mesmas (incluindo os seus parceiros e a prevenção da SC) (PENAMBUCO, 2012).

Esses dados de PE corroboram os do estudo de Saraceni e Miranda(2012), realizado na Região Norte, com dados de 2008, sobre a relação entre a cobertura da ESF e o diagnóstico de sífilis na gestação e SC. Utilizando uma taxa de transmissão vertical de 25% para sífilis, o autor encontrou uma razão de casos observados sobre casos estimados de SC muito aquém do esperado. A razão observada nesse estudo, estimada mais alta, não chegou a 0,40 para sífilis na gestante. Tal fato faz acreditar que, se não forem encontradas e tratadas todas as gestantes infectadas, mais casos de SC serão encontrados.

A partir do momento em que a sífilis na gestação for um agravo controlado e a razão observada / estimada se aproximar de 1.0, teremos uma diminuição do número de casos de

SC, e a razão para SC se aproximará de zero, atingindo a meta de eliminação mundial como problema de Saúde pública, que corresponde a uma incidência menor do que 0,5 casos por mil nascidos-vivos (BRASIL, 2007b).

Desde 1986, pela Portaria MS \ SVS nº 542 (BRASIL, 1986), a SC passou a ser uma doença de notificação compulsória no Brasil e, a partir de 1993, as notificações passaram a ser digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (BRASIL, 2005b). Porém, sabemos que a frequência da doença pode ser maior do que apresentam os dados oficiais, tendo em vista que existem falhas nos mecanismos de registro, ausência de uniformidade no diagnóstico da doença e na conduta dos profissionais que prestam atendimento pré-natal e ao recém-nascido (BARSANTI, 1999 apud DANTAS, 2008).

De acordo com Saraceni e Leal (2003), as perdas do Sinan demonstram falha na vigilância epidemiológica da SC. Quando essas perdas são em torno de 70 a 80% dimensionam a magnitude dos casos por estabelecimento de saúde. Os autores fizeram essa afirmação em estudo no qual avaliaram as campanhas da sífilis na cidade do Rio de Janeiro. Em outro estudo, Saraceni, Leal e Hartz (2005), constataram a baixa capacidade dos profissionais médicos e enfermeiros no que diz respeito à vigilância epidemiológica. Brito e Ferreira (2003) verificaram que 45% dos profissionais que assistiam recém-nascidos com SC não realizaram a notificação.

Infelizmente, muitos profissionais de saúde continuam a não incorporar a prática de notificação em sua rotina, o que dificulta o conhecimento real do problema e suas intervenções.

Diante da problemática, é relevante destacar que, no Estado de Pernambuco, no período de 7 anos, entre 2004 e 2011, 39 municípios permaneceram silenciosos em suas notificações (Figura 3). Vale ressaltar que, em 2007, no lançamento do Plano Estadual de Enfrentamento da Transmissão Vertical (TV) do HIV e sífilis, era 67 o número de municípios silenciosos (Figura 3) (PERNAMBUCO, 2011).

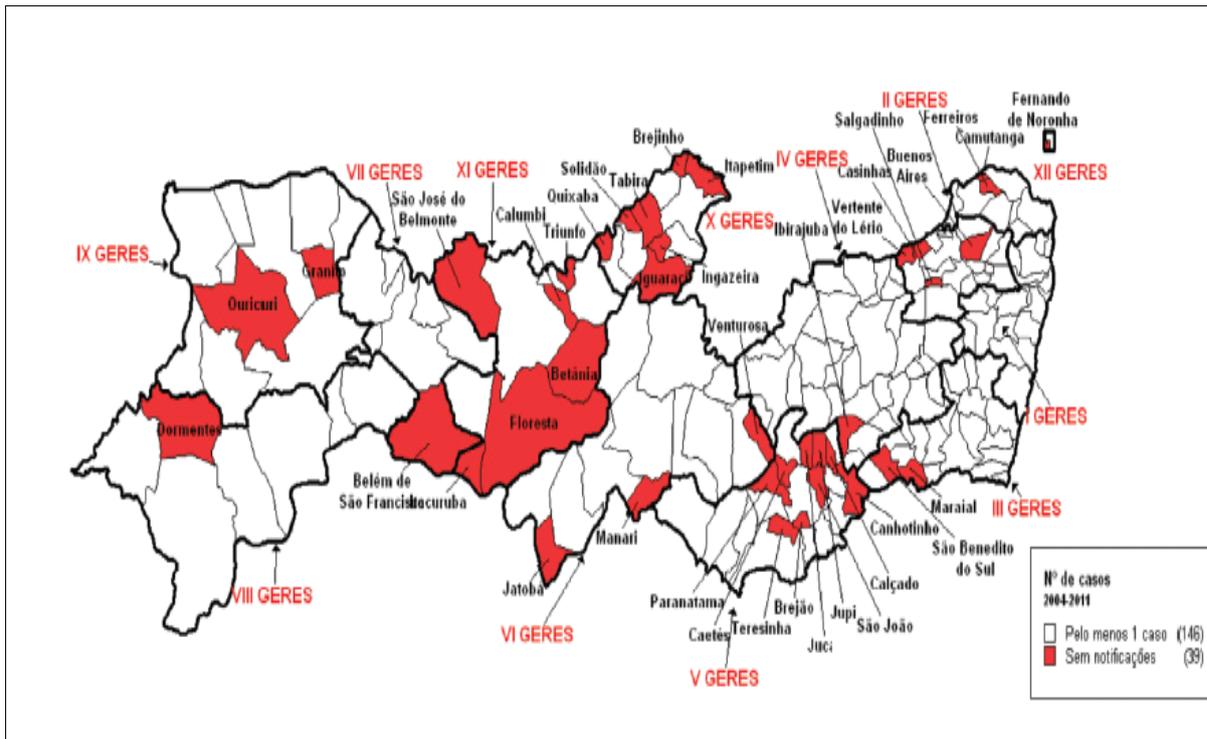


Figura 3- Distribuição dos casos acumulados de Sífilis Congênita, segundo município de residência e regional de saúde (GERES). Pernambuco, 2004-2012*

Fonte: SINAN \ SEVS \ SES \ Programa Estadual DST \ Aids

Dados da Secretaria Estadual de PE (2011) mostram que, entre 2000 e 2006, houve um importante aumento na notificação da SC, possivelmente em decorrência da Política Nacional de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), em 2000, que pela normatização, através de Portaria Ministerial (GM N° 569/2000), reforça a obrigatoriedade da testagem para sífilis (VDRL ou outro teste de triagem) no pré-natal (início e na 28ª semana) e no momento do parto. Essa iniciativa da Área Técnica de Saúde da Mulher foi implementada por outra do Programa Nacional de DST e Aids, chamada Projeto Nascer, a partir de 2002, cujo foco era realizar o diagnóstico de sífilis no recém-nascido evitando a morbidade e mortalidade por esse agravo. Observa-se também, nos últimos anos, uma tendência de aumento das notificações de SC com a instituição dos Planos Nacional e Estadual de Enfretamento da TV, do Pacto pela Saúde em 2007 e da Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), que também estimulou o aumento da cobertura de testagem com o VDRL. Assim, parte dos municípios silenciosos passaram a notificar casos, tornando conhecidas taxas mais elevadas de detecção de SC (PERNAMBUCO, 2011).

Em relação ao número de casos de SC na cidade do Recife, observa-se um número expressivo. Segundo dados da Secretaria Municipal do Recife, de 2001 a 2011 foram

notificados 2.516 casos de SC em menores de 1 ano de idade, residentes no Município. Só no ano de 2007 foi notificado e investigado um total de 230 casos de sífilis congênita, com taxa de detecção de casos de 9/1000 nascidos vivos (RECIFE, 2012).

Para o monitoramento da situação epidemiológica da SC nos estados e municípios, o MS estabeleceu parâmetros para o coeficiente de detecção (CD), classificando-o em extratos de risco: alto risco ($CD \geq 5,0/1.000$ NV), médio risco (1,0 a 4,9 / 1.000 NV) e baixo risco ($<1,0 / 1.000$ NV) (RECIFE, 2012). No Recife, os CD calculados apresentam valores elevados e crescentes, oscilando entre 4,18 (2003) e 14,65 (2010), com valor médio de 8,78/1.000 NV . Estes valores classificam o Município como sendo de alto risco para a doença.

No período analisado entre 2001 e 2011, a distribuição dos casos de SC segundo o Distrito Sanitário (DS) de residência, evidencia maior número de casos acumulados no DS II, com 144 casos; seguido do DS III, com 84 e DS VI, com 70 casos. Em relação ao CD médio, três DSs apresentam maior risco, o DS II, o DSI e o DSIII, com valores de 16,83; 13,73 e 8,21 / 1.000 NV, respectivamente. A faixa etária das mães, de maior concentração dos casos (69, 63%) foi a de 20 a 34 anos. Chamou a atenção o fato de que, dos 2.516 casos notificados no período, 1.835 gestantes realizaram pré-natal (72,93%), que 846 (46,10%) destas tiveram diagnóstico de sífilis na gestação e que apenas 191 (22,58%) tiveram seus parceiros tratados, constatou-se, também, que em 17,69% das notificações, as mães eram adolescentes (RECIFE, 2012).

Alguns estudos, no Brasil, realizados a partir do recém nascidos com SC, apresentaram resultados semelhantes aos da cidade do Recife quanto algumas características da assistência pré-natal. É o caso do estudo de CAMPOS et al. (2010), em que foi observado um número elevado de adolescentes com sífilis e alta proporção de parceiros não tratados. Saraceni et al.(2007) e Brito, Jesus e Silva (2009) também evidenciaram elevados percentuais de parceiros não tratados, sendo um dos principais motivos da inadequação do tratamento.

Vale destacar que, no Recife, entre os casos confirmados de SC e notificados no período de 2001 a 2011, conforme acima descrito, 73% das mães haviam realizado pré-natal, não tendo sido evitado a SC, o que evidencia falha na captação, diagnóstico e tratamento adequado das gestantes infectadas pelo *T. pallidum*. Assim, é primordial para a prevenção da SC, e mesmo imprescindível, que os profissionais realizem a rotina preconizada pelo MS (Recife, 2012). Pode-se deduzir, então, que a SC é um excelente indicador da qualidade da assistência à saúde no pré-natal (SARACENI, 2005).

A sífilis na gestante tornou-se de notificação compulsória em 2005 (*Portaria MS/SVS n.º 33*) (BRASIL, 2005 a), sendo considerado caso de sífilis em gestante toda gestante com evidência clínica de sífilis e / ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado treponêmico, realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem (BRASIL, 2007a). O acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento adequado da sífilis nas gestantes são ações fundamentais para a prevenção da SC (RECIFE, 2012).

No Brasil, de 2005 até junho de 2012 foram notificados 57.700 casos de sífilis em gestantes, dos quais a maioria ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste, com 21.941 (38,0%) e 14.828 (25,7 %) casos, respectivamente. Em 2011, o total notificado no Brasil foi de 14.321 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 5,0 casos por 1.000 nascidos vivos (NV) (Gráfico 1).

Apresentaram taxas superiores à média nacional, as regiões Centro-Oeste (6,0 / 1.000 nascidos vivos), Sudeste (5,8 \ 1.000 NV) e Norte (5,5 \ 1000 NV). Quanto aos estados, as taxas mais elevadas foram observadas no Mato Grosso do Sul (13,7 \ 1000 NV) e Rio de Janeiro (10,8 \ 1000 NV). Nesse período, o Estado de Pernambuco apresentou uma taxa de 3,8 \ 1.000 NV (BRASIL, 2012)

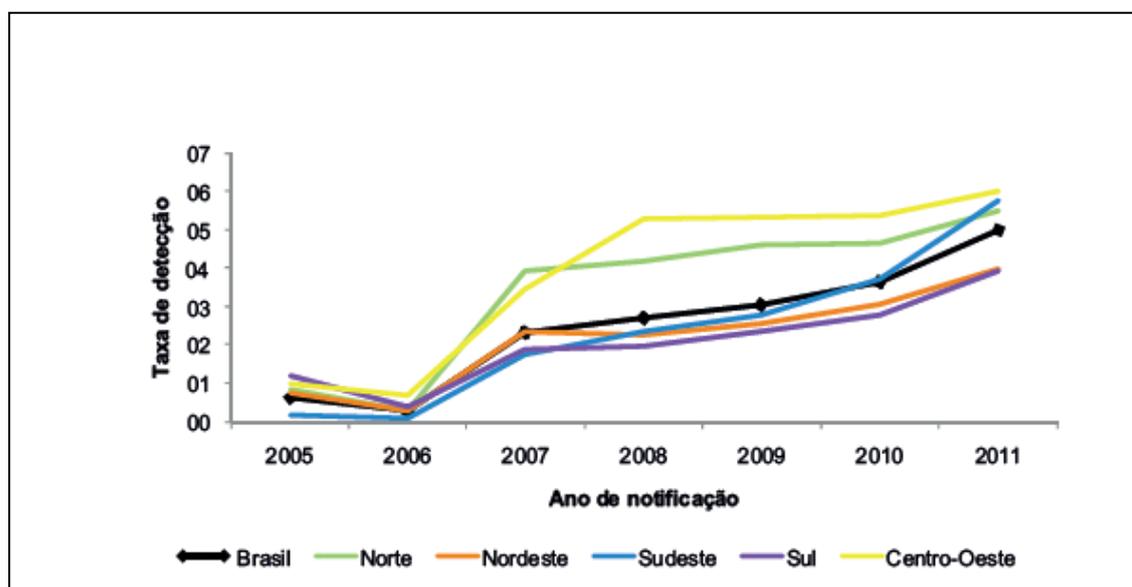


Gráfico 1- Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação. Brasil, 2005 a 2011.

Fonte: MS \ SVS \ Departamento de DST \ Aids e Hepatites Virais.

Nota: (1) Casos notificados no Sinan até 30 \ 06 \ 2012. (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

No município do Recife, de 2007 até o ano de 2011, foram notificados 741 casos de sífilis em gestantes. Na distribuição geográfica de residência, o DS com maior concentração de casos foi o DS VI, com 242 notificações, e o que apresentou maior risco foi o DS I, com coeficiente de detecção de 8,59 / 1.000 NV. Segundo a faixa etária, percebe-se um elevado percentual de mães adolescentes, com 19,3% do total de casos (RECIFE, 2012).

Esses dados remetem à necessidade de monitorar, com maior atenção, a qualidade da assistência pré-natal nas áreas de maior risco, incluindo o acesso ao diagnóstico e tratamento adequado das gestantes com sífilis, além de evidenciar a necessidade de incluir a sífilis na agenda de prioridades do Município, com vistas a sua eliminação como problema de saúde pública (< 1 caso por 1000 NV), em consonância com o Pacto pela Saúde e para atingir os objetivos de Desenvolvimento do Milênio na saúde materno-infantil (PERNAMBUCO, 2012).

A SC é considerada evento sentinela, sendo desde 2007, efetuado o monitoramento mensal dos casos, através de divulgação dos dados comparativos entre anos anteriores.

Considerando a situação epidemiológica dessa doença secular, na cidade do Recife, e a disponibilidade de tecnologia amplamente conhecida, de baixo custo e alto impacto, os gestores de Recife, na área de Saúde da Criança e da Mulher, consideram importante e realizam o processo de monitoramento mensal do número de casos de SC, assim como o acompanhamento de pré-natal para a garantia da assistência à saúde da mulher e do bebê, objetivando explicitar situações indesejáveis ocorridas entre as mães residentes no Recife, apresentando sua situação em relação à não realização de consultas de pré-natal.

Os gestores dessa cidade sugerem, ainda, discussões locais quanto ao agravamento, as situações de vulnerabilidade no âmbito individual, coletivo e programático para, a partir daí, pactuar as responsabilidades, acolher as demandas e necessidades dos profissionais da atenção primária e garantir a efetividade das ações para a superação da situação.

Com a aquisição dos kits de emergência para as Unidades Básicas do Recife em 2009, conforme preconizado em portarias específicas, o universo da Rede de Atenção Primária do Recife passou a realizar a aplicação da Penicilina Benzatina.

Atualmente, com o processo de implantação da Rede Cegonha e com a publicação da Portaria Ministerial nº 77, de 12 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica para a detecção de HIV e sífilis, espera-se que haja uma implementação na detecção dos casos de sífilis em gestantes (PERNAMBUCO, 2012) que,

junto com o número de casos de SC, são indicadores já pactuados de Ações da Vigilância em Saúde (PAVS) e do Pacto pela Vida, Saúde e Gestão (Sispacto) (SARACENI, 2012).

Sendo assim, a inclusão desses indicadores nas pactuações que envolvem as três esferas SUS vem demonstrando a vontade política do MS em atingir seu objetivo, que é a eliminação da SC, ou seja, 0,5 casos de SC por mil nascidos vivos (SARACENI; MIRANDA, 2012).

3.3 A Estratégias para o Controle da Sífilis Congênita

Devido à contínua prevalência e mortalidade perinatal por sífilis em vários países, a OMS em 2007, como um pacote de intervenção lançou uma iniciativa global para a eliminação da SC que, além de recursos financeiros, exige um compromisso de governos e parceiros, a fim de conseguir uma resposta eficaz e sustentável. Essas intervenções também contribuirão para atingir alguns dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de redução da mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o HIV, malária e outras doenças (KAMB, et al., 2010).

De acordo com a OMS (2008), em muitos países já estão estabelecidas as bases para a prevenção da SC, pois a maioria desses países têm linhas gerais de orientação para controle universal de Sífilis no pré-natal: os níveis de consultas pré-natais são geralmente altos; os testes de detecção são baratos e podem ser realizados em nível de cuidados primários de saúde; o tratamento com penicilina não é caro e o medicamento está na lista dos medicamentos essenciais de todos os países. Com essas intervenções orientadas para os cuidados às mães e aos recém-nascidos, consideradas simples, é possível conseguir uma enorme redução da SC. Mas, apesar de todas essas medidas, a SC ainda continua sem controle e permanece como um problema de saúde pública.

A OMS (2008) adotou uma estratégia para eliminação da SC como problema de saúde pública, apoiando-se em quatro pilares que determinam alguns caminhos: assegurar empenho político e promoção sustentáveis; aumentar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materno-infantis; tratar as mulheres grávidas e seus parceiros; estabelecer um sistema de vigilância, monitorização e avaliação. Nessa perspectiva de um maior enfoque internacional sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), temos uma oportunidade única para mobilizar ações destinadas a evitar e, subsequentemente, eliminar a SC (OMS, 2008).

Sendo assim, é possível com a implementação bem sucedida de cada intervenção, prevenir a SC, e detectar e tratar as gestantes, como ilustrado na figura 4 (OMS, 2008).

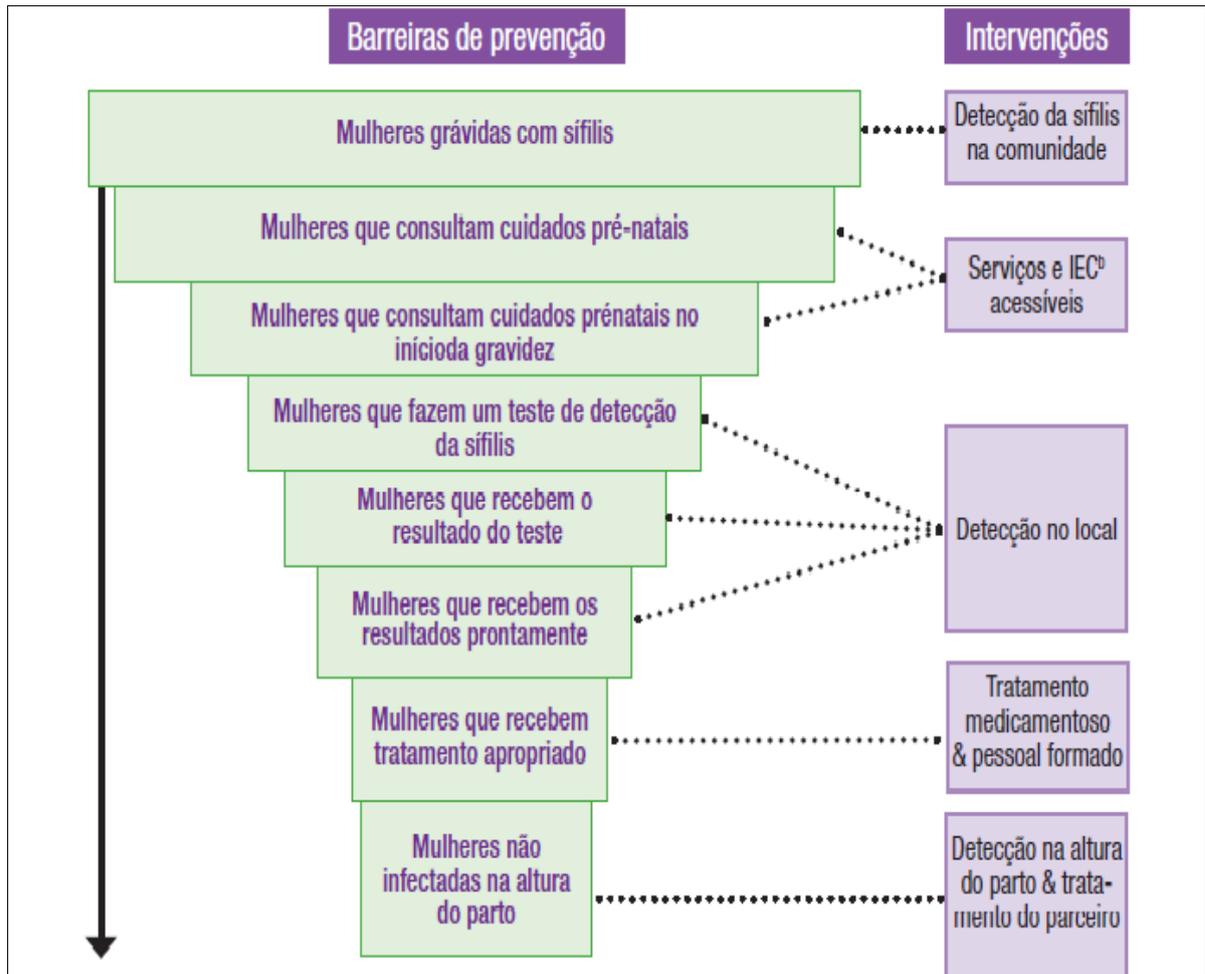


Figura 4-Intervenção para detectar e tratar mulheres grávidas com Sífilis.

