



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZ – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Mestrado em Saúde Coletiva – MSC

MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE
DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA CEARÁ

FORTALEZA

2011

MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA
SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA CEARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo

FORTALEZA

2011

G913a Guanabara, Marilene Alves Oliveira.

Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará / Marilene Alves Oliveira Guanabara. - 2011.
86 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.
“Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo.”

1. Sífilis congênita. 2. Assistência pré-natal. 3. Atenção primária a saúde.
I. Título.

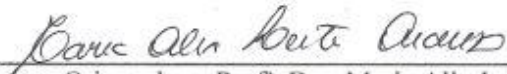
CDU 616.972

MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA

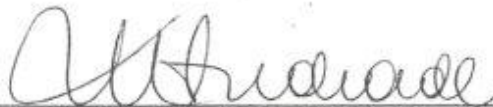
**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA
SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA CEARÁ.**

Data da Aprovação: 15/12/2011

BANCA EXAMINADORA



Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Alix Leite Araújo
Membro Efetivo – UNIFOR



Prof^ª. Dra. Maria da Graça Andrade
Membro Efetivo - UNICAMP



Prof^ª. Dra. Ana Paula Soares Gondim
Membro Efetivo - UNIFOR



Prof. Dr. Héber José de Moura
Membro Suplente - UNIFOR

Aos meus pais, Manoel Leonardo (in memoriam) e Maria Divina.

Ao meu marido, Everardo pelo carinho e compreensão e pela forma como sempre cuidou dos meus sonhos e objetivos e me incentivou a realizá-los; pelo estímulo e a confiança em mim depositados.

As nossas duas filhas, Maria Clara e Maria Luiza, razão de nossas vidas e obra maior, da qual sou mestre e aprendiz, a quem dedico este trabalho como exemplo vivo de perseverança e confiança na vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder a vida e a oportunidade de vencer os desafios.

Ao meu esposo pela compreensão, companheirismo e amor.

As minhas filhas Maria Clara e Maria Luiza pelo carinho em superar a minha ausência.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo, pela dedicação, atenção e apoio nesta caminhada desafiadora e instigante, onde muitas dificuldades foram superadas e outras ainda estão em processo; obrigado pelo carinho, apoio e dedicação.

As minhas queridas irmãs Clésia, Cely e Aline, por todo o apoio e incentivo incondicional para a concretização deste sonho.

Ao meu irmão Fábio, pela grande contribuição e companheirismo.

Aos meus irmãos pela presença, que de uma forma ou de outra, contribuíram para chegar ao final de mais esta caminhada.

Aos meus sogros, Exedito Guanabara e Nizete, confiantes e sempre demonstrando preocupação em ajudar. Obrigada, minha sogra pelas orações.

À Minha amiga Valéria, pela participação e companheirismo na partilha das dificuldades e satisfações desta caminhada e de tantas outras do cotidiano. Sou grata por seu carinho e atenção.

Aos meus chefes Dr. Mário Márcio, Márcia e Cacilda por entender em minha ausência para concluir este feito.

A Socorro Cavalcante, pela valiosa contribuição na construção desse trabalho.

Aos colegas de trabalho do setor de imagem do HGCC, meu muito obrigado; em especial Cintia e Geovanda, pela extrema compreensão e que foram bastante solidários à minha trajetória.

Aos colegas de mestrado, pelo compartilhar de experiências e dificuldades nesta caminhada, pelo encorajamento nos momentos difíceis, de um modo especial, Deyze, Davi, Rosélia, Ana Alice, Ivna, Kelva.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação, pelos ensinamentos e dedicação.

À banca examinadora, pelas contribuições valiosas.

Às professoras doutoras Sílvia Santiago e Graça Andrade, pelas contribuições.

Aos funcionários do mestrado Cleide, Lazaro e Widsom; por estarem sempre disponíveis.

As minhas queridas bolsistas Bruna e Suzyanne, pela grandiosa ajuda na coleta dos dados.

Aos usuários dos serviços de saúde, que me ensinam a humildade, o valor da luta pela vida, a lição apesar da dor, a sua capacidade infinita de acreditar que seguir em frente é necessário e possível.

A todos os gestores e profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros das unidades de saúde onde os dados foram coletados, pelo envolvimento e colaboração.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

*É graça divina começar bem
Graça maior, persistir na caminhada certa
Mas, graça das graças é não desistir nunca!*

Dom Hélder Câmara

RESUMO

A sífilis na gestação e a sífilis congênita (SC) constituem problemas de grande magnitude para a saúde pública na atualidade, apesar de se tratar de doenças de fácil prevenção e clínica conhecida. O seu controle ainda é um grande desafio para os serviços de saúde pública em muitos países, inclusive o Brasil. São muitas as oportunidades perdidas para detecção precoce da sífilis durante o pré-natal, sugerindo falhas na qualidade da assistência. Apesar de a melhoria da cobertura pré-natal garantir sua qualidade continua um desafio para atenção primária, uma vez que as gestantes não estão sendo testada para sífilis, observando-se consequentemente altas taxas de incidências de SC. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar como se desenvolvem as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em unidades primárias de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. Trata-se de uma avaliação qualitativa cuja coleta de dados foi realizada nos meses de abril a setembro de 2011. Fizeram parte do estudo médicos, enfermeiras (os), coordenadores das unidades, profissionais do Serviço de Atendimento Médico Estatístico, gestantes e agentes comunitários de saúde. Utilizaram-se a observação direta, entrevistas, grupos focais e análise das fichas de notificação e dos cartões de gestantes. As observações tiveram início durante os atendimentos de pré-natal realizados pelos médicos e enfermeiros, especialmente de gestantes de primeira consulta, considerando que devem ser solicitados o exame de VDRL e a realização do aconselhamento. A análise dos dados evidenciou que o controle da SC ainda não está concretizado na atenção primária, porque as gestantes não têm acesso precoce à consulta de pré-natal, ao exame de VDRL e ao tratamento e seus parceiros sexuais. Para tanto, medidas devem ser tomadas no sentido de comprometer atenção primária com o controle da sífilis gestacional e, consequentemente, da sífilis congênita.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação. Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal. Sífilis Congênita. Sorodiagnóstico da Sífilis.

ABSTRACT

Syphilis in pregnancy and congenital syphilis (CS) are problems of great magnitude for public health today in spite of the fact that they are easily preventable and clinically known diseases. Its control is still a major challenge for public health services in many countries, including Brazil. There are many lost opportunities for the early detection of syphilis during prenatal treatments, thus suggesting problems in the quality of the assistance given. Despite improvements in the prenatal coverage, guaranteeing continuous quality remains a challenge for primary care since pregnant women are not being tested for syphilis. As consequence of such, high rates of CS cases can be observed. The goal of this research was to evaluate how prevention and control actions for congenital syphilis are developed in units of family primary health care in Fortaleza, Ceará. This is a qualitative assessment and its data collection was conducted from April to September 2011. The people involved in this study include doctors, nurses, unit coordinators, professionals from the Medical Attendance Statistics Service, pregnant women and community health workers. Direct observation, interviews, focus groups and analysis of the notification forms and cards for pregnant women was used. The observations began during the prenatal care performed by doctors and nurses, especially in first medical consultations of the pregnant women, considering that VDRL testing must be asked for, as well as the giving of counsel. Data analysis showed that control of the CS has not yet been achieved in the primary care because pregnant women do not have early access to prenatal consultation, to the examination and treatment of VDRL, nor do their sexual partners. To this end, measures must be taken to join the primary control with gestational syphilis and, as consequence, the congenital syphilis.

KEY WORDS: Evaluation; Primary Health Attention; Prenatal Care; Congenital Syphilis; Syphilis Serodiagnosis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEMJA	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
CICS	Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde
CIAP	Conferência Internacional sobre Atenção Primária
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CROA	Centro de Assistência à Criança
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
HIV	Human immunodeficiency virus (vírus da imunodeficiência humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAOB	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-nascido

SAME	Serviço de Arquivo Médico Estatístico
SER	Secretarias executivas regionais
SC	Sífilis congênita
SG	Sífilis na gestação
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TV	Transmissão vertical
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Unidade Primária de Saúde
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral.....	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	A sífilis gestacional e a sífilis congênita como grave problema de saúde pública	16
3.2	Assistência pré-natal e neonatal e repercussões no panorama da sífilis congênita no Brasil	17
3.3	A estratégia de saúde da família como espaço privilegiado para desenvolvimento das ações de prevenção e controle da sífilis congênita.....	21
3.4	Avaliação em saúde.....	24
4	METODOLOGIA	26
4.1	Tipo de estudo	26
4.2	Local do estudo	27
4.3	Sujeitos da pesquisa	29
4.4	Coleta e análise dos dados.....	29
4.5	Aspectos éticos.....	33
5	RESULTADOS	34
5.1	Caracterização dos participantes	34
5.2	Oportunidades perdidas na atenção primária para o controle da sífilis na gestação e consequente prevenção da sífilis congênita	35
5.2.1	Dificuldade de acesso da gestante às diferentes etapas do processo de prevenção e controle da sífilis congênita.....	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICES	66
	ANEXOS	80

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos esforços desenvolvidos para eliminação da sífilis congênita (SC), esta patologia continua se apresentando como um importante problema de saúde pública, mesmo com a disponibilidade de tratamento eficaz e relativamente barato. Estima-se que no mundo, a cada ano, 12 milhões de pessoas sejam infectadas pelo *Treponema pallidum* (WHO, 2008).

Calcula-se que existem no mundo cerca de dois milhões de gestantes infectadas anualmente com sífilis, resultando em 25% de natimortos ou abortos espontâneos e outros 25% de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (WHO, 2008). No Brasil, entre os anos de 1998 e a junho de 2009, foram notificados/investigados 55.124 casos de SC em menores de um ano. Somente em 2007, foram 5.617 eventos em menores de um ano, o que representa uma taxa de incidência de 1,9 por 1.000 nascidos vivos, variando de acordo com a região de residência. A notificação de sífilis em gestantes, entre os anos de 2005 e a 2009, foi de 19.608 casos (BRASIL, 2009).

No Brasil, a SC e a sífilis em gestantes (SG) são doenças de notificação compulsória (BRASIL, 1986; BRASIL, 2005a), entretanto, ainda nos dias atuais, se admitem fragilidades no sistema de notificação, que não retratam a realidade do problema. Em Fortaleza, existe incompatibilidade entre o número de casos notificados de SG quando comparados com os de SC (CEARÁ, 2009), chamando atenção para a necessidade de melhoria desses registros, considerando a sua utilização como indicadores da qualidade da assistência pré-natal e para a elaboração de medidas de prevenção e controle.

No Ceará, de 2005 a 2009, foram notificadas 836 gestantes com sífilis, com coeficiente de detecção nos últimos anos em torno de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2009). Ocorre que essa situação pode não representar a realidade dos dados, considerando a subnotificação no Brasil, problema presente em todas as regiões (SCHETINI et al., 2005).

Em Fortaleza, de 2007 a outubro de 2009, foram notificados 317 casos de SG e, destes, 190 foram diagnosticados somente no ano de 2007. Os registros de casos notificados

em gestantes são incompatíveis com os de crianças (CEARÁ, 2009), comprovando o problema da subnotificação de casos de SG.

O Ministério da Saúde (MS), há tempos, reconhece a magnitude e a importância desse agravo e já havia estabelecido metas para eliminação da SC até o ano 2000, considerando aceitável a incidência de um caso por mil nascidos vivos (BRASIL, 1993), meta não atingida até os dias atuais.

Estudo que avaliou em 14 países a implantação do plano de ação para eliminação da SC (WHO, 2008) identificou que, no geral, as políticas públicas para o controle da sífilis estavam implantadas (HOSSAIN et al., 2007), entretanto, em alguns países, incluindo o Brasil, a prevalência de SC permanece alta. No Brasil, verifica-se aumento na taxa de incidência em praticamente todas as regiões, especialmente Norte e Nordeste, tornando evidente o fato de que existem fragilidades na dinâmica operacional dos serviços de saúde que comprometem a implementação das recomendações para o seu controle.

O controle da SC requer que sejam desenvolvidas ações nos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, aparentemente de fácil execução. Dentre essas atividades, destacam-se a captação precoce das gestantes para o pré-natal, a realização da triagem para sífilis e a garantia do tratamento e acompanhamento de todos os casos identificados, bem como dos parceiros sexuais (BRASIL, 2007a).

Considerando que as ações de prevenção e controle da SC já são incorporadas na atenção primária, a sífilis ainda se exhibe como grave problema de saúde pública na atualidade. Em razão disto, este estudo buscou avaliar e compreender como são desenvolvidas as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em unidades primárias de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar como se desenvolvem as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em unidades primárias de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar se os procedimentos recomendados pelo MS para o controle da SC são adotados nas unidades de saúde.

- Conhecer como se desenvolve o acompanhamento da gestante com exame de VDRL reagente.

- Identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde e gestores para o desenvolvimento das estratégias recomendadas pelo MS para a prevenção e controle da SC.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A sífilis gestacional e a sífilis congênita como grave problema de saúde pública

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, que pode produzir as forma adquirida e congênita da doença. É uma enfermidade sexualmente transmissível (DST), que pode ser controlada e tratada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetiva e de baixo custo, no entanto, continua sendo sério problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2010).

Para que se possa ter um controle da sífilis congênita mais efetiva, é necessário oferecer a toda a gestante uma assistência pré-natal adequada, uma vez que o MS recomenda que seja feita captação precoce da gestante para início do pré-natal, realização de no mínimo seis consultas com atenção integral qualificada, realização do VDRL (*Veneral Disease Research laboratory*) no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana com ações direcionadas para busca ativa após os testes reagentes, instituição do tratamento e seguimento adequado da gestante e do parceiro, como também a notificação dos casos (BRASIL, 2005a). Dessa forma, o MS estabelece que, caso seja diagnosticada a sífilis em gestantes, elas e os seus parceiros recebam tratamento imediato.

A sífilis congênita (SC) é causa de morbidade na vida intrauterina, levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos (SARACENI, 2005; WHO, 2008; MACÊDO, 2009). Quando a gestante não é tratada, ou é inadequadamente, tratada pode ocorrer a transmissão para o recém-nascido (RN), a transmissão vertical (TV), desencadeando quadros de SC, cujas consequências podem ser muito graves para o feto (SARACENI, 2007). Seu controle, no entanto, está diretamente relacionado à qualidade da assistência pré-natal, justificando a necessidade de monitoramento e avaliação dessa ação nos diferentes serviços e em vários níveis de complexidade.

Análise dos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) dos anos de 1997 a 2003 revelou que as taxas de prevalência de sífilis materna variaram de 0,09 a 8,4% (WHO, 2008). No Brasil, a prevalência global de sífilis em gestantes situou-se em torno de 2,6% (BRASIL, 2008a), mostrando assim a inoperância dos sistemas de saúde pública no combate à sífilis, pois esta prossegue como problema desafiador para os serviços públicos.

Analisando-se detidamente o fato, considera-se que a meta para eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública só será alcançada se houver decisão política, retratada em ações efetivas na melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

3.2 Assistência pré-natal e neonatal e repercussões no panorama da sífilis congênita no Brasil

A assistência pré-natal engloba um conjunto de ações que tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início de sua gravidez. Segundo a OMS, a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio mãe-feto durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal.

A assistência pré-natal ocupa historicamente um espaço relevante na atenção à saúde da população, haja vista que compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde das grávidas e dos recém-nascidos, bem como o estabelecimento de ações adequadas de prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de problemas obstétricos ou de enfermidades previamente existentes (COUTINHO et al., 2003).

