

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS EM FORTALEZA¹

Denise Maia Alves da Silva², Maria Alix Leite Araújo³, Raimunda Magalhães da Silva⁴, Roumayne Fernandes Vieira Andrade⁵, Heber José de Moura⁶, Ana Beatriz Barbosa Esteves⁷

¹ Artigo originário da dissertação - Conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza-CE, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), em 2010.

² Mestre em Saúde Coletiva. Professora titular da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza. Ceará, Brasil. Email: denisefmaia@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora de Mestrado de Saúde Coletiva da UNIFOR. Ceará, Brasil. E-mail: mleite@unifor.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora de Mestrado de Saúde Coletiva da UNIFOR. Ceará, Brasil. E-mail: rmsilva@unifor.br

⁵ Mestre em Saúde coletiva. Consultora da Gerência Operacional de DST Aids e Hepatites Virais do Estado da Paraíba. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: roumaynefv@hotmail.com.

⁶ Doutor em Administração. Professor de Mestrado de Administração. Ceará, Brasil. E-mail: heberm@unifor.br

⁷ Programa de Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica da Universidade Estadual do Ceará. Ceará, Brasil. E-mail: biazinhaesteves.abe@gmail.com

RESUMO: Objetivou-se verificar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis. Estudo transversal, em Fortaleza-CE, Brasil, de agosto a outubro de 2009. Utilizou-se questionário autoaplicado, considerando respostas corretas aquelas consoante às recomendações do Ministério da Saúde. Utilizou-se análise univariada, com distribuições de frequências, médias e desvios padrão. Participaram 269 profissionais, 44,7% com seis a dez anos de atuação na saúde da família; 60% das perguntas foram respondidas corretamente sobre o conhecimento destes da seguinte forma: 75,8% conheciam o período de solicitação do exame *Venereal Disease Research Laboratory*; 78,1%, a droga alternativa para tratamento da gestante alérgica à penicilina; 55,1% a periodicidade de solicitação do VDRL para controle de cura; e 50,2%, a conduta diante do parceiro sexual. Os profissionais de saúde pesquisados não detinham conhecimento adequado acerca das ações preventivas e do controle da sífilis congênita.

PALAVRAS CHAVE: Sífilis. Sífilis congênita. Gestantes. Saúde da família. Conhecimento.

KNOWLEDGE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS REGARDING THE VERTICAL TRANSMISSION OF SYPHILIS IN FORTALEZA-CE, BRAZIL

ABSTRACT: The aim of this study was to investigate the knowledge of family health strategy professionals regarding the prevention and control of the vertical transmission of syphilis. This cross-sectional study was carried out in Fortaleza, Ceará, Brazil, from August to October 2009. A questionnaire was used, with its correct answers being in line with the recommendations of the Ministry of Health. Univariate analysis was carried out, with frequency distribution, mean and standard deviation. A total of 269 professionals participated, 44.7% had 6 to 10 years of experience in the FHS, and 60% of the questions regarding their knowledge were answered correctly: 75.8% were aware of the request period of the Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) test; 78.1% of the alternative drug for the treatment for pregnant women allergic to penicillin, 55.1% of the request period for VDRL for cure and control, and 50.2% of the conduct with a sexual partner. It was concluded that healthcare professionals are unaware of the appropriate actions for the prevention and control of congenital syphilis.

KEYWORDS: Syphilis. Congenital syphilis. Pregnant women. Family health strategy. Knowledge.

CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA SÍFILIS EN FORTALEZA, CE

RESUMEN: El objetivo fue verificar el conocimiento de profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia, con relación a las acciones de prevención y control de la transmisión de la sífilis. Estudio transversal, en Fortaleza-CE, Brasil, realizado de agosto a octubre/2009. Se utilizó cuestionario autoaplicado, se consideró como respuestas aquellas que eran consonantes con las recomendaciones del Ministerio de Salud. Se utilizó el análisis univariado, con distribuciones de frecuencias, medias y desviaciones estándar. Participaron 269 profesionales, 44,7% tenían 6-10 años de experiencia en la estrategia, y 60% de las preguntas fueron respondidas correctamente sobre el conocimiento: 75,8% conocía el período de aplicación de la prueba de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL); 78,1% conocía la droga alternativa para el tratamiento farmacológico de mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina; 55,1% sabía los intervalos para solicitar VDRL para control y cura; y 50,2% conocía la conducta delante del compañero sexual. Los profesionales de la salud no poseían conocimiento adecuado sobre las acciones para prevención y control de la sífilis congénita.