Fonte: OMS, 2008

Cada barra da figura 4, em sentido descendente, corresponde a um menor número de mulheres que na barra anterior, mostrando que em cada fase uma parte das mulheres deixam de ser tratadas, por diversas razões. Isso pode acontecer quando as mulheres fazem o exame para detectar a sífilis, mas não recebem os resultados em tempo hábil para tratamento no serviço, pois não há detecção e tratamento no local de atendimento. Assim, uma parte das mulheres deixam de ser tratadas, pois não procuram outro serviço (OMS, 2008). Vale destacar as intervenções relacionadas à informação, educação e comunicação no primeiro atendimento na unidade, que podem ajudar na realização dos exames e adesão ao tratamento, tanto da mulher quanto do seu parceiro.

No Brasil, desde 1993, o MS adota uma estratégia para a eliminação da SC, como o projeto que visa a erradicação da doença até o ano 2000. Em 1997, o país assume um compromisso com a Organização Panamericana da Saúde (opas), visando ajustar as metas de controle nacional: uma meta de menos de um caso de SC por 1.000 NV, considerado um registro aceitável de eliminação da doença. Entretanto, essa meta governamental não foi atingida, até os dias de hoje (BRASIL, 2006b; 2008; SARACENI et al.,2005).

A redução das Taxas de Transmissão Vertical (TV) do HIV e da Sífilis está inserida na Redução da Mortalidade Infantil-prioridade básica do Pacto pela Vida, que é um dos eixos do Pacto pela Saúde , que fortalece a gestão compartilhada entre os diversos níveis de governo. Segundo o pacto, os estados e municípios são responsáveis pelo desenvolvimento de ações prioritárias para cumprimento das metas , de acordo com a realidade local, de forma que tanto as prioridades estaduais como as municipais possam ser integradas à agenda nacional (BRASIL, 2007b).

Em 2007, o MS e os Conselhos de Saúde elaboraram o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, cujo objetivo geral é reduzir a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, com vista à eliminação da SC, em todo o território nacional, de forma escalonada e regionalizada, até 2011 (BRASIL, 2007b).

Este plano destaca ainda os seguintes objetivos específicos: aumentar a cobertura de testagem de HIV e Sífilis no pré-natal; aumentar a cobertura do tratamento adequado das gestantes com Sífilis, incluindo tratamento dos parceiros sexuais; e ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da Sífilis em gestantes \ parturientes e crianças expostas (BRASIL, 2008).

Com o Plano, pretende-se aumentar a cobertura de testagem para o HIV e Sífilis no pré-natal. O número de testes de Sífilis realizados em gestantes passará de 2,1 milhões para 4,8 milhões. Houve um aumento de investimento pelo MS na aquisição também de testes para HIV e Sífilis, assim como estão previstos repasses anuais do MS de mais recursos para ampliar as ações contra essas doenças (BRASIL, 2006b).

Entretanto, em razão do maior risco relacionado a coinfeccões, é fundamental uma avaliação sistemática da infecção pelo HIV e de outras DSTs através do diagnóstico de sífilis e de outras DSTs, em qualquer período da gestação. Sendo assim, o MS recomenda, para todas as gestantes, em especial quando do diagnóstico de sífilis, o oferecimento do teste anti-HIV (BRASIL, 2006a).

Apesar de todos estes cuidados, há mais recém-nascidos infectados por SC do que por qualquer outra infecção neonatal, incluindo o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e tétano, que atualmente estão a receber atenção mundial especial, tornando a SC um grande “fardo”, uma doença ainda subestimada tanto em nível internacional como nacional (OMS, 2008).

Assim, a eliminação sustentável da SC exige esforços coordenados para reduzir simultaneamente as taxas de Sífilis infecciosa; segundo a OMS (2008), enquanto a Sífilis for prevalente em adultos, o potencial de transmissão congênita continuará alto.

Verifica-se ainda, e é enfatizado em vários estudos, como os de Amaral (2008) e Melo Filho e Ferreira (2011), a necessidade de oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada e que segundo o MS, é a medida de controle mais efetiva para a eliminação da SC (BRASIL, 2006a).

3.4 Política de Saúde Integral da Mulher enfatizando a importância da assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família para o controle da SC.

A atenção à mulher na gestação e parto continua sendo um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade desta assistência, quanto aos princípios do cuidado, que permanecem centrados em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

Segundo Galleta (2008), o pré-natal, ou assistência pré-natal, constitui um conjunto de ações de atenção médica no período gestacional, com o objetivo de fornecer uma melhor condição de saúde tanto para a mulher como para o seu bebê, evitando a morte e o comprometimento físico de ambos.

A assistência a gestantes é realizada há vários anos nos serviços públicos do Brasil, para melhorar os indicadores da saúde infantil. Mas os programas materno-infantis de décadas atrás, 30, 40 e 70, eram restritos à mulher, preconizavam as ações no grupo de crianças e gestantes como estratégia de proteção, por serem um grupo de risco e de maior vulnerabilidade. Os resultados alcançados com essa prática não foram bons, ocorrendo a fragmentação da assistência e indicadores de saúde da mulher com baixo impacto (BRASIL, 2004).

Entretanto, a partir do movimento de mulheres em associação com profissionais de

saúde criou-se um novo paradigma, traduzido nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo MS em 1983 (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O PAISM rompeu conceitos dos princípios que norteavam a política de saúde das mulheres e os critérios para eleger prioridades nesta área, que era limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Introduziu, como princípios e diretrizes, a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção. Esse programa coincidia com o período em que ocorreu o Movimento Sanitário, em que os conceitos embasariam, posteriormente, a formulação do SUS (BRASIL, 2004).

O novo programa, PAISM, se caracterizou pela inclusão de atividades educativas, de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação, incluindo a assistência à mulher acerca das suas necessidades identificadas a partir do perfil populacional da mesma, que vai desde a assistência em clínica ginecológica no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento de outras necessidades (BRASIL, 2004).

De acordo com Serruya (2004), havia questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto dos resultados, mesmo nos serviços que realizavam o grupo de atividades preconizadas pelo PAISM. Permanecendo questões sobre essa assistência prestada que deveriam ser discutidas, como o acesso em alguns locais do país, a qualidade da atenção prestada, e o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as taxas de mortalidade materna e perinatal inaceitáveis. Essa mesma autora afirma ainda que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos contribuem para a má assistência.

Na perspectiva de garantir o respeito desses direitos e humanização da assistência à mulher, o MS instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com uma política voltada para a atenção integral e humanizada à mulher; essa política inclui o pré-natal, o nascimento e o puerpério, destacando a promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Com a criação do PHPN, foram definidos os elementos essenciais ou procedimentos mínimos para dar assistência à gestação e ao parto, de qualidade e humanizada, a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; ARAUJO, et al, 2010).

Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção do pré-natal e

puerpério deve-se incorporar condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2005).

Após a criação desses programas, percebe-se um aumento do registro do número de consultas de pré-natal entre as mulheres que realizam parto no SUS em todo o Brasil, com registro de 1,2 consultas por parto, em 1995, e 5,1 consultas, em 2003 (SIA-Datasus e AIH-Datasus, 2004 apud BRASIL, 2005b).

Vale destacar que foi criado um sistema de informação para o acompanhamento do PNHN, o Sisprenatal, uma medida fundamental para o programa, pois o instrumento de avaliação tem a finalidade de fornecer um conjunto de relatórios municipais que permite a qualquer gestor obter com rapidez informações sobre a assistência prestada à gestante, contribuindo para monitoramento nas esferas municipal e estadual, melhorando assim a gestão dos serviços (SERRUYA; CEGATTI; LAGO, 2004).

Apesar do aumento da cobertura pré-natal, a qualidade dessa atenção ainda demonstra comprometimento, pois mesmo após o diagnóstico da sífilis no pré-natal, em muitas mulheres o tratamento adequado não é realizado (BRASIL, 2005b; SARACENI et al., 2007), possibilitando a ocorrência de SC.

Podemos evidenciar essa situação a partir de um estudo realizado em Fortaleza, que avaliou o manejo do recém-nascido com diagnóstico de SC: em 48,8% dos casos, o diagnóstico da sífilis da mãe foi realizado durante o pré-natal, mas nenhuma das gestantes foi tratada adequadamente, conforme as Normas do MS (MELO, 2008; ANDRADE, et al, 2011). Outros estudos também corroboram essa situação, demonstrando o não tratamento do parceiro da gestante (SARACENI et al., 2007; BRASIL, 2007; BRITO; JESUS; SILVA, 2009) e o não controle da cura mensal (BRITO; JESUS; SILVA, 2009), ações definidas pelo MS para o adequado tratamento da gestante.

Outra informação que evidencia que a qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil não é adequada é a incidência dos casos de SC, estimada em 12 casos / 1000 NV no SUS (PN- DST /Aids, 2002) e ainda porque apenas uma pequena parte das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o mínimo de ações preconizadas pelo Programa Sisprenatal (BRASIL, 2005b).

Outro resultado encontrado na avaliação do PHPN entre o ano 2000 e 2002 foi que o percentual de exames para detecção de sífilis foi a metade em relação à solicitação de exames

para a AIDS, nesse período. Entretanto, foi verificado um difícil acesso aos recursos de laboratório, assim como a demanda reprimida para esse tipo de exame (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Estudo sobre a qualidade da atenção pré-natal realizado com 305 puérperas no município de Salvador-BA, constatou que em cerca de 70% dessas mulheres foi registrada a realização de apenas um VDRL no pré-natal, demonstrando o não cumprimento das normas e rotinas preconizadas pelo MS (LIMA, 2004). Outros estudos, como o de Coutinho et al.(2003) e Saraceni et al. (2007), mostram que, mesmo os locais com cobertura de pré- natal aceitável, a qualidade da assistência precisa ser avaliada, embora as boas coberturas fortaleçam a qualidade da atenção pré-natal, contribuindo para o controle da SC (SILVA, 2010). Uma assistência pré-natal de qualidade é a ação mais eficiente para impedir a transmissão vertical da sífilis (WOLF et al., 2009; CDC, 2010), uma doença passível de controle no campo da atenção básica (SARACENI et al., 2007).

A ESF está habilitada para a realização do pré-natal adequado, incluindo o diagnóstico e o tratamento recomendado para sífilis na gestante e no parceiro; é o instrumento fundamental para a eliminação da sífilis congênita no Brasil, sendo preciso a expansão da cobertura e cuidado da qualidade desta assistência para atingir as metas de eliminação deste agravo (SARACENI; MIRANDA, 2012).

O pré-natal e a puericultura são as ações programáticas mais ofertadas no Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (PICCINI et al, 2007).

Esse programa como primeiro foi chamado, hoje como estratégia, foi caracterizado, inicialmente, como mais um projeto de extensão de cobertura, instalado principalmente na região Nordeste e em alguns municípios do Sudeste (ALEIXO, 2002). A ESF constitui uma alternativa de mudança do paradigma dominante no âmbito da saúde. Propicia a alteração na concepção do processo saúde-doença, permitindo a inversão lógica anterior do pólo tradicional de oferta de serviços voltada para a doença, para incentivar ações que articulam a saúde com as condições de vida, incluindo a prática da vigilância à saúde (LOURENÇÃO; SOLER, 2004; SÃO PAULO, 2000).

Segundo Lourenção e Soler (2004), esta atenção deve estar focada na família, entendendo e reconhecendo o espaço territorial a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às Equipes de Saúde da Família um entendimento mais ampliado do processo saúde/ doença e da necessidade de intervenções que não priorizam apenas as práticas curativas.

Estudo realizado por Costa (2009), avaliando o cuidado à saúde da gestante na ESF no município de Teixeira (MG), demonstrou que o PSF possui um cenário intermediário (52,2%), caracterizando-se por uma atenção à saúde da gestante fragmentada, mas com alguns avanços na organização da atenção para este grupo. O cenário encontrado revela um programa com fortes características do modelo hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção biomédica. Moraes et al. (2004), em seu estudo também constataram que as consultas estão sendo precárias, representando apenas atos simbólicos para as mulheres.

Com a expansão da atenção básica houve um aumento da cobertura pré-natal e, conseqüentemente, da cobertura dos exames de triagem no pré-natal, apesar de dados oficiais apontarem uma alta cobertura de pré-natal no Brasil, os resultados são ainda insuficientes para o controle de várias doenças ligadas à gestação, dentre essas a SC, não tendo ocorrido diminuição significativa da sua incidência e dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal (CAMPOS et al., 2010).

Algumas doenças relacionadas à gestação permanecem sem controle, demonstrando que a estratégia de atenção básica de maior sucesso no País, o PSF, que vem em expansão e cujos objetivos estaria diminuir o problema da SC, ainda não conseguiu ser totalmente incluída no projeto de eliminação da SC no Brasil (SARACENI et al., 2007).

Diante desta situação, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal no âmbito da atenção básica em todo o País, há necessidade de esforço coletivo de setores governamentais e não governamentais (BRASIL, 2005b). Visto que o pré-natal de qualidade é prioridade na vigilância da SC, já que o tratamento adequado da gestante com sífilis surte efeito sobre a saúde fetal, podendo evitar o abortamento, a morte perinatal e sequelas da própria doença (BRASIL, 2001).

Entretanto, para garantir um pré-natal de qualidade é preciso promover a capacitação técnica dos profissionais que realizam o acompanhamento das gestantes, especialmente na atenção primária em prol da prevenção da SC e outros problemas que afetam a saúde materna e infantil (BRASIL, 2006b). Sendo assim, os profissionais que atuam na ESF estarão preparados para prestar um cuidado de qualidade, na intenção de promoção, proteção e recuperação da saúde (DANTAS, 2008).

3.5 O conhecimento e práticas dos profissionais que realizam a assistência à gestante na atenção primária

A assistência à gestante na atenção primária deve ser realizada pelo médico ou enfermeiro que compõe a equipe. Além de já serem capacitados durante a sua formação acadêmica quanto ao manejo das gestantes de baixo risco no pré-natal e detecção de alterações na gravidez, estes profissionais têm competência para exercer sua função de forma adequada (DOTTO; MOLLIN; MAMEDE, 2006). Mesmo acreditando na preparação desses profissionais, ao ingressarem na ESF eles devem ser capacitados para tal prática, incluindo no tema específico da sífilis (ARAÚJO et al., 2010).

Percebe-se que existem dificuldades para o controle da sífilis, evidenciando um possível despreparo dos profissionais que realizam o pré-natal, no que se refere ao manejo da SC, fato constatado em alguns estudos (DANTAS, 2008; SILVA, 2010; ANDRADE, 2011).

Para Silva (2010), a assistência pré-natal é um momento ímpar, no qual o profissional tem em suas mãos as ferramentas adequadas para a prevenção da SC, complementado por um conhecimento técnico / científico atualizado.

Esse conhecimento é entendido como o que se sabe do outro ou de algo. Refere-se à relação estabelecida entre duas realidades: o sujeito que conhece e o objeto conhecido. Através dele, é possível conhecer a realidade em que se vive, aproximando-se dela por meio de teorias (CERVO; BERVIAN, 2005). Sendo assim, é preciso que os profissionais da atenção primária se atualizem para identificar e controlar essa doença (SILVA, 2010) que, por ser relacionada à sexualidade, às vezes torna-se difícil sua abordagem, pois as mulheres se sentem inseguras, deixando de relatar situações importantes relacionadas à transmissão das DSTs (ARAÚJO; LEITÃO, 2005).

A persistência da SC em locais onde há cobertura considerada adequada do pré-natal, pode estar relacionada a fatores que interferem na qualidade da assistência oferecida a esse serviço, como o elevado número de pacientes atendidos pelos profissionais médicos e enfermeiros das ESFs, não dispondo do tempo adequado para um bom atendimento, o que dificulta um contato mais prolongado com a gestante (MOURA; HOLANDA JUNIOR; RODRIGUES, 2003). Outros fatores, como falta de estrutura para atendimento nas unidades de saúde, irrisórios salários, múltiplos empregos e, principalmente, a ausência de qualificação e de educação continuada desses profissionais, podem também estar contribuindo para essa situação (GALVÃO, 2012).

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), a atualização técnica não é o único aspecto ou foco central, para um serviço de pré-natal de qualidade, sendo considerado como

um dos aspectos da qualificação das práticas. O MS afirma que, nacionalmente, as consultas de pré-natal são muito rápidas, dificultando uma escuta adequada das queixas da usuária e a detecção de sinais de alerta, constituindo um grande obstáculo à prestação do serviço com melhor qualidade (BRASIL, 2000).

Essa situação foi evidenciada no estudo de Costa (2009), avaliando o cuidado à saúde da gestante nas ESFs, em que as mesmas relataram insatisfação quanto a aspectos ligados à falta de informação, exiguidade das práticas educativas por parte dos profissionais de saúde e ausência de integração entre os médicos que realizam o pré-natal e o obstetra que vai realizar o parto, deixando-as inseguras e apreensivas no momento do parto.

Entretanto, é preciso que o profissional que acompanha o pré-natal possa escutar as gestantes abertamente, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fornecendo-lhe apoio e fortalecendo-a no percurso até o parto e ajudando a mulher construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável, elementos essenciais na construção de uma assistência de qualidade (BRASIL, 2005b; ANDRADE et al., 2011).

Nessa perspectiva, o MS afirma que, para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e de sua família, deve existir, entre os profissionais médicos e enfermeiros que realizam o pré-natal, um diálogo franco, sensibilidade e capacidade de percepção, condições básicas para atingir este propósito (BRASIL, 2005b).

Estudos mostram que, na prática, há grande número de profissionais com baixa qualificação e muitas atribuições. Pesquisa realizada sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil constatou que, em 1999, apenas 36,7% dos médicos haviam concluído algum programa de residência médica. Quando comparada à média nacional para outras especialidades, em torno de 75%, essa média foi considerada baixa (MACHADO, 2002 apud CAMPOS; MALIK, 2008). Vale destacar que, nesse período, em muitos municípios do Brasil os médicos contratados eram recém-formados.

Cordeiro (2009), estabeleceu, em seu estudo com médicos e enfermeiros que trabalharam na Saúde da Família na Região Norte, um perfil de competência no qual há necessidade de educação permanente. Afirma ainda que apenas a adesão à ESF não garante a dinâmica e a realização das ações relacionadas à reorganização da rede, à melhoria da gestão e gerência do SUS. Ressalta também que a capacitação profissional é baixa diante da formação exigida.

A percepção de que os médicos não tinham formação adequada para atuar na atenção integral à saúde e não estavam conseguindo responder às demandas de resolutividade do PSF fez com que o MS considerasse a educação permanente dos profissionais do PSF como um desafio para o sucesso desse Programa. Para resolver o problema, em 1996, as instituições de ensino foram convocadas pelo MS para apresentar projetos que articulassem ensino e serviço superior, visando a capacitação e formação profissional para o PSF. Em 2001, já existiam pólos de capacitação, formação e educação permanente para pessoal da saúde da família em todos os 27 estados do país (CAMPOS; MALIK, 2008).

Os gestores de instituições localizadas em dez centros urbanos do Brasil, em estudo realizados de 2001 e 2002, referente às dificuldades na implantação do PSF, reconheceram que a capacitação é uma alavanca da proposta de mudança e reorganização do modelo de Atenção Básica, podendo ser instrumento de gestão poderoso, na medida em que provoca, nos profissionais do PSF, discussão sobre seus conhecimentos em relação à prática (FIOCRUZ, MS, 2005).