Pesquisas que avaliaram a assistência pré-natal no Brasil identificaram o fato de que poucas mulheres receberam o conjunto mínimo de procedimentos necessários para a atenção pré-natal (LIMA; COSTA; DOURADO 2008; CAMPOS et al., 2010; COUTINHO et al., 2010).

A baixa qualidade da assistência pré-natal evidencia claramente fragilidades na assistência prestada às mulheres que utilizam os serviços públicos de saúde e apontam um grave problema em todo o País. Essa situação será possivelmente revertida quando a atenção ao pré-natal for considerada uma prioridade nos municípios e esforços forem efetivamente desenvolvidos para a sua melhoria.

Apesar da elevada cobertura de pré-natal no País, acima de 85%, e de uma razão de cinco consultas de pré-natal por parto no Sistema Único de Saúde (SUS), a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades. Szwarcwald (2007), em seu estudo sentinela-parturiente, que estimou a prevalência do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis, descobriu que, das 16.458 parturientes, somente 75,% apresentaram pelo menos um resultado do teste de sífilis e 16,9% exibiram os resultados dos dois testes; mesmo entre as mulheres que fizeram seis consultas ou mais, a cobertura de dois testes de sífilis foi baixa (26,2%), demonstrando, assim, deficiências importantes na qualidade do pré-natal prestada às gestantes, haja vista que o mesmo pode desempenhar um papel fundamental em termos de prevenção, de esclarecimentos à mulher e de detecção precoce de irregularidades ou patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante (BRASIL, 2006a).

A redução da morbimortalidade materna e perinatal está diretamente relacionada com o acesso das gestantes ao atendimento pré-natal de qualidade, o mais precocemente possível, e em tempo oportuno, no nível de complexidade necessário. Por isso, é preciso que estados e municípios organizem a rede de atenção obstétrica, que privilegia todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e responsabilidades correspondentes (BRASIL, 2010).

Ainda com relação à qualidade da atenção pré-natal, observa-se que apenas a cobertura adequada, por si não garante bons resultados, tais como a redução dos coeficientes de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas, incidência de sífilis congênita e mortalidade perinatal precoce (BRITO et al., 2009). Estudo que analisou os casos de notificação de sífilis congênita em cinco municípios do Estado de São Paulo revelou que para apenas 60% das gestantes que realizaram pré-natal, foi solicitado o VDRL no primeiro trimestre e 20% realizaram teste não treponêmico no primeiro e no terceiro trimestres de gestação e no parto, e somente em 50% dos casos, o tratamento da mãe, antes e após o parto, foi registrado como adequado, conforme recomenda o Ministério da Saúde (DONALÍSIO et al., 2007). Esses dados mostram que há fragilidade da assistência ao pré-natal e falta monitoramento das ações de prevenção e controle da sífilis, entretanto o MS deixa claro que o atendimento pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades de toda a população de gestantes de sua área de atuação por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados e disponíveis (BRASIL, 2010).

Malgrado seja tratamento barato e eficaz, a sífilis continua sendo um indicador importante de qualidade da assistência pré-natal. Estudo que analisou o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), demonstrou, porém, que 40% dos profissionais desconhecem a forma de tratamento, e, o mais grave, o conhecimento dos profissionais acerca dos testes não treponêmicos, foi de 71%, que responderam erradamente (SILVA, 2010). Nesse sentido, com o interesse de que a atenção básica de saúde aconteça com efetividade, se faz necessário que os profissionais sejam adequadamente capacitados para que possam detectar precocemente os problemas prevalentes no nível primário de saúde. Além disso, deve-se proporcionar facilidade de acesso e continuidade do acompanhamento. Por isso, é de enorme relevância o trabalho das equipes nas UPS tradicionais, com o mapeamento da população da sua área de abrangência, respectiva classificação de risco das gestantes e identificação dos equipamentos de saúde responsabilizados para atendimento em cada caso específico (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAOB) (BRASIL, 2005) prevê a realização da triagem para sífilis na rotina do pré-natal, entretanto verifica inobservância na sua realização. Estudo que monitorou a assistência pré-natal evidenciou o fato de que 66,% realizaram um teste de VDRL no primeiro trimestre e somente 29,7% os dois testes (COUTINHO et al., 2010). As gestantes, porém, não conseguem realizar o rastreamento da infecção pelo HIV e sífilis antes da 14ª semana de gestação (SARACENI et al., 2007; CARVALHO; ARAÚJO, 2007; LIMA; COSTA; DOURADO, 2008), como recomenda o MS. No geral, as gestantes com VDRL reagente recebem o diagnóstico durante o pré-natal (ALMEIDA; PEREIRA, 2007), sendo inadequadamente tratadas (LIMA et al., 2006; FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007; BRASIL, 2009). O maior motivo para a inadequação do tratamento é a falta de terapia concomitante do parceiro.

De acordo com dados de notificação de casos de SC (BRASIL, 2009), 75,5% das gestantes realizaram pré-natal. Destas, 54,7% foram diagnosticadas com sífilis durante a gravidez e somente 17,9% tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2009). Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em Fortaleza, ao mostrar que 88% dos parceiros das gestantes com sífilis foram tratados inadequadamente (CAMPOS et al., 2010).

No Brasil, a SC passou a ser doença de notificação compulsória desde 1986, no entanto, em virtude da ausência de uniformidade no seu diagnóstico e falhas no mecanismo de

registro de notificação, percebe-se que o número estimado de casos é bem superior aos registrados oficialmente (BRASIL, 2009). Análise das campanhas de eliminação de SC no Rio Janeiro mostrou que houve perdas consideráveis nos registros do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), apontando ainda subnotificação de casos (SARACENI; LEAL, 2003).

Em 2004, a OMS estabeleceu estratégia para eliminação da sífilis congênita que se apoia em quatro eixos: assegurar empenho político e promoção sustentável, aumentar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materno-infantil, tratar as grávidas e seus parceiros e estabelecer sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação (WHO, 2008). A implantação da política de eliminação da sífilis congênita, no entanto, recomendada pela OMS, não é suficiente para reverter o quadro mundial deste agravo, entretanto a sífilis permanece como um problema de saúde pública no mundo.

Pode-se perceber que as recomendações do MS para a eliminação da SC não são realizadas com a devida contensão, apesar das bases para prevenção da sífilis congênita já existirem (HOSSAIN; BROUTET; HAWKES, 2007; WHO, 2008). As falhas na assistência pré-natal de mulheres diagnosticadas com sífilis mostram que as práticas profissionais precisam ser reforçadas mediante a capacitação da equipe de saúde (SILVA, 2010), com ações de educação continuadas mais efetivas, uma vez que a sífilis congênita é uma doença facilmente prevenível. Para o seu controle, faz-se necessário que as gestantes infectadas sejam detectadas precocemente e sejam prontamente tratadas, em concomitância com a terapia dos seus parceiros sexuais.

A sífilis na gestação pode causar graves problemas de saúde no RN, trazendo abortamento, natimorto sífilítico, parto prematuro (SARACENI et al., 2005). Jacinto et al. (2007) analisaram a prevalência de risco de RN com sífilis em uma maternidade. Observaram que em 47,5% dos casos, a mãe não recebeu qualquer terapêutica durante a gravidez. Outro estudo que avaliou o manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza concluiu que 99,4% foram inadequadamente tratados e 2,4% não receberam qualquer tratamento (MELO, 2010). Esses achados, além de sugerirem problemas na qualidade da assistência, revelam a fragilidade da organização da rede de atenção à saúde no Município e despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a questão da sífilis, mostrando assim que as recomendações para eliminação da SC estão distantes de bom atendimento.

Embora essas intervenções estejam disponíveis para toda a população de gestantes com sífilis, as dificuldades da rede em prover diagnóstico laboratorial, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis, e a baixa qualidade do pré-natal resultam em uma situação ainda bastante precária no Brasil e em outras partes do mundo.

3.3 A estratégia de saúde da família como espaço privilegiado para desenvolvimento das ações de prevenção e controle da sífilis congênita

Novo paradigma de cuidado à saúde começou a ser estabelecido após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária (CIAP), promovida pela OMS e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), realizada em Alma Ata, em 1978, que estabeleceu a proposta de “Saúde para todos até o ano 2000” e a estratégia de Atenção Primária em Saúde (APS) (WHO, 1978). Garantir boa atenção primária com qualidade constitui elemento fundamental para que essa meta fosse atingida, como parte do desenvolvimento e do espírito de justiça social. Embora no Brasil essas estratégias já sejam preconizadas teoricamente e recomendadas para toda a população de gestantes e seus filhos infectados, as dificuldades da rede em promover uma assistência voltada para essa parcela da população, como acolhimento, diagnóstico laboratorial da infecção e o acompanhamento dos casos notificados, bem como o tratamento dos parceiros, prosseguem como o maior desafio.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (CICS) concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que esses cuidados sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento. No Brasil, pensar em outros caminhos para garantir a saúde da população significou a redemocratização da saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado (SUS), criando políticas públicas de saúde inclusivas.

Com efeito, em 1984, o Ministério da Saúde, com o objetivo de fortalecer a saúde da mulher no âmbito das políticas públicas no Brasil, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O Programa incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de

outras necessidades identificadas com suporte no perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1985). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do movimento sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do (SUS).

De tal sorte considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais de saúde ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, em 2006, o MS aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Foram definidos os princípios e diretrizes do Pacto pela Vida (PV) em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão (PG). O pacto pela vida definiu como prioridades consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção primária e como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006b). Vale ressaltar que esse pacto instituiu como meta a redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase na redução das taxas de transmissão vertical (TV) do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007b).

A elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é oportuna, pois sua elaboração e sua implantação/implementação, nas várias esferas de gestão do SUS e na interação do setor sanitário com os demais setores das políticas públicas e da sociedade, provocam mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2006c).

Para que ocorra uma reorganização da atenção primária, a que se propõe a Estratégia de Saúde de Família (ESF), é reconhecida a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população assistida (ALVES, 2005; SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006; SILVA et al., 2009). Nessa perspectiva, a ESF se apresenta como uma oportunidade para a requalificação do trabalho em saúde, especialmente no que diz respeito à saúde da mulher, uma das áreas priorizadas pelo MS.

Considerando que a ESF aparece como proposta de reestruturação da assistência, que esta deve ser a porta de entrada no sistema de saúde e onde são firmados os vínculos com a comunidade, é nesse espaço que deve ocorrer a assistência pré-natal. Ademais, geralmente, é na atenção primária que sucede o primeiro contato da comunidade, em particular, a mulher, com os serviços de saúde.

Considerando a proximidade e o vínculo que deve se estabelecer entre os serviços de atenção primária e a comunidade, e que a assistência nesse nível de complexidade dispensa o uso de tecnologias muito sofisticadas, a atenção à mulher deveria se desenvolver com a melhor qualidade possível. Efetivamente, seria recomendável oferecer o exame de VDRL a todas as mulheres e homens que procuram esses serviços, visando ao diagnóstico precoce e ao tratamento dos casos identificados de sífilis.

Vale ressaltar que embora nas últimas décadas a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, melhorar a qualidade permanece como o maior desafio. Essa melhoria requer mudança de atitude dos profissionais de saúde e dos gestores, visando a garantir que os serviços sejam efetuados com maior eficiência e presteza.

Na prática, entretanto, se observa que significativa parcela dos casos de SC no Brasil ocorreram em mulheres que receberam assistência pré-natal (RODRIGUES et al., 2008), ressaltando que as oportunidades de triagem com o exame de VDRL, de diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante, são desperdiçadas, situação que concorre para os altos índices evidenciados de SC.

Considerando que a atenção primária tem como objetivo contribuir para a redução da morbimortalidade materno-infantil, cabe aos profissionais de saúde e gestores garantir que as ações de pré-natal sejam realizadas com qualidade e com os recursos necessários.

É reconhecido o fato de que o pré-natal, conquanto oportuno, não é o único momento para prevenção da SC, pois se faz necessário que a equipe desenvolva atividades de prevenção na comunidade e que realize a triagem por meio da solicitação do VDRL a todas as pessoas que busquem os serviços de atenção primária.

Cabem à atenção básica, entretanto, a realização do diagnóstico sorológico, mediante solicitação de testes não treponêmicos, quando disponíveis; o tratamento de adultos e gestantes com diagnóstico estabelecido de sífilis e de seus parceiros (as) sexuais; ter disponível na unidade básica penicilina G benzatina; realizar o acompanhamento clínico e laboratorial, com testes não treponêmicos mensais para definição de cura; encaminhar para referência os casos de alergia comprovada à penicilina e de suspeita de sífilis terciária, e fazer a notificação de toda gestante com diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2006).

3.4 Avaliação em saúde

A importância da avaliação em sistemas de saúde, para o contexto brasileiro, é ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas públicas de saúde e práticas em serviços. Essa tendência se insere no âmbito mundial e, em alguns países, a avaliação já constitui prática institucionalizada e seus resultados contribuem para a formulação de suas políticas e práticas de saúde (CARVALHO; NOVAES, 2004). Avaliar a qualidade dessa assistência, com a proposta de aprimorá-la, requer esforços constantes das autoridades de saúde, dos profissionais que executam essas ações e também da população-alvo, que deve estar atenta aos problemas surgidos e buscar soluções (SUCCII et al., 2008).

O campo da avaliação em saúde é empregado por uma diversidade de termos, conceitos e métodos, o que está coerente com a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes na área da saúde, da heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas (SAMICO et al., 2010).

Nas últimas décadas, cresceram no Brasil as iniciativas com vistas a institucionalizar a avaliação em saúde, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais, e avaliar programas. No campo das ações das políticas, e no caso específico das políticas de saúde, a avaliação auferiu uma centralidade nas organizações. De tal maneira, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados relativamente à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações (ALMEIDA, 2010).

A avaliação é objeto de relevância quando os resultados podem ser utilizados para influenciar as mudanças das práticas, modificando determinada situação de saúde, como também, melhorar indicadores de saúde, verificar as dificuldades de acesso à saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência (MELO FILHO, 2009). Auxilia no processo de decisão, com vistas a torná-lo o mais racional e efetivo possível. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, exige dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis (TANAKA, 2000).

Nesse âmbito, a avaliação constitui, então, parte do planejamento de programas e mantém uma preocupação fundamentada na sua relação custo/benefício. Hoje, a formulação de uma abordagem de avaliação já se desprende do planejamento de programas e passa, em

alguns casos, até a incorporá-lo, no sentido de que a avaliação de necessidades deve vir antes de decidir acerca da formulação de um programa. Hoje, também, não mais se pensa na avaliação como atividade assistemática e amadora (LINS, 2001).

A avaliação, discutida por diversos autores, envolve, necessariamente, um julgamento, a atribuição de um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa. Para Scriven, “avaliar é julgar o valor ou mérito de qualquer coisa”. A avaliação deve constituir uma dinâmica, integrada a decisão, devendo estar presente nas diferentes esferas da gestão.

A avaliação obedece a uma sequência cíclica, composta pelas seguintes etapas: entendimento do papel e da missão do serviço no sistema de saúde, estabelecimento dos objetivos da avaliação, escolha dos aspectos ou dimensões a serem avaliadas, elaboração de critérios, padrões e indicadores; desenho do estudo de avaliação; processo de avaliação; identificação dos problemas e falhas, propostas de mudança e execução das ações de correção e reavaliação (CAMPOS, 2005).