PALABRAS CLAVE: Sífilis. Sífilis congénita. Mujeres embarazadas. Estrategia de salud familiar. Conocimiento.

INTRODUÇÃO

A dificuldade de tratamento e controle da sífilis no período gestacional é um problema de saúde pública grave e, apesar de existirem políticas de saúde definidas e oficializadas na grande maioria dos países,¹ inclusive no Brasil,² a Sífilis Congênita (SC) ainda é retratada como uma problemática mundial que vem preocupando organismos nacionais e internacionais responsáveis pela saúde da população.³

Consta-se que mundialmente são mais de doze milhões de casos novos de sífilis, e no mínimo meio milhão de crianças apresentam a doença. Além disso, a sífilis materna resulta ainda em meio milhão de abortos e natimortos.⁴ No Brasil, de 1998 a junho de 2009, notificaram-se 55.124 casos de SC em menores de um ano de idade. Dos 1010 casos registrados em 2008, 39% foram da região Sudeste do Brasil, 33,9% no Nordeste, 13,4% no Norte, 7,3% no Sul e 6,3% no Centro-Oeste, sinalizando abrangência nacional da doença.⁵

Em 2009, registraram-se 4.536 casos de sífilis em mulheres grávidas, continuando ainda em primeira posição a região Sudeste com uma redução mínima para 30%, e em segundo lugar também a mesma do ano anterior (Região Nordeste), também reduzida para 24,8%.⁶ Por ano, são informadas médias de cinco mil casos da doença com uma estimativa que cerca de 50 mil parturientes com diagnóstico de sífilis.⁷ Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS),⁸ em seis capitais brasileiras, encontrou prevalência de sífilis em gestantes em torno de 2,6%, cuja cidade de Fortaleza apareceu com prevalência de 2,3%.

Apesar de serem considerados de notificação compulsória, os registros de sífilis em gestantes e de SC ainda se encontram muito abaixo do estimado, demonstrando deficiências importantes na qualidade das informações e dificultando análise mais apurada da dimensão do problema.⁹ A despeito de ter aparecido mais recentemente, o HIV/aids tem ações de vigilância e prevenção mais estruturadas, isso sem considerar que a SC é uma infecção neonatal bem mais prevalente.¹⁰

Vale ressaltar ainda que a sífilis, doença ainda persistente de forma mundial de saúde pública, passada de mãe para filho, torna-se essencial indicador para avaliar a qualidade nas consultas de pré-natal, explanando quaisquer deficiências tanto como técnicas ou de caráter estrutural.¹¹

Algumas situações contribuem para a persistência da sífilis,¹² dentre as quais se destacam

a fragilidade na dinâmica operacional dos serviços de saúde e a baixa qualidade da assistência pré-natal, comprometendo a implementação das recomendações para seu controle.^{12,13}

Estudo realizado em Belo Horizonte-MG mostra que 79% das mães de crianças que nasceram com SC receberam alguma consulta pré-natal. Destas, 55% tiveram o diagnóstico de sífilis na gravidez, e em 66% de todos os casos o parceiro não foi tratado.¹² É possível perceber que mesmo quando o diagnóstico da sífilis ocorre durante a assistência pré-natal, algumas mulheres não são adequadamente tratadas,^{12,14} demonstrando a fragilidade dessa assistência. Por outro lado, um estudo que analisou a percepção de mulheres a respeito da sífilis demonstrou que as mesmas sentem culpa por terem transmitido a infecção para o bebê e responsabilizam os parceiros,¹⁵ situação que pode estar dificultando o encaminhamento adequado dos casos pelos profissionais de saúde, uma vez que estes não se sentem capacitados para lidar com os possíveis conflitos gerados com o diagnóstico de uma DST.¹⁶

O controle da SC requer, portanto, maior engajamento de profissionais que atuam na atenção primária, uma vez que é nesse nível de assistência que deve ocorrer o acompanhamento pré-natal, oportunidade ímpar para solicitação precoce do exame de *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) e os primeiros cuidados relacionados à prevenção da transmissão vertical da sífilis. Por outro lado, é imperiosa a capacitação de profissionais quanto às questões técnicas do manejo da doença como na abordagem de gestantes com sífilis, respeitando as especificidades e dificuldades vivenciadas para o seguimento adequado do tratamento.