Neste mesmo estudo sobre as ESFs, o trabalho em equipe foi avaliado positivamente. Apresentaram percepção positivas quanto à equipe ao responderem sobre a organização da equipe e o processo de trabalho. A equipe deve “*ser sensível e aberta a mudanças com capacidade de rever rotinas*” e ter um “*relacionamento bom e respeitoso*”, e negaram conflitos na relação das ESFs (FIOCRUZ, MS, 2005). O que demonstra que, no âmbito do PSF, deve-se enfatizar o trabalho em equipe e o princípio da coresponsabilidade sanitária, havendo, portanto, uma tendência à diluição do poder corporativo do médico. Embora, na prática, ainda continue conflitante a divisão do trabalho e do poder na equipe (MENESES et al., 2005).

Meneses et al. (2005) referem ainda que, em um cenário em que a hegemonia médica é constantemente questionada, o médico do PSF é obrigado a agregar novos saberes e práticas para tentar assumir a função de autoridade sanitária nas áreas cobertas pelo Programa. Começa a vivenciar situações no trabalho em saúde nas quais precisa negociar com atores diversos. Um outro profissional que realiza o acompanhamento pré-natal na atenção primária é o enfermeiro, obstetra ou não, e este deve trabalhar com o médico de forma integrada, realizando a divisão da periodicidade das consultas.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406 / 87, o enfermeiro tem autonomia

para realizar consultas de enfermagem, podendo solicitar alguns exames e prescrever medicamentos (ANDRADE et al, 2011), desde que estabelecido em programas de saúde pública e aprovado pela instituição de saúde; deve ainda prestar assistência à parturiente, puérpera e realizar educação em saúde, sendo respaldado pela lei 7.498/86 (ARAÚJO et al., 2010) .

Os enfermeiros são os profissionais que realizam o pré-natal de baixo risco com maior frequência nas USFs ou ESF. Nesta estratégia existe uma equipe multiprofissional, na qual se incluem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que têm uma função muito importante: realizar a busca ativa das gestantes para que estas iniciem o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez (GONÇALVES et al., 2008).

Shimizu e Lima (2009), constataram a satisfação das gestantes ao realizarem as consultas de pré- natal com enfermeiros, com acolhimento, realizando a escuta qualificada , sendo esta forma de comunicação o motivo da satisfação das gestantes. Agindo dessa forma, a consulta de enfermagem torna-se melhor, cria-se um vínculo com a mulher e a consulta deixa de estar centrada em procedimentos técnicos, mas sim, no diálogo, fundamental para a criação do vínculo. Essa habilidade do enfermeiro é fundamental, mas ele não deve deixar de realizar alguns procedimentos preconizados pelo MS, como foi relatado neste estudo. Portanto, é preciso o investimento do profissional de enfermagem e que esse se conscientize da sua fundamental importância na assistência pré-natal de qualidade (ARAÚJO et al., 2010; CUNHA et al., 2009).

Outra questão, observada por Stumm, Santos e Risset (2012), é que, não obstante os enfermeiros tenham conhecimento da importância da comunicação / informação em saúde e adotarem este procedimento durante as consultas de enfermagem ou nas atividades coletivas , ainda existem dificuldades no planejamento dessas atividades e falta de continuidade.

Assim, para mudar as práticas é preciso que exista integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Além disso, há necessidade de investir em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos, para que de fato possa ocorrer a organização de sistemas de saúde com adesão de novas práticas (SÃO PAULO, 2000 ; SOLER, 2004). Cordeiro (2009) destaca a importância de repensar os saberes e as práticas dos profissionais da ESF, assim como rediscutir a atuação dos gestores e compromissos no desenvolvimento do SUS que almejamos.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal de caráter quantitativo, tendo por foco a descrição das características de um grupo de trabalhadores (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003). Neste caso específico, enfermeiros e médicos das ESFs da cidade do Recife.

A pesquisa de campo quantitativo-descritiva tem dentre suas subdivisões os estudos de descrição de população, cuja função primordial é descrever certas características quantitativas da população como um todo, organizações ou outras coletividades específicas. Esse tipo de estudo geralmente contém um grande número de variáveis e utiliza várias técnicas, como entrevistas e questionários e procedimentos de amostragem, para ter um caráter representativo (MARKONI; LAKATOS, 2011).

Apesar do estudo transversal às vezes não ser considerado como estratégia de investigação analítica, há a possibilidade de levantar hipóteses da existência de associações. Uma das suas grandes vantagens é a capacidade de inferência dos resultados observados para uma população definida no tempo e no espaço (MEDRONHO, 2009).

Este trabalho pode ser caracterizado como um estudo tipo inquérito, que se refere ao conhecimento, atitudes e às práticas (CAP), com abordagem quantitativa. Estudos do tipo CAP visam ao desenvolvimento de programas mais apropriados para as necessidades específicas da população estudada (JÁCOME, 2009).

Para Marinho et al., (2003), o conhecimento adquirido significa recordar fatos específicos ou a habilidade de aplicar fatos específicos na resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento. Enquanto atitude é ter opiniões, é ter sentimentos, predisposições e crenças relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação; encontra-se na dimensão emocional, relaciona-se ao domínio afetivo. Já prática é o fazer, relaciona-se ao domínio psicomotor afetivo e cognitivo, dimensão social.

Portanto, estudo do tipo CAP, objetiva reconhecer o que as pessoas sabem sobre um dado assunto, o que sentem sobre esse tema ou alguma ideia préconcebida sobre o tema e, por último, a maneira como as pessoas demonstram seus conhecimentos e atitudes através de ações (SANTOS et al., 2011).

4.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado na Cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, situado na região litorânea do Estado. O território do Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros, mediante o Decreto nº 14.452 / 88. A área municipal ocupa 219,493 km² e limita-se com os municípios de Paulista, Olinda, Camaragibe, São Lourenço e Jaboatão dos Guararapes.

Para efeito de planejamento e gestão, a cidade é dividida espacialmente em seis Regiões Político-Administrativas (RPAs), sendo cada uma dessas subdivididas em três Microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS). De acordo com a Lei Municipal nº 16.293, de 22 \ 01 \ 1997, a divisão territorial da cidade por cada RPA está distribuída da seguinte forma:

RPA I (Distrito Sanitário I) – localizado no centro da cidade, possui 11 bairros;

RPA 2 (Distrito Sanitário II) – abrange a área Norte, com 18 bairros;

RPA 3 (Distrito Sanitário III) – localizado na região Noroeste, com 29 bairros;

RPA 4 (Distrito Sanitário IV) – fica a Oeste da cidade e abrange 12 bairros;

RPA 5 (Distrito Sanitário V) – situado na região Sudoeste, com 16 bairros;

RPA 6 (Distrito Sanitário IV)- localizado na área Sul, com 8 bairros.

A Figura 5 (Plano Municipal do Recife, 2006-2009) permite visualizar a distribuição parcial das RPAs do Recife.

De acordo com o censo de 2010, a população do Recife corresponde a 1.536.934 pessoas, distribuídas num espaço totalmente urbano, sendo 708.988 (46,13%) do sexo masculino e 827.946 (53,87%) do sexo feminino.

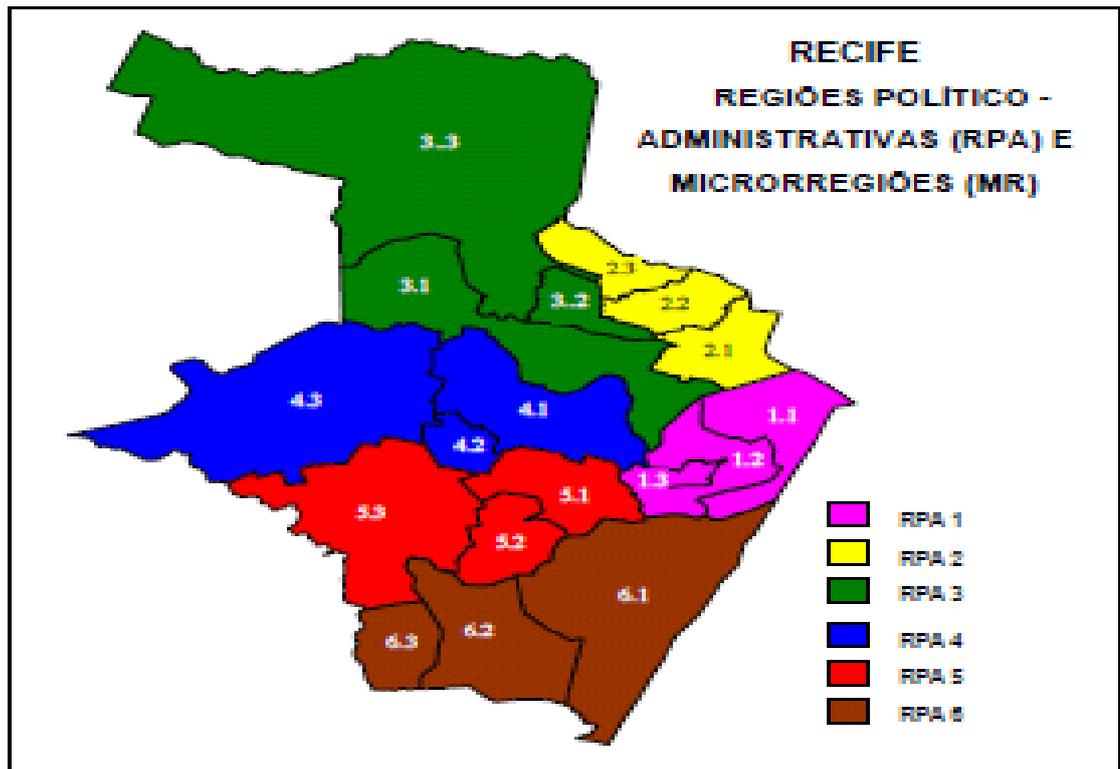


Figura 5- Regiões Político Administrativa (RPA) e Microrregiões (MR) do Recife.

Fonte: Plano Municipal de Saúde (2006-2009)

A presente investigação foi realizada em todos os seis DSs do município do Recife, que correspondem às seis RPAs. A decisão de incluir os seis distritos ocorreu devido ao elevado coeficiente de detecção de SC em todos os DSs dessa cidade, tendo cada um suas características específicas ou particulares; por isso providências foram adotadas para garantir uma amostra representativa de cada RPA(DS).

4.2.1 Caracterização da rede básica de saúde

A rede ambulatorial básica de saúde na Cidade do Recife é composta por Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde). De acordo com os dados obtidos pela Gerência de Atenção Básica (GAB) do município do Recife, atualmente, o número de USF no município é de 119, sendo que cada unidade pode acomodar de uma a quatro Equipes de Saúde da Família, totalizando 252 equipes em atividade (Quadro 1). Todas 252 equipes têm enfermeiros lotados ou feristas, mas ainda faltam 36 médicos para compor algumas ESFs do Recife.

Além disso, a rede conta com 132 equipes de saúde bucal atuando nas USF's. Apesar do aumento expressivo na cobertura pelo PSF, ocorrido nos últimos anos, apenas aproximadamente 60% da população do Recife encontra-se assistida por esse modelo de atenção. O restante da população ainda recorre às unidades tradicionais, que totalizam 28 unidades básicas, além dos serviços especializados (GAB, SIAB, 2011), conforme apresentado no Quadro 1:

DISTRITOS SANITÁRIOS (DS)	Nº USFs*	Nº ESFs **
DSI	09	15
DSII	18	43
DSIII	24	46
DSIV	19	39
DSV	15	31
DSIV	34	78
Total	119	252

Quadro 1 - Distribuição das USFs* e ESFs por Distrito Sanitário , Recife, 2011**

Fonte: Secretaria Mun. de Saúde de Recife, 2011

Unid. de Saúde da Família

* Unid. De Saúde e família

** Equipes de Saúde da Família

4.3 População e Amostra do Estudo

A população a ser estudada foi composta por enfermeiros e médicos que atuam nas ESFs do Recife, PE. No entanto, considerando recusas e/ou outros tipos de perda no seguimento da pesquisa, para margem de segurança a amostra foi ampliada em quase 10%, participando efetivamente do estudo uma amostra de 236 profissionais, sendo 151 enfermeiros e 85 médicos.

Calculada a partir do levantamento inicial do quantitativo de profissionais previstos, num total de 502 enfermeiros e médicos que deveriam estar atuando nas ESF do município (Quadro 2). Com base no total previsto de profissionais das ESFs, o tamanho amostral foi calculado pelo programa Statcalc do Epi-Info, versão 3.5.3, utilizando uma frequência esperada de respostas corretas de 50%, intervalo de confiança de 95% e erro de 5%; o

tamanho mínimo da amostra representativa dessa população foi de 218 profissionais. No entanto considerando a não devolução do questionário no momento da coleta e recusas de profissionais em participar, para evitar perdas como essa no seguimento da pesquisa, para a margem de segurança a amostra foi ampliada em 8 %. Efetivamente, foram respondidos 236 questionários de acordo com os critérios estabelecidos, sendo considerados os 236 questionários, pois não houve nenhum tipo de perda no seguimento. O quantitativo obtido foi distribuído proporcionalmente, de acordo com o quantitativo de profissionais, entre os seis DSs (Quadro 2).

Distrito Sanitário (DS)	Nº previsto de Médicos e Enfermeiros		Amostra mínima estimada de Médicos e Enfermeiros	Amostra do estudo (acréscimo para compensar as perdas)
	Nº	%		
DS I	30	6,0	13	16
DS II	85	17,0	37	37
DS III	91	18,0	39	40
DS IV	78	16,0	35	38
DS V	62	12,0	26	26
DS VI	156	31,0	68	79
Total	502	100,0	218	236

Quadro 2 - Distribuição da amostra dos profissionais das ESFs* por Distrito Sanitário, Recife, 2011.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2011 / Dados da pesquisa.

*Médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família

Os profissionais que participaram da pesquisa foram selecionados por meio de sorteio aleatório simples. Todavia, vale destacar que, apesar do sorteio prévio, em quatro dos seis Distritos Sanitários (DSI, II, IV e VI), a coleta foi realizada por ocasião da reunião desses DS com seus profissionais de saúde. Por essa razão, os profissionais que não tinham sido sorteados também tiveram a chance de participar da pesquisa e, alguns substituíram os que faltaram à reunião. É oportuno dizer que em algumas reuniões realizadas pelos DSs, a

participação do profissional é representativa por categoria de cada Unidade.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Ser servidor ativo do quadro de pessoal e estar atuando na ESF do município; estar em atividade no período da coleta de dados; aceitar, voluntariamente, participar da pesquisa; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e responder o instrumento de coleta de dados (Apêndice A).

4.3.2 Critérios de exclusão

Servidores em férias, afastados por motivo de doença ou qualquer outro tipo de afastamento que impossibilite responder à pesquisa no período de realização do estudo; estagiários, residentes; recusar-se a assinar o TCLE e ter participado do teste piloto do instrumento de coleta.

4.4 Definição das Variáveis do Estudo

Para alcançar o objetivo do estudo, foram traçadas variáveis que compõem o instrumento. Essas foram distribuídas em 3 partes: a primeira parte visa obter informações pessoais e de formação profissional dos médicos e enfermeiros das ESFs; a segunda e a terceira parte constam de perguntas fechadas e abertas sobre o conhecimento e as principais práticas referidas pelos profissionais diante de uma gestante com Sífilis. Contempla, ainda, as principais atitudes e dificuldades vivenciadas por eles em seu serviço, que interferem no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante infectada.

Variáveis dependentes:

- Conhecimento dos profissionais da ESF sobre a situação epidemiológica da sífilis; fases da sífilis; período de realização do teste para sífilis em gestante; testes não treponêmicos; tratamento adequado durante a gestação; tratamento recomendado para gestantes alérgicas a penicilina; conduta em relação ao parceiro no caso de gestante com VDRL reagente e periodicidade do exame para o controle da cura da gestante.
- Práticas referidas pelos profissionais da ESF sobre a notificação de casos de gestantes com sífilis; solicitação do VDRL durante as consultas de Pré-natal; solicitação de outros exames no caso de gestantes com sífilis; consulta de algum material para prescrever a medicação no

tratamento de sífilis em gestantes; prescrição de medicação pelo profissional que atende a gestante com sífilis; realização de alguma intervenção sobre o parceiro da gestante com sífilis; realização de intervenção adequada para o parceiro; acompanhamento mais adequado no tratamento da gestante com sífilis; conduta mais apropriada no caso de gestante no 2º trimestre, com VDRL positivo na titulação 1 / 32 e TPHA(FTA ABS) Positivo, sem tratamento prévio e sem sinal clínico e conduta mais apropriada no caso de gestante no 1º trimestre, com VDRL positivo na titulação 1 / 4, assintomática, sem história conhecida sobre tratamento ou diagnóstico da sífilis.

Em relação às questões referentes ao conhecimento e práticas, estas foram categorizadas e analisadas segundo as recomendações definidas pelo MS para prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis (BRASIL, 2006a).

Variáveis independentes:

Categoria profissional; idade; sexo; tempo de graduado; tempo de atuação na ESF; realização de treinamento relacionado à Sífilis e, caso a resposta seja afirmativa, se este treinamento foi antes ou após ingressar na ESF.

4.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados foram coletados nos meses de abril a outubro de 2012, mediante aplicação de um questionário adaptado do tipo auto administrado, usado em outros estudos, como os de Dantas (2008) , Kunii e Milanez (2010) e Silva (2010), com objetivos semelhantes, contendo perguntas fechadas e abertas. As perguntas estão divididas em três partes, sendo a primeira referente aos aspectos sócio demográficos, educacionais; a segunda aos conhecimentos sobre prevenção vertical da sífilis; e a terceira referente às práticas dos profissionais diante de uma gestante com sífilis. Ainda inclui uma sondagem sobre as principais atitudes humanísticas, bem como, as principais dificuldades encontradas nos serviços, segundo os profissionais do estudo.

Inicialmente, solicitamos a autorização da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGGTES) para realizar a pesquisa nos seis DSs do município do Recife. Após a autorização, a pesquisadora visitou todos os seis DSs e, junto às gerentes de território (GT) de cada DS, estabeleceu a estratégia para a realização da coleta e dados. As GTs forneceram o total de ESFs de cada DS, contatos telefônicos das USFs e de alguns

profissionais, data e horários das reuniões mensais com as equipes. As mesmas se encarregaram de marcar as datas, locais das reuniões e convocar os profissionais para a reunião mensal, que abordava ou não o tema do estudo.

Os dados foram coletados nas reuniões programadas pelos DSs através de um questionário e, após o seu preenchimento, discutiu-se o tema da pesquisa. Essa estratégia foi usada apenas nos DS IV e VI, pois nos DS I, II e V o mesmo foi aplicado em reuniões que abordavam outro tema, pois ainda não se tinha um profissional para conduzir a discussão sobre sífilis. No DS III não foi possível participar de reuniões mensais e todos os questionários foram aplicados na USF em que o profissional está lotado, após contato prévio por telefone ou pessoalmente, ocasião em que se agendava o melhor horário para responder o questionário. Alguns profissionais abordados em seu local de trabalho preenchiam o questionário naquele momento. Vale destacar que, mesmo participando de reuniões mensais nos DSs II, IV e V, algumas de suas USFs também foram visitadas, para completar a amostra de cada um desses Distritos.

Após a coleta de dados nas reuniões, eram fornecidas informações referentes ao objetivo da pesquisa, à confiabilidade dos dados individuais, aos instrumentos para coleta de dados, à não obrigatoriedade de participação (participação opcional e voluntária), a forma de preenchimento do questionário, ressaltando a importância do preenchimento na nossa presença, não sendo permitido levar para casa, garantindo, dessa forma, que fosse respondido sem consulta, para não comprometer os dados do estudo, atingindo assim o objetivo, que era a obtenção das respostas a partir do conhecimento real dos profissionais. Solicitamos também, após a explicação, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo assinado por todos.

As coletas foram realizadas pela pesquisadora e por três estagiárias de enfermagem treinadas para essa atividade. Essas foram orientadas a comparecer até três vezes em cada unidade e não deixar levar o questionário para ser respondido em casa, pois alguns servidores não tinham disponibilidade para responder o questionário no momento em que foram abordados pelos pesquisadores de campo. Se esses não fossem devolvidos nesse momento, a amostra era considerada perda. Vale lembrar que não foi estipulado tempo para a resposta do profissional.

O teste-piloto foi realizado em quatro unidades de saúde a fim de evidenciar a necessidade de ajustes ao questionário, obter uma maior segurança com o instrumento e

diminuir possíveis dificuldades e/ou dúvidas. O questionário foi submetido a um pré-teste em quatro unidades de saúde, sendo evidenciada a necessidade de alterações e adequações, o que não permitiu a utilização dos questionários para análise.