A avaliação não deve ser entendida com um fim em si mesmo, mas deve ser compreendida e acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças para melhoria dos serviços de saúde da população. Objetivando a importância da avaliação nos serviços de saúde, este estudo teve como objetivo mensurar as ações de prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis na atenção primária.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma avaliação qualitativa (PATTON, 2001), que procurou aprofundar o conhecimento acerca das questões envolvendo o controle e prevenção da sífilis na gestante e, conseqüentemente, da sífilis congênita (SC), bem como compreender a vivência dos agentes sociais na complexa dinâmica que envolve o seguimento das recomendações e protocolos definidos pelo Ministério da Saúde.

A avaliação é um fenômeno essencialmente humano e decorrente das políticas públicas, devendo ser encarada como um dos seus componentes (BOSI, 2006). Na área da saúde, visa a conhecer se os esforços empreendidos resultaram no seu objetivo principal, que é a melhoria das condições de saúde da população. A avaliação não é uma tarefa simples e à medida que se torna mais complexa e tenha mais agentes sociais envolvidos, surgem outros desafios para uma adequada conclusão sobre os seus efeitos.

O ato de avaliar faz parte da história da humanidade desde seus primórdios, sendo inerente à própria aprendizagem (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Avaliação, quanto técnica e estratégia de investigação, faz parte de uma sistemática de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa (MINAYO, 2005). No caso específico deste estudo, pretendeu-se conhecer como se desenvolvem as ações de prevenção e controle da sífilis em gestantes, e conseqüentes prevenções da SC, em unidades primárias de Saúde da Família em Fortaleza, visando a encontrar respostas com origem dos próprios agentes sociais.

Para compreender esse fenômeno, o estudo fundamentou-se na metodologia qualitativa de investigação social, na vertente crítico-interpretativa. A investigação qualitativa constitui um campo no qual é possível visualizar, mais intensamente, os fenômenos e as questões das ciências humanas e sociais, sendo o conhecimento obtido uma síntese que emerge da dialética entre sujeito epistêmico e o fenômeno estudado (BOSI; MERCADO, 2007).

O método qualitativo permite ainda desvelar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando à formulação de novas abordagens, revisão e criação de conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimentos até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2010, p. 57).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Fortaleza, Ceará, que é dividida em seis secretarias executivas regionais (SER). Esses espaços são regiões administrativas cujo papel é executar as políticas setoriais de forma articulada, definindo prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando os serviços articulados em uma rede de proteção social (FORTALEZA, 2009).

Fortaleza tem população de 2.447.409 habitantes (IBGE, 2010), onde cerca de 70% (o equivalente a 1 milhão e 700 mil pessoas) utiliza os serviços públicos de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde trabalha na ampliação das equipes de Saúde da Família, situação incentivada pelo Governo Federal. O objetivo é prestar assistência tendo como norte o cuidado e o acompanhamento integral das famílias e reaproximar profissionais e cidadãos, mudando a ideia sobre a atenção em saúde (FORTALEZA, 2009).

Com a territorialização, Fortaleza foi subdividida em quatro níveis de risco, cujo número de equipes é proporcional ao universo de pobreza da população. Para o desenvolvimento desta pesquisa, porém, foram definidos critérios específicos para seleção das SER e das unidades. Os aspectos delineados na sequência foram considerados.

Foram selecionadas duas SER para a realização da coleta de dados: a SER IV e a SER VI. Consideraram-se as notificações de casos de SC realizadas no período de 2007 a 2009, tendo sido a SER VI que mais notificou durante esse período e a SER IV a que menos notificou. Esse critério teve como base a ideia de que as notificações podem estar relacionadas à qualidade da implementação das ações de prevenção e controle da SC recomendadas pelo MS.

A SER IV cobre uma área territorial de 34.272 km², com população de 305 mil habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em 19 bairros. Sua rede de saúde é formada por 12 unidades de atenção primária, além de três centros de atenção psicossocial (CAPS) e um centro de assistência à criança (CROA). A SER possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês (FORTALEZA, 2009). Concentra 15 creches e 28 escolas de ensino infantil e fundamental.

A SER VI tem área geográfica correspondente a 42% do território de Fortaleza, distribuída em 29 bairros, com uma população estimada em 600 mil habitantes. É a SER com o maior número de unidades de saúde e de equipes de Saúde da Família, totalizando 20 equipes (FORTALEZA, 2009). Nessa SER encontra-se uma das maternidades que presta serviços de Obstetrícia, Clínica Geral, Pediatria e Neonatologia. Tem implantado a assistência ao parto humanizado. Atualmente desenvolve ações ambulatoriais, a saber: assistência pré-natal de médio risco, planejamento familiar e atenção às DST.

Foram escolhidas duas unidades de cada SER, considerando: a unidade de saúde que mais notificou casos de sífilis em gestantes e outra que não registrou nenhuma notificação nos anos analisados (2007 a 2009). Caso a SER tivesse mais de uma unidade que não notificou caso de sífilis em gestantes, seria realizado um sorteio das devidas unidades.

A pesquisa qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento das questões. Seu critério, portanto, não é numérico, embora quase sempre o investigador precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas, a dimensão e a delimitação do espaço (MINAYO, 2010).

Nos estudos qualitativos, a questão “quantos” parece a este ensaio de importância relativamente secundária no concernente à questão “quem”, embora, na prática, represente estratégias inseparáveis. Afinal, o que há de mais significativo nas amostras intencionais não se encontra na quantidade final de seus elementos, mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações (FONTANELLA et al., 2008).

4.3 Sujeitos da pesquisa

Optou-se neste estudo por envolver médicos, enfermeiras (os), coordenadores das unidades, gestantes com e sem VDRL reagente, profissionais do SAME e agentes de saúde.

O objetivo da inclusão desses profissionais justificou-se pelo fato de serem esses responsáveis por desenvolver as ações de prevenção, controle e promoção de saúde na comunidade, bem assim pelo fato de estarem na linha de frente do atendimento pré-natal, contribuindo sobremaneira para o controle precoce da SC, uma vez que têm a oportunidade de acompanhar as gestantes durante todo o período gestacional.

Com o propósito de compreender a visão das gestantes diagnosticadas com sífilis sobre a assistência pré-natal, realizaram-se visitas domiciliares às mulheres, oportunidade em que foi aplicada uma entrevista semiestruturada (APENDICE D), cujas informações foram complementadas no cartão da gestante (APENDICE C). Efetuaram-se perguntas referentes à realização dos exames, especialmente o VDRL, bem como do tratamento, procurando avaliar os cuidados prestados nesse período pelos serviços de saúde. As visitas foram agendadas e realizadas juntamente com o agente de saúde responsável pela área de abrangência das gestantes, em dias e horários previamente definidos.

4.4 Coleta e análise dos dados

Obtidas as informações necessárias na coleta de dados, que ocorreu no período de seis meses, de abril a setembro de 2011, iniciou-se a análise do material de campo, ocorrida em quatro unidades básicas de saúde, duas da SER IV e duas da SER VI.

Foi realizada a triangulação das técnicas de coleta de dados, utilizada para indicar a combinação dos diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas no tratamento de um fenômeno (FLICK, 2004). As rotinas para a triangulação constituem a base para a validação da busca de natureza qualitativa com intensiva presença da interpretação já nessa fase investigativa (STAKE, 1995).

A triangulação é compreendida como a adoção de múltiplas percepções para clarear o significado e, de certa forma, verificar a repetição de determinada observação ou interpretação alcançada por uma fonte de dados, em comparação com outras fontes utilizadas.

Como observações ou interpretações, no entanto, não são perfeitamente replicáveis, a triangulação serve também para clarear o entendimento das diferentes formas pelas quais o fenômeno é percebido (MAFFEZZOLLI, 2000).

Neste experimento, recorreu-se observação direta (APENDICE F), entrevistas com profissionais médicos, enfermeiros, gestores (APENDICE A, B) e análise de documentos (APENDICE F) (prontuários médicos, fichas de notificação, cartões de gestantes). As observações tiveram início durante os atendimentos de pré-natal realizados pelos médicos e enfermeiros, especialmente de gestantes de primeira consulta, considerando que nesse momento deve ser solicitado o exame de VDRL e realizado aconselhamento.

A observação direta é uma das técnicas de investigação, que possibilita registrar detalhes para classificar relações complexas (BRITTO; OLIVEIRA; SOUSA, 2003); contribui também para conhecer a interação dos profissionais com a comunidade, bem como identificar os fatores que podem influenciar nas ações de prevenção e controle da sífilis e na realização do pré-natal. A observação, quando combinada com outros métodos de recolha de indicadores, ajuda o pesquisador a compreender, a perceber e revelar diferentes realidades sobre a dinâmica de trabalho (MARCON; ELSEN, 2000).

Para a realização da coleta dos dados, juntamente com a bolsista, comparecíamos todos os dias às unidades selecionadas, com o objetivo de acompanhar as gestantes no atendimento ao pré-natal e vivenciar a rotina da UPS no sentido de compreender melhor como se desenvolvem as ações de prevenção e controle da sífilis. O atendimento ocorria normalmente duas vezes por semana para cada equipe, sendo uma vez de atendimento médico e outro com enfermagem.

Apesar de todos os dias se estar nas unidades, tratava-se de uma pessoa estranha ao ambiente de trabalho dos profissionais, o que podia ensejar certo desconforto. Por esse motivo, o cuidado com a atitude e delicadeza durante as observações foi fator primordial para manter uma convivência respeitosa e sem problemas. O posicionamento e o sigilo das informações foram fatores essenciais para que as pessoas se sentissem à vontade e seguras durante as entrevistas.

Passou-se a fazer contato com os profissionais médicos e enfermeiras (os) com objetivo de combinar os melhores horários para realização das observações das consultas de pré-natais como também efetivar as entrevistas.

Outro momento da coleta dos dados constituiu-se nas observações dos registros, o que ocorreu durante toda a coleta de dados, registrando-se em um diário de campo. Ocorreram concomitantemente as entrevistas e análise de documentos e obedecendo a um protocolo formal. À medida que se coletavam os dados, analisavam-se e revisavam-se as evidências, precedendo a perguntas, continuamente, para compreender e interpretar por que os eventos ou fatos aparecem como tais. Seus julgamentos podem levar à necessidade imediata de busca de outras evidências (YIN, 2010).

A observação dos prontuários não foi possível ser operada, uma vez que estes são eletrônicos, sendo necessária uma senha individual para acessá-los. Outros documentos com dados estatísticos das unidades, fichas de notificações, foram fornecidos pelos coordenadores e profissionais técnicos das unidades. Também foi possível a observação às consultas médicas e de enfermagem, porquanto não houve nenhum empecilho.

As observações nos cartões das gestantes aconteceram durante a realização das entrevistas. Assim, notou-se que são poucas as informações contidas, pois não constam registros de resultados de exames nem tratamento.

A observação da unidade ocorreu durante o período da coleta. Participou-se de reuniões com profissionais (rodas de conversa) e grupos de gestantes. Vale salientar que as observações também tiveram como objetivo identificar se as unidades usavam os manuais e protocolos do MS para prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Nas entrevistas, valorizou-se a descrição verbal dos entrevistados para a obtenção da informação, além de se utilizar dados originados das observações com vistas a identificar a dinâmica funcional da unidade no que diz respeito às atribuições recomendadas pelo MS para triagem, tratamento e acompanhamento da gestante com VDRL reagente (BRASIL, 2007c). As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã e da tarde, de acordo com a conveniência dos profissionais.

Não houve recusa por parte das gestantes em participar da pesquisa, contudo, entre os profissionais, uma enfermeira negou-se a participar depois que foi informada da gravação da entrevista. Um médico encontrava-se de férias no período da pesquisa.

Vale ressaltar que todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, com vistas a descobrir as categorias e se apropriar dos dados. Na descrição e organização, os

roteiros das entrevistas foram enumerados consecutivamente de um ao número máximo, de acordo com a categoria profissional do entrevistado (médico, enfermeiro, coordenadores, gestantes). As citações das entrevistas foram utilizadas de forma diferenciada por categorias profissionais.

À medida que foram acontecendo as entrevistas e a análise preliminar dos dados, aflorou a necessidade de se entrevistar outros profissionais como os do Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME), (APENDICE G), visando a se entender como acontecia a marcação das consultas e exames das gestantes. Para tanto, foi feito contato com a coordenadora para que se encontrasse um horário a fim de efetuar as entrevistas.

A realização de grupos focais com os agentes comunitários de saúde (ACS) (APENDICE E) foi a técnica de coleta de dados que se elegeu para a obtenção posterior de dados, desde as primeiras categorias provisórias levantadas. Para os grupos com os agentes de saúde, foi feito um contato prévio com estes por meio da coordenação da unidade, quando das rodas que aconteciam semanalmente. Desde então, foi combinada a data com a coordenadora, ficando marcada para as sextas-feiras no turno da tarde, uma vez que eles foram liberados da roda para participar dos grupos.

Foram realizados grupos focais em todas as unidades. Em cada grupo, participaram de dez a 12 ACS. Após cada encontro, se oferecia um lanche aos participantes como forma de agradecimento. A preferência por essa técnica se deu em decorrência do grande número de ACS, além de contribuir para reforçar os achados da pesquisa, pois estes são os profissionais que estão mais próximos da comunidade. Eles reconheceram a importância do estudo e foram muito solícitos. Ao iniciar-se o grupo, reforçou-se a obrigatoriedade do sigilo das informações. Vale ressaltar que o grupo foi realizado em um espaço cedido pela coordenação para garantir total privacidade e sem a presença do coordenador.

Com vistas a preservar a identidade dos entrevistados e cumprir os aspectos éticos, as citações não trazem as iniciais dos entrevistados e dados pessoais. Optou-se por citar as entrevistas por categoria profissional, a saber, “médico”, “enfermeiro (a)” e assim sucessivamente. Gestantes foram identificadas somente com as idades gestacionais. No caso específico dos grupos focais, optou-se por citar apenas o tipo de participantes “agente de saúde”. Para o coordenador das unidades, utilizou-se o próprio vocábulo coordenador.

Com suporte em leituras exaustivas e repetidas vezes de revisões dos diferentes achados, iniciou-se a análise dos dados, quando foi extraída uma categoria central: Oportunidades perdidas na atenção primária para o controle da sífilis na gestação e, conseqüentemente, da sífilis congênita. E uma subcategoria: Dificuldade de acesso da gestante às diferentes etapas do processo de prevenção e controle da sífilis congênita.

Portanto, vale ressaltar que a análise de indicadores consiste em extrair sentido dos dados de texto e imagem. Envolve preparar os dados para análise, conduzir análises diferentes, aprofundar-se cada vez mais no entendimento dos dados, fazer representação dos dados e interpretação dos significados mais amplos (CRESWELL, 2007).

4.5 Aspectos éticos

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), de acordo com o Parecer de nº 072/2009, e atendeu a todas as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Faz parte do projeto em pesquisa Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza Ceará, financiado pela FUNCAP/CNPq, com nº de convênio 700.460/2008.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foi garantido o anonimato e sigilo das informações. Secretaria de Saúde do Município assinaram o termo de fiel depositário.

As pessoas entrevistadas foram esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa, respeitando-se a recusa dos que decidiram não participar. Portanto, ressaltamos, como se tratava de uma pesquisa que envolve informações acerca do funcionamento do serviço foi garantido aos entrevistados o sigilo das informações, como proteção das identidades.