Estratégias devem ser desenvolvidas para o envolvimento do parceiro no tratamento, podendo, assim, a doença ser prevenida e, possivelmente, abolida.⁹ O acompanhamento da gestante com VDRL reagente requer dos profissionais de saúde adoção de condutas atualizadas e adequadas. Para tanto, faz-se necessário que profissionais responsáveis por realizar o acompanhamento pré-natal na atenção primária estejam capacitados e comprometidos com assistência de qualidade¹⁷ em prol da prevenção da SC e, conseqüentemente, a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.¹⁸

No tocante as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis com enfoque na sífilis, a promoção da saúde, por meio de informações, educação e comunicação, faz-se necessária, haja

vista a especificidade da doença mostrando a importância de treinamento permanente em serviço.

Considera-se que lacunas no conhecimento dos profissionais acerca do manejo da sífilis na gestação podem comprometer o desfecho favorável em relação à prevenção e ao controle da SC. Neste contexto, este estudo objetivou analisar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza-CE.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, realizado em Unidades de Saúde da Família (USFs) em Fortaleza, Ceará. Este município conta atualmente com 89 unidades de atenção primária, e 231 Equipes de Saúde da Família, totalizando 515 profissionais atuantes na rede.

A coleta de dados foi realizada de agosto a outubro de 2009 em 67 USFs. Foram incluídas somente aquelas que se encontravam com a Equipe de Saúde da Família completa no período da coleta de dados. Foi utilizado um questionário autoaplicado com 11 perguntas e 2.959 quesitos. O questionário foi dividido em duas partes: a primeira continha variáveis sócio-demográficas (sexo e idade) e relativas à formação dos profissionais (categoria profissional, tempo de graduado, atuação na ESF e treinamento realizado em sífilis). Na segunda parte, constavam questões específicas relacionadas às recomendações do MS para prevenção da transmissão vertical da sífilis.²

As questões foram distribuídas em três temáticas: diagnóstico, tratamento e acompanhamento das gestantes com diagnóstico de sífilis. As seguintes variáveis foram analisadas: sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação na ESF, período de solicitação do VDRL na gestação, identificação dos testes treponêmicos, tratamento da gestante alérgica à penicilina, periodicidade na realização do VDRL para controle de cura e conduta com o parceiro sexual.

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, que realizavam atendimento pré-natal. A amostra foi calculada utilizando-se frequência esperada de respostas corretas de 47%¹⁹, intervalo de confiança de 95% e erro de 5%, chegando-se a uma amostra necessária de 220 profissionais. Este quantitativo foi distribuído proporcionalmente entre as seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), a partir do total de profissionais de cada regional.

Os pesquisadores de campo compareciam três vezes por semana em cada unidade e os

profissionais eram abordados antes do início das atividades diárias. Todos foram convidados e orientados a responder o questionário e devolver ao pesquisador no mesmo horário do expediente em que o pesquisador de campo encontrava-se na unidade, não sendo permitido levar o instrumento para casa. O objetivo era evitar consulta bibliográfica, o que poderia comprometer os resultados do estudo. Não foi imposto pelo pesquisador tempo máximo de resposta do profissional. Foi realizado um teste piloto do questionário junto a alguns profissionais das unidades com o objetivo de aprimorá-lo e realizar os ajustes necessários para melhorar o entendimento dos aspectos pesquisados. Os questionários do teste piloto não foram utilizados na análise dos dados.