4.6 Análise dos Dados

Para a análise dos dados foi construído um banco de dados no programa Epi-Info, versão 3.5.3, o qual foi exportado para o software SPSS versão 17.0, onde foi realizada a análise. Para caracterizar o perfil dos profissionais da pesquisa foram calculadas as frequências relativa e construídas as respectivas distribuições de frequência de cada variável.

Foi realizada uma análise estatística descritiva, por meio de tabelas, com relação aos conhecimentos e às práticas referidas pelos profissionais (médicos e enfermeiros), em que as tabelas mostram o quantitativo de respostas corretas e erradas através de número e percentual. Realizou-se um agrupamento geral de todas as respostas dos profissionais, a partir do qual serão definidas duas variáveis: “resposta correta e resposta errada”. As questões foram consideradas corretas quando estavam de acordo com as normas preconizadas pelo MS (BRASIL, 2006a).

Para avaliar a relação entre as características sociodemográficas dos profissionais e as respostas corretas acerca do conhecimento sobre sífilis, foram construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste para comparação de proporção. Todas as conclusões consideraram o nível de significância de 5%.

Os dados das questões abertas foram categorizadas segundo a similaridade do seu conteúdo e quantificados. Foram utilizados gráficos e quadro com número absoluto e percentual, para uma melhor leitura.

4.7 Limitações do Estudo

Algumas limitações do estudo devem ser destacadas. Em se tratando de um estudo quantitativo, o formato do instrumento, com questões objetivas, pode influenciar as respostas dos profissionais. Acredita-se que o fato de os profissionais estarem cientes de que o objetivo do estudo seria de avaliar o seu conhecimento, atitude, e prática, torna possível que estes tenham afirmado que realizam determinadas práticas, sem de fato estarem realizando, embora tenha se tentado diminuir este aspecto através da forma de coleta dos dados, com

questionário autoaplicado e anônimo. Outra limitação é em relação às perguntas sobre atitude que talvez precisem ser formatadas para responder a essa avaliação, pois essas questões foram mais explicativas, impossibilitando uma análise dessas atitudes.

Portanto, devemos considerar que a avaliação da atitude e da prática, apenas baseada nas informações dos profissionais, sem a observação direta dos mesmos no manejo da gestante com sífilis constitui uma limitação.

Sendo assim, é reduzida a capacidade desse método para identificar o conhecimento e as atitudes nos níveis mais subjetivos da consciência humana (SANTOS et al, 2001) .

4.8 Considerações Éticas

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 196 / 96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), obedecendo suas normas éticas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (Anexo A).

Sendo assim, as atividades das pesquisadoras de campo só começaram após a autorização pela DGGTES do Recife, através de uma carta de anuência (Anexo B). Foi garantido o sigilo das informações, sem prejuízo aos profissionais que participaram e ao município, tendo a liberdade de se recusar ou se retirar do estudo em qualquer etapa, sem nenhuma penalização.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão do presente estudo estão organizados em quatro partes, de acordo com os objetivos da pesquisa. Na primeira parte, são apresentados o perfil dos Médicos e Enfermeiros, relacionado às características demográficas, sexo e idade, bem como o tempo de formado e de atuação na ESF, e informações sobre as capacitações no atendimento à gestante com sífilis. Na segunda parte, apresenta-se uma descrição do conhecimento sobre a assistência pré-natal (diagnóstico, tratamento e acompanhamento) às gestantes com sífilis, e uma análise das respostas dos profissionais segundo a categoria profissional, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e participação em treinamentos com temática de sífilis em gestantes, aspectos relacionados à conduta profissional, segundo o que é preconizado pelo MS. Na terceira parte serão descritas as principais práticas e atitudes de atendimento às gestantes com sífilis referidas pelos profissionais entrevistados. E na parte final, são apresentadas as principais dificuldades encontradas pelos profissionais da ESF do Recife em seus locais de atuação, durante o atendimento às gestantes com sífilis.

5.1- Caracterização dos Profissionais

Participaram do estudo 236 profissionais da ESF da cidade do Recife, 151(64%) enfermeiros e 85(36%) médicos. A tabela 1 apresenta as características desses profissionais, segundo a categoria profissional, sexo e idade, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF, realização de consulta de pré- natal e participação em treinamentos com temática de sífilis na gestação.

Tabela 1 – Distribuição dos Médicos e Enfermeiros segundo a categoria profissional, sexo, faixa etária, tempo de graduado e tempo de atuação na ESF*. Recife-PE, 2012.

CATEGORIA	Frequência	
	N	%
Categoria profissional		
Médico	85	36,0
Enfermeiro	151	64,0
Faixa Etária		
Até 30 anos	20	8,5
31 a 40 anos	97	41,1
Mais de 40 anos	115	48,7
Sem informação	4	1,7
Tempo de graduado		
≤ 5 anos	9	4,0
6 a 10 anos	70	30,0
>10 anos	157	66,0
Tempo de atuação na ESF		
≤ 5 anos	56	24,0
6 a 10 anos	93	39,0
>10 anos	87	37,0
Realização de consulta de pré-natal		
Sim	228	97,0
Não	8	3,0
Realizou treinamento sobre gestante com sífilis		
Sim	142	60,0
Não	94	40,0
Total	236	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

*Estratégia Saúde da Família.

Sabe-se que é atribuição das categorias profissionais médicos e enfermeiros, que compõem as equipes da ESF, a responsabilidade pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com o de exame de VDRL reagente (SILVA, 2010).

Observou-se predominância do sexo feminino, 87% (N=206) mulheres e 13% (N=30) homens; 76% (N=180) com tempo de atuação na ESF de mais de 6 anos. A predominância do sexo feminino foi observada em outros estudos, como o realizado em um município do Estado do Rio Grande do Norte e em Fortaleza, no Ceará; em municípios do Estado de Mato Grosso; e na cidade de Morato, região metropolitana de São Paulo (CICONI; VERANCIO; ESCUDER, 2004); CANESQUI; SPINELLI, 2006; DANTAS, 2008; SILVA, 2010), caracterizando crescente feminização da força de trabalho em diversas profissões na área da saúde (GALAVOTE, 2011).

Segundo Machado (2002 apud DANTAS, 2008), foi evidenciado, numa pesquisa nacional, que no PSF a relação de gênero dos profissionais de medicina, que historicamente é uma profissão predominantemente masculina, altera-se nesse ambiente, uma vez que se nota que 44% são sexo feminino. Em relação à enfermagem, esse estudo confirma a prevalência do sexo feminino nos profissionais que atuam na ESF.

A idade dos profissionais variou de 25 a 73 anos, com a média de idade de 42,9 anos e o maior percentual na faixa etária de mais de 40 anos 46,9% (N=115), estando esses adultos em fase produtiva. O estudo de Dantas (2008) também evidenciou grande variação na idade dos profissionais que atuam na ESF's, predominando, todavia, os adultos jovens-idade menor que 30 anos. O presente estudo se assemelha à análise de idade dos profissionais que atuam nas ESFs no País, com uma alta concentração de profissionais na faixa etária com mais de 30 anos (MACHADO, 2002 apud DANTAS, 2008).

A ESF tem sido uma opção de trabalho para jovens médicos, ou para médicos em final de carreira. É sabida a dificuldade de permanência de médicos nas USFs em áreas mais remotas do Brasil, e isso tem exigido das instituições de saúde a busca de estratégias de formação de vínculo e manutenção desses profissionais. Recentemente, o MS implantou o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (Provab), que objetiva estimular a formação do médico voltada para a real necessidade da população brasileira e levar esse profissional para localidades com maior carência desse serviço (BRASIL, 2013). Na ESF do Recife há apenas 16 médicos com esse perfil.

Em relação ao tempo de graduação, 66% (N=157) dos profissionais referiram ser graduado há mais de 10 anos e o tempo de atuação na ESF mais frequente foi de 6 a 10 anos, 39% (N= 93).

Em relação ao tempo de conclusão da graduação, observamos pequeno percentual dos profissionais com menos ou igual a 5 anos de formado. Nesse aspecto o presente estudo difere do estudo de DANTAS (2008) e MACHADO (2002), sobre o perfil dos médicos e enfermeiros, constatou que apenas 36,7 % dos médicos contratados pelo PSF haviam concluído algum programa de residência médica. Resultado semelhante é esperado no município do Recife, pois os profissionais que atuam na ESF desse município ingressaram no Programa através de concurso público que exigiu também o título de especialista em Saúde da Família ou Saúde Coletiva ou áreas afins, dificultando o ingresso de recém-formados e diminuindo a rotatividade dos profissionais, como acontecia anteriormente. O que indica que a ESF na cidade do Recife tem profissionais com mais experiência de trabalho, mais de 6 anos de atuação na ESF (39%) e com mais chance de serem capacitados, o que favorece a qualidade do profissional, apesar de não garantir a adequação do perfil deste aos objetivos da ESF (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Vale destacar que mesmo com concurso público, ainda há dificuldade em relação à adesão do profissional médico para trabalhar na ESF, principalmente em áreas de difícil acesso e grande índice de violência. Acreditamos que outros motivos contribuem para a não adesão da categoria médica à ESF, como perfil do profissional, carga horária semanal de 40h, que dificulta o engajamento em outras atividades, como cursos, outros vínculos empregatícios, visto que a oferta de emprego para médicos é muito grande em toda a rede de saúde.

Acredita-se ainda que fatores relacionados à satisfação no trabalho contribuam para a falta de médicos nas ESFs do Recife, como constatado em uma pesquisa que evidenciou a correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do PSF no município de São Paulo. Foi observado que os fatores de satisfação no trabalho que apresentaram maior correlação com a rotatividade dos médicos no PSF foram capacitação, distância das unidades e disponibilidade de materiais para realizar o trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

No que se refere à realização da consulta de pré-natal, 97% (N=228) dos profissionais referiram realizar a consulta de pré-natal, enquanto 3% (N=8) não realizam esse procedimento e 60% (N= 142) disseram ter realizado treinamento que abordava a sífilis na gestação.

Sabemos que é atribuição dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na ESF a realização dessa assistência pois, segundo o MS a atenção pré-natal deve ser realizada pela equipe multiprofissional, com o envolvimento de múltiplos saberes (BRASIL, 2005b).

Alguns estudos, realizados em vários municípios do Brasil, apresentaram resultados preocupantes, verifica-se que os enfermeiros encaminha a gestante para o médico apenas nos casos de intercorrências ou quando tem alguma dúvida (MOURA; HOLANDA JÚNIOR ; RODRIGUES, 2003).

Para Moura, Holanda Júnior e Rodrigues (2003), a consulta de enfermagem não substitui a consulta médica e vice-versa, pois a abordagem da consulta de enfermagem é distinta da consulta médica, por isso deve-se considerar a importância e a necessidade do profissional médico no acompanhamento às gestantes, intercalando suas consultas de pré-natal com a consulta de enfermagem, principalmente naquelas que tem o diagnóstico de alguma patologia, como nos casos das gestantes com sífilis.

Quanto à realização de treinamento sobre gestante com sífilis, mais da metade dos profissionais, 60% (N=142), haviam realizado treinamento com temática da sífilis na gestação, o que demonstra uma boa participação dos profissionais nos espaços de formação permanente, fundamental para uma boa prática de saúde (CAMPOS et al., 2001; CORDEIRO et al., 2009; GOMES et al., 2009). Diferente do estudo de Silva (2010) realizado no Estado do Ceará, no qual os resultados foram inferiores, pois mais da metade dos profissionais (53%) referiram não ter realizado treinamento em sífilis. Segundo (SILVA, 2010), é necessário, no caso específico de sífilis, que os profissionais das ESFs tenham conhecimento teórico para prevenir a transmissão vertical. E vários autores confirmam a necessidade permanente de capacitações dos profissionais para evitar condutas inadequadas na assistência à população (FERNANDES et al., 2007; BRITO; JESUS; SILVA, 2009; GOMES et al., 2009).

Vale destacar que 40 % dos profissionais referiram não ter realizado treinamento com essa temática, semelhante aos dados obtidos em estudo em um município do Estado do RN, onde 45,3% dos pré-natalistas que trabalham na ESF informaram não ter participado de treinamentos relacionados à sífilis nas gestantes. Esse é um dado preocupante, já que o conhecimento específico sobre sífilis neste grupo é fundamental para prevenção da transmissão vertical. Sabe-se que existe interesse do MS em mudar a atual realidade dos altos índices de casos de SC, por isso o Governo vem investindo, desde da expansão da ESF, na educação permanente para capacitar os profissionais. Com a publicação da Portaria GM / MS

nº 1996, em agosto de 2007, houve um reforço da estratégica de descentralização e regionalização do Sistema, alinhado à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, assim como para a organização do serviço. Destina-se a público multiprofissional, ou seja, é voltada para a formação e o desenvolvimento de todos os trabalhadores do SUS (BRASIL, 2007c).

Segundo o MS muitos programas foram criados com a finalidade de melhorar a formação em saúde e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. Apesar desses programas serem isolados e desarticulados, aconteceram algumas alterações na formação e cuidado e, além disso, houve uma percepção das pessoas e instituições sobre a necessidade de mudança, como também das práticas educativas e das ações e serviços do SUS (BRASIL, 2005c).

No campo da Educação na Saúde, a grande maioria dos cursos técnicos, universitários, de pós-graduação e as residências formam profissionais distantes das necessidades de saúde da população e de organização do sistema, não contribuindo para a qualificação do profissional, o que não gera mudança nas práticas profissionais e na organização do trabalho (BRASIL, 2005c).

Portanto, não basta fornecer conhecimentos novos para os profissionais das ESFs, pois o acúmulo de saberes técnicos não é o foco central e, sim, um dos aspectos para a mudança das práticas. Uma melhor formação e crescimento dos trabalhadores tem que envolver os aspectos pessoais, os valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS (BRASIL, 2005c).

5.2 Conhecimento acerca da assistência pré-natal (diagnóstico, tratamento e acompanhamento) às gestantes com Sífilis e sobre a prevenção vertical deste agravo

Fazendo uma avaliação geral das questões específicas relacionadas às recomendações do MS ao atendimento à gestante com sífilis para a prevenção vertical deste agravo observa-se, numa análise geral acerca do conhecimento dos profissionais, que 57,2 % (1455) das perguntas foram respondidas corretamente e 42,8% (1087) erradamente (Gráfico 1). O questionário constava de 11 perguntas, perfazendo um total de 2542 quesitos. Vale destacar que o total de observações de todas as questões difere do tamanho da amostra, pois alguns profissionais de saúde não responderam a questão.

Os dados apresentados são semelhantes aos de Silva (2010), em cujo estudo apenas 60% das respostas acerca das medidas recomendadas pelo MS para prevenção e controle da sífilis congênita foram respondidas corretamente pelos profissionais, portanto, não apresentou conhecimento satisfatório. A mesma autora afirma que esta é uma realidade que está acontecendo em outros municípios ou estados brasileiros, como podemos observar em vários estudos (SERRUYA; LAGO; CEGATTI, 2004; GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; GONÇALVES; CESAR; MENDONÇA-SASSI, 2009). Outros estudos (DANTAS, 2008; SANTOS JUNIOR et al., 2007) também corroboram esse dados, pois referindo a falta de conhecimento técnico\científico dos profissionais acerca da sífilis (tab.2).

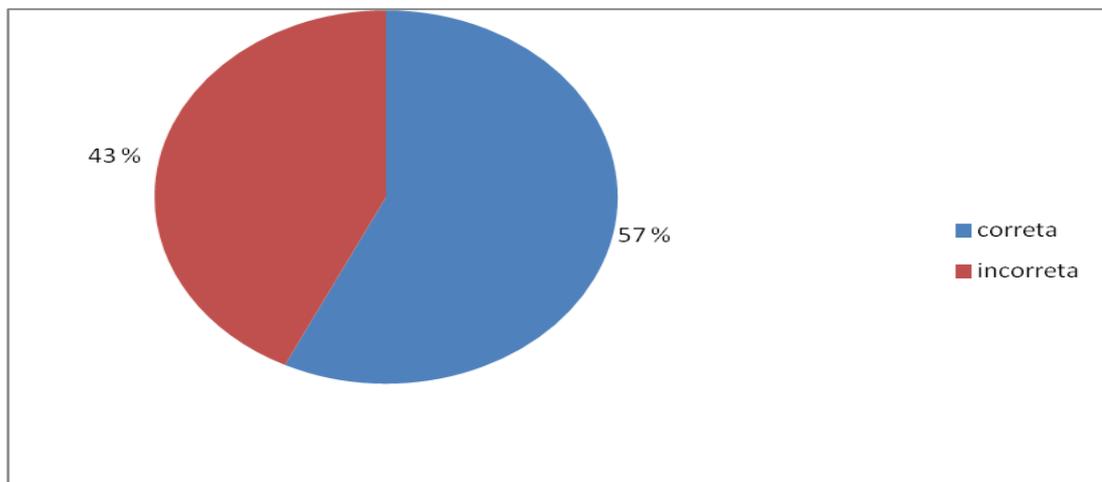


Gráfico 2- Distribuição das respostas dos profissionais sobre as questões referentes ao atendimento à gestante com sífilis para prevenção vertical da sífilis. Recife, PE, 2012.
Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais da ESF* em relação à epidemiologia, clínica, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes, na cidade do Recife, 2012.

CONHECIMENTO (N = 236)	Resposta Correta		Resposta Incorreta		Não Respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Situação epidemiológica	87	37,0	149	62,0	3
Fases da Sífilis	80	34,0	147	62,0	9	4,0
Período de realização do teste para sífilis em gestante	151	64,0	84	36,0	1	0,0
Testes não treponêmicos	68	29,0	162	68,0	6	3,0
Tratamento adequado durante a gestação	216	92,0	17	7,0	3	1,0
Tratamento recomendado para gestantes alérgicas a penicilina	162	69,0	68	29,0	6	2,0
Conduta em relação ao parceiro no caso de gestante com VDRL reagente	142	60,0	89	38,0	5	2,0
Periodicidade do exame para o controle da cura da gestante	74	31,0	154	66,0	8	3,0

Fonte: Dados da pesquisa

***Estratégia de Saúde da Família**

Em relação ao conhecimento sobre a epidemiologia da doença, 37% (N=87) dos profissionais demonstraram ter conhecimento sobre a situação da doença no país, enquanto 62% (N=144) desconhecem a real situação da sífilis no país. No que diz respeito às fases da sífilis, 34% (N=80) responderam que a fase recente da sífilis se caracteriza por apresentar menos de um ano de evolução, enquanto 64% (N=151) dos profissionais responderam que a realização do teste para sífilis na gestação deve ser solicitada no 1º e 3º trimestres. Entretanto, em relação ao conhecimento acerca dos testes não treponêmicos, apenas 29% (N=68) dos profissionais responderam que o VDRL e RPR são testes não treponêmicos.

Em se tratando do conhecimento sobre tratamento adequado durante a gestação, a maioria dos profissionais 92% (N=216) têm conhecimento do tratamento adequado. Já em relação ao tratamento de uma gestante alérgica a penicilina, 69% (N=162) responderam corretamente que tratariam com estearato de eritromicina.

Em relação à conduta a ser tomada com o parceiro da gestante com sífilis, 60% (N=142) marcaram a alternativa em que se refere tratar o parceiro com a mesma dose da gestante, independente do resultado e o controle de cura da gestante foi relatado como devendo ser mensal por 31% (N=74) dos profissionais, 66% (N=154) marcaram outro período para solicitar o exame de controle.

A Sífilis na gestação e a SC permanecem como um importante problema de saúde pública no Brasil, mas infelizmente a atual situação epidemiológica desse agravo é desconhecida por 144 dos profissionais de saúde estudados, que atendem a essas mulheres na ESF da cidade do Recife. Esses resultados são similares aos de um estudo realizado com médicos da cidade de Campinas, Estado de São Paulo, onde apenas um terço dos profissionais que participaram do estudo caracterizaram a sífilis como um real e importante problema para essas gestantes (KUNII; MILANEZ, 2010).

Alguns autores, como De Lorenzi e Madi (2001), enfatizam em seus estudos a relevância da SC no campo da saúde pública e a necessidade de se conhecer a realidade de cada local, destacando a prevalência da SC como importante indicador da qualidade da assistência pré-natal.

A sífilis permanece na lista de doenças prioritárias há vários anos, com indicadores epidemiológicos e operacionais demonstrando um nível insuficiente de controle, bem distante das metas da política nacional de controle desse agravo, considerada pelo MS, desde 1997, o registro de menos de 01 caso por 1.000 nascidos vivos como a meta de eliminação da SC (PAZ et al., 2004).

A fragilidade observada no controle desse agravo na atenção primária representa um grave e ineficiente serviço prestado às mulheres nesta cidade, onde a atenção primária em saúde é organizada com atenção integral à saúde das pessoas, como no caso de Cuba; demonstra que a resolutividade e uma organização do serviço pode, sim, ser solucionada na Atenção Primária em Saúde. No Brasil, a cultura de um modelo de atenção baseado na consulta com especialistas e essa opção tem trazido um altíssimo custo social e na saúde das

mulheres em condições de vulnerabilidade.