O estudo incorporou as Referências Básicas da Bioética, determinadas para pesquisas in anima mobili (com seres humanos), configurados nos pressupostos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, consoante a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde-MS/Brasil.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes

Ao longo de todo processo de coleta dos dados, foram realizadas entrevistas com nove médicos, 15 enfermeiras (os), três coordenadores da atenção primária em saúde, 14 gestantes (quatro com resultado de exame de VDRL reagente que foram notificadas pelas UPS, dez com VDRL não reagente) e seis profissionais do Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME). Foram realizados também seis grupos focais com agentes de saúde, dos quais participaram entre dez e 12 pessoas.

Entre os profissionais médicos, a idade variou de 30 a 53 anos e o tempo de atuação na APS de sete meses a 15 anos. Os enfermeiros se encontravam com idade entre 25 e 53 anos e tempo de atuação na APS de oito meses a 28 anos. Em relação ao sexo dos profissionais houve um predomínio do sexo feminino (93%) para os enfermeiros, enquanto para os profissionais médicos houve predomínio do sexo masculino (55%).

Todos os coordenadores das unidades tinham ensino superior completo, dois tinham pós-graduação (uma especialização e um mestrado). Em relação aos profissionais de nível técnico do SAME, a idade variou entre 28 e 39 anos e, em relação à escolaridade, cinco tinham ensino médio completo e um ensino superior incompleto. Todos os agentes comunitários de saúde tinham mais de um ano de atuação na APS e 37 (42,18%) não tinham recebido nenhum treinamento para atuar na APS.

Entre as gestantes, a idade variou de 17 a 43 anos. Dentre as quatro que tinham exame de VDRL reagente, a idade variou de 17 a 42 anos. Todas viviam com o parceiro, uma era analfabeta e as outras três possuíam o ensino fundamental incompleto. Vale ressaltar que todas quatro eram do lar. As gestantes com VDRL não reagente tinham idade entre 16 e 43 anos; quatro possuíam ensino médio completo, duas ensino médio incompleto, uma ensino fundamental completo, duas incompleto e uma tinha graduação e pós-graduação.

Após as transcrições e inúmeras leituras minuciosas das entrevistas, foi extraída uma categoria central; expressas no item 5.2, seguintes.

5.2 Oportunidades perdidas na atenção primária para o controle da sífilis na gestação e consequente prevenção da sífilis congênita

Foram havidas como oportunidades perdidas para o controle da sífilis na gestação: falta de acesso da gestante à consulta pré-natal, ao exame de VDRL, às ações de educação em saúde, a não realização da busca ativa de mulheres para início precoce do pré-natal, a falta de prioridade de atendimento às gestantes, dificuldade de acesso ao tratamento de gestantes com VDRL reagente e seu parceiro sexual. Esse conjunto de procedimentos precisa ser mais bem trabalhado entre as unidades para melhoria da qualidade da assistência pré-natal. Acredita-se que somente melhorando a assistência pré-natal é possível reduzir os indicadores de sífilis congênita em Fortaleza e no Brasil.

5.2.1 Dificuldade de acesso da gestante às diferentes etapas do processo de prevenção e controle da sífilis congênita

5.2.1.1 Dificuldade de acesso à consulta pré-natal

O conceito de acesso é complexo, pois varia entre alguns autores e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Os serviços de saúde devem estar adequados às necessidades dos usuários (RAMOS; SILVA, 2003; NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007; BARATA, 2008; MANHÃES; COSTA, 2008; JESUS; ASSIS, 2010) de forma que o acesso considere suas diferentes demandas (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; TAKEMOTO, 2007; CUNHA, 2010). Com efeito, a garantia do acesso aos diferentes níveis de cuidados decorre da implantação de modelos de atenção capazes de responder às necessidades de saúde da população.

O acesso universal aos serviços de atenção a saúde no Brasil é assegurado pela Constituição Federal de 1988 e por meio da Lei n.º 8.080/90, entretanto, no Brasil, ainda representa um grande desafio a ser superado para que se efetive a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A garantia de acesso à atenção primária universal e de boa qualidade, com oferta de ações integrais, resolutivas e humanizadas, é parte integrante das ações previstas no pacto

de gestão cujo objetivo é melhorar a qualidade e a eficiência da gestão do SUS (BRASIL, 2005).

Neste estudo, considerou-se o acesso a todas as etapas necessárias para que as medidas de controle da SC sejam realizadas: início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gestação, realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, existir registro, no cartão da gestante, da solicitação e do resultado dos dois exames sorológicos para sífilis (VDRL), realização de ações de Educação em Saúde, definição na unidade de estratégias que priorizem o atendimento da gestante com acompanhamento e tratamento daquelas com resultados de VDRL reagentes, bem como de seus parceiros sexuais.

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, de maneira que, ao final da gestação, nasça uma criança saudável com garantia do bem-estar materno e fetal. Essa assistência deve ocorrer de forma qualificada e humanizada e por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do 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 à atenção hospitalar (BRASIL 2006).

Nas observações de campo, pode-se identificar o fato de que as gestantes enfrentam muitas dificuldades para marcar a primeira consulta de pré-natal, o que conseqüentemente compromete a realização dos exames de rotina, dentre eles, o VDRL. Por várias vezes, buscaram atendimento sem obter êxito. Pode-se observar também que, quando conseguem marcar a consulta, esta ocorre de forma muito rápida, situação atribuída pelos profissionais ao excesso de demanda: *“Infelizmente essa é uma unidade de saúde que tem uma demanda muito grande” (Médico)*. Por outro lado, a Educação em Saúde não valoriza as orientações acerca da importância do pré-natal e da realização dos exames. Vale salientar que, na ocasião da consulta, se desperdiçam oportunidades de esclarecer as dúvidas das gestantes.

A assistência pré-natal é uma atividade prioritária considerada de muita relevância no que diz respeito à saúde materno-infantil. Um pré-natal adequado deve ser iniciado no primeiro trimestre de gestação, garantir um conjunto mínimo de procedimentos que incluem a realização de exames de rotina no primeiro e terceiro trimestres (BRASIL, 2006). De um modo genérico, o pré-natal envolve procedimentos simples, entretanto, a garantia de realização desses procedimentos não supera a necessidade de envolvimento do profissional de

saúde com vistas a valorizar o cuidado holístico e também de reconhecer a importância de identificar precocemente eventuais problemas que possam ocorrer durante o período gestacional, adotando condutas adequadas.

As gestantes comparecem precocemente à unidade de saúde em busca de atendimento, entretanto, a falta de agilidade e de definição de estratégias de priorização do seu atendimento são impedimentos para que se garanta o acesso precoce aos procedimentos necessários, fato que pode conduzir muitas a iniciarem o pré-natal tardiamente. O início precoce do pré-natal pode proporcionar múltiplos benefícios para a gestante e para a criança (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; NASCIMENTO; PAIVA; RODRIGUES, 2007; MENDOZA-SASSI et al., 2011), uma vez que favorece a possibilidade de realização de, no mínimo, seis consultas, com identificação e acompanhamento de eventuais agravos. Os depoimentos seguintes ilustram essa situação.

Eu comecei o pré-natal com cinco meses, foram cinco meses, devido à demora do exame (confirmatório de gravidez). (Gestante 20 semanas gestacional).

Senti muita raiva porque não conseguia atendimento. Eu vinha aqui todo dia, toda semana vinha aqui. Já estou com cinco meses e nada. Eu só consegui com uns dez dias ou vinte dias atrás. (Gestante 21 semanas gestacionais).

Têm vezes que a gestante tem que dar de três a quatro viagens para poder marcar a primeira consulta. (Agente de saúde).

Vale salientar que foram identificados outros fatores que também contribuem para retardar a entrada da mulher no pré-natal, como a descoberta tardia e a dificuldade de aceitar a gestação.

Tava com quatro meses, não tinha sintomas (gravidez) porque estava dando de mamar, depois foi que eu vim sentir os sintomas aí fiz o exame pra saber se tava grávida aí deu positivo. (Gestante 19 semanas gestacionais).

Tinha uma gestante que escondeu bem dizer oito meses que tava gestante, porque ela tem pavor quando eu falo com ela sobre o pré-natal ela já prometeu até de dar na minha cara se eu falasse pra ela sobre pré-natal. (Agente de saúde).

Eu não fiz o tratamento, foi por que eu descobri só quando ia fazer 8 meses de gravidez, eu não sabia que estava grávida. (Gestante 21 semanas gestacionais).

Às vezes elas chegam muito ao final da gravidez, porque também não querem fazer no início, não vem pra unidade. A gente não obriga, a gente oferece. (Enfermeiro).

Quando eu soube que estava grávida, eu não queria de jeito nenhum, aí teve certa rejeição, por isso comecei o pré-natal tarde. (Gestante 20 semanas gestacionais).

Outra questão que dificulta o acesso à marcação da primeira consulta de pré-natal é o fato de todas as consultas e solicitações de exames das gestantes serem realizadas por

intermédio do sistema informatizado. Ocorre que muitas vezes o sistema fica indisponível para essas marcações por um longo período, ocasionando assim, um atraso desses procedimentos. A informatização, teoricamente, deveria apressar o atendimento, entretanto, a falta de monitoramento e manutenção do sistema o tornou um entrave para o desenvolvimento das ações nas unidades primárias de saúde de Fortaleza, como mostram os depoimentos a seguir:

Só o que é difícil de fazer é o beta que é só quando abre o sistema. (Gestante 16 semanas gestacionais).

Toda semana o sistema para. Tem vez que passa a manhã inteira, tem vez que passa o dia inteiro, tem vez que passa dois dias e por aí vai. É complicado. (Profissional do SAME).

Essa última gestante minha eu pedi os exames dela pra ir ao laboratório colher, mas, foi informada que só pode colher quando estiver tudo marcado no sistema e o sistema esta fora do ar. (Enfermeira).

Faz-se necessário que os serviços de saúde, por meio dos gestores e dos profissionais das unidades primárias, compreendam a importância de priorizar o atendimento das gestantes e garantam a entrada dessas mulheres precocemente no pré-natal, considerando a possibilidade de evitar complicações em caso de uma adequada assistência pré-natal (MAIA et al., 2011).

O controle da sífilis congênita está estreitamente relacionado com a qualidade da assistência pré-natal (MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011). O início precoce do pré-natal deveria proporcionar a oportunidade para realização dos dois exames de VDRL e, conseqüentemente, o tratamento dos casos reagentes também precocemente.

A garantia de acesso à consulta pré-natal é um aspecto considerado relevante, quando se leva em conta a necessidade de controle da SC, apesar de estudos mostrarem que, mesmo iniciando o pré-natal precocemente e recebendo o quantitativo de consultas recomendadas, as gestantes com VDRL reagente não são tratadas adequadamente durante o pré-natal (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; CAMPOS et al., 2010; HOLANDA et al., 2011).

Nas unidades primárias de saúde, as ações de pré-natal não vêm sendo realizadas com a devida contensão (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008; MENDONZA-SASSI et al., 2011) e em tempo oportuno, uma vez que as mulheres não estão sendo identificadas e tratadas precocemente para sífilis e outras patologias. Possivelmente, esse pode ser um dos motivos

que contribui para o aumento dos casos de sífilis congênita nas diferentes regiões do Brasil e em outros países (FITZGERALD et al., 2003; RODRIGUES et al., 2008; KRÜGER; MALLEYECK, 2010). Essa situação contraria o plano para o controle da sífilis congênita, que cobre quatro pilares, valendo destacar: acesso e qualidade no atendimento as gestantes e recém-nascidos; detecção e tratamento das grávidas e seus parceiros sexuais com VDRL reagente e vigilância, monitoramento e avaliação do sistema de notificação (WHO, 2008).

Foram vários, porém, outros fatores encontrados que comprometem o acesso precoce das gestantes ao pré-natal. A falta de atendimento diário de pré-natal; equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) incompletas em algumas unidades, ausência do profissional médico para realização das consultas de pré-natal e prescrição da penicilina para tratamento das gestantes com VDRL reagente; áreas geográficas descobertas pelas equipes de Saúde da Família; sobrecarga de trabalho dos profissionais que atendem diferentes programas. O desenho de estratégias governamentais que favoreçam a permanência dos profissionais na ESF, especialmente os médicos, é um imperativo, considerando a alta rotatividade desses profissionais (FIGUEIREDO, 2008; MEDEIROS et al., 2010; GOMES et al., 2011). Esses aspectos concorrem para dificultar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal, como mostram os depoimentos a seguir.

Alguns dias têm e outros não (atendimento pré-natal). Porque são muitos programas, tem prevenção, tem bolsa família, tem outros programas. (Profissional SAME).

Não tem nem agente de saúde, não tem equipe de ESF de forma nenhuma. É totalmente descoberta. (Áreas descobertas) (Enfermeira).

Porque não tem médico e quando tem médico é clínico geral. Aí a prioridade é para hipertenso, diabético. (Agente de saúde).

Olha ultimamente devido à demanda ser muito grande e devido esse problema da dengue, o pré-natal está desorganizado um pouquinho. (Médico).

Falta médico, falta equipe de Saúde da Família para cobrir a área. Nós enfermeiros acabamos tendo que atender, e não conseguimos priorizar a nossa área. (Enfermeira).

Em decorrência de toda essa problemática anteriormente relatada, as grávidas peregrinam entre as diferentes unidades de saúde em busca de atendimento. Identificam o fato de que faltam os recursos tecnológicos mínimos para o atendimento e preferem procurar locais mais especializados, situação encontrada também em estudos realizados em outros municípios brasileiros (RAMOS; LIMA, 2003; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; COSTA et al., 2009). Essa situação sobrecarrega os serviços de referência, comprometendo as vagas

de gestantes que apresentam algum fator de risco e que realmente necessitam de atendimento em locais de maior complexidade (MENEZES et al., 2006).

No Brasil, a garantia de acesso é um dos grandes desafios que ainda precisam ser superados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Não se limita somente às gestantes, mas a outras populações que necessitam de serviços públicos de saúde (BAZZO; NORONHA, 2009; SCATENA et al., 2009 CASTRO et al., 2011). Os achados deste estudo deixam claro que nem sempre a atenção primária (APS) funciona como porta de entrada para o sistema de saúde, como mostram os depoimentos a seguir:

Aí então elas não querem vir pra cá e já tão sendo acompanhadas em outra unidade. A gente só pega a unidade de referencia que ela ta sendo acompanhada e passa pra enfermeira. (Agente de saúde).

Eu acho que devia ter o profissional médico pra fazer o pré-natal junto com a enfermeira. No nosso caso a gente resgataria oitenta por cento das gestantes pra voltar para a unidade. (Agente de saúde).

Essa indisponibilidade de acesso pode estar relacionada à falta de sistematização interna dos serviços, de forma que priorize as gestantes e estabeleça a distribuição das consultas entre os diferentes profissionais médicos e enfermeiros. Dessa forma, pode-se aperfeiçoar o atendimento. A recomendação é que a primeira consulta de pré-natal seja realizada pelo (a) enfermeiro (a) e, no decorrer do acompanhamento da gestante e com base em criteriosas avaliações e descarte de possíveis riscos, sejam intercaladas com o médico (BRASIL, 2005).

Outro aspecto relacionado à sistematização e melhoria da qualidade da assistência é a regularidade da realização da visita domiciliar (LIGIA et al., 2007; CONIL, 2008; GOMES et al., 2011). Estudo realizado no Sul do Brasil mostrou a importância da visita do agente comunitário de saúde (ACS), favorecendo a que as gestantes iniciem o pré-natal mais precocemente (CESAR, 2008). Faz-se necessário, portanto, que as UPS se articulem interna e externamente com vistas a elaborar um plano de ação exequível que favoreça não só a captação precocemente as gestantes, mas também a garantia de continuidade do atendimento.