Os dados foram digitados no Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0, e apresentados por meio de estatísticas descritivas. Para caracterização dos profissionais, foi utilizada análise univariada por meio de distribuições de frequências, e as variáveis numéricas com médias e desvios padrões. As questões foram classificadas em corretas e não corretas. Eram consideradas corretas aquelas que estavam de acordo com as normas preconizadas pelo MS.² As questões que não foram respondidas pelos profissionais pesquisados foram consideradas como não corretas.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza, conforme parecer n. 072/2009. A entrada das pesquisadoras no campo foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram convidados a participar do estudo 275 profissionais da ESF de Fortaleza, Ceará, com recusa de seis (2%). Dos 269 profissionais, 160 (59,5%) eram enfermeiros e 109 (40,5%) médicos. Houve predominância do sexo feminino, com 189 (70,3%), e a idade variou de 20 a 69 anos. A maioria, 150 (56,6%), encontrava-se na faixa etária de 31 a 40 anos, sendo que a média de idade foi de 36 anos (DP 8,2).

Em relação às variáveis tempo de formação e tempo de atuação na ESF houve maior percentual no período que variou de 6 a 10 anos em ambas as variáveis, com 110 (41,0%) e 119 (44,7%), respectivamente. Ressalta-se que quatro profissionais não informaram a idade, um profissional, o tempo de graduação, e três, o tempo de atuação na ESF. Realizaram treina-

mento em sífilis, 143 (53,2%) profissionais, sendo 86 (53,8%) enfermeiros e 57 (52,3%) médicos. Do total de profissionais que realizaram treinamento, 107 (74,8%) o fizeram após ingressar na ESF.

Com relação à análise do total das respostas acerca do conhecimento dos profissionais sobre

o manejo da gestante com VDRL, 1775 (60%) das perguntas foram respondidas corretamente. O gráfico 1 apresenta a análise das respostas dos profissionais para as variáveis do estudo. A análise por variável encontrou percentual considerável de erros para todas as variáveis.