A transmissão vertical da sífilis demanda estratégias efetivas de vigilância, introduzindo de forma integrada, informações do complexo processo infeccioso e do comportamento da população, em especial das gestantes com sífilis, pois a transmissão vertical dá-se na fase intrauterina e só o tratamento materno adequado na gestação pode impedir o desfecho letal, na maioria dos casos. Entretanto, deve-se priorizar as ações da Vigilância Epidemiológica que, além de permitir o controle desse agravo, é uma ferramenta importante para o planejamento das ações programáticas de prevenção e assistência (PAZ et al., 2004; SARACENI et al., 2007). Essa é outra questão que parece estar em segundo plano na cidade do Recife, pois sabe-se que muitos profissionais não incorporam ações da Vigilância na sua rotina e não utilizam as informações geradas pelo sistema de informação da vigilância para planejar suas ações.

Em relação ao conhecimento sobre as fases da sífilis, menos de 40 % dos profissionais responderam corretamente que a fase recente se caracteriza por apresentar menos de um ano de evolução. Os dados coletados são semelhantes aos de Silva (2010) e Andrade et al. (2011), em cujos estudos grande parte dos profissionais médicos e enfermeiros não responderam corretamente sobre as fases da sífilis adquirida recente.

A Sífilis, na sua fase recente, com duração aproximada de um ano, compreende a fase primária, secundária e latente precoce da doença. Essas fases iniciais da doença apresentam um número elevado de espiroquetas no local das lesões e / ou sangue circulante, facilitando a transmissão (BATISTA, 2001).

Portanto, já que existe uma maior possibilidade de transmissão do *T. pallidum* em todos os casos de sífilis recente, sendo as vias preferenciais a relação sexual, vaginal, anal ou oral e também podendo ocorrer por via transplacentária (T. vertical), que leva à SC (BATISTA, 2001; HINRICHSEN, 2005; VERONESI, 2005), é fundamental que o profissional que realiza o atendimento à gestante tenha conhecimento das fases da doença para poder intervir de forma adequada e oportunamente. Essa é outra fragilidade que pode estar relacionada à formação dos profissionais em nossas Universidades.

Observa-se, nos resultados apresentados, que a maioria dos profissionais conhece o período de realização da testagem do VDRL em gestantes, afirmando que o exame deverá ser solicitado no primeiro e terceiro trimestre da gravidez. Este estudo se assemelha ao de outros autores (DANTAS, 2008; SILVA, 2010; ANDRADE et al., 2011). Entretanto, vale salientar

que outros estudos, como os que avaliaram o atendimento pré-natal e a realização dos exames de VDRL, mostraram a baixa frequência de cobertura desse exame em gestantes (KOFFMAN; BONADIO, 2005; SUCCI et al., 2008; CAMPOS et al., 2010) ou que não era realizado no mínimo duas vezes durante o pré-natal, como é recomendado pelo MS. Nesses estudos foi considerado o número de casos de gestantes sem avaliação, no terceiro trimestre (SARACENI et al., 2007; CAMPOS et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2012).

Mesmo os profissionais das ESFs do Recife conhecendo o período mais adequado de solicitação do exame de VDRL no pré-natal, não temos garantia de que essas gestantes estão realizando os dois exames, como recomendado pelo MS. E vários podem ser os motivos para a não realização desse exame na atual realidade, que vão desde a não disponibilidade do próprio exame nos serviços de saúde em que a gestante é atendida, a demora nos resultados, não chegando a tempo de realizar o tratamento na gestante antes do parto, e o não registro das informações no cartão da gestante.

Tentando resolver alguns desses entraves, o MS vem criando estratégias, através de portarias e programas, como o mais recente, a Rede Cegonha, para ampliação do acesso ao diagnóstico da sífilis, como a utilização do teste rápido, iniciativa que prioriza o diagnóstico da infecção da sífilis na própria USF que atende a gestante, evitando o deslocamento da mesma e obtendo o resultado mais ágil, em um período de 10 a 15 minutos, sem uso de equipamentos. Os testes rápidos são exames treponêmicos bastante práticos e de fácil execução. A OMS considera que esses testes têm resultado semelhante aos testes treponêmicos (TPHA) usados como referência para confirmação do diagnóstico da sífilis. Nem todas as gestantes irão necessitar desses testes, pois existem alguns critérios de inclusão e exclusão para a realização do teste rápido para sífilis, quando não disponível o teste de triagem (VDRL) ou o resultado indisponível. Vale ressaltar que é obrigatório a coleta do VDRL para o diagnóstico de reinfecção (UNICEF / MS, 2008).

Segundo Dantas (2008), o diagnóstico de laboratório é uma etapa importante na detecção da sífilis, lembrando que muitas vezes a paciente é assintomática, apresenta sífilis latente, que só é detectada com o exame laboratorial. Sendo assim, o suporte de exames laboratoriais para o diagnóstico dessa doença deve ser priorizado pela gestão de saúde.

O VDRL é o teste sorológico não-treponêmico mais usado para o diagnóstico da sífilis e seguimento pós-terapêutico (BRASIL, 2006a ; UNICEF / MS, 2008). Deve ser solicitado na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento

do parto, para evitar perdas de oportunidade de detecção da sífilis nas gestantes e diminuir as chances de transmissão da SC. Vale destacar que, em caso de dúvida no diagnóstico, não sendo possível realizar um teste confirmatório ou obter o resultado em tempo hábil, antes do parto, deve-se considerar para diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, em qualquer titulação, desde que não tenham sido anteriormente tratadas adequadamente, iniciar o tratamento para proteger o feto.

No que se refere à identificação dos testes não treponêmicos pelos profissionais da pesquisa, uma pequena parcela (29% dos profissionais) soube identificar corretamente os testes VDRL e o RPR como testes não treponêmicos. A maioria afirmou que o VDRL e o FTA-Abs eram testes não treponêmicos, o que evidencia um desconhecimento desses profissionais acerca da diferente finalidade de utilização desses testes que são utilizados para a triagem e a confirmação do diagnóstico da gestante com sífilis, como recomendados pelo MS. Esses resultados se assemelham aos encontrados por Silva (2010) e Andrade et al. (2011), em que apenas 30,5 % e 23, 8% dos profissionais souberam identificar corretamente os testes treponêmicos e os não treponêmicos. Esses dados nos levam a refletir: se muitos desses profissionais não sabem interpretar os resultados desses exames, é possível que adotem condutas inadequadas de tratamento.

Santos Junior (2007), em estudo realizado com médicos de Campinas-São Paulo, sobre a interpretação sorológica para sífilis, verificou que apenas 12% dos médicos conheciam a sorologia de lues. O autor afirma que o desconhecimento desses profissionais na interpretação de sorologia para sífilis pode estar relacionado à fragmentação das disciplinas do ensino médico na graduação, sugerindo a realização de cursos modulares de DST como mais eficientes.

Em relação à categoria enfermeiro, quando analisada neste estudo e no de Andrade et al. (2011), separadamente, os profissionais desta categoria também não sabem diferenciar os testes sorológicos usados para diagnóstico e confirmatório para sífilis.

Em estudo sobre assistência pré-natal na enfermagem do Brasil, verificou-se dificuldades em vários procedimentos essenciais, como a identificação de fatores de risco na gestação, realização de exame físico, reconhecimento de medicações permitidas para prescrição, assim como orientações para o parto, vivenciadas por enfermeiros na assistência pré-natal, revelando falhas na formação acadêmica. Entretanto, para superar essas dificuldades acredita-se que adotar um currículo por competências, estabelecido

nacionalmente pelas diretrizes curriculares, poderá favorecer uma formação que integre melhor a teoria e a prática, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e atitudes desde do início da formação, para atuar melhor na assistência pré-natal (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Avaliando os resultados apresentados na tabela 2, verifica-se que, de todas as respostas sobre conhecimentos, a que apresentou maior percentual de acertos foi aquela sobre o tratamento adequado durante a gestação: 92% dos profissionais responderam corretamente e de acordo com o protocolo de tratamento preconizado pelo MS (BRASIL, 2010a), no qual o tratamento deve ser completo e adequado ao estágio da doença, realizado com Penicilina Benzatina, finalizado 30 dias antes do parto e com tratamento concomitante do parceiro. Os dados coincidem com os encontrados por Silva (2010) e Andrade et al. (2011), que também constataram um percentual de acerto superior a 80% na questão relacionada ao tratamento adequado da gestante com sífilis. Apesar disso, a incidência de casos de SC ainda está distante da meta de controle estabelecida pelo MS. O ideal para o controle SC é a incidência menor de um caso para cada mil NV, mas isso não está ocorrendo, demonstrando que não estamos conseguindo tratar adequadamente nossas gestantes.

Alguns estudos comprovam esta afirmativa, como o realizado na microrregião do Sumaré, onde menos da metade das gestantes com sífilis eram tratadas adequadamente; outro, realizado em Caxias do Sul / RS, em que 74,5% das gestantes recebiam tratamento inadequado e 21,3% nem sequer receberam tratamento medicamentoso durante o pré-natal (DONALÍSIO, FREIRE, MENDES, 2007). Esses, dentre outros estudos, confirmam o baixo percentual de gestantes adequadamente tratadas (SARACENI et al., 2007; MACEDO et al., 2009; CAMPOS et al., 2010).

Vale ressaltar a importância do tratamento adequado e precoce para a prevenção da transmissão vertical, uma vez que o contágio pode ocorrer em qualquer período gestacional. Sabe-se que a taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas depende das fases da doença em que elas se encontram, ou seja, a taxa de infecção é superior a 70% quando as gestantes estão nas fases primária e secundária da doença, sendo menor, em torno de 10 a 30%, nas fases latentes ou secundárias. Quando ocorre a infecção do concepto a partir das gestantes não tratadas, cerca de 40% dos casos levam a aborto espontâneo, natimorto ou óbito perinatal (BRASIL, 2006b).

No que se refere ao tratamento das gestantes alérgicas a penicilina, 68 (29% dos profissionais) desconhecem o tratamento recomendado para as gestantes com hipersensibilidade à penicilina e referiram o tratamento da gestante com outras drogas, ao invés do estearato de eritromicina, que é a droga de 2ª escolha recomendada. Essas drogas alternativas (tetraciclina, doxiciclina e amoxicilina) são contraindicadas nas gestantes, devido ao seu potencial teratogênico, podendo gerar risco ao conceito, além dos efeitos colaterais. Vale destacar que essas outras opções terapêuticas exigem estreita vigilância, por apresentarem menor eficácia (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007a).

Nestes casos, a gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança após seu nascimento, pois será considerado caso de SC. Destaca-se ainda que as pacientes alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas em serviços de alta complexidade e posteriormente tratadas com penicilina, conforme esquema recomendado, mas esse procedimento parece não ser adotado como rotina terapêutica nos serviços de saúde do país (BRASIL, 2006a; HINRICHSEN, 2005; BATISTA, 2001).

No que se refere à conduta em relação ao parceiro no caso de gestante com VDRL reagente, 38% dos profissionais responderam que só tratariam o parceiro de acordo com o resultado, apesar de a maioria conhecer que o tratamento adequado da gestante com sífilis envolve o tratamento concomitante do parceiro. Esse estudo apresentou um percentual menor de respostas não adequadas em relação ao estudo de Silva (2010), em que 50% dos participantes de Fortaleza, CE, aguardam o resultado do parceiro para realizar o seu tratamento.

Tendo em vista que culturalmente os homens são mais difíceis de frequentar os serviços de saúde e aderir ao tratamento, essa atitude leva à perda de oportunidades de tratamento e aumenta as estatísticas de homens não tratados, como mostra um estudo realizado na cidade de Campos, RJ, em que a maioria dos parceiros não estão sendo tratados por aguardar o resultado e o resultado do VDRL tem sido não reagente. Em outros estudos há evidências da condução inadequada em relação do tratamento da gestante e do parceiro, ou ele não foi tratado conjuntamente com a gestante (DE LORENZI et al., 2005; SCHETINI et

al., 2005; FERNANDES et al. , 2007).

Para alguns autores, há dificuldade dos serviços de saúde em abordar pessoas do sexo masculino e que não se sentem doentes, tornando-se um desafio a busca desses parceiros nas unidades de saúde (SARACENI; VELLOZO; LEAL HARTZ, 2005; SARACENI et al, 2007).

Segundo Dantas (2008), quando o parceiro não é tratado concomitante com a gestante; perde-se muitas chances de cura, retardando o tratamento do casal, pois em alguns serviços existem dificuldades, citadas pelos profissionais, no momento do diagnóstico, como a demora no resultado do VDRL, que nem sempre chega em tempo hábil .

De acordo com Araújo e Leitão (2005), em estudo sobre o acesso à consulta a portadores de DST, do sexo masculino, em uma Unidade de Saúde de Fortaleza (CE), os homens com DST enfrentam dificuldade no acesso à consulta, pois os serviços não são oferecidos em horários compatíveis com sua demanda. Não existe um planejamento do número de consultas e de profissionais disponíveis para o atendimento dos casos de DST. A autora afirma que precisa haver um investimento maior em nível do SUS, para a melhoria do acesso à consulta para homens com DST e que a oferta de serviços considere a demanda da população.

O programa nacional de DST / Aids recomenda que seja solicitada e incentivada a participação do parceiro sexual no atendimento pré-natal de todas as gestantes, abordando as DST e o HIV/Aids, com: aconselhamento para a prevenção; informação para o uso correto de preservativos; e tratamento adequado para a sífilis, no caso da gestante portadora do *Treponema pallidum*. Este tratamento para o parceiro sexual deve ser realizado mesmo na impossibilidade do seu diagnóstico laboratorial e independentemente da presença de sinais e/ou sintomas.

Sendo assim, tem que se pensar em estratégias que aumentem a frequência do parceiro nos serviços de saúde, em especial a participação em todo o período gravídico de sua esposa, ou seja, ele deve ser convocado para realizar o pré-natal junto com a mulher, para tornar possível as intervenções conjuntas do casal.

Quanto ao período recomendado para a realização do teste não treponêmico visando o controle da cura das gestantes, observa-se que a maioria dos profissionais, 66% (N=154) não sabiam que o período de controle da cura da gestante deve ser mensal; informaram outro período. Apenas 38% (N= 74) responderam corretamente a periodicidade deste controle. Esses dados não se assemelham aos de Silva (2010) e Andrade et al. (2011), em cujos estudos mais 50% dos profissionais referiram conhecer que o controle da cura é mensal; e no estudo de Dantas (2008), realizado em um município do RN, em que todos os profissionais citaram a solicitação mensal do VDRL nas suas condutas de acompanhamento. Entretanto, em outros estudos que avaliaram a assistência pré-natal, como o realizado em Fortaleza (CE), nenhuma gestante com VDRL reagente realizou controle de cura. No estudo de Brito, Jesus e Silva (2009), realizado em Olinda (PE), 36,9% dos profissionais informaram não realizar o controle de cura.

Portanto, o desconhecimento dos profissionais em relação ao período de solicitação do exame para o controle de cura pode estar contribuindo para a não realização desse exame de controle, fundamental e adequado, segundo o MS, para o acompanhamento da gestante com sífilis. A não realização do acompanhamento da queda da titulação do VDRL dificulta a avaliação do tratamento adequado da gestante e facilita uma possível reinfecção, que contribui de modo relevante na cadeia epidemiológica da transmissão vertical (ANDRADE et al., 2011; SILVA, 2010).

5.2.1 Uma análise das respostas dos profissionais segundo a categoria profissional, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e participação em treinamentos com temática de sífilis em gestantes.

Nesta parte tentamos verificar, através de um teste estatístico, se existia alguma relação entre as respostas dos profissionais do estudo sobre conhecimento de sífilis visando a prevenção da transmissão vertical e as seguintes categorias do estudo: profissionais (médico e enfermeiro), tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e realização de treinamento em sífilis. A tabela 3 apresenta uma análise das respostas dos profissionais das ESFs segundo a categoria profissional, o tempo de graduação, o tempo de atuação na ESF e a realização de treinamento em sífilis. Verifica-se que 61,5% (565 itens) das respostas dos médicos foram

corretas, em relação ao conhecimento sobre a sífilis. Já no grupo de enfermeiros, 63,6% (1032 itens) das respostas foram corretas. Além disso, verifica-se que o teste de comparação de proporção não foi significativo (p -valor = 0,307), indicando que a categorização profissional não é um fator determinante para o acerto da resposta. O mesmo se observou nas demais variáveis analisadas nesta tabela, como ao tempo de graduado, tempo de ESF, influência do treinamento em sífilis, categoria profissional, ou seja, o teste de comparação de proporção não foi significativo (p -valor = 0,688; 0,386; 0,324, respectivamente), indicando que o conhecimento dos profissionais acerca da sífilis não difere com relação às categorias citadas na da tabela 03.

Tabela 3. Respostas dos profissionais das ESFs segundo a categoria profissional, tempo de graduação, o tempo de atuação na ESF e a realização de treinamento em sífilis. Recife, PE, 2012.

CATEGORIAS	Tipo de Resposta		p-valor ¹
	Resposta Correta	Resposta Incorreta	
	N	%	N
Categorização Profissional			
Médico	565 (61,5)	353(38,5)	0,307 ¹
Enfermeiro	1032 (63,6)	591(36,4)	0,37
Tempo de graduado			
≤ 5 anos	56 (63,6)	32 (36,4)	
6 a 10 anos	497 (65,8)	289(38,2)	0,688 ¹
> 10 anos	1038 (61,5)	649(38,5)	
Tempo de ESF			
≤ 5 anos	499 (62,4)	301(37,6)	
6 a 10 anos	601 (62,2)	365(37,8)	0,386 ¹
> 10 anos	280 (65,9)	145(34,1)	
Treinamento em sífilis			
Sim	970(63,6)	554(36,4)	0,324 ¹
Não	627(61,7)	390(38,3)	

Fonte: Dados da pesquisa

*Estratégia de Saúde da Família.

¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p -valor < 0,05 as proporções de acertos divergem

Os resultados expressos na tabela 3 mostram similaridade com os encontrados por Andrade et al.(2011), no que se refere à influência do treinamento na temática sífilis nas respostas corretas dos profissionais sobre conhecimento deste agravo; neste estudo está demonstrado que, mesmo os enfermeiros que receberam treinamento responderam erroneamente sobre o tratamento da gestante com sífilis e, em outras respostas, foram os enfermeiros os que mais acertaram. O teste usado na análise para essa categoria, neste estudo, também não foi significativo (p- valor = 0,024; 0,041), indicando que a proporção de acerto das questões acerca da sífilis dos profissionais que fizeram treinamento é igual à proporção de acertos dos que não fizeram treinamento.

Para Lima et al. (2009), o desempenho profissional não é influenciado quando o profissional participa de treinamentos pontuais. Essa situação fica evidente em estudo de sua autoria realizado no Recife, com enfermeiros, visando avaliar o impacto de um programa permanente de treinamento em Suporte Básico e Avançado de Vida no nível de conhecimento dos profissionais: não foi constatada diferença entre o desempenho dos profissionais que tiveram treinamento prévio em relação àqueles que não passaram por treinamento anterior. Percebeu-se uma melhora do nível de conhecimento dos enfermeiros após a iniciativa de implantação do sistema de educação continuada. Esses dados demonstram a necessidade da estruturação da educação continuada em saúde como ferramenta que contribuirá para a melhoria da conduta dos profissionais.

Para Silva et al. (2010), acredita que se deve implantar um programa de educação permanente com estratégias metodológicas que atraiam os profissionais da ESF, pois no estudo sobre motivação dos médicos, realizado no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, verificou que muitos profissionais não se sentem motivados em participar dos treinamentos, referem ser meramente teórico, não acrescentando nada na sua prática profissional.

Resultados encontrados em outro estudo com profissionais da Região Norte demonstram que os médicos e enfermeiros que atuam na ESF nessa região, estabelecem um perfil profissional de competência onde há necessidades específicas de educação permanente, considerada fundamental para que sua prática seja baseada nos princípios científicos (CORDEIRO et al.,2009).

Entretanto, mesmo não havendo uma associação significativa entre as categorias

citadas na tabela 3, não podemos deixar de acreditar que elas possam influenciar na qualificação desse profissional, pois, como já citado em diversos estudos, algumas categorias, como o treinamento / capacitação dos profissionais, quando realizadas adequadamente, têm a possibilidade de deixar o profissional mais informado e seguro para realizar suas funções.

5.3 PRÁTICAS

Quanto às práticas referidas pelos profissionais médicos e enfermeiros das ESFs, foi pesquisado o procedimento que eles adotam diante de uma gestante com VDRL positivo na consulta de pré-natal. Os profissionais responderam as perguntas sobre notificação, diagnóstico e condutas de tratamento nos casos de gestante positiva para sífilis. Sendo assim, observa-se, na tabela 4, que quase todos os profissionais, 97% (N=229) realizam a notificação quando aparecem casos na sua equipe, 98,7% (N=233) solicitam o exame de VDRL durante as consultas de pré-natal, 95,8% (N=226) solicitam outros exames para gestantes com sífilis, e 99% (N=235) realizam de alguma intervenção sobre o parceiro da gestante com sífilis. Entretanto, percentuais mais baixos de respostas positivas são encontrados sobre a intervenção mais adequada para o parceiro, 34,3% (N=81), e o acompanhamento do tratamento da gestante com sífilis, 27,5%.