Se por um acaso a área não tiver agente de saúde, e se ele não se encontrar com a gestante, ela pode passar realmente sem fazer o pré-natal, porque a área é descoberta. (Enfermeira).

Muitas vezes ela não marca a consulta de pré-natal se não tiver ACS na área. Ela não marca. (Agente de saúde).

A captação precoce das mulheres grávidas para o início do pré-natal fica também comprometida pelo fato de o sistema de saúde ter uma visão assistencial voltada para as epidemias. As observações de campo permitiram identificar e comprovar que os ACS, quando em casos de epidemia (dengue), são obrigados a trabalhar nas áreas de riscos, deixando suas áreas de trabalho descobertas. Considerando que os ACS têm um papel fundamental no processo de busca ativa da gestante, essas questões necessitam ser refletidas em reuniões com todos os profissionais da unidade, pois podem comprometer a cobertura e a qualidade da atenção (COSTA et al., 2010).

Para tanto, devem ser assegurados o acompanhamento e a continuidade no atendimento, bem como um cuidado diferenciado às gestantes com VDRL reagente, considerando que a sífilis é um problema muito grave, tanto para a mãe quanto para o feto, sendo passível de tratamento e controle com ações simples (BRASIL, 2005). A Política Nacional de Atenção Básica visa a possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2007).

Vale salientar que, durante as observações de campo, foi possível identificar os profissionais da equipe concentrarem suas ações em atividades assistenciais, feitas por meio de consultas médicas e de enfermagem no ambulatório da unidade, com raras visitas domiciliares e Educação em Saúde. É possível que isso ocorra em virtude de o próprio sistema exigir que o profissional seja um tocador de serviço em atender demanda livre. Observa-se, ainda, que as ações de prevenção e controle da sífilis não estão ocorrendo no momento oportuno para evitar a sífilis congênita (SC). Quanto às atividades educativas, observou-se a sua não existência, tendo como alegação dos profissionais de saúde a falta de material, de espaço adequado, além do acúmulo de atividades administrativas. Eles reconhecem, contudo, a necessidade de se formar grupos.

Todos esses aspectos relacionados à falta de acesso podem estar contribuindo para o início tardio do pré-natal, atraso na solicitação e realização do exame de VDRL, como também no tratamento e, conseqüentemente, comprometimento da qualidade e do controle da sífilis congênita, como apontam muitos estudos realizados em outros municípios do Brasil (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2006; CARVALHO; ARAÚLO, 2007; ARAÚJO et al., 2008; SANTOS; CASTRO; GRASSI, 2009; SILVA et al., 2009; CAMPOS et al., 2010).

5.2.1.2 *Dificuldade de acesso ao exame de VDRL*

Considerou-se como dificuldades de acesso ao exame VDRL a análise de todos os aspectos que dificultavam ou retardavam a sua realização e o recebimento, a saber: a escassez de laboratório para coleta do material biológico, escassez dos recursos mínimos necessários para a realização do VDRL (sala de coleta, organização do transporte do material coletado para o laboratório de análise, e a falta de agilidade para realização do exame), falta de prioridade de exames para gestantes, fazendo com que elas entrem em uma fila de espera.

A prevenção precoce dos casos identificados de sífilis na gestação por meio da solicitação e realização do VDRL é a principal estratégia para o controle da transmissão vertical, uma vez que deve ser garantido o tratamento de todos os casos identificados em gestantes bem como dos seus parceiros sexuais. Ademais, deve ser realizado o aconselhamento, entendido como um processo que deve permear todas as consultas de pré-natal.

As atividades de aconselhamento devem fortalecer o acolhimento e o vínculo entre profissional e usuária (MERHY, 1994; TEIXEIRA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004), considerando as dificuldades enfrentadas pelas gestantes para a realização do tratamento, para a convocação do parceiro sexual e para a adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada de preservativo (APARECIDA et al., 2008). Vale ressaltar a importância da incorporação do aconselhamento na rotina dos serviços de saúde, especialmente na atenção pré-natal de mulheres com VDRL reagente e seus parceiros, com vistas a sensibilizá-los para a necessidade do autocuidado (BRASIL, 2006).

Os achados deste estudo mostram que a dificuldade para a realização do exame de VDRL representa o primeiro obstáculo enfrentado pela gestante para o controle da SC. Nenhuma unidade dispõe de laboratório e algumas têm sala para coleta de material biológico. A análise dos exames é realizada em laboratórios privados conveniados com a Prefeitura e em um laboratório público municipal.

Existe uma cota mensal de exames disponibilizada para cada unidade de saúde, que não é suficiente para atender a demanda. Por outro lado, as gestantes não são priorizadas e, quando ocorre o esgotamento da cota, elas aguardam o próximo mês para marcar o exame ou são encaminhadas para outras unidades de saúde. Por esse motivo, muitas não conseguem

marcar os exames na sua unidade de início do pré-natal e passam a realizar uma peregrinação entre as diferentes unidades unicamente para marcação dos exames do pré-natal.

Uma vez que conseguem marcar os exames, a coleta, do sangue representa um problema. Algumas unidades não dispõem de sala para coleta sendo necessário encaminhar as gestantes para outras unidades. A escassez de sala para coleta do material é um fator impeditivo para que a gestante realize os exames de VDRL. É o que mostram os depoimentos a seguir.

A questão é que nós não temos uma sala de coleta. O que poderia facilitar tendo na própria unidade um local de coleta. (Enfermeira).

Aqui não tem a coleta só é feita em outra unidade. Então é encaminhado para o laboratório. (CENJA). (Médico).

Eles encaminham para o Oliveira Pombo ou CENJA e alguns podem ser inclusive encaminhados pra Maternidade Escola também. (Agente de saúde).

É solicitado o exame, a paciente ela faz no local de coleta mais próximo e de referência. (Enfermeira).

O MS recomenda que as unidades primárias de saúde disponham de sala para coleta de material biológico, considerando a impossibilidade de implantação de laboratórios nesse nível de atenção (BRASIL, 2008b). Durante as observações de campo, foi possível identificar diferentes situações que comprometem o controle da SC. Após enfrentarem imensas filas de espera para marcação dos procedimentos, as gestantes eram informadas de que a cota havia encerrado ficando a marcação para o mês seguinte e muito frequentemente o sistema eletrônico estava fora do ar. Essas situações podem fazer com que muitas gestantes recebam atrasado o resultado dos exames ou cheguem ao final do pré-natal sem ter realizado ou recebido os dois exames de VDRL recomendados pelo MS (BRASIL, 2005). Essa situação ocorria mesmo entre as gestantes que tinham conhecimento do diagnóstico de sífilis de gravidezes anteriores.

Portanto, resta clara a falta de sistematização e priorização do atendimento à gestante, no sentido de elaborar estratégias equitativas entre os diferentes grupos populacionais usuários dos serviços. Durante as observações de campo e observações no cartão das gestantes, pôde-se comprovar que as gestantes que tinham diagnósticos de sífilis antes da gravidez atual ou até mesmo durante a gravidez não conseguiram realizar os exames de VDRL do terceiro trimestre e muito menos os exames de controle de cura - fato que compromete a qualidade da assistência e o acompanhamento do tratamento da gestante e,

consequentemente, do RN. Portanto, falhas na cobertura de testagem durante o pré-natal são fatos graves, pois impossibilitam efetivamente a adoção precoce das medidas profiláticas.

Haja vista a dimensão do problema, o MS preconiza que, em mulheres com diagnóstico de sífilis durante a gravidez, o controle de cura é mensal por meio do VDRL, e o acompanhamento clínico e laboratorial, com testes não treponêmicos mensais, para definição de cura (BRASIL, 2006; PASSOS et al., 2004), entretanto, na prática, não se observa isso.

Mesmo em unidades que realizam a coleta do sangue, percebe-se que a dificuldade para realização dos exames de VDRL está na existência de uma cota que limita o número mensal de exames disponibilizados pelos laboratórios terceirizados. Este quantitativo não é suficiente para população e, em particular, para as gestantes acompanhadas pela APS, impossibilitando com frequência a realização dos exames. Apesar de alguns profissionais e coordenadores referirem que esta cota não interfere na realização dos exames pelas gestantes, durante as observações e em depoimentos dos profissionais, constatou-se que se trata de um problema grave que compromete sobremaneira o acesso à realização do exame. O problema da limitação de cotas de exames não é fato isolado em Fortaleza, pois outro estudo realizado em um município de Rio Grande no Rio Grande do Sul também encontrou tal situação (CESAR et al., 2008).

O laboratório é particular, não é um laboratório do município. Eu acho que a prefeitura paga um número x de exames então eles agendam até esse ponto, chega o dia 10 do mês e não tem como agendar mais exames, então as gestantes são encaminhadas. (Enfermeira).

Quando a cota ultrapassa a gente não consegue pedir os exames que fica para o outro mês. Se você for à regional ou em qualquer canto vão dizer que não existe cota para gestante, mas na prática não se observa isso. (Médico).

Esse fato é reforçado em outros estudos realizados em outros municípios brasileiros, mostrando que as mulheres, mesmo tendo recebido o número de consultas preconizado pelo MS, não estão sendo testadas para sífilis durante o pré-natal e o parto (LIMA; DOURADO, 2008; SUCCI et al., 2008; DARMONT et al., 2010; TRAD; ROCHA, 2011).

Outro aspecto que merece destaque é a questão da demora dos resultados dos exames de VDRL. É possível que essa delonga no recebimento dos exames esteja comprometendo o tratamento da sífilis, fazendo com que essas gestantes realizem somente um exame de VDRL, situação mostrada em diversos estudos (CARVALHO; ARAÚJO, 2007;

LIMA; COSTA; DOURADO, 2008; CHRESTANI et al., 2008; PARADA, 2008; CUNHA et al., 2009; LEITÃO et al., 2009; COSTA et al., 2009; TRAD; ROCHA, 2011; GOUVEIA et al., 2011). Esses achados corroboram também outro estudo realizado em Fortaleza, que avaliou a atenção pré-natal na rede básica, onde foi realizada uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado (ROCHA, 2011).

Não identifica porque o exame é demorado, a paciente chega a parir e o resultado não chegou. (Enfermeira).

Tem exames que demoram dois meses. Por exemplo, o exame de sangue. A primeira consulta demora dois meses para poder vir. (Médico).

O VDRL demora mais de quarenta e cinco dias. Um exame que era pra vir de quinze dias ele demora às vezes até mais, você tá entendendo? (Enfermeira).

Um dos maiores problemas é a dificuldade do retorno dos exames. A gente pede o exame, vamos supor, no primeiro trimestre, o exame de rotina, às vezes o exame só chega lá no quinto mês, sexto mês, quando vem. (Médico).

De acordo com os depoimentos ora reproduzidos, fica evidente que é necessário o desenvolvimento de estratégias que possam diminuir o tempo de entrega dos exames de pré-natal, uma vez que a demora pode contribuir para retardar o tratamento e comprometer o controle da sífilis.

Em algumas unidades, os exames são realizados em laboratórios particulares conveniados com a Prefeitura e elas dispõem de sala para coleta de sangue. Em uma unidade não existe sala de coleta e as gestantes são encaminhadas para marcar o exame e depois colher o sangue em um serviço de referência. Tal situação requer das gestantes vários deslocamentos para realizar os exames, o que requer tempo e condições financeiras.

A realização de exames laboratoriais básicos é imprescindível para o acompanhamento ao pré-natal e para o controle da sífilis na gestação e sífilis congênita, porquanto complementam a avaliação clínica e obstétrica da mulher, favorecendo a adoção de diagnóstico e condutas adequadas (GRANGEIRO, 2008).

Como geralmente esses exames são coletados em outras unidades, ou até mesmo em laboratórios municipais, é muito comum que os resultados não estejam disponíveis no dia estabelecido para entrega.

É sabido que uma das formas que pode contribuir para prevenir à sífilis na gestação e sífilis congênita é a garantia da triagem dos exames sorológicos durante o

pré-natal. Para tanto, se faz necessário que gestores e profissionais elaborem estratégias com ações que priorizem exames para gestantes, pois a medida mais efetiva de controle consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal organizada e de qualidade. A dificuldade de acesso aos exames laboratoriais para gestantes foi expressa em todas as entrevistas deste estudo, apesar de todos os exames laboratoriais preconizados pelo MS serem disponibilizados para gestantes no pré-natal na rede básica de saúde gratuitamente.

Malgrado a sífilis ser um agravo com clínica e tratamento conhecidos há muito tempo, várias situações de falta de estruturação da rede de saúde dificultam o acesso aos exames de VDRL comprometem o controle da sífilis, a qualidade da assistência pré-natal e, conseqüentemente, a saúde materno-infantil.

O resultado eles dizem que em torno de quinze dias, mas nunca chega, é mais de trinta dias, então gera um novo probleminha, às vezes não consta no sistema que a (gestante) fez o exame e o resultado à gente não consegue localizar, ela da outra viagem no posto e o resultado ainda não foi disponibilizado. (Enfermeira).

Essa falta de estrutura mínima que possa garantir a realização dos procedimentos recomendados pelo MS pode repercutir nas baixas coberturas de testagem em gestantes em Fortaleza (FORTALEZA, 2011).

Todos esses entraves relacionados ao acesso à consulta pré-natal e aos exames laboratoriais podem estar relacionados à baixa cobertura de exames de VDRL em Fortaleza, pois indicadores de assistência pré-natal mostram que, no período de janeiro a julho de 2011, somente 9,5% das gestantes inscritas no SISPRENATAL realizaram os dois exames de VDRL (FORTALEZA, 2011). No Brasil, estudo sentinela-parturiente observou que somente 16,9% das gestantes realizaram os dois testes de VDRL no pré-natal, (SZWARCOWALD et al., 2007) sendo esse percentual muito aquém do recomendado pelo MS. Nesse sentido, há necessidade urgente da qualificação da atenção pré-natal com garantia dos insumos necessários e da triagem laboratorial para sífilis de todas as gestantes no primeiro e terceiro trimestres de gestação e no momento do parto.

5.2.1.3 Dificuldade no tratamento da gestante com VDRL reagente e do parceiro sexual

Neste estudo, foram havidas como dificuldades de acesso ao tratamento da gestante com sífilis a resistência dos profissionais para administrar a penicilina nas UPS, a falta de suporte básico e insumos para manejo dos casos de anafilaxia e o não tratamento do parceiro.

A assistência pré-natal é um momento oportuno para contribuir com a redução da transmissão vertical da sífilis, por meio do diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante infectada e do parceiro sexual. Dessa forma, torna-se possível prevenir e controlar a sífilis congênita como problema de saúde pública (BRASIL, 2007); no entanto, no Brasil, conquanto a elevada cobertura de pré-natal, nota-se, com frequência, a inobservância da realização da rotina preconizada, especialmente a testagem para o VDRL e o tratamento dos casos de sífilis quando identificados em gestantes e nos parceiros (BRASIL, 2007).

Cabe à atenção primária a realização do diagnóstico sorológico de sífilis, mediante a solicitação de testes não treponêmicos; o tratamento de adultos e gestantes com diagnóstico estabelecido de sífilis e de seus parceiros (as) sexuais; ter disponível na unidade básica à penicilina G benzatina; realizar o acompanhamento clínico e laboratorial, com testes não treponêmicos mensais para definição de cura; encaminhar para referência os casos de alergia comprovada à penicilina e de suspeita de sífilis terciária, bem como fazer a notificação de toda gestante com diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2006).