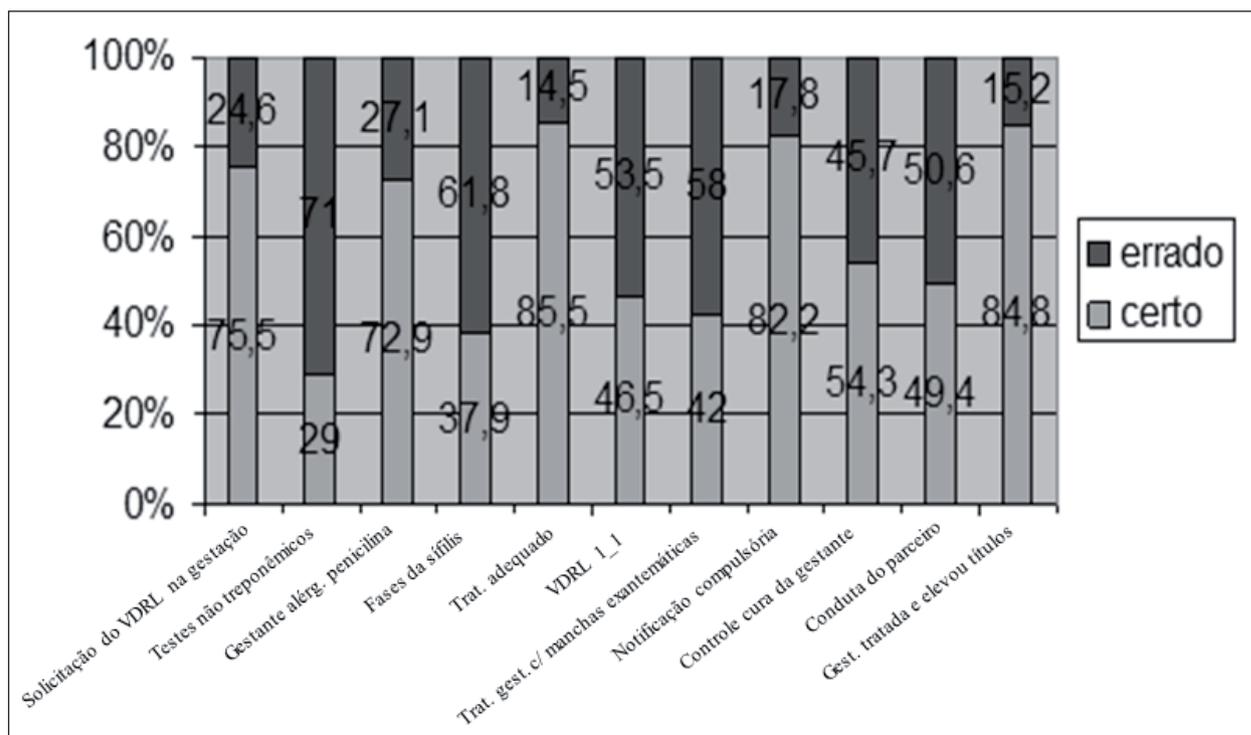


Gráfico 1 - Análise das respostas corretas e erradas por variável acerca do conhecimento dos profissionais na prevenção da transmissão vertical da sífilis. Fortaleza-CE, 2009

A tabela 1 apresenta as frequências relativas às variáveis: período de solicitação do exame de VDRL na gestação, identificação dos testes treponêmicos, tratamento da gestante alérgica à penicilina, periodicidade do controle de cura da gestante e conduta diante do parceiro sexual.

Tabela 1 - Conhecimento dos profissionais de saúde acerca do manejo da sífilis gestacional. Fortaleza- CE, 2009

Variável	n	%
Período de realização do VDRL na gestação (em trimestre)(n=269)		
1º e 3º	204	75,8
1º, 2º e 3º	56	20,8
1º	09	3,4
2º e 3º	-	-
Testes não treponêmicos (n=256)*		
FTA-Abs e VDRL	109	42,6
VDRL e RPR	78	30,5

Variável	n	%
Elisa e TPHA	26	10,1
RPR e FTA-Abs	24	9,4
TPHA, FTA-Abs e Elisa	19	7,4
Tratamento de gestantes alérgicas à penicilina (n=252)*		
Estearato de eritromicina	197	78,1
Doxiciclina	34	13,5
Tetraciclina	11	4,4
Amoxicilina	10	4,0
Periodicidade do VDRL para controle de cura (n=265)*		
Mensal	146	55,1
Trimestral	76	28,7
Bimensal	30	11,3
Quinzenal	13	4,9
Conduta com o parceiro (n=269)		
Solicita VDRL e trata conforme resultado	135	50,2
Trata com a mesma dose da gestante	133	49,4
Aguarda elevação dos títulos para tratar	01	0,4
Não trata se ele não apresenta sinais e sintomas	-	-

* Alguns profissionais não responderam a questão.

Responderam corretamente que o exame de VDRL deve ser solicitado no 1º e 3º trimestres de gestação, 204 (75,8%) profissionais, e consideraram que o VDRL e RPR eram testes não treponêmicos, 78 (30,5%). Em relação à droga alternativa para tratamento da gestante alérgica à penicilina, 197 (78,1%) responderam que deveria ser o estearato de eritromicina e 55 (21,9%) referiram que tratariam a gestante com tetraciclina, amoxicilina ou doxiciclina. A solicitação do VDRL para controle de cura da gestante deveria ser mensal para 146 (55,1%) profissionais e tratariam imediatamente o parceiro sexual, independentemente do resultado do VDRL, 133 (49,4%). A análise bivariada mostrou que o tempo superior a dez anos de atuação na ESF apresentou associação estatisticamente

significante com o período de solicitação do VDRL na gestação (40/78, 4%).

Quando analisadas as variáveis a partir da realização do tratamento em sífilis por parte dos profissionais pesquisados, o maior número de acertos, 112/143 (78,3%), esteve relacionado ao período de solicitação do VDRL na gestação. No entanto, nas questões relacionadas ao conhecimento acerca dos testes não treponêmicos e das fases da sífilis recente, houve maior percentual de erros, com 101 (70,6%) e 84 (58,7%), respectivamente (Tabela 2). Os mesmos profissionais referiram que diante de uma gestante com exame de VDRL com titulação 1:1, 72 (60,5%), não a tratariam por se tratar de cicatriz sorológica e 67 (56,3%) não tratariam o parceiro sexual.