Ainda sobre a tabela 4, constata-se que 58,9% (N=139) consultam algum material para prescrever a medicação, 61,4% (N=145) prescrevem a medicação quando atendem uma gestante com sífilis; sobre a conduta de tratamento mais adequada para gestantes que apresentam exame com titulação 1 / 32, 73,3% (N=173) e mais baixa titulação 1 / 4, 43,2% (N=102) profissionais responderam positivamente.

Vale destacar que serão discutidos apenas algumas variáveis mais relevantes, como: notificação, prescrição de medicação nos casos positivos e conduta de tratamento nos casos de gestante com exame com alta e baixa titulação.

Tabela 4 - Práticas referidas pelos profissionais da ESF sobre notificação, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes na cidade do Recife, 2012.

PRÁTICAS (N=236)	Resposta positiva		Resposta negativa		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Notificação de casos de gestantes com sífilis	229	97,0	3	1,3	4	1,7
Solicitação do VDRL durante as consultas de Pré-natal	233	98,7	1	0,4	2	0,8
Solicitação de outros exames no caso de gestantes com sífilis	226	95,8	8	3,4	2	0,8
Consulta de algum material para prescrever a medicação no tratamento de sífilis em gestantes	139	58,9	93	39,4	4	1,7
Prescrição de medicação pelo profissional que atende a gestante com sífilis	145	61,4	90	38,1	1	0,4
Realização de alguma intervenção sobre o parceiro da gestante com sífilis	235	99,6	-	-	1	0,4
Realização de intervenção adequada para o parceiro	81	34,3	154	65,2	1	0,4
Acompanhamento mais adequado no tratamento da gestante da sífilis	65	27,5	167	70,6	4	1,7
Conduta mais apropriada no caso de gestante no 2º trimestre, com VDRL positivo na titulação 1 / 32 e TPHA (FTA ABS) Positivo, sem tratamento prévio e sem sinal clínico.	173	73,3	62	26,3	1	0,4
Conduta mais apropriada no caso de gestante no 1º trimestre, com VDRL positivo na titulação 1 / 4, assintomática, sem história conhecida sobre tratamento ou diagnóstico da sífilis	102	43,2	128	54,2	6	2,5

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando a variável notificação dos casos de gestantes com sífilis, observa-se que essa parece ser uma prática já estabelecida por todos os profissionais, 97% (N=229), quando estão diante de casos positivos de sífilis em gestantes na nossa cidade. Esses dados corroboram os achados de Dantas (2008): 81,13% dos profissionais pesquisados em seu trabalho afirmaram realizar a notificação em caso de atendimento a uma gestante com sífilis. Entretanto, segundo os dados oficiais da vigilância municipal e estadual, os números de SC notificados no Sinan não correspondem aos números de casos em gestantes. O número de casos de SC registrado no Sinan é maior que o das gestantes com sífilis. Em Pernambuco, no período de 2007 a 2011, foram notificados, em média, 508 casos / ano de SC, enquanto para a sífilis na gestação, encontrou-se apenas 389 casos / ano (PERNAMBUCO, 2012). Percebe-se que as gestantes estão deixando de ser notificadas, impossibilitando o conhecimento da real situação, dificultando o tratamento das mesmas e dos parceiros e a prevenção da SC.

Sabe-se que todo caso de sífilis em gestante e SC, segundo critérios já definidos pelo MS, deve ser notificado à vigilância epidemiológica, por profissionais de saúde no exercício de sua função. Essa notificação é feita por meio do preenchimento e envio da Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica de casos de sífilis em gestantes e congênita, para o setor de Vigilância Epidemiológica do município. Os dados obtidos, após serem inseridos na base de dados do Sinan, são revisados, analisados e informados aos diferentes níveis do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (PAZ et al., 2004).

Ainda segundo Paz et al. (2004), é fundamental, para todo profissional, conhecer as questões da Vigilância Epidemiológica (VE) que devem ser aperfeiçoadas e as lacunas devem também ser preenchidas, para melhor atuação do controle da infecção pelo *T.pallidum*, pois as ações da VE são essenciais para se estruturar o planejamento e controle desse evento, adicionadas à estratégia de monitoramento e avaliação.

Analisando a variável prescrição de medicação pelo profissional que atende a gestante com sífilis nas USFs do Recife, verifica-se (tabela 4), que 61,4% (N=145 profissionais) dos participantes da pesquisa confirmaram a realização dessa atividade nos casos da gestante com sífilis durante a assistência pré-natal. Vale destacar que a categoria médica, 98,8% (N=84), foi a que mais referiu realizar esse procedimento, apenas um médico não realiza esse procedimento. Esse dado era esperado, pois prescrever medicação parece estar claro para esses profissionais como sua atribuição. Contudo, no que se refere ao enfermeiro realizar a

prescrição de alguns medicamentos, parece ainda não estar claro ou não haver conhecimento como uma atribuição para muitos profissionais dessa categoria, o que justifica o resultado de 58,9% (N=89) de enfermeiros que referiram não realizar esse procedimento.

De acordo com o Cofen, através do ofício nº 0087 / 2011, que requer e sugere alterações do ato resolutivo (RDC 20 / 2011) junto ANVISA onde apresenta equívoco e interpretações contra a prescrição de medicamentos por outro profissional que não seja médico e que gerou transtornos para atenção dos enfermeiros na prescrição de medicamentos em vários estados.

Esse documento reafirma que o enfermeiro continua respaldado pela lei 7.498 / 86 e essa lhe assegura pleno direito de prescrever medicamentos, desde que estabelecido em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, quando o mesmo compuser a equipe de saúde. Garante-se ainda ao enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, a prescrição de enfermagem, solicitar exames, prestar assistência à parturiente, à puérpera e realizar educação em saúde. Todas essas atividades estão previstas na Lei citada, no decreto 94.406 / 87 e na Portaria nº 569 do MS. Portanto, não são atos privativos de médicos, podendo ser realizados por odontólogo, enfermeiro, médico, veterinário e outros profissionais da saúde. Fica claro, neste documento do Cofen, que nas questões do exercício profissional devem ser seguidas as orientações do Conselho de Classe dos profissionais .

Indagamos dos profissionais os motivos pelos quais não realizavam a prescrição de medicação. Os 89 enfermeiros, que informaram não desenvolver essa prática citaram várias razões: 40,45 % (N= 36) referiram a não existência de protocolo no município, seguida de 28,09 % (N=25) de não fazer parte de suas atribuições, insegurança e outros motivos, como encaminhar para o médico por considerar um procedimento dessa categoria, não foi capacitado, não é permitido pelo Conselho e não ter paciente com exame positivo (Tabela 5).

Avaliando os resultados encontrado na tabela 5 e comparando com os dados de Dantas (2008), pode-se afirmar que ambos apresentam os mesmos tipos e justificativas referidas pelos profissionais desde estudo, como a não existência de protocolo no município, e insegurança, procedimento médico e restrição do Coren. No entanto, encontramos diferenças no que se refere ao quantitativo das mais votadas, no estudo de Dantas (2008) o motivo mais referido foi considerar um procedimento médico, diferente do nosso estudo, em que a não existência de protocolo municipal se destacou.

A justificativa de alguns enfermeiros referente à não existência de protocolo municipal

revela o desconhecimento daqueles profissionais sobre a existência de protocolo em nível nacional, uma vez que esses protocolos de DST / Aids do MS podem ser usados pelos profissionais, o que é enfatizado pela coordenadora municipal da cidade do Recife, enquanto o protocolo municipal não está disponível em toda a rede. Além disso, existe uma portaria municipal nº 020, de 2002, que autoriza a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros lotados na Secretaria de Saúde do Município do Recife, no âmbito ambulatorial, em conformidade com as normas dos programas de saúde pública e com as rotinas adotadas pela Secretaria de Saúde e suas Diretorias, desde que tenham sido devidamente capacitados para este fim. Essa portaria reforça algumas atividades dessa categoria, que já são garantidas pela sua própria legislação, e que parece ser desconhecido por esses profissionais.

Vale destacar que o município do Recife já dispõe de uma versão preliminar de um protocolo da saúde da mulher, que foi discutido e construído com participantes de várias categorias de profissionais das USFs dessa cidade, e que inclui a questão da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro quando estão realizando atividades de programas. Sendo assim, espera-se que esse documento chegue ao conhecimento de todos os profissionais que compõem as ESFs do Recife e que suas dúvidas sejam esclarecidas, podendo contribuir para a diminuição da insegurança dessa categoria em realizar esse procedimento.

No que diz respeito aos dados referente à conduta mais apropriada no tratamento de uma gestante no 2º trimestre, com exame de VDRL positivo, com titulação 1 / 32, a maioria dos profissionais (73%) responderam corretamente que o tratamento à gestante deve ser feito com Penicilina Benzatina, na dose de 2.400.000 por semana, por 3 semanas seguidas (dose total de 7.200.00 U), além de investigar / tratar o casal. Enquanto mais de 50% dos profissionais referiram tratar uma gestante no 1º trimestre, com VDRL positivo na titulação 1\4, assintomática, sem história conhecida sobre tratamento ou diagnóstico da sífilis, com esquema diferente de tratamento recomendado pelo MS, seria o mesmo citado acima. Algumas respostas também estavam relacionadas com a realização do exame de prova treponêmica e aguardar o resultado. Vale lembrar que, em casos de gestantes não devemos aguardar o resultado desse exame, pois pode não dar tempo de tratá-la em tempo hábil, ou seja, 30 dias antes do parto. O MS recomenda, independente da titulação, o tratamento da gestante com sorologia não treponêmica reativa (WHO, 2008).

Campos e Malik (2008) afirmam que se deve valorizar os baixos títulos de VDRL, pois os títulos de VDRL acima de 1/1 apresentaram associação com testes treponêmicos.

Sendo assim, pode-se valorizar e aplicar os métodos de VDRL para diagnóstico de sífilis em gestantes, principalmente em locais que ainda não dispõem dos testes treponêmicos.

Os achados deste estudo se assemelham aos de Silva (2010), quando refere que maioria dos profissionais solicitam o teste confirmatório nos casos de exame de VDRL titulação baixa. Outros estudo evidenciam também dosagens inadequadas e gestantes inadequadamente tratadas, como os de Dantas (2008), Donalício, Freire e Mendes (2007), Saraceni et al. (2007).

Diante dos resultados apresentados sobre a utilização de doses diferentes do recomendado pelo MS como adequado, percebe-se que os profissionais estas dificultando o tratamento considerado adequado para a gestante. Acredita-se que eles devem ser mais bem preparados para assistir a gestante, pois dessa forma não será possível evitar a transmissão vertical por sífilis.

Tabela 5 - Motivos alegados pelos Enfermeiros para a não prescrição do tratamento da gestante com sífilis. Recife, PE, 2012.

MOTIVOS	Nº	%
Não faz parte de minhas atribuições	25	28,09
Não existe protocolo no município	36	40,45
Sinto insegurança em realizar este procedimento	16	17,98
Outro motivo	12	13,48
Total	89	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto às providências tomadas pelos 89 profissionais que não fazem a prescrição a uma gestante com sífilis, quase todos, 87 (97,7 %), informaram que encaminhariam a gestante para outro profissional (médico) da mesma equipe ou unidade (tabela 6). Percebe-se a preocupação dos enfermeiros em tratá-la na própria unidade, que é o ideal, pois evita a perda de oportunidade da gestante ser tratada. No entanto, nem todas as unidades da Saúde da Família do Recife possuem médicos em sua equipe, fazendo com que essa gestante seja encaminhada, pelos enfermeiros, para outro serviço, sem garantia de ser atendida.

Tabela 6 - Providências adotadas pelos Enfermeiros que não prescrevem a medicação para o tratamento da sífilis em gestantes nas ESFs.* Recife, PE, 2012.

Providências	Nº	%
Encaminha para outro profissional da mesma equipe ou unidade	87	97,75
Informa a gestante que outro serviço pode atendê-la	-	-
Entra em contato com outro serviço	1	1,12
Encaminharia a gestante para outro serviço garantindo o transporte	1	1,12

Fonte: Dados de pesquisa

***Estratégias de Saúde da Família.**

5.3.1- ATITUDES

Em relação às atitudes humanistas referidas pelos profissionais, durante o acompanhamento a uma gestante com sífilis, verifica-se, no quadro 3, que 52,12 % (N=123) dão explicações / orientações sobre a sífilis quanto a exames e tratamento, 15,25 % (N=36) realizam o acolhimento à gestante, 14,83 % (N=35) orientam quanto à importância de realização de sexo seguro, 10,59 % (N= 25) realizam aconselhamento à gestante , 6,78 % (n=16) dão apoio psicológico, e 5,93% (N=14) fazem ações educativas (palestra sobre o tema na unidade).

Condutas Humanistas	Nº	%
Orientações sobre a doença e o tratamento	123	52,12
Acolhimento à gestante	36	15,25
Orientação sobre sexo seguro (uso de preservativo)	35	14,83
Aconselhamento	25	10,59
Apoio psicológico	16	6,78
Ação educativa	14	5,93
Sigilo da informação	2	0,85
Não respondeu	32	13,56

Quadro 3- Condutas Humanistas dos profissionais* na assistência à gestante com sífilis. Recife, PE, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa

***Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.**

Sabe-se que o modelo de atenção do SUS, hoje, inclui a humanização como política transversal em sua rede assistencial. A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), criada em 2003, é uma iniciativa inovadora do SUS e tem como objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Na perspectiva da humanização, isso corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no

campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho (BRASIL, 2010b).

Segundo Serruya, Cecatti e Lago (2004), o MS, visando garantir os direitos reprodutivos e na perspectiva de humanização como elemento estruturador da atenção à mulher, instituiu, no ano 2000, o PHPN, acreditando que a má assistência pré-natal é influenciada pela não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos.

Sendo assim, o MS anuncia, através de portarias do PHPN, o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Considerando a humanização como a principal estratégia para mudar os péssimos indicadores de qualidade em saúde durante o pré-natal, na década de 90, fundamenta no entendimento da necessidade de garantir a realização das atividades com qualidade, pois só esse conjunto de ações reflete integralidade e pode produzir algum impacto (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

No que se refere ao acolhimento à gestante, 15,25 % das profissionais do estudo afirmaram adotar essa atitude humanista no atendimento à gestante com sífilis. É possível que grande parte dos profissionais estejam realizando o acolhimento, conforme recomendado pelo MS, pois este dispositivo de gestão foi repassado para todos os profissionais, em várias reuniões com toda a equipe da unidade.

Segundo Campos (2007), o acolhimento à demanda e busca ativa e com avaliação de vulnerabilidade é, hoje, uma das três importantes funções da Atenção Básica de Saúde (ABS). Os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam, pois se isso não estiver acontecendo a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta de entrada do Sistema.

O acolhimento é uma dimensão que pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande demanda variadas, diferenciada, avaliar os riscos, garantindo o atendimento, visando uma maior resolutividade. Com isso, espera-se uma postura que crie um maior vínculo entre as pessoas, famílias e comunidades, podendo acontecer através da visita domiciliar, a descrição da clientela e análise das condições de saúde da comunidade e do território (CAMPOS, 2007).

Quanto ao aconselhamento, foi também referido por 14,83 % dos profissionais e é um termo muito usado quando nos referimos às DSTs, principalmente a Aids. Essa atitude, como as que se referem as orientações sobre a doença, tratamento e sexo seguro, pode estar

acontecendo no espaço estabelecido, hoje, nas USFs, para realização do acolhimento.

Vale destacar a importância dos profissionais aconselharem e esclarecerem as gestantes e seus parceiros, sobre a forma da doença, tratamento, realização de exames e consequências para a mãe, o filho e o parceiro quando o tratamento é inadequado.

Cavalcante et al.(2004), consideram este um indicador fundamental no componente prevenção, pois desencadeia todas as ações de prevenção da transmissão vertical, à medida que as mulheres adquirem o conhecimento dos benefícios da profilaxia da doença para si mesma e para o seu RN.

Macedo et al. (2009), em estudo avaliando as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis em maternidades públicas do Nordeste, constataram a ausência das ações de aconselhamento. Os autores afirmam que a inexistência de aconselhamento é comum em outros serviços de saúde. Outros estudos em diversos centros de saúde, maternidades e unidades de saúde da família também comprovam a não realização de aconselhamento, até mesmo na solicitação do teste HIV (FELICIANO ; KOVACS, 2003), ou baixos percentuais de aconselhamento no centro de referência (SANTOS et al.,2005).

Diante dessa situação, faz-se necessário incluir ações de aconselhamento que tornem acessíveis informações relevantes, confiáveis e atualizadas, como as de vigilância epidemiológica (MACEDO et al., 2009).

5.3.2- DIFICULDADES

Várias dificuldades foram referidas pelos profissionais das ESFs no momento de realização do diagnóstico, tratamento ou acompanhamento da gestante com sífilis em seu serviço (tabela 7). São dificuldades vivenciadas em seus serviços que dificultam a assistência da pessoa com esse agravo. Verifica-se que 36,9% (N=87) dos profissionais referiram dificuldades em realizar o diagnóstico, 36,0% (N=85) na realização do tratamento da sífilis na gestante e 31,4% (N=74) durante o acompanhamento da gestante com sífilis.

Sabendo da importância do cumprimento, pelos profissionais, de todas as etapas da assistência à gestante com sífilis, o que muitas vezes não depende só do profissional, resolvemos perguntar os tipos de dificuldades encontradas em cada fase do atendimento das gestantes que frequentam a consulta pré-natal. Vale destacar que nem todos os participantes que referiram ter dificuldades em um desses momentos declararam o tipo de dificuldade.

Tabela 7- Dificuldades referidas pelos profissionais* para a realização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis na gestante. Recife, PE, 2012

DIFICULDADES NO SERVIÇO	SIM		NÃO		Não responde	
	(Nº)	%	(Nº)	%	(Nº)	%
O diagnóstico da sífilis na gestante	87	36,9	146	61,9	3	1,3
Tratamento da sífilis na gestante	85	36,0	145	61,4	6	2,5
Acompanhamento da sífilis na gestante	74	31,4	154	65,3	8	3,4

Fonte: Dados da pesquisa

***Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.**

Avaliando os resultados apresentados no quadro 4, observa-se que dificuldades relacionadas a diagnóstico da sífilis na gestantes, foram referidas por 88% (n=77) dos profissionais, relativas à demora na chegada do resultado de exame de VDRL. Esta é uma das mais frequentes dificuldades para diagnosticar a doença precocemente na gestante, acrescida de perda do exame, falta de capacitação profissional e dúvidas quanto à titulação e dificuldade de acesso.

Diante das justificativas em relação à dificuldade no diagnóstico da sífilis, percebe-se que as respostas estavam fortemente ligadas ao processo de trabalho no ambiente laboratorial. A questão relacionada ao tempo de retorno do resultado à unidade foi a mais referida pelos profissionais, levando ao diagnóstico tardio da doença e, conseqüentemente, atrasando as condutas desses profissionais para com as gestantes acometidas pela doença que realizam a consulta de pré-natal.

Segundo Campana, Oplustil e Faro (2011), a medicina laboratorial mudou muito nos últimos anos e diversos elementos apontam para uma maior utilização da medicina diagnóstica no futuro. No seu artigo sobre tendência da medicina diagnóstica, várias dessas tendências foram descritas e terão forte impacto na medicina laboratorial. Destaca-se, dentre essas tendências, a tecnologia da informação (TI), que trará também novas modificações

estruturais para o mercado de medicina diagnóstica, direcionando a informação do laboratório clínico do futuro.

Entre as modificações esperadas por conta da TI estão a evolução dos laboratórios para organizações virtuais / digitais desenhadas para relacionar-se com redes descentralizadas e a ênfase na necessidade de informação clientes (médicos e pacientes). Os autores destacam ainda a atuação dos profissionais de TI como consultores em saúde, apoiando a prática clínica na assistência à saúde, com base no avanço da tecnologia e na complexidade médica. Esta é considerada uma das principais tendências da medicina laboratorial (CAMPANA; OPLUSTIL; FARO, 2011).

Em outras palavras, as tendências analisadas neste trabalho apontam para um crescimento na utilização dos exames laboratoriais e também de sua importância na cadeia de saúde, pressionando o mercado e as companhias que o compõem a buscar mudanças e novas estratégias de atuação (CAMPANA; OPLUSTIL; FARO, 2011).

Sendo assim, o laboratório municipal do Recife precisa investir em mudanças através de novas estratégias de atuação, pois, embora exista um laboratório municipal de análise clínica no Recife, que atende toda a rede assistencial, mais outros laboratórios estaduais de grande porte e privados também podem atender essa clientela. Parece que a operacionalização do processo de trabalho de alguns desses laboratórios ainda apresenta problemas, como se pode perceber nas queixas dos profissionais.