O advento da penicilina assinalou inúmeras possibilidades para o tratamento de doenças infecciosas em todo o mundo, e passou a representar uma opção terapêutica no tratamento e na prevenção de diferentes processos infecciosos e suas complicações, como no caso da sífilis (GRUMACH; FERRARONI, 2006). Dessa forma, quando é detectada uma gestante com VDRL reagente, o tratamento deve ser iniciado imediatamente na rede primária de saúde. A SC apresenta uma das maiores taxas de transmissão dentre as doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido-puerperal (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; SARACENI et al., 2007). Estudo que avaliou a assistência pré-natal, realizado no Rio Grande do Sul, mostrou que o VDRL foi o exame que apresentou a pior taxa de realização no pré-natal, com média de 25,3% (GONÇALVES, 2009).

De acordo com o protocolo de diretrizes para o controle da sífilis congênita, a penicilina G benzatina é a droga de escolha para o tratamento dos casos de sífilis na gestação (BRASIL, 2005), entretanto pode-se perceber com base nos depoimentos que existe resistência por parte dos profissionais em realizá-la na atenção primária.

Não, não é feita aplicação de benzetacil aqui. (Enfermeira).

Eu, por exemplo, não autorizo aplicação aqui porque às vezes falta medicação no caso de alguma reação alérgica. Realmente eu não autorizo. (Médica).

Tal recusa está pautada na possibilidade de reações adversas e na falta de condições materiais e de insumos para manejar os casos de anafilaxia. As gestantes, quando identificadas com VDRL reagente, são encaminhadas para outros serviços de maior complexidade para tomar a medicação. Vale salientar que a penicilina está disponível e em quantidade suficiente, inclusive sendo entregue à gestante quando ocorre o encaminhamento. Dificuldades para administrar a penicilina na atenção primária foram encontradas também em um estudo realizado em Brasília (ARAÚJO, 2010).

Aqui não tem material de suporte, por exemplo, se a paciente tomar uma medicação penicilina e passar mal aqui a gente não tem como ajudar tem que mandar para o Gonzaguinha. (Médico).

Porque a gente não pode aplicar benzetacil na unidade básica de saúde, não tem kit de primeiros socorros, que é.... de oxigênio. (Coordenadora).

Um balão de oxigênio, medicação para tirar da crise não tem. A gente não tem como fazer medicação venosa, nem intramuscular porque a gente não tem material de suporte. Se tiver um choque anafilático ela vai ficar aí mesmo. (Médico).

Olhe, porque os profissionais não se sentem seguros de ser feita essa benzetacil aqui por conta que não tem equipamento, não tem uma bala de oxigênio, não tem as medicações de urgência e emergência disponível aqui na unidade pra atender uma possível ocorrência com esse paciente. (Enfermeira).

Importante é ressaltar que o atendimento da gestante nesses serviços de maior complexidade não é garantido. A Portaria Ministerial nº 156 recomenda a aplicação da penicilina benzatina nas unidades primárias de saúde, como ação para garantir e facilitar o acesso ao tratamento. A APS não atende tal recomendação, comprometendo dessa forma o seu papel.

Eu encaminho. Eu dou a receita, elas pegam aqui e aí digo que vão tomar em alguma unidade hospitalar. (Médica).

A unidade libera o medicamento e elas vão a uma unidade secundária pra tomar. (Coordenadora).

Acho que a dificuldade na verdade é no tratamento, porque elas têm que se deslocar ao hospital para tomar a medicação, a dificuldade é só essa. (Enfermeira).

A prescrição é feito aqui mais a administração do medicamento é feito no hospital. Porque a gente não tem aqui um medico, balão de O2 e medicamentos para tirar sua reação alérgica. (Enfermeira).

A minha preocupação maior é com relação à alergia a penicilina que não tem suporte aqui pra fazer, então assim, pode fazer o acompanhamento, mas a medicação tem que ser na unidade secundária. (Médico).

Essas gestantes, no entanto, são atendidas na APS com dificuldade de pessoal e material não dispendo de estrutura para aplicação da penicilina, e insumos no momento do

atendimento clínico, sendo as gestantes encaminhadas sem garantia de atendimento, pois não existe um serviço de referência e contra referência.

O protocolo de atenção à gestante com sífilis considera adequado o tratamento se este ocorrer com penicilina G. benzatina, cuja dosagem depende do estadiamento da infecção (BRASIL, 2007). O MS estabelece que, em gestantes com diagnóstico de sífilis, o tratamento deve ser iniciado imediatamente e deve ocorrer concomitante ao do parceiro sexual. Nesse sentido, é imprescindível que os tomadores de decisões, gestores de programas e profissionais, desenvolvam estratégias para convocação desse parceiro o mais precocemente possível para que o tratamento seja realizado em tempo hábil, evitando assim a reinfecção da gestante e, conseqüentemente, do feto. O tratamento dos parceiros sexuais mostra-se difícil por várias razões, tais como horário de trabalho não compatível com o funcionamento dos serviços de saúde (ARAÚJO; SILVEIRA, 2009), não acreditar ser portador de doença sexualmente transmissível por não apresentar sintomas (SOUSA; BARROSO, 2009), entre outras, como mostram os depoimentos a seguir.

Não querem vir, dizem que não tem nada. (Médico).

Eles dizem que não vem porque não tem (sífilis) Aí o que é que eu digo a elas, use camisinha que eu vou lhe tratar. (Médico).

Eu vejo nas outras equipes e em outras unidades dificuldade para o parceiro vir à unidade. Muitas vezes eles não vêm. (Enfermeira).

A reivindicação de uma política de saúde mais integral voltada para a população masculina poderia, à primeira vista, ser tomada como uma oposição aos programas de gênero destinados unicamente a saúde da mulher. Dessa forma, se faz importante problematizar se a “não presença” dos homens nos serviços de saúde está associada a uma suposta ausência ou a um não reconhecimento da sua singularidade, que pode ser interpretada como uma invisibilidade não do sujeito/usuário e sim das políticas de saúde em reconhecê-lo e, portanto, incorporá-la também como protagonista de suas ações (KEIJER, 2008).

Considerando a importância do envolvimento dos parceiros, para que o tratamento da gestante seja eficaz, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos maiores e mais aprofundados no sentido de conhecer melhor as dificuldades enfrentadas, tanto pelas gestantes com VDRL reagente como pelos seus companheiros, com o intuito de elaborar estratégias que privilegiam a realidade vivenciada por estes segmentos populacionais. Há de se considerar

que é uma situação delicada, difícil de ser manejada e que requer dos profissionais muitas habilidades na condução do caso.

O que se observou durante a pesquisa de campo foi o não tratamento do parceiro concomitante ao da gestante. Os profissionais se limitam a orientá-las a trazer o companheiro para diagnóstico e tratamento da sífilis. Não procuram desvendar e compreender as dificuldades dessas mulheres no que diz respeito à revelação do diagnóstico ao companheiro, acompanhando-as de forma diferenciada por meio de um processo de aconselhamento que considere e trabalhe tais empecilhos.

Portanto, faz-se necessário valorizar o aconselhamento também nos casos de outras DST e não só do HIV. Essa atividade não deve ser estanque, mas ocorrer de forma continuada e considerar os aspectos emocionais que possam comprometer o tratamento adequado da gestante e, conseqüentemente, o controle da sífilis. Os profissionais acham-se impotentes diante das situações que vivenciam, pois muitos dos casos identificados de sífilis estão relacionados a usuários de álcool e drogas, o que torna a situação de mais difícil manejo. É o que mostram os depoimentos.

É que elas encontram resistência do companheiro em fazer o tratamento e a gente não consegue interferir, a gente não consegue que ela exija que o companheiro se trate. (Enfermeira).

O pior é que a gente não consegue trazer o parceiro principalmente quando é usuário de drogas. (Enfermeira).

Eu me sinto meio que de pés amarrados. Eu tive um caso que a gente buscou o parceiro, conscientizou-o, ele tomou uma dose da medicação e depois não tomou mais porque bebia demais. (Enfermeira).

A falta de definição de estratégias repercute no não tratamento do parceiro, considerando que nenhum dos quatro parceiros das gestantes com VDRL reagente comparecem à unidade para o tratamento de sífilis. Vale ressaltar, então, o fato de que há dificuldade da rede em promover ações que cubram a saúde do homem (GOMES, 2003). Para o controle da sífilis, faz-se necessário que estratégias sejam elaboradas, pois o tratamento do parceiro é imprescindível para que a gestante possa ser considerada adequadamente tratada. Estudos mostram que o tratamento do parceiro é um dos principais motivos para que a gestante seja considerada inadequadamente tratada (FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007; HOLANDA et al., 2011; LEITÃO et al., 2009; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007). De acordo com depoimentos, fica visível que o parceiro não está sendo tratado.

É necessária articulação com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade como todo, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina; captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária, outro grande entrave encontrado nas unidades e que comprometem o controle da SC é o tratamento do parceiro sexual das gestantes com VDRL reagente.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção. Essa política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família (BRASIL, 2006).

Outro aspecto que merece ser destacado é a forma como é percebido o problema da sífilis pelos coordenadores e profissionais de saúde. Apesar de entenderem que a unidade tem compromisso com assistência das gestantes e dos parceiros sexuais, eles não valorizam o problema da sífilis, considerando que os casos são irrisórios e não têm visibilidade. Essa situação está diretamente relacionada com a falta de registro dos casos e de avaliação dos dados epidemiológicos. Essa invisibilidade leva a certa desvalorização do problema por parte dos profissionais. É o que mostram os depoimentos.

Eu acredito que seja pela pouca notificação, porque geralmente quando é uma coisa absurda você começa a olhar de outra forma, entendeu, começa a ter mais carinho por aquela situação. Eu vou citar o exemplo da dengue, o que aconteceu com a dengue, a gente reuniu os enfermeiros, os médicos e tentam fazer um protocolo. (Coordenadora).

Porque assim, eu acho que a gente é envolvida mais em outras doenças, como tuberculose, hanseníase, a gente é mais estimulada a desenvolver atividades nessa área. Em relação à sífilis congênita não tem muito estímulo, acho que não tem muito interesse por parte dos profissionais, eu mesma nunca desenvolvi nenhuma atividade talvez porque na minha área não seja uma doença que está em evidência. (Enfermeira).

É o que estou dizendo, falta atenção maior pra sífilis, não ta se dando prioridade. Não ta se dando tanta importância. (Coordenadora).

É que aqui a gente como não tem muitos casos de sífilis. Talvez no momento não tenha quem trabalhe mais essa questão da sífilis mais a gente sempre na sala de prevenção a gente procura oferecer os exames, sífilis, hepatite, anti-HIV. (Enfermeira).

É feito um trabalho assim... De divulgação, mas normalmente não é o foco, não tem tantos casos. Diferente da tuberculose, da hipertensão. (Médico).

Ante essas dificuldades encontradas neste estudo, vale a pena se perguntar até quando os profissionais de saúde e as sociedades médicas tradicionais vão fingir que a sífilis congênita não representa um sério problema de saúde pública; até quando, os gestores vão ficar fazendo jogo de cena e esquecer que, eliminando a sífilis congênita, ter-se-ão importantes melhoras das taxas de mortalidade infantil, índice de desenvolvimento humano, expectativa de vida, entre outros (PASSOS, 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, constatou-se que as ações para a prevenção e o controle da sífilis congênita não são desenvolvidas a contento nas unidades primárias de saúde. Tal situação provavelmente se estende para os outros cuidados da assistência pré-natal.

As gestantes enfrentam muitas dificuldades de acesso, tanto para consulta de pré-natal quanto para a realização dos exames de rotina, situação que compromete a assistência e a qualidade da atenção e contribui para os péssimos indicadores de sífilis no Município.

Apesar de a maioria das gestantes estudadas haver realizado o número mínimo de consultas de pré-natal, a qualidade da assistência dispensada nesse nível de atenção é deficiente, demonstrada na dificuldade das gestantes para realizar os exames de VDRL do primeiro e terceiro trimestres de gestação, como também na demora no recebimento desses exames. Por outro lado, em sua maioria, os parceiros não são envolvidos no cuidado dispensado à gestante. As gestantes com sífilis têm o tratamento comprometido em virtude da resistência dos profissionais e gestores em realizá-lo na APS.

Garantir a qualidade da atenção pré-natal à gestante com sífilis passa necessariamente pela organização da oferta e demanda do atendimento na rede básica. Por outro lado, devem ser desenvolvidas estratégias que promovam o envolvimento dos parceiros sexuais no processo de cuidado, considerando que a responsabilidade para o controle da SC deve ser compartilhada entre usuários e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Município de Salvador, Bahia. **DST-J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v.19, n. ¾, p. 144-156 2007.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comum. Saúde Educ.**, v. 9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em unidade básica de saúde da família em Fortaleza-Ceará. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1899-1906, 2008.

ARAÚJO, M. A. L.; SILVA, D. M. A.; SILVA, R. M.; GONÇALVES, M. L. C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev. APS**, v. 11, n.1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 479-486, set. 2007.

ARAÚJO, C. L. **Análise da situação da sífilis congênita e da sua relação com a cobertura da estratégia de saúde da família no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

ASSIS, M. M. A.; VILL, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p.19-29, jul./dez. 2008.

BAZZO, L. M. F.; NORONHA, C. V. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no sistema único de saúde (SUS) em Salvador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1553-1564, 2009.

BOSI, M. L.; MERCADO, F. J. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1985.

_____. Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 1986. Seção 1, p 19827.

_____. **Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS: Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita**. Brasília, 1993.

_____. **Pacto de Gestão: Garantindo saúde para todos versão preliminar**. Brasília, DF, 2005.

_____. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005.

_____. **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Brasília, DF, 2005.

_____. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 2005.

_____. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em pediatria**. Brasília, DF, 2006a.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

_____. **Pacto Pela Vida, em Defesa do SUS E de Gestão**. Brasília, DF, 2006b.

_____. **Manual Técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006.

_____. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita:** manual de bolso. Brasília, DF, 2006.

_____. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília, DF, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. **Plano Operacional Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.** Brasília, DF, 2007b.

_____. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Brasília, DF, 2007a.

_____. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras,** Brasília, DF, 2008a.

_____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** Saúde da família. Brasília, DF, 2008b.

_____. **Boletim Epidemiológico,** Brasília, ano 6, n. 1, jul./dez. 2008, jan./jun. 2009.

_____. **Manual Técnico:** Gestação de Alto Risco. Brasília, DF, 2010.

BRITO, I. A. G. S.; OLIVEIRA, J. A.; SOUSA, L. F. D. Avaliação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. **Rev. Bras. Terap. Comportamental Cognitiva,** v. 5, n. 2, p. 139-149, 2003.

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 Pernambuco-Brasil. **Rev. APS,** v.12, n.1, p.62-71, jan./mar. 2009.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,** Recife, v. 5, Supl. 1, p. S63-S69, dez. 2005.

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

CARVALHO, D. C.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S220-S230, 2004.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do sistema único de saúde, na cidade de Recife, estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 7, n. 3, p. 309-317, jul./set. 2007.

CASTRO, S. S.; LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C.; CESAR, C. L. G. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Aids, sífilis em gestante e transmissão vertical da sífilis e do HIV. **Bol. Epidemiol.**, Fortaleza, v.13, n.3, 2009.

CESAR, J. A.; MENDOZA-SASSI, R. A.; ILMI, E. F.; AGNOL, M. M. D.; NEUMANN, N. A. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2614-2622, nov. 2008.