Tabela 2 - Conhecimento dos profissionais de saúde acerca do manejo da sífilis gestacional. Fortaleza-CE, 2009

Tratamento da gestante	Gestante alérgica à penicilina			Controle de cura da gestante			Período de solicitação do VDRL			Fases da sífilis			Conduta do parceiro											
	Correta (n=230)	Errada (n=39)	p valor	Correta (n=196)	Errada (n=73)	p valor	Correta (n=146)	Errada (n=123)	p valor	Correta (n=203)	Errada (n=66)	p valor	Correta (n=102)	Errada (n=167)	p valor	Correta (n=133)	Errada (n=136)	p valor						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Categoria profissional			0,461			0,000			0,834			0,008			0,174			0,000						
Médico	94	86,2	15	13,8	96	88,1	13	11,9	60	55,0	49	45,0	73	67,0	36	33,0	49	45,0	60	55,0	71	65,1	38	34,9
Enfermeiro	136	85,0	24	15,0	100	62,5	60	37,5	86	53,8	74	46,2	130	81,3	30	18,7	53	33,1	107	66,9	62	38,8	98	61,2
Tempo de graduado			0,643			0,316			0,730			0,064			0,531			0,314						
≤5 anos	55	87,3	08	12,7	49	77,8	14	22,2	33	52,4	30	47,6	42	66,7	21	33,3	26	41,3	37	58,7	35	55,6	28	44,4
> 5 anos	175	85,0	31	15,0	147	71,4	59	28,6	113	54,9	93	45,1	161	78,2	45	21,8	76	36,8	130	63,1	98	47,6	108	52,4
Tempo de ESF			0,740			0,763			0,591			0,028			0,228			0,235						
≤5 anos	83	86,5	13	13,5	71	74,0	25	26,0	50	52,1	46	47,9	65	67,7	31	32,3	41	42,7	55	57,3	53	55,2	43	44,8
> 5 anos	147	85,0	26	15,0	125	72,3	48	27,7	96	55,5	77	44,5	138	79,8	35	20,2	61	35,3	112	64,7	26	51,0	25	49,0
Treinamento de sífilis			0,490			0,032			0,734			0,246			0,229			0,420						
Sim	120	83,9	23	16,1	112	78,3	31	21,7	79	55,2	64	44,8	112	78,3	31	21,7	59	41,3	84	58,7	74	51,7	69	48,3
Não	110	87,3	16	12,7	84	66,7	42	33,3	67	53,2	59	46,8	91	72,2	35	27,8	43	34,1	83	65,9	59	46,8	67	53,2

DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde pesquisados não apresentaram conhecimento satisfatório acerca das medidas recomendadas pelo MS para prevenção e controle da SC. Essa situação, apesar de ocorrer entre os profissionais em Fortaleza-CE, pode estar refletindo a realidade de outros municípios ou Estados brasileiros.²⁰ Estudos em diferentes localidades mostram que gestantes com VDRL reagente são conduzidas inadequadamente durante o pré-natal,^{12,21-24} e que há desconhecimento técnico/científico dos profissionais acerca da sífilis,^{19,25} além de outros temas relacionados à assistência a saúde.²⁶

Percentual de acerto superior a 80% ocorreu no quesito relacionado às considerações acerca do tratamento adequado da gestante, que além da droga e da dose, deve envolver o tratamento concomitante do parceiro. No entanto, no que

se refere à atitude diante do tratamento deste, pouco mais da metade (50,2%) trataria conforme o resultado do exame de VDRL. Na cidade de Campos, Estado do Rio de Janeiro, estudo com gestantes com sífilis encontrou que a maioria dos parceiros não foi tratada, tendo como justificativa o resultado do VDRL não reagente.²⁷ Essa situação é evidenciada em outros estudos que mostram gestantes e parceiros com sífilis conduzidos de forma inadequada especialmente com relação ao tratamento,^{16,27-28} e a falta de captação e orientação dos parceiros sexuais.¹⁸

A maioria dos profissionais pesquisados demonstrou conhecer os períodos de realização da testagem do VDRL na gestação, informando que deve ocorrer no primeiro e terceiro trimestres (75,8%). Entretanto, estudos mostram baixa cobertura de testagem de VDRL,^{12,16,23,28} ou realização apenas uma única vez durante o pré-natal, sendo

considerável o número de casos de gestantes que não são reavaliadas no terceiro trimestre.^{3,12,27} É possível que essa baixa cobertura de testagem para sífilis em gestantes possa estar relacionada também às limitações impostas pelos serviços de saúde, que em alguns locais não disponibilizam o teste de triagem ou não retorno do resultado em tempo hábil.