Segundo alguns técnicos do laboratório municipal do Recife pode-se obter o resultado do VDRL em menos de 5 dias, o que é considerado um bom tempo para definirmos o diagnóstico e se for preciso, iniciar precocemente o tratamento. Mas, segundo alguns profissionais das USFs que solicitam os exames para a gestante no pré-natal, alguns exames de VDRL chegam com mais ou menos um mês após a coleta e já aconteceram casos de nunca ter chegado o resultado ao seu conhecimento.

Diante desses problemas, o município vem realizando estratégias, como enviar resultados através de documento com cópia, diretamente para a USF e outro departamento envolvido no controle da doença, como a Vigilância Epidemiológica (VE), tentando garantir a devolução desses resultados e conhecimento por mais profissionais, para agilizar a ação, acompanhamento e controle nos casos positivos. Outra estratégia implantada em algumas USF foi a realização do teste rápido, em que o resultado é conhecido em poucos minutos, mas esta ação precisa ser ampliada para as demais USFs do município. Vale destacar que,

além de garantir a realização do exame nas gestantes, é importante obter o resultado em tempo hábil para iniciar as condutas que possam impedir um maior número de casos de SC no município do Recife.

Dificuldades	Nº	%
Demora do resultado dos exames	77	88,50
Outras dificuldades ligadas ao processo de trabalho do laboratório (perda do exame, limitação de cota de exame e ausência de reagente e outros materiais e qualidade do exame) .	10	11,50
Demora em iniciar o pré-natal	3	3,45
Falta de capacitação profissional	1	1,15
Falta de controle nos casos positivos	1	1,15
Dúvidas quanto à titulação	1	1,15
Resistência da gestante e parceiro	1	1,15
Dificuldade de acesso	1	1,15

Quadro 4 - Dificuldades referidas pelos profissionais* para o diagnóstico da sífilis na gestante. Recife, PE, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa

*Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

** Unidade de saúde da família

No que diz respeito às dificuldades relacionadas ao tratamento da gestante no seu serviço, a maioria dos profissionais, 17,65% (N=15), declarou a não realização do tratamento na própria USF, não aceitação da gestante ou parceiro, falta de KIT de emergência, falta de medicação, entre outras (Quadro 5).

Esses resultados em relação às dificuldades no tratamento na própria unidade retratam as várias percepções e desconhecimento dos profissionais em relação às atribuições da Atenção Básica no que se refere ao tratamento de uma gestante com sífilis ou qualquer outra pessoa em que precise ser aplicada a medicação Penicilina Benzatina. Existe uma insegurança dos profissionais para aplicação dessa medicação no ambiente da USF, em virtude dos riscos relacionados à anafilaxia que este medicamento provoca em alguns pacientes.

É importante ressaltar que as reações adversas às drogas inclusive a alergia à penicilina, não é situações comuns e muitas vezes são diagnosticadas de forma equivocada por muitos profissionais médicos ou outros da área de saúde. Podendo levar ao uso de outra droga que não seja relevante para o tratamento da sífilis, pois essa droga, apesar de antiga, é a única de escolha considerada eficaz no tratamento de mulheres grávidas (GRUMASH; FERRARONI, 2006).

Sabe-se que o risco de acontecer uma reação anafilática é entre 10 e 40 por 100.000 injeções aplicadas, com aproximadamente 2 óbitos por 100.000 tratamentos. Esses casos de reação à penicilina são, em sua maioria, benignos, e nos casos comprovados de alergia à penicilina deverá ser feita a dessensibilização com a Penicilina V oral em serviço hospitalar, conforme recomendação do MS, visando maior possibilidade de cura. Mas esta ainda não é vista, em nosso meio, como rotina terapêutica (BATISTA, 2001; UNICEF, MS \ 2008).

Vale destacar que a prescrição e administração da Penicilina pode acontecer na atenção básica e demais unidades do SUS, desde a Portaria 156 / GM\MS, de 19 de janeiro de 2006, que foi revogada. Atualmente, é a Portaria nº 3161, de 27 de dezembro de 2011, que está em vigor. Esta da mesma forma que a anterior, dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades da Atenção Básica à Saúde, no âmbito do SUS e, tem além do objetivo de reduzir a transmissão vertical da sífilis, visa esclarecer ao profissional da atenção básica quanto à realização da medicação na sua própria unidade, com segurança, e sem a necessidade de adequar a unidade como se fosse um serviço de atendimento de urgência

Com essas medidas, os serviços básicos de saúde tornam-se mais resolutivos, aumentam sua credibilidade diante da população e o vínculo dos usuários aos serviços, facilitando o acesso das gestantes e do(s) seu(s) parceiros sexual(is) ao tratamento da sífilis, contribuindo para a eliminação da SC (BRASIL, 2008).

Em relação à ausência de medicação nas unidades de saúde não é comum estar faltando essas medicações nas unidades, pois o município do Recife prioriza essa medicação e outras nos casos de eventos sentinelas ou doenças que precisem urgentemente da medicação para interromper a cadeia epidemiológica. É possível o profissional deixar de incluir essa medicação no pedido mensal da sua unidade ou que as unidades ligadas à farmácia da família não estejam realizando o pedido dessa droga, deixando faltar a medicação na própria unidade e encaminhando os pacientes para os serviços de referência. Essa é uma prática que não deveria acontecer pois, dependendo da distância da unidade referência ou o não atendimento,

por algum motivo, desse paciente na unidade, corre-se o risco da paciente não terminar o tratamento, com isso não será curada e mais casos de sífilis e SC poderão acontecer nesse município.

Dificuldades	Nº	%
Não realização do tratamento na USF	15	17,65
Falta de KIT de emergência	9	10,59
Recusa do técnico de enfermagem	4	4,70
Falta da medicação Penicilina	7	8,23
Insegurança do médico/recusa	4	4,70
Problema com infra estrutura na USF**	3	3,53
Não aceitação da gestante/parceiro	10	11,76

Quadro 5 - Dificuldades referidas pelos profissionais* para o tratamento da sífilis na gestante. Recife-PE, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa

*Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

**Unidade de Saúde da Família.

Em relação às dificuldades para o acompanhamento da sífilis na gestante, 33,78% (N= 25) profissionais mencionaram a demora dos exames de VDRL, 21,62 % (N= 16) adesão\ dificuldade com o parceiro, 6,76% (N=5) a gestante não retorna e não realização da medicação na unidade, tendo que encaminhar a gestante para outro serviço.

Os resultados apresentados no quadro 6, coincidem com as dificuldades reportadas ao profissionais em suas ações de acompanhamento à gestante com sífilis apresentadas por Dantas (2008), relacionadas ao laboratório, como a demora na entrega dos resultados e demanda reprimida. Se existem dificuldades nesse momento de acompanhamento, acredita-se que os profissionais estão deixando de realizar a solicitação mensal do VDRL ou de obter o seu resultado, não havendo condutas de acompanhamento adequadas, uma vez que é recomendado pelo MS, para acompanhamento adequado, a solicitação mensal do VDRL para toda gestante com diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2006a; 2010a).

De acordo com Dantas (2008), é preocupante a não realização de ações de

acompanhamento a uma gestante infectada, por esses profissionais que estão inseridos na ESF; existem equipes multiprofissionais cujo propósito, através de seus diversos saberes, é garantir uma assistência integral a essa gestante, nesse caso está ocorrendo a descontinuidade da atenção a essa paciente.

Vale destacar ainda a dificuldade de adesão ao tratamento pelo parceiro, a segunda dificuldade mais referida pelos profissionais, o que dificulta a cura da gestante com sífilis, quando esses não usam camisinha. Entretanto, o desconforto gerado pela aplicação intramuscular da Penicilina Benzatina pode estar influenciando a adesão ao tratamento não só pelo parceiro da gestante com sífilis; por isso outros medicamentos foram testados como alternativa e foi confirmado, através de estudos, que as drogas azitromicina e ceftriaxone equivalem à penicilina e são consideradas também eficazes e seguras para o tratamento da sífilis recente ou latente precoce; mas não são superiores à penicilina, devendo ser mantidas como a segunda opção de escolha (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; PASSOS et al., 2004) Vale lembrar que teria a vantagem de ser uma medicação oral, mas não tem resultados efetivos quanto a evitar a infecção congênita e pode contribuir para o tratamento inadequado da gestante.

Em um estudo sobre sífilis e gestação em população de puérperas comparando dois períodos (2006 e 2011), observou-se que, em ambos os períodos, todos os parceiros das gestantes infectadas não realizaram o tratamento, demonstrando a fragilidade do serviço de saúde (FIGUEIRÓ- FILHO et al., 2012).

De acordo com Macêdo et al.(2009), os profissionais de saúde não captam nem orientam os parceiros das gestantes com sífilis quanto ao tratamento da doença, demonstrando a fragilidade dos serviços de saúde em relação a uma assistência de qualidade, assim como o risco do tratamento ineficaz. Sendo assim, é evidente a necessidade de estratégia que informe a população geral e, em especial, uma atenção para a população mais vulnerável (prostitutas,usuários de drogas intravenosas etc.) sobre a doença, formas de evitá-la e importância do tratamento para a prevenção de novos casos de SC.

É fundamental o aconselhamento ao paciente para mostrar a importância do diálogo com o parceiro e o incentivo ao uso do preservativo na relação sexual. Essas medidas, mais a educação continuada das equipes de saúde, constituem um conjunto adequado de ações para a prevenção e o controle da sífilis (ROMPALO, 2001).

Dificuldades	Nº	%
Demora dos exames	25	33,78
Adesão/dificuldade com parceiro	16	21,62
Gestante não retorna ao Pré-natal	5	6,76
Resistência ao tratamento com penicilina	3	4,54
Área descoberta por ACS**	2	2,70
Não realização do exame	2	2,70
Outros	9	2,16

Quadro 6 - Dificuldades referidas pelos profissionais* para o acompanhamento da sífilis na gestante. Recife-PE, 2012.

Fonte: Dados da pesquisa

***Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.**

****Agente Comunitário de Saúde.**

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÕES

Embora mais da metade dos profissionais médicos e enfermeiros haviam realizado treinamento com temática da sífilis na gestação, o que demonstra que esses profissionais estão participando dos espaços de formação permanente, fundamental para uma boa prática, evidenciou-se na pesquisa um conhecimento parcial desses profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, com relação a várias ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis. Do total das respostas sobre conhecimento apenas 57% foram respondidas corretamente; o que é considerado inaceitável, por se tratar de uma doença como a sífilis, de fácil diagnóstico e tratamento e que vem sendo investido muito pelos órgãos responsáveis para seu controle.

Pode-se inferir que quase todos os profissionais sabem qual o tratamento que deve ser instituído durante a gestação, de acordo com o estabelecido pelo MS, ou seja, que o tratamento deve ser instituído de acordo com o estágio da doença, com penicilina benzatina, e finalizado 30 dias antes do parto, com tratamento concomitante do parceiro.

O estudo revelou que uma parcela dos profissionais só trata o parceiro após o seu resultado, aumentando a chance desse companheiro não ser tratado perdendo-se, conseqüentemente a oportunidade de cura da gestante. Sendo assim, tem que se pensar em estratégias que aumentem a frequência do parceiro nos serviços de saúde, idealmente durante todo o pré-natal.

O estudo também verificou que a maioria dos profissionais não conheciam a periodicidade mensal de solicitação do VDRL para controle de cura da gestante, dificultando a avaliação do tratamento adequado na gestante e a ocorrência de uma possível reinfecção, que contribui de modo relevante na manutenção da cadeia epidemiológica de transmissão vertical.

O estudo mostra que a maioria dos profissionais médicos que participaram da pesquisa prescreve a medicação para o tratamento da gestante com sífilis na atenção básica. Esses em sua maioria, são médicos, e referem ser esta sua atribuição. Já os enfermeiros, em sua maioria (59%) não reconhecem que a prescrição de medicações ligadas a programas de saúde pública, na ausência do médico, devem fazer parte de suas atribuições. Os motivos alegados foram: a inexistência de protocolo municipal; acreditar não fazer parte de sua atribuição e insegurança. Vale destacar que, mesmo com a prescrição da medicação na própria unidade que fez o pré-

natal, 17,65% das pacientes não são tratadas nessa Unidade.

No caso de gestante no 1º trimestre, com VDRL positivo na titulação 1 / 4, assintomática, sem história conhecida sobre tratamento ou diagnóstico da sífilis, mais de 50% dos profissionais referiram tratar essa gestante com esquema diferente do tratamento recomendado pelo MS. Alguns profissionais opinaram pela realização do exame de prova treponêmica e aguardar o resultado para iniciar o tratamento, contrariando a recomendação do MS de iniciar o tratamento da gestante com sorologia não treponêmica reativa independente da titulação encontrada.

O estudo identificou algumas dificuldades ligadas ao processo de trabalho relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento no serviço de saúde que influenciaram na assistência à gestante. O tempo de retorno do resultado à unidade foi a mais referida pelos profissionais, levando ao diagnóstico tardio da doença e, conseqüentemente, ao atraso nas condutas que devem ser realizadas nas gestantes que têm a doença.

O estudo evidenciou que muitos profissionais ainda se sentem inseguros em realizar a aplicação da Penicilina Benzatina na própria USF, em virtude dos possíveis riscos relacionados à anafilaxia que este medicamento provoca em alguns pacientes.

Face ao exposto, é preciso que a gestão de Recife\PE incorpore estratégias de acompanhamento dessa assistência pré-natal, que permita adequações oportunas no processo de trabalho com a introdução de ações que estimulem o cumprimento, com qualidade, das condutas já estabelecidas pelo MS para prevenção da SC e que melhorem a atenção à saúde da gestante como um todo no âmbito da atenção básica.

Sugere-se, ainda, que continuem sendo realizadas ações de Educação Permanente, que abordem a temática da sífilis, da atenção humanizada e etc., de forma a motivar nesses profissionais mudança de suas práticas, com a incorporação do trabalho em equipe para a realização de uma assistência pré-natal integral e mais humanizada, especificamente às gestantes com sífilis, e com outras intercorrências que ameaçam à saúde e à vida de mãe e seus recém-nascidos.

7 REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J.L.M.A. Atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, a.1,n.1,jan./ jun.2002.

ANDRADE, R.FV., et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL Reagente. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.23, n.4, p.188- 193, 2011.

ARAÚJO, M.A.L.; LEITÃO, G. C. M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.21, n. 2 , mar. / apr. 2005

ARAÚJO, S.M., et al.. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. Veredas Favip, **Revista Eletrônica de Ciências**, v.3, n. 2, jul \ dez. 2010.

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

BATISTA, R. S. **Medicina tropical: abordagem atual das doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro : Cultura Médica, 2001.

BRASIL. Decreto n. 94.406 / 87. **Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986** . Brasília, 30 de março de 1987. Disponível em: < [http: \\ WWW. Portalcofen.gov.br](http://WWW.Portalcofen.gov.br) / 2013. Acesso em: 05 mar. 2013.

BRASIL. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 de dezembro de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Bases técnicas para eliminação da Sífilis Congênita**. Brasília, 1993.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Projeto de eliminação da sífilis congênita. **Manual de assistência e vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-Natal: manual técnico**. Brasília 2000.

_____. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001.

_____. **Programa de Humanização do Parto, pré-natal e Nascimento.** Brasília, 2002.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2005a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – Brasília, 2005b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília, 2005c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita.** Manual de bolso. Brasília, 2006a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Situação de saúde.** Brasília, 2006b.

_____. **Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006.** Brasília, 2006c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília, 2007a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Plano Operacional para redução vertical do HIV e da Sífilis.** 2007 b.

_____. **Política de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS.** Portaria GM \ MS Nº 1.996 , agosto de 2007c .

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. In: **SIMPÓSIO MINEIRO DE COMBATE À SÍFILIS E SÍFILIS CONGÊNITA.** Belo Horizonte, 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 8.ed.rev. Brasília, 2010a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza Sus**. Brasília, 2010b. 242p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**, Brasília, a8, n.1, jan.\jun, 2011a.

_____. **Portaria Nº 3.161, de 27 dezembro de 2011**. Brasília, 2011b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**, Brasília, a.1 n.1, 2012.

_____. Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab). Portaria nº 81, de 21 de janeiro de 2013. **Diário Oficial da União**. Brasília, n.15, sec.1, p.17, 22 jan 2013.

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

BRITO, R. S; FERREIRA, A.K.O. Prevenção da sífilis congênita em um município do Rio Grande do Norte. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.4, n.1, p.30-35, jan. / jun., 2003.

BROWN, W. J.; DONOCHE, J. F.; AXNICK, N. W.; BLOUNT, J. H. ; EWE, N.H.; JONES, O. J. **Syphilis and other venereal diseases**. Cambridge: Harvard University Press, 1970.

CAMPANA, G.A.; OPLUSTIL, C.P.; FARO, L.B. Tendências em medicina laboratorial. **Jornal Brasileiro de Patologia Médica Laboratorial**, Rio de Janeiro, v.47, n.4, agos. 2011.

CAMPOS, A.L.A.; ARAÚJO, M.A.L.; MELO S.P.; GONÇALVES, M.L.C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.9, p. 1747-1755, 2010.

CAMPOS, C.V. ; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p. 347- 368, mar. / abr 2008.

CAMPOS, F. E., et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, mai / ago, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica – Diretrizes. **Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica**. v. 3, out. 2007.

CAMPOS, J. E. B., et al. Significado laboratorial dos baixos títulos do VDRL para sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.12-17, 2008.

CANESQUI, A.M.; SPINELLI, M.A.S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1881-1892, set. 2006.

CAVALCANTE, M.S., et al. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do Nordeste. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, p. 131- 138, 2004.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER,L.C.M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v. 14, n.1, p.41-65, 2004.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for HIV, STD and TB Prevention. **The national plan to eliminate syphilis from the United States**. Atlanta; CDC, 1999.

CICONI, R. C. V.; VEREANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, abr. / jun. 2004.

CONGENITAL syphilis-United States, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v.50, n.27, p. 573- 577, 2001.

CONGENITAL Syphilis United States, 2003--2008. **Morbidity and Mortality Weekly Report** . CDC, 2010.

CORDEIRO, H., et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Ofício Circular nº 0087 / 2011 / GAB PRES., 04 de agosto de 2011.

COSTA, A.M.; GUILHERME, D.; WALTER, M.I.M.T. Atendimento a gestante no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5,p.768-774, 2005.

COUTINHO, T., et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.25, n. 10, p. 717- 724, nov./ dez. 2003.

CUNHA, M.A.; MAMEDE, M.V.; DOTTO, L.M.G.; MAMEDE, F.V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 13, n.1,p. 145 -153, 2009.

DANTAS, J. C. **Condutas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na Estratégia Saúde da Família quanto a detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis**. 2008, 111p. Dissertação. Faculdade de Enfermagem, natal, 2008.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, v. 48, p.533-552, 2001.

DE LORENZI, D. R. S., et al. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul- RS no período de 1998-2002. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 17, n. 1, p. 5-9, 2005.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como indicador de assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

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

DOTTO, L.M.G.; MOULIN, N.M.; MAMEDE, M.V. Cuidado pré-natal: dificuldades experimentadas por enfermeiros. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n.5, p.682 -688, 2006.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno- fetal da Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n.2, p.157-165, maio / ago.,2002.

FERNANDES, A.M.S; ANTONIO, D.G; BAHAMONDES, L.G; CUPERTINO, C.V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.16, supl.1, 2000.

FERNANDES, R. C., et al. Análise de casos de Sífilis Congênita na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, Rj. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3, p. 157-161, 2007.

FIGUEIRÓ- FILHO, E.A., et al.. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.14, n.1, p.32-37, 2012.

GALAVOTE , H.S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil) .**Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 n.1, jan. 2011.

GALBAN, E.; BENZAKEN, A.S. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, p.166-172, 2007.

GALVÃO, C. Médicos demais, qualidade baixa. **Jornal do Brasil**. Brasília, 11 / 01 / 2006. Disponível em < http://www.agecom.df.gov.br/042/04299010.asp?ttCD_CHAVE=25073>, Acesso em : 08 nov. 2012.

GALLETA, M. A. **Como surgiu o pré-natal?** Disponível em: <http://www.clubedobebe.com.br>. Acesso em: 08 de novembro de 2012.

GENÇ, M.; LEDGER, W.J. Syphilis in pregnancy. **Sexually Transmitted Infections**, v.76, n.2, p.73-79, 2000.

GOMES, K. O., et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, dez. 2009.

GONCALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R.A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do Sisprenatal. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

GRUMASH, A. S.; FERRARONI, N. R. O papel da penicilina na medicina moderna. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 18, n. 1, p. 7-13, 2006.

HINRICHSEN, S. L. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 2005.

IBGE. **Contagem da população 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 28/02/2013.