CONIL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. s7-s27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. ; CHAMPAGNE F.; PINEAULT R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; REIS, J. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; FRANCESCHINI, S. C. C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1347-1357, 2009.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B.; DAINA, S.; SAYDA, J. D.; CCOUTINHO, L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v.25, 2003.

COUTINHO, T.; MONTEIRO, M. F. G.; SAYD, J. D.; TEIXEIRA, M. T. B.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do sistema único de saúde em município do sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.**, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

CHRESTANI, M. A. D.; SANTOS, I. S.; CESAR, J. A.; WINCKLER, L. S.; GONÇALVES, T. S.; NEUMANN, N. A. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1609-1618, jul. 2008.

CRESWELL, J. W. **Projetos de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos.** Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município de estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 1, jan./mar. 2009.

DARMONT, M. Q. R.; MARTINS, H. S.; CALVET, G. A.; DESLANDES, S. F.; MENEZES, J. A. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1788-1796, set. 2010.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press, 1973.

DONALÍSIO, 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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n.13, p. 165-173, jul./set. 2007.

FERNANDES, R. C. S. C.; FERNANDES, P. G. C. C.; NAKATA, T. Y. Análise de casos de Sífilis Congênita na Maternidade do Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos. **DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v.19, n. ¾, p. 157-161, 2007.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso á assistência pré-natal na atenção básica á saúde sob a ótica das gestantes. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, jun. 2008.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A.; GARDENAL, R. V. C.; ASSUNÇÃO, L. A.; COSTA, G. R.; PERIOTTO, C. R. L.; VEDOVATTE, C. A.; POZZOBON, L. R. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **DST-J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. ¾, p. 139-143, 2007.

FITZGERALD, D. W.; BEHETS, M. D. F.; PREVAL, J.; SCHULWOLF, L.; BOMMI, V.; CHAILLET, P. Decreased Congenital Syphilis Incidence in Haiti's Rural Artibonite Region Following Decentralized Prenatal Screening. **Am. J. Public Health**, v. 93, n. 3, mar. 2003.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades Básicas de Saúde. Disponível em: <www.sms.ce.gov.br>. Acesso em: 14 jan. 2010.

_____. **Indicadores Saúde da mulher**. Fortaleza, 2011.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; ARAÚJO, R. M. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; MARTINS, T. C. P. Atenção primária á saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do sistema único de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, Supl.1, p.881-892, 2011.

GONÇALVES, C. V.; CESAR, J. A.; MENDOZA- SASSI, R. A. Qualidade e equidade na assistência á gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, nov. 2009.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V.; LUNA, C. F.; SZWARCOWALD, C. L.; SZWARCOWALD, C. L.; JUNIOR, P. R. B. S. Satisfação dos usuários com a assistência de

saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1849-1861, 2011.

GRANGEIRO, G. R.; DIOGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção pré-natal no município de Quixadá – CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

GRUMACH, A. S.; FERRARONI, N. O papel da penicilina na medicina moderna. **DST–J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n. 1, p. 7-13, 2006.

HOLANDA, M, T, C, G.; BARRETO, M. A.; MACHADO, K. M. M.; PEREIRA, R. C. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município do Natal, Rio Grande do Norte-2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, abr./jun. 2011.

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. **Sexually Transmitted Dis.**, v. 34, n. 7, p. S22–S30, 2007.

IBGE. Banco de dados: cidades. Disponível em: <<http://WWW.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

JACINTO, S.; HENRIQUES, M.; FERREIRA, T.; CARVALHOSA, G.; COSTA, T.; VALIDO, A. M. A sífilis congênita ainda existe! Análise retrospectiva de 12 anos de uma grande maternidade. **Acta Pediátr. Port.**, v. 38, n. 2, p. 65-68, 2007.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

KRÜGER, C.; MALLEYECK, I. Congenital syphilis: still a serious, under-diagnosed threat for children in resource-poor countries. **World J. Pediatr.**, v. 6, n. 2, May 2010.

LEITÃO, E. J. L.; CANEDO, M. C. M.; FURIATTI, M. F.; OLIVEIRA, L. R. S.; DIENER, L. S.; LOBO, M. P.; CASTRO, M. F. L. M.; BARBOSA, D. F. S.; SILVEIRA, J. B.; MACHADO, F. R. M.; MACEDO, J. L. S. Sífilis gestacional Como indicador da qualidade do pré-natal no centro de saúde nº 2 Samambaia-DF. **Com. Ciências Saúde**, v. 20, n. 4, p. 307-314, 2009.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 21, n. 2, 2007.

LIMA, L. H. M.; GURGEL, M. F. C.; SILVA, S. F. M. Avaliação da sífilis congênita no estado do espírito santo. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n. 2, p. 113-116, 2006.

LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 123-153, abr./jun. 2008.

LINS, A. M. A avaliação de intervenções sociais como potencial instrumento de construção do Conhecimento. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, 2001.

MACÊDO, V. C.; BEZERRA, A. F. B.; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T. Avaliação das ações de prevenção da Transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1679-1692, ago. 2009.

MAFFEZZOLLI, E. C.; BOEHS, C. G. E. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Revista. FAE**, Curitiba, v.11, n.1, p.97-110, jan./jun. 2008.

MAIA, C. S.; FREITAS, D. R. C.; GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem á saúde da mulher. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2567-2574, 2011.

MANHÃES, A. L. D.; COSTA, A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 207-217, jan. 2008.

MARCON, S. S.; ELSSEN, I. Estudo qualitativo utilizando observação participante - análise de uma experiência. **Acta Scientiarum**, v. 22, n. 2, p. 637-647, 2000.

MEDEIROS, C. R. G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implantação de estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

MELO, E. M. Q. B. **Avaliação do grau de implantação do pré-natal de alto risco de um hospital-escola de Pernambuco, Brasil.** Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, 2009.

MELO N. G. D. O; MELO FILHO, D. A. M; FERREIRA, L. O. C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 213-222, abr./jun. 2011

MELO, S. P. **Avaliação do manejo do recém nascido com sífilis congênita em Fortaleza, CE**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

MERHY, E. E. Embusca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MENEZES, D. C. S.; LEITE, I. C.; SCHRAMM, J. M. A.; LEAL, M. C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553-559, mar. 2006.

MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A.; TEIXEIRA, T. P.; RAVACHE, C.; ARAÚJO, G. D.; SILVA, T. C. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da estratégia saúde da família e unidades tradicionais em um município da região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, abr. 2011.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUSA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

NAGAHAMA, E. E.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 173-179, jan. 2006.

NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do programa de humanização do pré-natal e nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 191-197, abr./jun. 2007.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, jan./mar. 2008.

PASSOS, M. R. L.; BENZAKEN, A. S.; COELHO, I. C. B.; RODRIGUES, G. H. S.; JUNIOR, J. C. D.; VARELLA, R. Q.; TAVARES, R. R.; BARRETO, N. A.; MARQUES, B.

P.; FIGUEIREDO, J. Estudo de Equivalência entre azitromicina e penicilina G benzatina no tratamento da Sífilis. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 16, n. 1, p. 52-66, 2004.

PASSOS, M. R. L. Sífilis congênita: Uma vergonha que Insistem em perpetuar. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 17, n. 1, p. 3, 2005.

PATTON, M. Q. **Qualitive research and evaluation methods**. 2nd ed. THOUSAND OAKS: SAGE PLUBLICATION, 2001.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; CESAR, C. C. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 851-858, 2008.

ROCHA, R. S. **Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, set./out. 2003.

SARACENI, V.; GUIMARÃES, M. H. F. S.; FILHA, M. M. T.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 109-118, 2005.

SARACENI, V.; DOMINGUES, R. M. S. M.; VELLOZO, V.; LAURIA, L. M.; DIAS, M. A. B.; RATTO, K. M. N.; DUROVNI, B. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n. 2, p. 103-111, 2007.

SANTOS, K. S.; MOURA, D. G. Um estudo de caso aplicando a técnica de grupo focal para análise e melhoria de serviço público de emergência odontológica na região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Educação Tecnologia**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, jul./dez. 2000.

SANTOS, N. P.; CASTRO, B. G.; RIOS-GRASSI, M. F. Aplicação do protocolo do “projeto nascer maternidades” em uma maternidade de referencia em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 1, p. 69-76, jan./mar. 2009.

SILVA, R. M.; BEZERRA, E. D.; RODRIGUES, D. P.; ARAÚJO, M. A. L. Consulta pré-natal na perspectiva de gestantes em uma regional de saúde de Fortaleza-Ceará. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1001-1015, 2009.

SILVA, D. M. A. **Conhecimento acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 123-130, jan./mar. 2009.

SUCCI, R. C. M.; FIGUEIREDO, E. N.; ZANATTA, L. C.; PEIXES, M. B.; ROSSI, M. B.; VIANNA, L. A. C. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, dez. 2008.

SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; NETTO, A. R.; KRITSKI, A. L.; FIGUEIREDO, T. M. R. M.; VENDRAMINI, S. H. F.; ASSIS, M. M. A.; MOTTA, M. C. S. Dificuldade de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em Municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p.389-397, 2009.

SCHETINI, J.; FERREIRA, D. C.; PASSOS, M. R.L.; SALLES, E. B.; SANTOS, D. D. G.; RAPOZO, D. C. M. Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói-RJ. **DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 17, n. 1, p. 18-23, 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

STAKE, R. E. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. L.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores atenção básica em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-655, 2006.

SZWARCWALD, C. L.; JUNIOR, A. B.; MIRANDA, A. E.; PAZ, L. C. Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006: Desafios para o controle da Sífilis Congênita no Brasil. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. ¾, p. 128-133, 2007.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev. 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO C. uma proposta de abordagem trans disciplinar para avaliação em Saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, ago. 2000.

TEXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção á saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do programa saúde da família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS. M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. s192-s198, 2004.

WHO. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2006.

WHO. **Congenital Syphilis Strategy Action for the Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy**. Geneva, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará.

Entrevista N° _____ 1ª parte

Data da coleta de dados: ____/____/____

Iniciais da Profissional _____

Unidade de Saúde _____ SER _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Sexo: () F () M

Tempo de graduado (a): _____

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

1. Você já atendeu algum caso de sífilis em gestante aqui na sua unidade?
2. Se sim, o tratamento foi feito aqui na unidade? Explique-me como foi feito o tratamento.
3. Se encaminha, por que e para onde?
4. O encaminhamento dá a garantia do atendimento?
5. Esse serviço desenvolve alguma ação para a prevenção e controle da sífilis congênita?
6. Se sim quais?
7. Como você vê o desenvolvimento dessas ações?
8. Quais os entraves/dificuldades que você identifica nessa unidade para diagnosticar e tratar a gestante com VDRL reagente?
9. Se o profissional não falar no parceiro, perguntar: “e em relação ao parceiro sexual das mulheres?”
10. O que você acha que seria possível desenvolver aqui na unidade para o controle da SC?
11. Como são registrados os casos para acompanhamento? Tem prontuário?

APÊNDICE B

ENTREVISTA DOS COORDENADORES

Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará.

Entrevista N° _____ 2ª parte

Data da coleta de dados: ____/____/____

Unidade de Saúde _____ SER _____

Iniciais do Gestor _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Sexo: () F () M

Tempo de graduado (a): _____

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

1. Aqui na unidade existe algum caso diagnosticado de sífilis em gestante?
2. Se sim, como são atendidos esses casos aqui na unidade?
3. Realiza a coleta de material para o VDRL?
4. Esse serviço desenvolve alguma ação para a prevenção e controle da sífilis congênita?
5. Se sim, quais?
6. Como você vê o desenvolvimento dessas ações?
7. Os dados avaliados são discutidos junto aos serviços de saúde para reprogramação de atividades?
8. Quais os entraves/dificuldades que você identifica nessa unidade para diagnosticar e tratar a gestante com VDRL reagente?

9. Se o profissional não falar no parceiro, perguntar: “e em relação ao parceiro sexual das mulheres?”
10. A Unidade realiza o tratamento dos parceiros de gestantes com diagnóstico de sífilis estabelecido (CONVOCA O PARCEIRO) regularmente?
11. O que você acha que seria possível desenvolver aqui na unidade para o controle da SC?
12. Os casos de sífilis são notificados?
13. Faz atendimento diferenciado da mulher com sífilis?
14. Como são registrados os casos para acompanhamento? Tem prontuário?
15. Os casos positivos são convidados a comparecer?

APÊNDICE C

OBSERVAÇÃO DO CARTÃO DA GESTANTE

Entrevista Nº _____ 3ª parte

Data: ____/____/____

SER _____

UNIDADE DE SAÚDE _____

Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará.

Iniciais da paciente _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Local de realização do pré-natal () Unidade primária () Hospital () Outro. Citar qual _____

Número de consultas de pré-natal _____ (confirmar com a gestante)

Número de consultas médicas _____ Número de consulta de enfermagem _____

Existe registro no cartão da gestante:

1. Solicitação do VDRL da 1ª consulta () Sim () Não
2. Semanas gestacionais _____
3. Resultado do exame de VDRL () Sim () Não
4. Semanas gestacionais _____
5. Solicitação do VDRL do 3º trimestre () Sim () Não
6. Semanas gestacionais _____
7. Tratamento da gestante () Sim () Não
8. Semanas gestacionais _____
9. Dose e intervalo _____
10. Tratamento do parceiro () Sim () Não
11. VDRL mensal para controle de cura () Sim () Não

APÊNDICE D

ENTREVISTA COM GESTANTES

Entrevista Nº _____ 4ª parte

Data: ____/____/____; SER _____

Iniciais da paciente _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Local de realização do pré-natal () Unidade primária () Hospital () Outro. Citar qual _____

Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará.

- 1 Como foi para você marcar a consulta de pré-natal aqui na unidade?
2. Quem lhe atendeu? Você recebeu consultas do médico e da enfermeira?
- 3 Com quantos meses você começou seu pré-natal?
- 4 Solicitaram seus exames na primeira consulta de pré-natal?
- 5 Você sabe quais são esses exames?
- 6 Você fez o VDRL?
- 7 Recebeu o resultado?
- 8 Algum profissional lhe orientou sobre o VDRL?
- 9 Esses exames foram realizados aqui na unidade?
- 10 Você enfrentou alguma dificuldade para realizar os exames?

APÊNDICE E

ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Entrevista Nº _____ 4ª parte

Data: ____/____/____; SER _____

Iniciais do profissional _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família? _____

1. Você já acompanhou alguma gestante com sífilis na sua área?
2. Se sim, como foi pra você acompanhar essa gestante?
3. Você sabe informar se essa gestante realizou o tratamento para sífilis/controlou?
4. Como você aborda essa gestante com VDRL reagente para o retorno das consultas?
5. Como é marcado o retorno dessa gestante para unidade de saúde?
6. O que você acha que seria possível ser desenvolvido aqui na unidade para o controle da SC?
7. Esse serviço desenvolve alguma ação para a prevenção e controle da sífilis congênita?
8. Quais os entraves/dificuldades que você identifica nessa unidade para diagnosticar e tratar e acompanhara gestante com VDRL reagente?

APÊNDICE F

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

Observação 4ª Parte

Unidade de Saúde _____ SER _____

Consulta: () Médica () Enfermagem

Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará.

1. Solicita o VDRL na rotina do pré-natal () Sim () Não
2. Faz orientação sobre o exame de VDRL () Sim () Não () Em parte
3. Orienta sobre os riscos para o bebê?
4. Orienta sobre o uso de preservativo para prevenir a reinfeção?
5. Existe tratamento diferenciado para a gestante com sífilis?
6. Orienta quanto o tratamento de gestantes com VDRL reagente?
7. Orienta quanto o tratamento dos parceiros de gestantes com diagnóstico de sífilis estabelecido (CONVOCA O PARCEIRO) regularmente?