Baixa proporção de profissionais pesquisadores não soube identificar corretamente os testes treponêmicos e não treponêmicos, conforme gráfico 1 (71%). É possível que, uma vez desconhecendo os tipos de testes recomendados para triagem e confirmação do diagnóstico de sífilis, esses profissionais também desconheçam a sua interpretação, comprometendo dessa forma as condutas que devem ser adotadas.

É importante considerar que 21,9% dos profissionais referiram que tratariam a gestante alérgica à penicilina com outra droga que não o estearato de eritromicina (tetraciclina, doxiciclina e amoxicilina). Essas drogas são contraindicadas na gestação, devido aos riscos que podem causar ao feto e pela possibilidade de toxicidade para a mãe.² Em gestantes tratadas com outra droga que não a penicilina, o conceito não é considerado tratado, sendo obrigatória investigação e tratamento da criança após o nascimento.^{2,29}

Percentual considerável de profissionais (44,2%) desconhecia que o controle de cura da gestante deva ser mensal, comprometendo o acompanhamento clínico da gestante, situação encontrada também em Olinda-PE.³⁰ Vale salientar também que 56,7% dos profissionais demonstraram desconhecimento quanto ao tratamento da gestante na fase secundária da sífilis, reforçando os achados de outros estudos que sinalizaram inadequação no tratamento das gestantes.^{8,16}

Diante de uma gestante com exame de VDRL com titulação 1:1, a maioria dos profissionais respondeu que solicitaria o teste confirmatório. Diante da impossibilidade de realização de testes treponêmicos na atenção primária, o MS recomenda o tratamento da gestante com sorologia não treponêmica reativa, independentemente da titulação.^{2,29}

A notificação dos casos de sífilis em gestantes é importante para o monitoramento do problema e avaliação das ações implantadas. A maioria dos profissionais demonstrou conhecimento de que a sífilis na gestação é considerada doença de notificação compulsória (82,2%), entretanto são poucos os que a notificam,³⁰ considerando que em Fortaleza foram notificados mais casos de sífilis congênita

do que sífilis em gestantes nos anos de 2005 a 2009.

Este estudo envolveu os médicos e enfermeiros da ESF, profissionais responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com VDRL reagente. Vale ressaltar a importância de programa de educação permanente como fator chave para o desenvolvimento de práticas de saúde respaldadas em princípios científicos,³¹ considerando que mais da metade desses profissionais, nunca havia realizado treinamento em sífilis. Programas de treinamento devem desenvolver estratégias metodológicas atraentes, pois estudo realizado em Duque de Caxias-RJ mostrou que os profissionais da ESF não se sentiam motivados para participar dos treinamentos alegando que não havia acréscimos à vivência profissional e que os mesmos eram eminentemente teóricos.³²

É consenso a necessidade de capacitação periódica de profissionais,²⁶ a fim de evitar condutas inapropriadas no atendimento à população. Faz-se necessário, portanto, que estratégias atraentes possam ser reconhecidas e valorizadas por profissionais da ESF como essenciais para o desenvolvimento de atividades assistenciais.

CONCLUSÃO

Os profissionais pesquisados demonstraram desconhecimento em relação ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com VDRL reagente. A despeito de a análise geral do total de respostas ter mostrado que 60% destas foram respondidas corretamente, considera-se esse percentual aquém do esperado, pois a sífilis é doença de fácil tratamento, presente em capacitações e que recebeu investimentos para o seu controle pelos órgãos responsáveis pelas políticas públicas de saúde.

Houve recusa por parte de alguns profissionais em responder o questionário, pode ter provocado limitação do estudo. Ocorre que tal foi minimizada, através do aumento do tamanho da amostra dos participantes, o que possibilitando a redução do erro amostral.

A necessidade do diagnóstico em tempo hábil e, principalmente, do tratamento adequado da gestante com sífilis foi considerado como ideal, com percentual muito próximo a 100% de acertos. É possível que o desconhecimento dos profissionais da ESF acerca do manejo da gestante com sífilis esteja refletindo ações que precisam ser reforçadas por meio de capacitações, como

também de supervisões em serviços, a fim de promover assistência de qualidade à gestante com sífilis. Frente a esses resultados, urge repensar o processo de capacitação e formação continuada dos profissionais da ESF, visando proporcionar assistência pré-natal de qualidade.

REFERÊNCIAS

- Hossain M, Broutet N, Hawkes S. The elimination of congenital syphilis: a comparison of the proposed World Health Organization Action Plan for the Elimination of Congenital Syphilis With Existing National Maternal and Congenital Syphilis Policies. *Sex Transm Dis*. 2007 Jul; 34(7):22-30.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília (DF): MS; 2007.
- Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007; 19(3-4):128-33.
- Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2011 Abr-Jun; 20(2):203-12.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília (DF): MS; 2008.
- Silva LG, Cunha JCL. Transmissão vertical: um estudo epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS e sífilis congênita no Estado do Ceará de 2001 a 2007. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2011 Jan-Mar; 20(1):111-7.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília (DF): MS; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras. Brasília (DF): MS; 2008.
- Lima BGC, Nascimento MCN, Dourado MIC. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008 Abr-Jun; 17(2):123-53.
- Ramos Junior AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MASD, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/Aids and failure in congenital syphilis. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(Supl 3):370-8.
- Melo NAGDO, Filho DAM, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiol Serv Saúde*. 2011. Abr-Jun; 20(2):213-22.
- Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. *Rev Saúde Pública*. 2008 Out; 42(5):851-8.
- Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-Natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Abr-Jun; 21(2):269-76.
- Victor JF, Barroso LMM, Teixeira APV, Aires AS, Araújo IM. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. *Rev Eletr Enferm [online]*. 2010 [acesso 2013 Mar 27] 12(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a14.pdf
- Silva MRF, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages I. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev APS*. 2010 Jul-Set; 13(3):301-9.
- Donalísio MR, Freire JB, Mendes ET. 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. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2007 Jul-Set; 16(3):165-73.
- Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de Atendimento prestado por profissionais de saúde e puérperas com HIV/aids. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jul-Set; 16(3): 463-9.
- Macêdo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2009 Ago; 25(8):1679-92.
- Dantas JC. Condutas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na Estratégia Saúde da Família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis [dissertação]. Natal (RN): Faculdade de Enfermagem; 2008.
- Lopes MH. Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Mestrado em Modalidade de Saúde Pública; 2010.
- Carvalho VCP, Araujo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do sistema único de saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007 Jul-Set; 7(3):309-17.
- Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE, segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 Mar; 42(1):105-11.

23. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008 Nov-Dez; 16(6):986-92.
24. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009 Nov; 25(11):2507-16.
25. Júnior AS, Andrade MGG, Magalhães RF, Moraes AM, Velho PENF. Sorologia para sífilis: os médicos estão capacitados a interpretá-la? *An Bras Dermatol*. 2007 Abr; 82(2):183-5.
26. Maciel ELN, Araújo WK, Giacomini SS, Jesus FA, Rodrigues PM, Dietze R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl 1):1394-402.
27. Fernandes RCSC, Fernandes PGCC, Nakata TY. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, RJ. *DSTJ Bras. Doenças Sex Transm*. 2007 Set-Out; 19(14):157-61.
28. Santos NP, Castro BG, Rios-Grassi MF. Aplicação do protocolo do Projeto Nascer Maternidades em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009 Jan-Mar; 9(1):69-76.
29. World Health Organization. Congenital syphilis strategy action for the global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy. Geneva (CH): Department of Reproductive Health and Research; 2008.
30. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. *Rev APS*. 2009 Jan-Mar; 12(1):62-71.
31. Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR, et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família da região Norte do Brasil. *Physis*. 2009; 19(3):695-710.
32. Silva ACMA, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saude Soc*. 2010 Mar; 19(1):159-69.