JÁCOME, E.M. **Deteção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró – RN**. 2009.99f
Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009.

KAMB, M.L., et al. A road map for the global elimination of Congenital Syphilis. Division of STD Prevention (DSTDP), International Activities Unit, U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Obstetrics and Gynecology International**, 2010.

KOFFMAN, M.D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, supl.1,dez.,2005.

KUNII, M.S.; MILANEZ, H.M.B.P.M. **Avaliação de conhecimento, atitude e prática de tocoginecologistas da região de Campinas frente à triagem sorológica de sífilis na gestação e prevenção de sífilis congênita. São Paulo**. Programa de Iniciação Científica da FCM-Unicamp, 2010.

LIMA, B.G.C. Abordagem da sífilis como indicador da qualidade da assistência pré-natal em Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.28,n.1, p. 9-18, jan. / jun., 2004.

LIMA, S.G., et al. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.93, n.6, dez. 2009.

LOURENÇÃO, L.G; SOLER, Z. A.S.G. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. **Arquivo Ciência Saúde** 2004, p. 158-62 jul-set.

MACÊDO, V. C., et al. Avaliação das ações de prevenção da Transmissão Vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1679-1692, ago. 2009.

MACHADO, M. H. Programa Saúde da Família no Brasil- algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUZA, M.F.(Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Ed Hucitec, 2002.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARINHO, L.A.B., et al. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n.5, p. 82-576, 2003.

MEDRONHO, R.A. et al.. **Epidemiologia**. 2ª Ed. São Paulo: Ateneu, 2009.

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

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro , v.30, n.7, jan-jul. 2008.

MOURA, E.R.F.; HOLANDA JÚNIOR, F.; RODRIGUES, M.S.P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião da saúde do Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p. 1791- 1799, nov. / dez., 2003.

NASCIMENTO, M.I., et al . Gestação complicada por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.2, p.56-62, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Eliminação mundial da Sífilis Congênita: fundamenta o lógica e estratégia para a o. 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Eliminación de la Sífilis Congênita em América Latina y El Caribe. Marco de Referência para su implementación. 2005.

PASSOS , M.R.L., et al. Estudo da equivalência entre azitromicina e penicilina G benzatina no tratamento da sífilis, DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.16, n.1, p.52-66, 2004.

PAZ, L.C., et al. Vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: defini o de casos, 2004. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST** , a. 1, n.1, jan.-jun. 2004.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde . Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos. Gerência de Preven o e Controle da Aids e outras DST. **Boletim Epidemiológico**, Recife, a. 1, n. 6, 2012.

PICCINI, R.X et al. Efetividade da aten o pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, p. 75-82, jan. / mar., 2007.

RECIFE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n  020, de 3 de abril de 2002. Diário Oficial da Prefeitura do Recife, **Caderno do Poder Executivo**, edi o 196, 2002.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde**. Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS. Recife, 2006-2009. p. 101.

RECIFE. Prefeitura municipal. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. Gerência de Atenção às DST/Aids. **Boletim Epidemiológico DST & Aids**, a.10, n.1, dez. 2011.

RECIFE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. Gerência de Atenção às DST/Aids e Hepatites Virais . **Boletim Epidemiológico DST & Aids**, Recife, a. 11, n. 2, 2012.

REVOLLO, R.; TINAJEROS, F.; HILARI, C.; GARCIA, S.G.; ZEGARRA, L.; DÍAZ-OLAVIARRETA, C., et al. Sífilis materna y congênita en cuatro provincias de Bolivia. **Salud Pública México**, v. 49, p.422-428, 2007.

ROMPALO A.M. Can syphilis be eradicated from the world? **Current Opinion of Infections Diseases**, v.14, p.41-44, 2001.

ROUQUEIROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANCHEZ, P. J; WENDEL, G. D. Syphilis in pregnancy. *Clinics in Perinatology*. v. 24, p. 71-90. 1997.

SANTOS JÚNIOR, A., et al. Sorologia para sífilis: os médicos estão capacitados a interpretá-la? **Anais Brasileiros de Dermatologia**, São Paulo, v. 82, n. 2, p. 183-185, 2007.

SANTOS, N.J.S., et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Revista de Saúde Pública**, v.36, p. 12-23, 2005.

SANTOS, S.L.; CABRAL, A.C.S.P.; AUGUSTO, L.G.S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciência. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16 supl.1, 2011.

SÃO PAULO. Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica- Secretaria de Políticas de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.3, June 2000.

SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da Sífilis Congênita na redução da morbimortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.19, p. 1341-1349, 2003.

SARACENI, V. et al . Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Caderno Saúde Pública**, v.21, n. 4, Rio de Janeiro, 2005.

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

SARACENI, V., et al. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.16, n.2, jun. 2007.

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

SCHETINI, J., et al. Estudo de prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói/RJ. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 18-23, 2005.

SCHMID, G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. **Bulletin of the World Health Organization**, v.82, p. 402- 409, 2004.

SERRUYA, S.; CECATTI, J. G. ; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, no 5, set. \ out. 2004.

SERRUYA, S.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

SILVA, D.M.A. **Conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em fortaleza** - CE. 2010. 64f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

SINGH, A.E. ; ROMANOWSKI, B. **Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features**. Alberta: Health STD Service and Department of Medicine, University of Alberta. www 01/ 11 / 2012.

STUMM, K.E.; SANTOS, C.C.; RESSEL,L.B. Tendência de estudos acerca do cuidado pré-natal na enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem de MFSM**, v.2, n.1, p.165- 173, jan. \ abr. 2012.

SUCCI, R. C. M., et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, dez. 2008.

UNICEF. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e Aids. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu município (Guia do Gestor)**. Brasília, 2008.

VALDERRAMA J.; ZACARIAS F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, p.611- 617, 2004.

VELLOZO, V.; DOMINGUES, R.; SARACENI, V. Vigilância da Sífilis na gravidez. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n. 2, p. 103-111, 2007.

VERONESI : **tratado de infectologia** 3ª ed. Editor científico Roberto Focaccia. São Paulo : Editora Atheneu , 2005.

VICTOR, J.F.; BARROSO, L.M.M.; TEXEIRA, A.P.V.; AIRES, A.S.; ARAÚJO, I.M. Sífilis Congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 113-9, 2010.

WOLF T.; SHELTON, E.; SESSIONS, C.; MILLER, T. Screening for syphilis infection in pregnant women: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation recommendation statement. *Annals International de Medicina*, v.150, p.710-716, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Congenital Syphilis strategy action for the global elimination of Congenital Syphilis: rationale and strategy**. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, 2008.

8 APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais das Unidades de Saúde da Família
sobre Sífilis em gestantes na cidade do Recife.**

Questionário N° _____

1ª Parte: Caracterização dos Sujeitos

1. Categoria profissional

1. () Médico 2. () Enfermeiro

2. Idade: _____ - **Sexo:** 1.M () 2.F ()

3. Tempo de graduado (a): _____

(Em anos completos)

4. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF): _____

(Em anos completos)

5. Você realiza a consulta de pré-natal ?

1. Sim () 2. Não ()

6. Já participou de algum treinamento\ capacitação em relação ao atendimento à gestante com sífilis?

1. () Sim 2. () Não

7. Se sim esse treinamento foi:

1. () Antes de ingressar na ESF

2. () Após ingressar na ESF

8. Quantas vezes participou de treinamento\ capacitação em relação ao atendimento à gestante com sífilis? _____ Durante quanto tempo: _____

Quem promoveu este treinamento? _____

2ª Parte: Conhecimento

1. Com relação à ocorrência de sífilis em gestantes no Brasil e a ocorrência de sífilis congênita, você pensa que a situação epidemiológica atual é:

- 3 controlada, com uma baixa ocorrência de sífilis durante o pré-natal e de sífilis congênita.
- 4 não controlada, com uma epidemia de sífilis em mulheres jovens e uma alta ocorrência de sífilis congênita.
- 5 problema controlado com relação à sífilis congênita, porém com alta prevalência em gestantes.
- 6 não sabe

2. A Sífilis se caracteriza em duas fases : recente e tardia. A fase recente se caracteriza por:

1. apresentar menos de 6 meses de evolução.
2. apresentar mais de seis meses de evolução.
3. apresentar menos de 2 anos de evolução .
4. apresentar menos de 1 ano de evolução
5. nenhuma das respostas anteriores.

3. Você conhece os sinais\ sintomas característicos da sífilis ?

- a. Sim. Quais? _____
- b. Não

4. O Ministério da Saúde recomenda que as mulheres grávidas durante o pré-natal devem ser testadas para sífilis:

- 1). Durante o 1º, 2º. e 3º. trimestres de gravidez
- 2). Apenas no 1º. Trimestre de gestação
- 3). No 1º e 3º. Trimestres de gravidez
- 4). No 2º. e 3º. Trimestre de gestação
- 5). Não Sabe

5. São testes não treponêmicos para diagnóstico da sífilis:

1. Elisa e TPHA
2. FTA-Abs e VDRL
3. VDRL E RPR
4. RPR E FTA-ABS
5. Não Sabe

6. Para se considerar que a mãe foi adequadamente tratada durante a gestação o tratamento deve ser:

1. () Completo e adequado ao estágio da doença, finalizado dentro dos 30 dias anteriores ao parto, ausência de queda ou elevação dos títulos (VDRL) após tratamento adequado.
2. () Completo e adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.
3. () Completo e adequado ao estágio da doença, parceiro não tratado, com penicilina.
4. () Ausência de queda no VDRL, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto.
5. () Nenhuma das respostas.

7. Uma gestante que você está acompanhando na atenção primária apresenta VDRL reagente (titulação de 1:1). Como você procede?

- 1) () Solicita o teste confirmatório.
- 2) () Trataria a gestante conforme a situação epidemiológica com penicilina benzatina 7.200.000
- 3) () Não inicio o tratamento pois se trata de uma cicatriz sorológica
- 4) () Encaminhamento para um serviço de referência
- 5) () Tomaria outra atitude. Citar _____.

8. Gestante com VDRL reagente que nunca recebeu tratamento para sífilis anteriormente e apresenta manchas exantemáticas pelo corpo. Qual o tratamento recomendado?

1. () Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única).
2. () Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos.
3. () Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de três dias.
4. () Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de 7 dias.
5. () Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de 7 dias.
6. () Não Sabe

9. Gestantes, comprovadamente alérgicas a penicilina, devem ser tratadas com:

1. () Tetraciclina
2. () Amoxicilina
3. () Estearato de eritromicina
4. () Doxiciclina
5. () Não Sabe

10. Gestante recentemente tratada para sífilis, apresenta elevação da titulação cerca de 4 vezes em comparação com o último VDRL realizado:

1. Não necessita de tratamento visto que esta gestante foi tratada recentemente
2. Trata novamente a gestante
3. Trata a gestante e verifica se o tratamento do parceiro foi realizado.
4. Nenhuma das respostas

11. Gestante com VDRL reagente, a conduta em relação ao parceiro será:

1. Solicitaria VDRL e trataria de acordo com o resultado.
2. Tratá-lo com a mesma dose da gestante, independente do resultado do exame.
3. Aguarda se a gestante apresenta elevação dos títulos no mês seguinte para tratá-lo.
4. Não trataria se ele não apresentasse sinais e/ou sintomas.

12. O controle de cura na gestante é realizado:

1. A cada 2 meses
2. A cada 15 dias visto a rápida proliferação do Treponema
3. Mensalmente
4. A cada 3 meses
5. Não Sabe

Práticas

13. Caso você atenda uma gestante com sífilis, este caso é notificado?

1. Sim Por quem? _____
2. Não

14. Você solicita o VDRL durante as consultas de pré-natal?

1. Sim Em quais semana(s) gestaciona(is)? _____
2. Não

15. Em caso de uma gestante com sífilis, você solicitaria mais algum exame?

1. Sim
2. Não

16. Qual desses exames você solicitaria ?

1. Só HIV
2. HIV e o exame confirmatório
3. Só o confirmatório
4. Outros _____

17. Você consulta algum material para prescrever a medicação usada no tratamento da sífilis na gestantes?

1. Sim ()
 2. Não ()
- Se sim, qual? _____

18. Você prescreve a medicação para o tratamento da sífilis na gestante?

1. Sim ()
2. Não ()

19. Caso tenha respondido não, por quê?

1. () Não faz parte de minhas atribuições
2. () Não existe protocolo no município
3. () Sinto insegurança em realizar este procedimento
4. () Outro motivo _____

20. E qual a procedência que você tomaria diante deste caso da questão 19 ?

1. () Encaminharia para outro profissional da mesma equipe ou unidade
2. () Informava a gestante que outro serviço poderia lhe atender
3. () Entrava em contato com outro serviço e encaminharia a gestante
4. () Encaminharia a gestantes para outro serviço garantindo o transporte

21. Você realiza alguma intervenção sobre o parceiro dessa gestante com Sífilis?

1. Sim ()
2. Não ()

22. Se sim, qual intervenção sobre o parceiro você realiza?

1. () Apenas solicito o VDRL
2. () Solicito o VDRL e, se positivo, faço o tratamento
3. () Solicito o VDRL e encaminho para outro profissional (médico)
4. () Solicito o VDRL e inicio o tratamento
5. () Outras _____

23. Como você acompanharia o tratamento da gestante com sífilis?

1. () Apenas solicito o VDRL
2. () Solicito o VDRL + USG obstétrica
3. () Solicito o VDRL + USG obstétrica + exame físico do Recém-nascido
4. () Solicito o VDRL + exame físico do Recém-nascido
5. () Não acompanharia
6. () Outros _____

24. No caso de uma gestante de segundo trimestre com VDRL positivo na titulação de 1/32 e TPHA (FTA ABS) positivo, sem antecedente de tratamento prévio para sífilis, com desconhecimento total sobre o agente e sem qualquer sinal clínico. Qual seria a conduta mais apropriada:

1. () Tratar a gestante com eritromicina por 30 dias
2. () Tratar a gestante com penicilina benzatina, na dose de 2.400.000 unidades por semana, por 3 semanas seguidas (dose total de 7.200.00U), além de investigar/tratar o casal
3. () Não há necessidade de tratamento, pois se trata de título baixo e provável reação cruzada ou cicatriz sorológica
4. () Tratar a gestante com penicilina benzatina, na dose de 2.400.000 unidades por semana, por 2 semanas seguidas (dose total de 4.800.000U), além de investigar/tratar o casal.
5. () Tratar o casal com penicilina benzatina, na dose de 2.400.000 unidades em uma única aplicação.
6. () Outra Conduta. Qual? _____
7. () Não Sabe

25. No caso de uma gestante de primeiro trimestre, com resultado de VDRL de 1/4 e assintomática, sem história conhecida sobre tratamento ou diagnóstico de sífilis. A condução obstétrica mais apropriada para o caso dessa questão é:

1. () aguardar resultado de prova treponêmica específica (TPHA ou FTA ABS) , já que a probabilidade de ser reação cruzada com síndrome antifosfolípide é a mais provável
2. () pedir prova treponêmica; se não for possível realizar esse exame, tratar o casal com a dose de 7.200.000 unidades de penicilina benzatina, já que provavelmente se trata de sífilis latente indeterminada
3. () não há necessidade de pedir prova treponêmica, já que o título é baixo e trata-se falso positivo
4. () tratar o casal como doença recente com penicilina benzatina, na dose de 2.400.000 unidades de penicilina
5. () pedir prova treponêmica; se não for possível realizar esse exame, tratar apenas a gestante com a dose de 7.200.000 unidades de penicilina benzatina.
6. () Outra Conduta. Qual? _____
7. () Não Sabe

Relacionadas as Atitudes que contribuem para prevenção da Sífilis Congênita

26. Quais atitudes humanísticas que você adotaria para cada gestante infectada por sífilis?

Dificuldades:

27. Em seu serviço você encontra, ou já encontrou, alguma dificuldade para realização do diagnóstico da sífilis na gestante? 1.Sim () 2.Não (). Quais?

28. Em seu serviço você encontra, ou já encontrou, alguma dificuldade para realização do tratamento da sífilis na gestante? 1.Sim () 2.Não (). Quais?

29. Em seu serviço, você encontra, ou já encontrou, alguma dificuldade para realização do acompanhamento da sífilis na gestante? 1.Sim () 2.Não (). Quais?

APENDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO****CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa: **Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre Sífilis em Gestantes na cidade do Recife-PE**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco pelo endereço : Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE \ Fone : (81) 2126.8588 \ e-mail cepccs@ufpe.br.

Título do Projeto: Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre Sífilis em Gestantes na cidade do Recife-PE.

Pesquisador (a) Responsável: Suely Ferreira Gomes

Endereço: R. Conde de Irajá, 1008. Torre- Recife-PE

Telefone: 99247510\ 88573164

Solicito a sua colaboração para participar da pesquisa, que tem por objetivo analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família acerca da sífilis na gestação na cidade do Recife.

Se concordar em participar, pediremos que responda a um questionário com perguntas fechadas e abertas, e deverá ser respondido e devolvido a pesquisadora durante a permanência na unidade, em horário a ser combinado. No questionário você será abordado em relação aos conhecimentos sobre a doença e à sua forma de atuação diante de uma gestante com sífilis, ou seja, o que você conhece sobre o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação.

Considerando que este estudo visa à coleta de informações sobre a forma com que os profissionais realizam o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis, não se espera que você tenha nenhum problema em consequência de sua participação porque as questões a responder oferecem riscos mínimos de saúde ou de desconforto.

Esperamos que, a partir dos resultados deste estudo, possamos contribuir para a melhoria da assistência prestada no pré-natal das Unidades de Saúde da Família.

Salientamos que sua participação é voluntária e que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento ou não responder as questões que lhe causem constrangimento, mesmo que tenha assinado este termo.

As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com propósito científico. O(s) pesquisador (es) e os membros envolvidos neste estudo, terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem, contudo, violar a confidencialidade. Os autores se comprometem a enviar cópias do artigo final para os profissionais e autoridades de saúde, que poderá ainda contribuir com subsídios para a elaboração de programas de educação continuada.

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

Eu, _____, RG \ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre Sífilis em Gestantes na cidade do Recife-PE**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador (a) **Suely Ferreira Gomes** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de minha assistência.

Recife, ____ de _____ de 2012

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome da Testemunha

Assinatura da Testemunha

Nome da Testemunha

Assinatura da Testemunha

9 ANEXOS

ANEXO A




[principal](#)
[ajuda on-line](#)
[ajuda](#)
[sair](#)

Suely Ferreira Gomes - Pesquisador | V2.3
 Sua sessão expira em: 38min 20

Cadastros

DETALHAR PROJETOS DE PESQUISA

Pesquisa

Título da Pesquisa: Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre Sífilis em gestantes na cidade do Recife- PE
 Versão: 1
 CAAE: 01336112.2.0000.5208
 Submetido em: 13/03/2012
 Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
 Situação: Aprovado

Documentos do Projeto:

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Parecer Consubstanciado do CEP	Aceito	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP.pdf	29/03/2012 06:56:55
Projeto de Pesquisa	Aceito	PB_RELATORIO_PESQUISA_13361.pdf	13/03/2012 10:13:24
Interface REBEC	Aceito	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	13/03/2012 10:13:23
TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Aceito	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UFPE.docx	13/03/2012 10:10:26
Projeto de Pesquisa	Aceito	PB_RELATORIO_PESQUISA_13361.pdf	08/03/2012 10:30:06
Interface REBEC	Aceito	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	08/03/2012 10:30:05
Folha de Rosto	Aceito	Folha de rosto.pdf	08/03/2012 10:27:07
Outros	Aceito	CARTA DE ANUIÊNCIA.docx	04/03/2012 01:10:45

Tramitação:

CEP Trâmite	Situação	Data Trâmite	Parecer
Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS	Submetido para avaliação do CEP	08/03/2012	
Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS	Rejeição do PP	08/03/2012	
Inserir cronograma detalhado Inserir orçamento detalhado TCLE - adequar conforme a Resolução 196/96-CNS e modelo do CEP-CCS			
Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS	Submetido para avaliação do CEP	14/03/2012	
Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS	Aceitação do PP	14/03/2012	
Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS	Parecer liberado	29/03/2012	

Levando-se em consideração adequação do protocolo pode-se acatar a sua aprovação. Informamos ao pesquisador que este protocolo foi aprovado, inicialmente, para a coleta de dados. Após sua conclusão, deverá ser enviado ao CEP relatório definitivo do trabalho, a fim de ser emitido ofício de aprovação final da Pesquisa.

[Voltar](#)
[Notificar Evento](#)

ANEXO B**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Suely Ferreira Gomes**, pesquisadora do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, a desenvolver pesquisa nas Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I ao VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre Sífilis em gestantes na Cidade do Recife”**, sendo orientada por Solange Laurentivo dos Santos.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 15 de fevereiro de 2012.

Cinthia Kalyne de A. Alves

Diretora Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Cinthia Kalyne de A. Alves
Diretora Geral de Gestão do Trabalho-DG,
Secretaria de Saúde
Matr. 89.642-0