APÊNDICE G

ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO SAME

Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará.

Entrevista Nº _____ Data da coleta de dados: ____/____/____

Iniciais da Profissional _____

Unidade de Saúde _____ SER _____

Idade: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Sexo: () F () M

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

1. Me explica como são marcadas aqui na unidade as consultas de pré-natal?
 - Como é feito o agendamento
 - Com quanto tempo é feito o agendamento
 - Com quem são marcadas as consultas subsequentes?
2. Qual o tempo entre a solicitação e marcação do exame VDRL?
3. A unidade de saúde tem estratégia para priorizar exames de gestantes?
4. Qual o tempo da coleta da amostra e a disponibilidade do resultado do VDRL?
5. Onde a gestante colhe o material para os exames de rotina de pré-natal?
6. Onde a gestante recebe o resultado dos exames?
7. Quem informa a gestante quando o resultado do exame para sífilis for reagente?

8. A unidade de saúde orienta e disponibiliza preservativos para gestante com sífilis?
9. Faz atendimento diferenciado da mulher com sífilis?
10. Quais mudanças seriam possíveis de implementar (pela equipe) na atenção à gestante com sífilis no momento do pré-natal?
11. Quais os entraves/dificuldades que você identifica nessa unidade para diagnosticar e tratar a gestante com VDRL reagente?
12. O que você acha que seria possível ser desenvolvido aqui na unidade para o controle da SC?

APÊNDICE H

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

Observação 5º parte

Unidade de Saúde _____ SER _____

Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará.

1. Como funciona a marcação de consulta de pré-natal
2. Observar o fluxo da unidade
3. Se a unidade desenvolve educação em saúde
4. Há material educativo?
5. Se a unidade realiza aconselhamento
6. Há envolvimento multiprofissional para acompanhamento dos casos? Quais? Médico, enfermeira, pessoal auxiliar da equipe de enfermagem, etc.
7. Realiza a coleta de material para o VDRL?
8. Existe material educativo informativo disponível?
9. A unidade de saúde possui registro de dados?
10. Os dados são consolidados e avaliados?
11. Os dados avaliados são discutidos junto aos serviços de saúde para reprogramação de atividades?
12. A Unidade faz a notificação compulsória dos casos de sífilis em gestantes?
13. A Unidade realiza o tratamento da gestante com diagnóstico estabelecido de sífilis?

14. A equipe realiza o diagnóstico no 1° e 3° trimestre gestacional?
15. A Unidade possui registro dos casos diagnosticados?
16. A Unidade faz o acompanhamento clínico e laboratorial, com testes não-treponêmicos mensais, para definição de cura.

APÊNDICE I

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará.

Autor: Marilene Alves Oliveira Guanabara – Enfermeira Obstétrica.

Mestranda em Saúde Coletiva/UNIFOR

Objetivo Geral:

Avaliar as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em unidades de saúde da família em Fortaleza, Ceará.

Objetivos Específicos:

Identificar os procedimentos adotados pela unidade para o controle da sífilis

Conhecer como ocorre o acompanhamento da gestante com VDRL reagente (faz busca ativa, realiza visita domiciliar, controle de cura, realiza investigação dos casos, aconselhamento)

Verificar o papel da notificação no processo de elaboração de estratégias de controle da sífilis
Identificar as dificuldades vivenciadas para o tratamento da gestante com VDRL reagente e do parceiro sexual.

Na qualidade de pesquisadora responsável pelo presente estudo, comprometo-me a garantir o sigilo das informações coletadas em entrevistas, prontuários, fichas de notificação, cartão das gestantes. Os dados serão utilizados apenas com a finalidade já proposta para este estudo, mantendo o anonimato dos pacientes.

Fortaleza, ____ de _____ de 2011.

Marilene Alves Oliveira Guanabara
Mestrado em Saúde Coletiva - UNIFOR - telefone (85) 3477-3280
UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE
CEP: 60811-905

APÊNDICE J

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa “Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita na atenção primária em Fortaleza Ceará”. Sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Você não receberá qualquer tipo de pagamento por sua participação. Esta pesquisa não envolve nenhum exame, ou qualquer procedimento que cause dor ou desconforto físico. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação

O objetivo deste estudo é Avaliar as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em unidades de saúde da família em Fortaleza, Ceará. Identificar o motivo pelo qual as gestantes não estão sendo notificadas durante o pré-natal na atenção básica. Você será entrevistada e responderá perguntas sobre gestações, tratamento realizado para a sífilis, realização de pré-natal, entre outras. Para algumas questões serão utilizados o seu prontuário médico.

Com os resultados desta pesquisa esperamos conhecer melhor a situação da sífilis entre as gestantes e entender melhor as ações de prevenção e controle da mesma desenvolvida pela atenção básica. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, onde consta o telefone e o local onde o pesquisador principal pode ser encontrado, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação nesta pesquisa e concordo em participar.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Participante da pesquisa

Marilene Alves Oliveira Guanabara - Pesquisadora responsável
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite de Araújo
Mestrado em Saúde Coletiva - UNIFOR - telefone (85) 3477-3280
Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR - telefone (85) 3477-3160
UNIFOR - Av. Washington Soares, 1321 – Edson Queiróz, Fortaleza, CE.
CEP: 60811-905

ANEXOS

PERFIL DA SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA
NA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL I



Tabela 5 Número e percentual de sífilis em gestante e congênita, segundo unidade de saúde em residentes da SER I, 2007 a 2010*

UNIDADE NOTIFICANTE	SÍFILIS GESTANTE	SÍFILIS CONGÊNITA
MEAC	6 (16,7)	25 (9,8)
HNSC	...	1 (0,4)
HGF	3 (8,3)	5 (2,0)
HGCC	...	124 (48,8)
CS Fernando Façanha	...	1 (0,4)
CSF Lineu Jucá	4 (11,1)	2 (0,8)
CSF Guiomar Arruda	7 (19,4)	2 (0,8)
CS Floresta	3 (8,3)	...
CSF P José Reb Macambira	2 (5,6)	...
CSF Fco Domingos da Silva	5 (13,9)	...
HPSI	...	5 (2,0)
HDGM- J Walter	...	1 (0,4)
HDGM- B Ceará	1 (2,8)	59 (23,2)
HDGM- Messejana	...	1 (0,4)
Hosp W Alcântara	...	2 (0,8)
HIAS	...	2 (0,8)
Hosp Cura Dars	1 (2,8)	24 (9,5)
CSF Virgílio Távora	2 (5,6)	...
CSF Paulo Melo Machado	1 (2,8)	...
Linea Vitae - Clín Especializ	1 (2,8)	...
Total	36	254

Fonte: SMS/CEVEPI/SINANNET * Dados até 16.09.10 sujeitos a revisão

PERFIL DA SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA
NA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL II



Tabela 5 Número e percentual de sífilis em gestante e congênita, segundo unidade de saúde em residentes da SER II, 2007 a 2010*.

UNIDADE NOTIFICANTE/PRÉ-NATAL	SÍFILIS GESTANTE	SÍFILIS CONGÊNITA	REALIZ PRÉ-NATAL
MEAC	3 (5,2)	9 (5,8)	2 (7,7)
HNSC	1 (1,7)	2 (1,3)	...
HGF	40 (69,0)	40 (26,0)	9 (34,6)
HGCC	...	50 (32,5)	...
CSF Ben Art	1 (1,7)	...	1 (3,8)
CSF Flavio Marcilio	4 (6,9)	1 (0,1)	4 (15,3)
CSF Aida Santos	2 (3,4)	...	2 (7,7)
HDGM-J Walter	...	3 (1,9)	...
CSF Pio XII	1 (1,7)	...	1 (3,8)
CSF Odorico Moraes	2 (3,4)	...	2 (7,7)
CSF Frei Tito	2 (3,4)	...	2 (7,7)
HIAS	...	1 (0,1)	...
Hospital Cura Dars	...	34 (22,1)	...
HDGM-Messejana	2 (3,4)	13 (8,4)	1 (3,8)
HGWAlcantara	...	1 (0,1)	...
Consultório	1 (3,8)
CSIntegrada SC	1 (3,8)
Total	58	154	26

Fonte: SMS/CEVEPI/SINANNET * Dados até 16.09.10 sujeitos a revisão

PERFIL DA SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA
NA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL III



Tabela 5 Número e percentual de sífilis em gestante e congênita, segundo unidade de saúde em residentes da SER III, 2007 a 2010*

UNIDADE NOTIFICANTE	SÍFILIS GESTANTE	SÍFILIS CONGÊNITA
MEAC	13 (23,6)	116 (50,7)
HNSC	2 (3,6)	29 (12,7)
HGCC	3 (5,4)	44 (19,2)
SOPAI - PSI	...	1 (0,4)
CSF Floresta	1 (1,8)	...
CSF Fco Pereira de Almeida	1 (1,8)	...
CSF Humberto Bezerra	3 (5,4)	...
CSF Fernandes Távora	2 (3,6)	...
CSF Hermínia Leitão	3 (5,4)	...
CSF Clodoaldo Pinto	7 (12,7)	...
CSF P José sobreira Amorim	2 (3,6)	...
CSF Meton de Alencar	2 (3,6)	...
CSF Santa Liduina	2 (3,6)	...
CSF Luiz Recamonde Capelo	5 (9,1)	...
CSF Eliezer Studart	2 (3,6)	...
CSF George Benevides	1 (1,8)	...
Hosp Cura Dars	1 (1,8)	14 (6,1)
HDGM- J Walter	...	1 (0,4)
HDGM- B Ceará	4 (7,3)	20 (8,7)
HDGM- Messejana	1 (1,8)	3 (1,3)
Hosp W Alcântara	...	1 (0,4)
Total	55	229

Fonte: SMS/CEVEPI/SINANNET * Dados até 16.09.10 sujeitos a revisão

PERFIL DA SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA
NA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV



Tabela 5 Número e percentual de sífilis em gestante e congênita, segundo unidade de saúde em residentes da SER IV, 2007 a 2010*

UNIDADE NOTIFICANTE	SÍFILIS GESTANTE	SÍFILIS CONGÊNITA
MEAC	12 (34,3)	74 (61,2)
HNSC	...	1 (0,8)
HGF	4 (11,4)	3 (2,5)
HGCC	2 (5,7)	21 (17,4)
CSF Abner Cavalcante	1 (2,8)	...
CSF Abel Pinto	4 (11,4)	1 (0,8)
CSF Projeto Nascente	3 (8,6)	...
CSF Dr Ocelo Pinheiro	3 (8,6)	...
CSF Oliveira Pombo	1 (2,8)	...
CSF Dr Roberto Bruno	3 (8,6)	2 (1,6)
CSF Luiz albuquerque Mendes	1 (2,8)	...
HDGM- J Walter	...	5 (4,1)
HIAS	...	1 (0,8)
Hosp Cura Dars	...	11 (9,1)
CSF Dr Celio Brasil girão	...	1 (0,8)
CSF Turbay Barreira	...	1 (0,8)
Total	35	121

Fonte: SMS/CEVEPI/SINANNET * Dados até 16.09.10 sujeitos a revisão

PERFIL DA SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA
NA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V



Tabela 5 Número e percentual de sífilis em gestante e congênita, segundo unidade de saúde em residentes da SER V, 2007 a 2010*.

HGCC	3 (5,4)	35 (9,7)
CSF Graciliano Ramos	5 (8,9)	...
CSF José Paracampos	1 (1,8)	...
CSF José Galba de Araújo	1 (1,8)	...
CSF Guarany Montalverne	1 (1,8)	...
CSF Dr Abner Cavalcante	6 (10,7)	...
CSF Argeu Herbster	1 (1,8)	...
CSF Maciel Brito	1 (1,8)	...
CSF D Antonio Alm Lustosa	1 (1,8)	...
HDGM- J Walter	1 (1,8)	48 (13,4)
HDGM- Messejana	...	8 (2,23)
Hosp W Alcântara	...	6 (1,7)
HIAS	...	1 (0,3)
Hosp Cura Dars	...	6 (1,7)
CSF do Siqueira	3 (5,4)	...
CSF Edmilson Pinheiro	2 (3,6)	...
CSF Zélia Correia	1 (1,8)	...
CSF Fernando /cesar Diógenes	2 (3,6)	...
Total	56	359

Fonte: SMS/CEVEPI/SINANNET * Dados até 16.09.10 sujeitos a revisão

PERFIL DA SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA
NA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI



Tabela 4 Número e percentual de sífilis em gestante e congênita, segundo unidade de saúde em residentes da SER VI, 2007 a 2010*

UNIDADE NOTIFICANTE	SÍFILIS GESTANTE	SÍFILIS CONGÊNITA
MEAC	3 (2,6)	26 (6,4)
HNSC	...	2 (0,5)
HGF	...	6 (1,5)
HGCC	2 (1,8)	28 (6,9)
CSF Cesar Cals de Oliveira	1 (0,9)	...
CSF Galba de Araújo	1 (0,9)	...
CSF Evandro A de Moura	3 (2,6)	...
CSF José Barros de Alencar	4 (3,5)	...
CSF Pedro Sampaio	4 (3,5)	...
CSF Manoel C Gouveia	3 (2,6)	...
HPSI	...	1 (0,3)
HDGM- J Walter	...	40 (9,9)
HDGM- B Ceará	1 (2,8)	1 (0,3)
HDGM- Messejana	58 (50,9)	279 (69,1)
Hosp W Alcântara	...	4 (1,0)
HIAS
Hosp Cura Dars	1 (0,9)	17 (4,2)
CSF P Monteiro Moraes	3 (2,6)	...
CSF P João Hip Azevedo	1 (0,9)	...
CSF Fco Melo Jaborandi	22 (19,3)	...
CSF Alarico Leite	1 (0,9)	...
CSF Dr Hélio Goes	2 (1,8)	...
CSF P Mauricio M Dourado	2 (1,8)	...
Total	123	404

Fonte: SMS/CEVEPI/SINANNET * Dados até 16.09.10 sujeitos a revisão



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N°. 072/2009

Projeto de Pesquisa: Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza, Ceará.

Pesquisador Responsável: Denise Maia Alves da Silva

Data de apresentação ao COÉTICA: 10/03/09

Registro no COÉTICA: 09-077

CAAE: 0651.0.000.037-09

Parecer: APROVADO *ad referendum* na data de 26/03/09

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER IV.

Dra. Evilene Lima Fernandes.


Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA CEARÁ”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: As pesquisadoras **MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA ALUNA DO CURSO DO MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA E SUZYANNE DA SILVA SOBREIRA ALUNA DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR**.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelas pesquisadoras.
- A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde da Família da SER IV.
- A coleta de dados ocorrerá durante os meses **ABRIL A JUNHO DE 2011**.
- As pesquisadoras deverão apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER IV – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 14 de abril de 2011.

.....


Ana Paula Cavalcante Ramalho Brillante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER VI.

Dra. Rosane de Lucca Maerschner.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA CEARÁ”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: As pesquisadoras **MARILENE ALVES OLIVEIRA GUANABARA ALUNA DO CURSO DO MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA E SUZYANNE DA SILVA SOBREIRA ALUNA DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR**.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelas pesquisadoras.
- A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde da Família da SER VI.
- A coleta de dados ocorrerá durante os meses **ABRIL A JUNHO DE 2011**.
- As pesquisadoras deverão apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER VI – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 14 de abril de 2011.

.....*Paula Cavalcante*.....

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola