



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA- MSC

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA PREVENÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS EM FORTALEZA-
CE**

Denise Maia Alves da Silva

FORTALEZA – CE

2010

DENISE MAIA ALVES DA SILVA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA PREVENÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS EM FORTALEZA-
CE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza
como requisito parcial para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Alix Leite Araújo

Fortaleza-Ce

2010

S586c Silva, Denise Maia Alves da.

Conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em fortaleza – CE / Denise Maia Alves da Silva.- 2010.

64f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2010.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo.”

1. Sífilis congênita. 2. Gravidez. 3. Saúde pública. 4. Saúde da família.
I. Título.

CDU 616.972

DENISE MAIA ALVES DA SILVA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
ACERCA DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS EM
FORTALEZA-CE**

Grupo de Pesquisa: Saúde da Mulher, DST/HIV, Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde

Núcleo Temático: Epidemiologia

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo

Orientadora - UNIFOR

Prof. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira

Membro Efetivo – UFC

Prof. Dr. Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves

Membro Efetivo - UNIFOR

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva

Membro Suplente - UNIFOR

Data da Aprovação: ___/___/___

*Dedico essa etapa de minha vida a Emilly
e Julyana, presentes mais preciosos de
Deus para mim.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por sua imensa misericórdia e a virgem Maria com sua constante intercessão, me permitindo concluir esta etapa em minha vida. Hoje mais fortalecida, sei que sou um ser humano melhor e isso é o que vale diante das dores e obstáculos da vida. Obrigada Pai Celestial pela Tua força, sem ela eu não seria nada.

Ao meu pai João Silva. Exemplo para mim de força e honestidade. Que me propiciou sempre a realização dos meus sonhos profissionais. Meu eterno obrigada!

A minha mãe Maria Feitosa. Companheira inseparável de todas as horas. Que me ensinou a ser forte e a quem devo grande parte do que sou hoje.

Ao meu esposo Lincoln, companheiro e amigo. Agradeço pelo apoio, força, dedicação, compreensão e paciência durante os momentos de ausência. Amo você meu amor!

As minhas filhas Emilly e Julyana. Presente de Deus e razão da minha vida! Se em algum momento pensei em não continuar, foi por vocês que ergui a cabeça, enxuguei as lágrimas e pude dar mais um passo. Amo vocês!

Ao meu irmão Denilson. Sua presença amiga é muito importante. Obrigada por sempre ter acreditado no meu potencial.

A amiga Mariana Cavalcante. Uma irmã que Deus me presenteou aqui na terra. Obrigada pelo apoio incondicional e por nunca medir esforços para estar ao meu lado quando preciso.

Aos meus cunhados Edjane e Anderson. Pela disponibilidade e amizade não só na confecção de gráficos e tabelas, mas também pelas palavras de incentivo e amizade em todo o processo.

A minha prima-irmã Isabelle. Pessoa ímpar e especial. Por toda amizade, carinho e disponibilidade.

Aos meus sogros Enoquese e Mirian pelo carinho. Saiba que minha admiração por vocês é constante.

A Prof. Dra Raimunda Magalhães da Silva, coordenadora do mestrado em Saúde Coletiva. Por seu apoio em todo o caminho do mestrado e principalmente quando os obstáculos apareceram, com sua paciência soube me dar a paz necessária.

Ao Prof. Dr Marcelo Gonçalves pela amizade sempre demonstrada e pelo repasse de conhecimentos durante o processo.

A Prof. Dra Neyva Francenely Cunha Vieira. Pela disponibilidade de fazer parte da banca partilhando deste momento e contribuindo para o meu crescimento.

Ao professor Heber pela paciência e disponibilidade durante a organização e processamento estatístico.

A todo o corpo docente e funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva em especial Cleide, Tânia e Vitor pela ajuda sempre que solicitados.

Aos queridos amigos do mestrado em especial Viviane, Helder, Débora, Renata e Patrícia. A presença de vocês tornou essa caminhada mais leve.

Agradeço também o carinho da chefia da UTI neonatal do Hospital Geral de Fortaleza, representada por Antonila, Jocineide e Marilac que souberam compreender com carinho meu momento. E de forma especial as amigas Ângela, Andréia e Edna pelo apoio que me foi dado.

Aos colegas da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza, em especial, Lucília Maria Nunes Falcão, que soube me acolher e compreender neste momento.

As alunas bolsistas Suzianne e de forma especial Emilly Karoline, pela ajuda durante a coleta de dados.

Aos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza, pela disponibilidade e presteza durante a coleta de dados.

E a todos que de forma direta ou indireta contribuíram nessa caminhada, meu muito obrigada!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof. Dra Maria Alix Leite Araújo

Mais do que uma orientadora, grande amiga. Desde a graduação, ao longo de seis anos de convivência se tornou para mim um exemplo de ser humano. Concedeu-me parte de seu tempo acolhendo, apoiando, incentivando e principalmente me ensinando a acreditar que mesmo diante de tantas adversidades eu chegaria até aqui. Obrigada por tantos ensinamentos e palavras de força e conforto quando eu mais precisei. Quisera eu poder tirar todo o sofrimento de seu coração nesse momento de angústia, mas saiba que minhas orações são constantes. Meu sincero carinho e minha eterna gratidão!

*“Entrega o teu caminho ao
Senhor, confia Nele e Ele tudo
fará”. Salmo 37:5*

RESUMO

A prevenção da transmissão vertical da sífilis requer dos profissionais de saúde a adoção de condutas adequadas diante de uma gestante com exame de VDRL reagente. O objetivo desse trabalho foi analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca das ações de prevenção transmissão vertical da sífilis em Fortaleza, CE. Estudo descritivo, quantitativo, realizado no período de agosto a outubro de 2009 com uma amostra de 109 médicos e 160 enfermeiros das Unidades de Saúde da Família das seis Secretarias Executivas Regionais. Utilizou-se um questionário autoaplicado contendo 11 situações problemas elaboradas a partir das recomendações do Ministério da Saúde para prevenção e controle da sífilis gestacional e congênita. Foram consideradas corretas as respostas que estavam de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. O estudo atendeu a Resolução 196/96 que envolve pesquisa com seres humanos. Dentre os 1775 quesitos respondidos adequadamente o maior percentual envolveu o manejo da gestante para considerá-la adequadamente tratada (1517/85,5%), o conhecimento das doenças de notificação compulsória (1459/82,2%), as condutas diante de uma gestante recentemente tratada com titulação elevada (1505/84,8%) e o conhecimento acerca do controle de cura mensal da gestante (638/54,3%). No entanto, o percentual de erro estava mais relacionado a identificação dos testes não treponêmicos (840/71,0%), tratamento da gestante com exame de VDRL reagente e exantemas (686/58%) e a conduta diante da gestante com titulação de VDRL 1:1 (731/61,8%). O desconhecimento dos profissionais em relação ao manejo da gestante com VDRL reagente pode ter estreita relação com a formação/capacitação desses profissionais e a alta rotatividade na ESF. As práticas profissionais precisam ser reforçadas por meio de uma melhor capacitação das equipes a fim de promover uma assistência de qualidade à gestante com sífilis.

Palavras-chave: Sífilis congênita; Gestantes; Conhecimento.

ABSTRACT

The prevention of vertical transmission of syphilis requires the health professionals to adopt appropriate conducts facing a pregnant woman with positive VDRL test. The objective of this work was to analyze the knowledge of Family Health Strategy professionals on the actions to prevent vertical transmission of syphilis in Fortaleza-CE-Brazil. This is a descriptive quantitative study carried out from August to October 2009 with a sample composed by 109 doctors and 160 nurses of the Family Health Units of the six Regional Executive Offices. A self-applied questionnaire was used containing 11 problem situations elaborated based on the Ministry of Health recommendations for prevention and control of gestational and congenital syphilis. Answers that were according to what was recommended by the Ministry of Health were considered correct. The study followed the Resolution 196/96 that involves research with human beings. Among the 1775 questions properly answered the greatest percentage involved the handling of pregnant women to consider them properly treated (1517/85.5%), the knowledge of compulsory notification diseases (1459/82.2%), the conducts facing pregnant women recently treated with high titration (1505/84.8%) and the knowledge on the control of pregnant women' monthly cure (638/54.3%). However, the percentage of mistake was more related to the identification of nontreponemal tests (840/71.0%), the treatment of pregnant women with positive VDRL test and exanthema (686/58%) and the conduct facing pregnant women with VDRL titration 1:1 (731/61.8%). Professionals' lack of knowledge concerning the handling of pregnant women with positive VDRL may be related to these professionals' formation/training and to the high rotation in FHS. Professional practices need to be reinforced through better training of teams in order to provide a quality assistance to pregnant women with syphilis.

Keywords: Syphilis, Congenital; Pregnant Women; Knowledge.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Resultado geral dos profissionais acerca das questões referentes a prevenção da Transmissão Vertical da sífilis. Fortaleza – CE, 2010.

GRÁFICO 2. Resultado das questões por variável acerca do conhecimento dos profissionais na prevenção da Transmissão Vertical da sífilis. Fortaleza- CE, 2010.

TABELA 1. Categoria profissional, faixa etária, tempo de graduado e tempo de atuação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Fortaleza - CE, 2010.

TABELA 2. Respostas das perguntas acerca do manejo da sífilis gestacional pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Fortaleza - CE, 2010.

TABELA 3. Análise das respostas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família segundo categoria profissional, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e realização de treinamento em sífilis. Fortaleza - CE, 2010.

TABELA 4. Respostas das perguntas relacionadas ao diagnóstico da sífilis gestacional segundo características dos profissionais. Fortaleza – CE, 2010.

TABELA 5. Respostas das perguntas relacionadas ao tratamento adequado da gestante, alergia a penicilina e gestante com exantemas segundo características dos profissionais. Fortaleza, CE. 2010.

TABELA 6. Respostas das perguntas relacionadas ao tratamento da gestante com titulação elevada e conduta da gestante com VDRL 1:1 segundo características dos profissionais. Fortaleza, CE. 2010.

TABELA 7. Respostas das perguntas relacionadas acompanhamento da gestante com VDRL reagente segundo características dos profissionais. Fortaleza, CE. 2010.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Breve histórico da sífilis	16
2.2 Sífilis congênita no Brasil: um problema ainda sem controle	17
2.4 Atenção primária e o conhecimento dos profissionais	20
3. OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivo específico	24
4. METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de estudo	25
4.2 Local do estudo	25
4.3 População e amostra	25
4.4 Coleta de dados	26
4.5 Variáveis do estudo	27
4.6 Análise de dados	28
4.7 Aspectos éticos	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	41
7. CONCLUSÃO	46
8. REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	57
ANEXOS	64

1. INTRODUÇÃO

A sífilis na gestação é um problema de saúde pública e, quando não tratada ou inadequadamente tratada pode desencadear quadros de sífilis congênita (SC), cujas conseqüências podem ser graves para o recém nascido (RN) (BRASIL, 2007). O seu controle por meio da prevenção primária e /ou diagnóstico precoce representa uma meta factível de ser alcançada (CAREY, 2003; HOSSAIN *et al.*, 2007).

A SC é retratada como uma problemática mundial (DE SOUZA *et al.*, 2006; DARA POTTER *et al.*, 2006; TRIPADALLI *et al.*, 2007; VASQUEZ-MANZANILLA, 2007; LOMOTÉY, 2009) e insere-se em um quadro de causa perinatal evitável. O seu rastreamento é considerado um indicador de qualidade da assistência pré-natal (LIMA, 2004; SARACENI *et al.*, 2007).

No Brasil de 1998 a junho de 2009, foram notificados 55.124 casos de SC em menores de um ano de idade. A cada ano são registrados, uma média de cinco mil casos da doença com uma estimativa que cerca de 50 mil parturientes tenham o diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2010).

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em seis capitais brasileiras encontrou uma prevalência de 2,6% casos de sífilis em gestantes (BRASIL, 2008a). Na mesma pesquisa Fortaleza apareceu com uma prevalência de 2,3%. Segundo o Boletim Epidemiológico de DST/Aids (BRASIL, 2008b) dos casos registrados em 2008, 39% foram no Sudeste, 33,9% no Nordeste, 13,4% no Norte, 7,3% no Sul e 6,3% no Centro-Oeste mostrando uma abrangência nacional da doença.

A SC e a sífilis em gestantes passaram a ser doenças de notificação compulsória em 1986 e 2005 respectivamente (BRASIL, 1986; BRASIL, 2005a). Apesar da obrigatoriedade, as notificações ainda encontram-se abaixo do estimado, demonstrando deficiências importantes na qualidade dos registros e dificultando uma análise mais apurada da dimensão do problema (COUTINHO *et al.*, 2003; SARACENI *et al.*, 2005, ARAÚJO *et al.*, 2008).

O problema da sífilis persiste ainda evidenciando fragilidades na dinâmica operacional dos serviços de saúde para a implementação das recomendações para o seu controle e denunciando a baixa qualidade da assistência. Na maioria das vezes, as mulheres têm o

diagnóstico ainda durante o acompanhamento pré-natal (ARAÚJO *et al.*, 2006; BRITO *et al.*, 2009), porém muitas não acreditam na sífilis como doença e na possibilidade de transmissão vertical (SILVA & SANTOS, 2004) o que contribui com a pequena proporção de gestantes e parceiros tratados (SARACENI *et al.*, 2007; DONALÍSIO *et al.*, 2007; BRITO *et al.*, 2009).

O controle da SC requer um maior engajamento dos profissionais que atuam na atenção primária, uma vez que é nesse nível de assistência que se dá o primeiro contato da mulher grávida com o serviço, oportunidade ímpar para solicitação precoce do exame de VDRL e os primeiros cuidados relacionados à prevenção da transmissão vertical da sífilis. Por outro lado, é imperiosa a capacitação dos profissionais tanto nas questões técnicas do manejo da doença quanto na abordagem das gestantes com sífilis, respeitando as especificidades e as dificuldades das mesmas para o seguimento adequado do tratamento.

Faz-se necessário, portanto, que os profissionais de saúde médicos e enfermeiros que realizam o acompanhamento pré-natal na atenção primária estejam capacitados e comprometidos com uma assistência de qualidade em prol da prevenção da SC e conseqüentemente a melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade materna e perinatal.

A especificidade e o acompanhamento diferenciado a gestante com VDRL reagente, fortalece a necessidade de atualização dos conhecimentos a fim de facilitar práticas e condutas. Estudo realizado no Rio Grande do Norte com profissionais pré-natalistas da ESF evidenciou que as ações de alguns profissionais na detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis divergiam com o preconizado pelo Ministério da Saúde (DANTAS, 2008).

No tocante as questões relacionadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) com enfoque na sífilis, a promoção da saúde por meio de informações, educação e comunicação faz-se necessário, haja vista a especificidade da doença (BRASIL, 2006) mostrando a importância de treinamento permanente em serviço.

Portanto considerando que o conhecimento representa importante etapa no desfecho final, que é a prevenção da Transmissão Vertical (TV) da sífilis, pretende-se por meio deste estudo responder a seguinte questão: Os profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia

Saúde da Família têm conhecimento adequado acerca da sífilis e das condutas que devem ser adotadas em gestantes com VDRL reagente?

Considera-se que, lacunas no conhecimento dos profissionais acerca do manejo da sífilis na gestação podem comprometer um desfecho favorável em relação à prevenção e controle da SC. Portanto, identificar tais lacunas pode contribuir na elaboração de estratégias de treinamento e conseqüentemente apontar caminhos para uma assistência de qualidade em prol da prevenção da TV da sífilis.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Breve Histórico da Sífilis

A sífilis se caracteriza como uma doença infecto-contagiosa sistêmica causada por uma bactéria altamente móvel, o *Treponema pallidum*. Este penetra no organismo humano através de abrasões mínimas da pele ou mucosa durante o contato sexual, sujeito a períodos de agudização e latência (DUNCAN, 2004; BRASIL, 2007). Trata-se de uma pandemia onde aproximadamente um terço dos indivíduos expostos a um parceiro com sífilis adquirirá a doença (BRASIL, 2007).

Trata-se de uma doença antiga com mais de 500 anos de relato onde seu agente etiológico foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann em 1905, na cidade de Berlim. Originalmente denominada de *Spirochaeta pallida* pela dificuldade de ser corada pelas técnicas disponíveis na época (ASSIS, 1925 *apud* ROTTA, 2005). Deriva do nome de um pastor, Syphilus, que foi protagonista de um famoso poema do século XVI denominado *Syphilis sive morbus gallicus*, do médico Girolamo Fracastoro, de Verona, no qual se encontra bem descrita a doença em que era acometida a dita personagem (AMARAL, 1965).

Coincidindo com o descobrimento da América onde se inicialmente pensou que a doença havia sido introduzida por marinheiros de Colombo, no entanto admitiu-se a existência da doença anterior a esse período (FARRERAS *et al.*, 1978). Devido às grandes expedições marítimas, ou a possíveis mutações e adaptações ecológicas de espécies de treponemas endêmicos do continente africano houve uma rápida expansão no continente europeu a partir do século XV (AZULAY, 2004).

No século XVI já se conheciam as lesões cutaneomucosas, viscerais e osteoarticulares da sífilis, sendo seu tratamento a base de mercúrio, arsênio inorgânico e banhos sulfúricos entretanto a evolução do tratamento da sífilis foi lenta com a introdução de drogas progressivamente mais ativas a partir dos compostos mercuriais (RIVITTI, 1999).

Em 1910, Paul Erlich trouxe para sua prática clínica um composto de arsênico, a arsfenamina, conhecida como composto 606 ou salvarsan. Pesquisas subseqüentes levaram ao composto 914. No entanto a descoberta da penicilina na década de 40 foi o grande passo no tratamento de todas as formas da sífilis ocasionando uma diminuição das taxas de sífilis inclusive de sífilis congênita (MAHONEY, 1943 *apud* SARACENI *et al.*, 2005).

Diante de tal descoberta e a diminuição brusca dos casos de sífilis chegou-se a acreditar no final do século XX na possível erradicação da doença (AVELLEIRA *et al.*, 2006). No entanto passados mais de 50 anos da descoberta da penicilina como forma de tratamento a doença persiste como um dos principais problemas de saúde pública no mundo.

2.2 Sífilis congênita no Brasil: um problema ainda sem controle

O aumento das DST nas últimas décadas representa um grande problema pelos riscos para a gestante e o concepto. Uma gestante quando acometida por sífilis requer intervenção imediata a fim de que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. Segundo o MS das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico puerperal a sífilis é que tem as maiores taxas de transmissão. Gestantes em diferentes estados do Brasil apontam uma soroprevalência que varia de 1,6% a 5,2% de gestantes com VDRL positivo em algum momento da gestação (BRASIL, 2006).

Calcula-se que anualmente dois milhões de casos de gravidez são afetados; cerca de 25% destes casos resultam em natimortos ou abortos espontâneos, e outros 25% de recém-nascidos têm baixo peso à nascença ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal (WHO, 2008). No período de 1998 a junho de 2007, foram notificados ao MS 41.249 casos em menores de um ano de idade. Isso mostra a elevada magnitude do problema apesar da grande subnotificação desse agravo (SES-SP, 2008).

Diferente do que já se acreditou que o *Treponema pallidum* não atravessaria a barreira placentária antes da 20ª semana de gravidez (CAMPOS, 2006) atualmente é consenso que a transmissão do *Treponema* pode acontecer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna, sendo esta taxa de transmissão de 70 a 100% quando estas se encontram nas fases primárias e secundárias da doença (BRASIL, 2007).

Embora relatada desde o século XV, na atualidade se apresenta como um grande problema de saúde pública, apesar de sua etiologia conhecida e tratamento barato e eficaz. No que diz respeito às ações de vigilância e prevenção àquelas que envolvem o HIV/ AIDS parecem ser bem mais estruturadas no entanto, a SC se trata da infecção neonatal mais freqüente (PAHO, 2004; RAMOS JR *et al.*, 2007). Sua prevenção é totalmente factível, desde que sejam implementadas ações efetivas na atenção primária durante os cuidados pré-natais.

Reconhecendo a sífilis materna como prioridade o MS lançou, em 1993, o projeto de eliminação da SC, lançando como proposta até o ano 2000 a erradicação da sífilis congênita no país tendo em vista a possibilidade de prevenção e tratamento no pré-natal de gestantes infectadas no entanto a disponibilidade de testes diagnósticos e tratamento quando indicado, porém a prevalência média de sífilis em puérperas no ano de 2004, situava-se entre 1,6% (BRASIL, 2006).

Em 2005 a sífilis na gestação foi incluída na listagem das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2005a) onde era considerado caso de sífilis na gestação toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem. O quadro clínico, manejo diagnóstico e terapêutico não diferem do período não gestacional, no entanto, a possibilidade de falhas terapêuticas ocorre em cerca de 14% das vezes devido a hemodiluição gestacional, presença de co-infecções, como o HIV ou a esquemas terapêuticos inadequados, entre outros (BRASIL, 2007).

O diagnóstico é feito através de um teste sorológico de triagem, o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL). Trata-se de um teste de baixo custo, cuja técnica é rápida e simples. Possui também alta sensibilidade (78 a 100%), daí a sua utilização como teste de triagem. O VDRL é indicado tanto para diagnóstico como para seguimento terapêutico da sífilis, pois seus resultados podem ser expressos de forma qualitativa e quantitativamente (BRASIL, 2006; WHO, 2008). Em pessoas com VDRL positivo e em situações de dúvida diagnóstica, recomenda-se a realização de um teste treponêmico confirmatório, o *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-Abs) (BRASIL, 2006). Este teste não está disponível na maioria das unidades da rede pública de saúde, especialmente na atenção primária.

Quando diagnosticado durante a gestação o tratamento da gestante deve ser completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e realizado pelo menos 30 dias antes do parto com o parceiro tratado concomitantemente independente do diagnóstico sorológico (BRASIL, 2007). Quando isso não acontece há possibilidade de ocorrência da SC. Porém mesmo com o MS adotando tais critérios alguns estudos mostram o não tratamento do parceiro da gestante (SARACENI *et al.*, 2007; DONALÍSIO *et al.*, 2007; BRASIL, 2007; BRITO *et al.*, 2009; ASSUNÇÃO-RAMOS & RAMOS JR, 2009) bem como o não controle de cura mensal (BRITO *et al.*, 2009).

Essas ações corroboram com o descompasso em relação ao preconizado pelo MS durante a assistência pré-natal (SERRUYA *et al.*, 2004; SARACENI *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2006; RODRIGUES *et al.*, 2008; BRITO *et al.*, 2009). A subnotificação e a baixa qualidade dos registros de acompanhamento dos casos de sífilis também evidenciam a deficiência na qualidade (ARAÚJO, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2008; ASSUNÇÃO-RAMOS & RAMOS JR, 2009).

Outras questões necessitam ser consideradas quando falamos em qualidade da assistência a gestante, pois estudos mostram que mesmo em municípios onde existem boas coberturas de pré-natal, a qualidade da assistência ainda precisa ser revista (COUTINHO *et al.*, 2003; SARACENI *et al.*, 2007) embora ainda se acredite que garantir boas coberturas reforça a qualidade da assistência pré-natal contribuindo para o controle da SC e para a diminuição da morbi-mortalidade materna e perinatal.

Estudo acerca da qualidade da atenção pré-natal em Salvador – BA, com 305 puérperas constatou que aproximadamente 70% delas tinham registros de avaliação de apenas um VDRL no pré-natal o que denota o não cumprimento das normas e rotinas recomendadas pelo MS (LIMA, 2004). No Estado de São Paulo e no Rio de Janeiro, análise das estatísticas oficiais acerca da sífilis em gestantes constatou baixas proporções de gestantes e parceiros tratados durante a gestação (SARACENI *et al.*, 2007).

A identificação dos diferentes fatores que interferem no acompanhamento e tratamento das gestantes com VDRL positivo e seus parceiros sexuais são passos essenciais para a implantação de medidas preventivas e para o desenvolvimento de estratégias para a prevenção da TV da sífilis. Os diversos encontros com a gestante por ocasião da assistência pré-natal na

atenção primária constituem momentos propícios para o desenvolvimento de medidas interventivas, possibilitando a oportunidade de influenciar positivamente nas taxas de TV e, conseqüentemente na morbi-mortalidade materna e infantil.

Acredita-se que a efetiva melhoria do atendimento nas unidades de atenção primária bem como o envolvimento da comunidade, podem ajudar no controle da sífilis em gestantes. Nesse contexto, os gestores devem estar sensibilizados para o problema e prover todos os recursos necessários para o seu controle e os profissionais de saúde necessitam estar capacitados e comprometidos com uma assistência de qualidade em prol da prevenção da SC.

2.4 Atenção Primária e o conhecimento dos profissionais

No Brasil, percebe-se que apesar de ter havido aumento na cobertura pré-natal e na testagem das gestantes para identificação da sífilis (SARACENI *et al.*, 2007), muitas mulheres grávidas depois de diagnosticadas ainda não têm asseguradas o tratamento adequado. Isso demonstra que existe alguma dificuldade por parte das unidades de saúde de atenção primária ou por parte dos profissionais de saúde, para garantir o efetivo acompanhamento dessa gestante.

Campanhas realizadas para eliminação da SC (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007) conseguiram dar visibilidade ao agravo, principalmente no âmbito das unidades básicas de saúde mostrando que o foco de atenção tem que estar nestas unidades (SARACENI *et al.*, 2005) visto ser o local onde ocorre o acompanhamento da gestante acometida por sífilis. No entanto, ações de controle da mortalidade materna e neonatal com enfoque na atuação dos profissionais que prestam o atendimento pré-natal deve ter qualidade suficiente para identificar possíveis riscos para a gestante incluindo a sífilis na gestação.

A assistência pré-natal se refere a um conjunto de ações que se fazem no período gestacional permitindo ao profissional promover ações que contribuam com a qualidade de vida materno-fetal, evitando a morte e o comprometimento físico de ambos (BRASIL, 2005b; GALETTA, 2008). Destaca-se como um momento ímpar no qual o profissional tem em suas

mãos as ferramentas adequadas para a prevenção da SC complementado por um conhecimento técnico/científico atualizado.

Estudo transversal realizado no município de Vitória-ES com profissionais médicos e enfermeiros da ESF comprovou que embora estes profissionais possuíssem conhecimento para reduzir os índices de tuberculose, a capacitação destes profissionais no que diz respeito a doença era indispensável (MACIEL *et al.*, 2009).

O conhecimento é entendido popularmente como o que se sabe do outro ou de algo. Trata-se da relação estabelecida entre duas realidades: sujeito que conhece e o objeto conhecido. Por meio dele é possível se conhecer a realidade em que se vive aproximando-se dela por meio de conceitos (CERVO & BERVIAN, 2005). Com isso, a identificação e controle das DST pelos profissionais da atenção primária apresentam certa complexidade exigindo portanto um conhecimento atualizado.

No geral, como essas doenças envolvem situações de fórum íntimo e relacionadas ao exercício da sexualidade, as equipes de saúde sentem dificuldades na abordagem de questões relacionadas às mesmas. Por outro lado, as vezes a própria proximidade e vínculo com os profissionais podem ser impeditivo para que as mulheres se sintam seguras em revelar determinadas situações que envolvem a transmissão das DST (ARAÚJO, 2005).

Uma das maneiras de tentar minimizar o problema da SC foi à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que os profissionais que atuam nessa lógica devem manter uma relação diferenciada com a comunidade prevalecendo o vínculo e acolhimento, condições indispensáveis para a melhoria da qualidade do atendimento (SCHIMIT & LIMA, 2004; GOMES & PINHEIRO, 2005).

A implantação da referida estratégia teoricamente poderia ter sido uma etapa importante na reorganização dos serviços, inclusive na melhoria dos índices de SC, pois além de ampliar o acesso da população, estabelece uma relação diferenciada do profissional com o usuário, predominado o vínculo. No entanto, o profissional de saúde ainda atua dentro de uma concepção biologicista e fragmentada do ser humano, no caso das gestantes, por meio de consultas-procedimentos (COSTA *et al.*, 2005; DIAS *et al.*, 2006). Em alguns locais a

assistência prestada às gestantes não atende as exigências do MS incluindo as estratégias de prevenção da SC (FIGUEIREDO, 2004; DANTAS, 2008; SUCCI *et al.*, 2008).

Dentro do contexto da ESF é preconizado pelo MS (BRASIL, 2007) que todas as gestantes recebam assistência pré-natal e que a triagem de sífilis seja incorporada como rotina no primeiro e terceiro trimestre de gestação nas unidades primárias de saúde porém, no geral, o que se apresenta é ora a inobservância da rotina preconizada (KOIFFMAN E BONADIO, 2005), ora um tratamento inadequado (ARAÚJO *et al.*, 2006) incluindo-se o não tratamento do parceiro (DE LORENZI *et al.*, 2005; SARACENI *et al.*, 2007; DONALÍSIO *et al.*, 2007; BRITO *et al.*, 2009) denotando a dificuldade de abordagem e captação do parceiro para tratamento.

Em outubro de 2007 foi lançado o Plano Nacional de Redução da Transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007) que tem como meta juntamente com estados e municípios a redução das taxas de transmissão vertical até 2011. No entanto, além de ampliar a cobertura dos testes sorológicos do HIV e da sífilis durante o pré-natal é necessário que os resultados sejam disponibilizados em tempo hábil. Diante disso os profissionais terão tempo de programar medidas específicas de prevenção da TV dentro do modelo adotado pela ESF.

O primeiro VDRL quando não colhido no tempo preconizado, ou seja, no primeiro trimestre pode fazer com que se atrase o diagnóstico permitindo ao *Treponema pallidum* infectar o feto (BRASIL, 2007). É possível que estas crianças estejam nascendo com SC porque algumas mulheres iniciam o pré natal tardiamente contribuindo com a dificuldade de controle haja vista que quanto mais precocemente a sífilis for detectada na gestação maiores as chances do feto não vir a contrair a sífilis congênita (NAGAHAMA & SANTIAGO, 2006).

Estudo realizado no Rio de Janeiro nos anos de 1999 a 2004, analisando-se os dados dos relatórios trimestrais enviados pelas unidades municipais de saúde, detectou uma baixa proporção de gestantes e parceiros tratados durante a gestação (SARACENI *et al.*, 2007). Pesquisa realizada em 46 puérperas e recém nascidos com VDRL positivos encontrou que 10% das mães não haviam realizado o pré-natal e das que realizaram 20 (55,6%), realizaram o VDRL e destas 15 realizaram o teste apenas uma vez (ARAÚJO, 2006).

Conforme explanado lacunas relacionadas à qualidade da atenção pré-natal são constantes na atenção primária (COSTA *et al.*, 2005) mostrando à necessidade de monitoramento das ações de atenção a saúde. O aperfeiçoamento da abordagem dos profissionais é primordial a fim de que estes respeitem as especificidades da gestante com VDRL reagente ressaltando-se que no contexto dos serviços de pré-natal deve-se dispor de profissionais capacitados para assegurar que as condutas recomendadas pelo MS sejam efetivamente realizadas durante todo o pré-natal.

As capacitações e treinamentos quando realizadas costumam ser valorizadas pelos profissionais (MORENO *et al.*, 2008), haja visto que a falta de atualização dos conhecimentos pode comprometer o desempenho profissional. A educação permanente é um fator chave para uma boa prática (CORDEIRO *et al.*, 2009) diminuindo com isso o absenteísmo (SILVA, 2010) no entanto para que essa capacitação se realize de forma mais abrangente e eficaz é necessário que haja uma avaliação dos serviços embora ainda se veja esse processo pouco incorporado às práticas, possuindo quase sempre um caráter burocrático e prescritivo, nem sempre contribuindo com a formação dos profissionais (BRASIL, 2005).

O MS na tentativa de implantar a testagem das gestantes durante o pré-natal para HIV e sífilis instituiu em 2002 no Sistema Único de Saúde (SUS) o Projeto Nascer Maternidades (BRASIL, 2003). Este tem como objetivo capacitar as equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas no projeto visando à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita. No entanto, para que essas metas sejam atingidas deve ocorrer a sensibilização e capacitação dos profissionais diante das ações a serem desenvolvidas perante a clientela de preferência sendo iniciado na atenção primária.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza-CE

3.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar os profissionais médicos e enfermeiros da ESF em Fortaleza-CE;

Descrever o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF acerca do diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com VDRL reagente.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo. Este tipo de pesquisa visa observar, descrever e documentar aspectos de uma situação retratando os relacionamentos entre as variáveis, não se preocupando com relações de causa e efeito (POLIT, BECK, HUNGLER; 2004). Para Bastos (2008) e Figueiredo (2008), os estudos quantitativos são utilizados em populações grandes, buscando-se um critério de representatividade numérica. Estes se apropriam da análise estatística para o tratamento dos dados.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas seis Secretarias Executivas Regionais de Saúde (SER) de Fortaleza, CE. As SER são territórios delimitados geográfica e administrativamente, nos últimos anos, houve um processo de expansão e reorganização da atenção à saúde e todas as unidades primárias incorporaram equipes de saúde da família, aumentando a cobertura de abrangência para todo município. O referido município conta atualmente com 89 unidades de atenção primária e 231 equipes de saúde da família distribuídas nas seis SER (FORTALEZA, 2009).

4.3 Amostra

Foi composta por 109 médicos e 160 enfermeiros atuantes na ESF em Fortaleza, CE. Inicialmente foi realizado um levantamento do quantitativo de profissionais com um total de 515 profissionais médicos e enfermeiros atuando na ESF (Quadro 1).

A partir deste total de profissionais, foi calculada uma amostra utilizando-se uma frequência esperada de respostas corretas de 47% (DANTAS, 2008), intervalo de confiança de 95% e erro de 5%. O tamanho mínimo necessário da amostra foi de 220 profissionais. Esse quantitativo foi distribuído proporcionalmente entre as seis SER a partir do total de profissionais de cada regional. As unidades participantes foram selecionadas por meio de sorteio e os critérios de inclusão para participação dos profissionais no estudo foram atuar na ESF, realizar atendimento pré-natal e concordarem em participar do estudo assinando ao TCLE (Apêndice B).

Quadro 1. Quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família segundo a Regional de Saúde. Fortaleza-CE, 2010.

REGIONAIS DE SAÚDE EM FORTALEZA- CE	NÚMERO DE MÉDICOS	NÚMERO DE ENFERMEIROS
Regional I	33	35
Regional II	29	36
Regional III	37	54
Regional IV	23	30
Regional V	51	66
Regional VI	50	71
Total de profissionais	223	292

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2010.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2009 em 67 unidades de saúde da família por meio de um questionário auto-aplicado (Apêndice A) com 11 perguntas e um total de 2959 quesitos.

Com o objetivo de evitar consulta bibliográfica e comprometer os dados do estudo, todos os profissionais foram orientados a responder o questionário e devolver no mesmo horário do expediente em que o pesquisador de campo encontrava-se na unidade, não sendo permitido levar para casa. O objetivo era garantir que o mesmo fosse respondido a partir do conhecimento real dos profissionais, possibilitando evidenciar lacunas no conhecimento que pudessem comprometer a qualidade dos dados colhidos. Os pesquisadores de campo compareciam três vezes na semana em cada unidade e os profissionais eram abordados antes do início das atividades diárias não sendo imposto pelo pesquisador tempo máximo de resposta do profissional.

O questionário foi submetido a um pré-teste em 1 unidade de saúde de cada regional a fim de possibilitar um maior entendimento das perguntas evitando dúvidas e possibilitando

possíveis ajustes (MARKONI & LAKATOS, 2006). Os questionários do pré-teste não foram utilizados para análise.

4.5 Variáveis do estudo

O questionário foi dividido em duas partes: a primeira contemplava as seguintes variáveis: categoria profissional; idade; sexo; tempo de graduado; tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF); Realização de treinamento relacionado à sífilis e caso a resposta fosse afirmativa, se este treinamento foi antes ou após ingressar na ESF. Na segunda constavam questões específicas relacionadas às recomendações do MS para a prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis (BRASIL, 2007) as quais foram distribuídas em três temáticas:

4.5.1 Relacionadas ao diagnóstico:

- Período de recomendação do Ministério da Saúde para a testagem das mulheres grávidas para a sífilis;
- Testes não treponêmicos para o diagnóstico da sífilis;
- Conhecimento das fases da sífilis recente conforme o Ministério da Saúde;

4.5.2 Relacionadas ao tratamento:

- Tratamento global da gestante para considerá-la adequadamente tratada;
- Tratamento da gestante comprovadamente alérgica à penicilina;
- Tratamento da gestante com exantemas;
- Gestante recentemente tratada apresentando titulação elevada cerca de 4 vezes;
- Procedimento diante de uma gestante com titulação 1:1;

4.5.3 Relacionadas ao acompanhamento:

- Periodicidade do controle de cura;
- Conduta com relação ao parceiro da gestante com VDRL reagente;

- Conhecimento acerca das doenças de notificação compulsória.

4.6 Análises dos dados

Os dados foram organizados e processados utilizando-se o Programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0 e apresentados por meio de tabelas e gráficos. Para caracterização dos profissionais foi utilizado a análise univariada por meio de distribuições de frequências, e as variáveis numéricas com médias e desvios padrões.

Para análise dos dados foi realizado um agrupamento geral de todas as respostas dos profissionais a partir da qual foram definidas duas variáveis: “resposta correta” e “resposta errada”. As questões foram consideradas corretas quando estavam de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Todas as questões que não foram respondidas pelos profissionais foram consideradas erradas.

4.7 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o parecer Nº 072/2009. A entrada das pesquisadoras no campo foi autorizada pela Coordenadoria do Sistema Municipal de Saúde do município (APÊNDICE C).

Atendendo as normas éticas do Conselho Nacional de Saúde, da Resolução de nº 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa no referente às pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) os profissionais eram abordados, explicávamos a finalidade do estudo, os objetivos da pesquisa e após consentimento era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos participantes, que tinham a liberdade de se recusar ou se retirar do estudo em qualquer fase sem que haja penalização e prejuízo (autonomia).

5. RESULTADOS

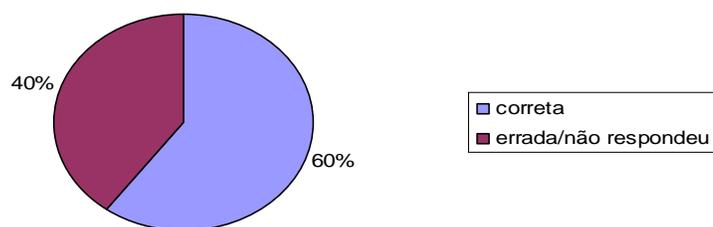
Participaram do estudo 269 profissionais da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza, sendo 160 (59,5%) enfermeiros e 109 (40,5%) médicos. Houve predominância do sexo feminino, 189 (70,3%). A idade variou de 20 a 69 anos (média de 36 anos, mediana 34 e desvio padrão 8,2). Prevaleceu a faixa etária de 31 a 40 anos com 150 (56,6%) profissionais. A maioria, 110 (41,0 %) e 119 (44,7%) se encontrava com o tempo de graduação e de atuação na ESF de 6 a 10 anos. Realizaram treinamento que envolvia a temática da sífilis, 143 (53,2%) profissionais, sendo 86 (53,8%) enfermeiros e 57 (52,3%) médicos. Do total de profissionais que realizaram treinamento, 107 (74,8%) o fizeram após ingressar na ESF. Ressaltamos que quatro profissionais não responderam a idade, um profissional o tempo de graduação e três o tempo de atuação na ESF (Tabela 1).

Tabela 1. Categoria profissional, faixa etária, tempo de graduado e tempo de atuação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Fortaleza, CE, 2010.

Variável	n	(%)
Categoria profissional (N=269)		
Médico	109	40,5
Enfermeiro	160	59,5
Sexo (N=269)		
Masculino	80	29,7
Feminino	189	70,3
Faixa etária (N=265)		
Até 30 anos	60	22,6
31 a 40 anos	150	56,6
Mais de 40 anos	55	20,8
Tempo de graduação (N=268)		
≤ 5 anos	63	23,5
6 a 10 anos	110	41,0
> 10 anos	95	35,5
Tempo de atuação na ESF (N=266)		
≤ 5 anos	96	36,1
6 a 10 anos	119	44,7
> de 10 anos	51	19,2
Realizou treinamento em sífilis (N=269)		
Não	126	46,8
Sim	143	53,2
*Período de treinamento (N=143)		
Antes de ingressar na ESF	36	25,2
Depois de ingressar na ESF	107	74,8

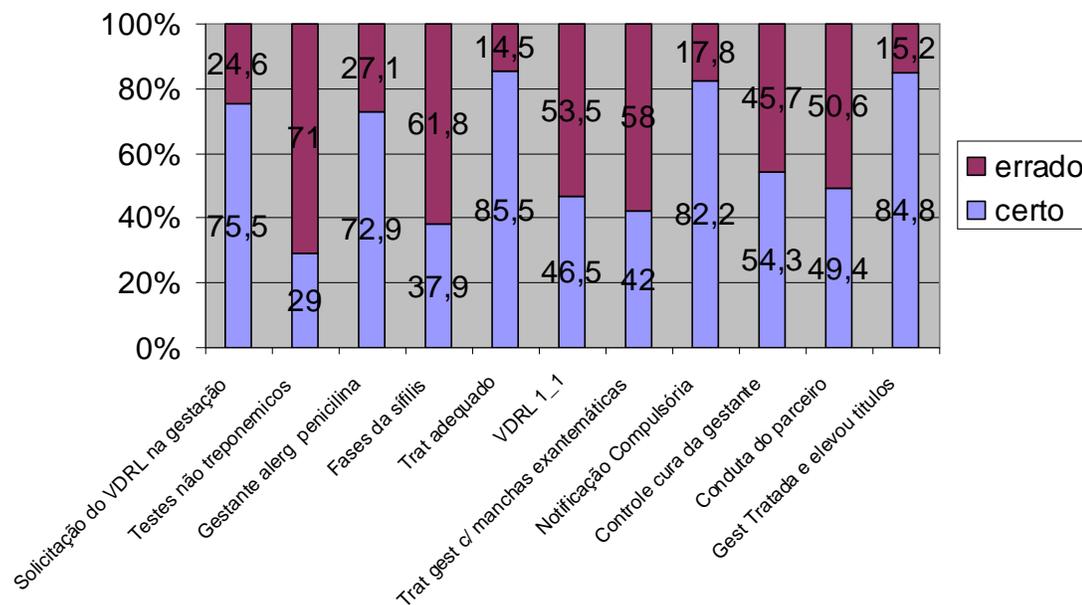
No que diz respeito às questões específicas relacionadas às recomendações do MS para a prevenção da Transmissão Vertical da sífilis, constavam no questionário 11 perguntas, perfazendo um total de 2959 quesitos. Destes, 1760 (59,5%) eram de enfermeiros e 1199 (40,5%) de médicos. Uma análise geral acerca do conhecimento dos profissionais mostrou que, 1775 (60%) das perguntas foram respondidas corretamente e 1184 (40%) erradamente (Gráfico 1).

Gráfico 1. Respostas dos profissionais acerca das questões referentes à prevenção da Transmissão Vertical da sífilis. Fortaleza, CE. 2010.



A questão envolvendo o conhecimento dos profissionais acerca dos testes não treponêmicos apareceu com o percentual maior de respostas erradas, 177 (71,0%) no entanto, dos 269 profissionais do estudo o maior número de respostas certas envolveu a questão abordando o manejo da gestante para considerá-la adequadamente tratada, a qual 229 (85,5%) dos profissionais responderam que este deve ser completo e adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Gráfico 2. Resultado das questões por variável acerca do conhecimento dos profissionais na prevenção da Transmissão vertical da sífilis. Fortaleza, CE. 2010.



No que diz respeito ao conhecimento dos profissionais acerca do período de solicitação do teste VDRL na gestação, 204 (75,8%) responderam que o mesmo deve ser solicitado no 1º e 3º trimestres. Entretanto, em relação ao conhecimento acerca dos testes não treponêmicos, 109 (42,6%) responderam que o FTA-Abs e o VDRL eram testes não treponêmicos.

Em relação a droga alternativa para tratamento da gestante alérgica a penicilina, 197 (78,1%) profissionais responderam que deveria ser o estearato de eritromicina, no entanto 55 (21,9%) responderam que tratariam a gestante alérgica a penicilina com outra droga que de acordo com as situações problemas eram a tetraciclina, amoxicilina e doxiciclina. O controle de cura da gestante foi relatado como devendo ser mensal por 146 (55,1%) profissionais e em relação à conduta a ser tomada com o parceiro da gestante com sífilis, 135 (50,2%) destes marcaram a assertiva correspondendo à solicitação do VDRL e tratamento de acordo com o resultado (Tabela 2).

Tabela 2. Respostas das perguntas acerca do manejo da sífilis gestacional pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Fortaleza- CE, 2010.

Variável	n	%
Solicitação do VDRL na gestação (N=269)		
1º trimestre	09	3,4
1º e 3º trimestres	204	75,8
2º e 3º trimestres	00	00
1º, 2º e 3º trimestre	56	20,8
São testes não treponêmicos (N=256)*		
Elisa e TPHA	26	10,1
FTA-Abs e VDRL	109	42,6
VDRL e RPR	78	30,5
RPR e FTA-Abs	24	9,4
TPHA, FTA-Abs e Elisa	19	7,4
Tratamento em gestante alérgica a penicilina (N=252)*		
Tetraciclina	11	4,4
Amoxicilina	10	4,0
Estearato de eritromicina	197	78,1
Doxiciclina	34	13,5
Periodicidade do Controle de cura (N=265)*		
A cada 15 dias	13	4,9
Mensalmente	146	55,1
A cada 2 meses	30	11,3
A cada 3 meses	76	28,7
Conduta com o parceiro (N=269)		
Solicita VDRL e trata conforme resultado	135	50,2
Trata com a mesma dose da gestante	133	49,4
Aguarda elevação dos títulos para tratar	01	0,4
Não trata se ele não apresenta sinais e sintomas	00	00

* Alguns profissionais não responderam a questão

A tabela 3 apresenta uma análise das respostas dos profissionais segundo categoria profissional, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF, e participação em treinamentos com a temática da sífilis. Com relação ao tempo de graduação e de atuação na ESF os profissionais que se encontravam no período de 6 a 10 anos obtiveram o maior número de respostas corretas, 725 (60,0%) e 772 (58,9%) respectivamente. Dentre as 1573 respostas dos profissionais que haviam participado de treinamento que envolvia a temática da sífilis, 964 (61,3%) estavam corretas. Dentre as respostas dos profissionais que não realizaram treinamento 811 (58,6%) não responderam adequadamente.

Tabela 3. Análise das respostas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família segundo categoria profissional, tempo de graduação, tempo de atuação na ESF e realização de treinamento em sífilis. Fortaleza, CE. 2010.

	Resposta Correta		Resposta Errada		Total	
	n	%	N	%	n	%
Categorização profissional						
Médico	776	64,7	423	35,3	1199	100
Enfermeiro	999	56,7	761	43,3	1760	100
Tempo de graduado						
≤ 5 anos	449	64,7	244	35,3	693	100
6 a 10	725	60,0	485	40,0	1210	100
> 10 anos	593	56,8	452	43,2	1045	100
Tempo de ESF						
< 5 anos	663	62,7	393	37,3	1056	100
6 a 10	772	58,9	537	41,1	1309	100
> 10 anos	321	57,2	240	42,8	561	100
Treinamento em sífilis						
Sim	964	61,3	609	38,7	1573	100
Não	811	58,6	575	41,4	1386	100

A Tabela 4 apresenta as variáveis relacionadas ao diagnóstico da sífilis em gestante. Os profissionais que se encontravam com tempo de graduação menor ou igual a 5 anos obtiveram maior percentual de acertos nas questões referentes a solicitação do VDRL na gestação

(42/66,7%). Entretanto apresentaram mais respostas erradas em relação aos testes não treponêmicos (39/61,9%) e fases da sífilis (37/58,7%). Aqueles que tinham entre 6 e 10 anos e mais de 10 anos de graduação mostraram que desconheciam mais os testes não treponêmicos (86/72,7% e 72/75,8%) e as fases da sífilis (70/63,6% e 60/63,2%).

Os profissionais com tempo de atuação na ESF menor ou igual a 5 anos, 6 a 10 anos e superior a 10 anos apresentaram um maior percentual de respostas corretas na variável relacionada a solicitação do VDRL na gestação (65/67,7%, 95/79,8% e 40/78,4%) respectivamente. Entretanto, os profissionais com tempo superior a 10 anos tiveram 38 (74,5%) de respostas erradas acerca dos testes não treponêmicos.

Dos 143 profissionais que realizaram treinamento em sífilis detectou-se um maior número de respostas corretas na questão relacionada à solicitação do VDRL na gestação, 112 (78,3%). No entanto, nas questões relacionadas ao conhecimento acerca dos testes não treponêmicos e das fases da sífilis recente, houve maior percentual de erros com 101 (70,6%) e 84 (58,7%) respostas erradas (Tabela 4).

Tabela 4. Resultado das perguntas relacionadas ao tratamento da sífilis gestacional segundo características dos profissionais. Fortaleza, Ce. 2010.

	Solicitação do VDRL na gestação						Testes não treponêmicos						Fases da sífilis recente					
	Resp. Correta		Resp. Errada		Total		Resp. Correta		Resp. Errada		Total		Resp. Correta		Resp. Errada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Categoria profissional																		
Médico	73	67,0	36	33,0	109	100,0	40	36,6	69	63,4	109	100,0	49	45,0	60	55,0	109	100,0
enfermeiro	130	81,3	30	18,7	160	100,0	38	23,8	122	76,2	160	100,0	53	33,1	107	66,9	160	100,0
Tempo de graduado																		
≤ 5 anos	42	66,7	21	33,3	63	100,0	24	38,1	39	61,9	64	100,0	26	41,3	37	58,7	63	100,0
6 a 10 anos	87	79,1	23	29,0	110	100,0	30	27,3	80	72,7	110	100,0	40	36,4	70	63,6	110	100,0
> 10 anos	73	76,8	22	23,2	95	100,0	23	24,2	72	75,8	95	100,0	35	36,8	60	63,2	95	100,0
Tempo de ESF																		
≤ 5 anos	65	67,7	31	32,3	96	100,0	32	33,3	64	66,6	96	100,0	41	42,7	55	57,3	96	100,0
6 a 10 anos	95	79,8	24	20,2	119	100,0	32	26,9	87	73,1	119	100,0	42	35,3	77	64,7	119	100,0
> 10 anos	40	78,4	11	21,6	51	100,0	13	25,5	38	74,5	51	100,0	18	35,3	33	64,7	51	100,0
Realizou treinamento de sífilis																		
Sim	112	78,3	31	21,7	143	100,0	42	29,4	101	70,6	143	100,0	59	41,3	84	58,7	143	100,0
Não	91	72,2	35	27,8	126	100	36	28,6	90	71,5	126	100,0	43	34,1	83	65,9	126	100,0

As Tabelas 5 e 6 apresentam às variáveis relacionadas ao conhecimento dos profissionais acerca do tratamento da gestante com VDRL reagente. A maioria dos médicos 96 (88,0%) respondeu corretamente a questão envolvendo o tratamento da gestante alérgica a penicilina. Quanto aos enfermeiros, o maior número de respostas corretas correspondeu ao manejo da gestante para considerá-la adequadamente tratada com 136 (85,0%). Entretanto, as questões com maior percentual de erros dos profissionais médicos e enfermeiros estavam relacionadas ao tratamento da gestante com VDRL reagente e manchas exantemáticas (61/ 56,0% e 95/ 59,4%) e a conduta diante da gestante com VDRL 1:1 com 56/ 51,4% e 88/ 55,0%).

Os profissionais com tempo de graduação menor ou igual a 5 anos obtiveram o maior percentual de acertos nos itens referentes ao tratamento adequado da gestante 55 (87,3%) e da

gestante recentemente tratada com titulação elevada, 58 (92,1%). Dos 110 profissionais entre 6 e 10 anos de graduação, a maioria das respostas erradas foram referentes a questão do tratamento da gestante com VDRL reagente e manchas exantemáticas com 66 (60,0%) e conduta diante da gestante com titulação de 1:1 com 62 (56,4%). No geral, independente do tempo de graduação, os profissionais apresentaram o maior percentual de erros no tratamento da gestante com manchas exantemáticas e na conduta diante da gestante com VDRL 1:1.

No que diz respeito ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família, os profissionais obtiveram mais respostas erradas nas questões referentes ao tratamento da gestante com VDRL reagente e manchas exantemáticas (51/ 53,1%; 68/ 57,1%; 34/ 66,7%). A conduta diante do caso de VDRL 1:1 teve maior percentual de erros entre os 119 profissionais que tinham de 6 a 10 (72/ 60,5%) e entre os 51 com mais de 10 anos (27/52,9%) de graduação.

Dos 143 profissionais que realizaram treinamento em sífilis, as questões com o maior número de respostas corretas foi as que envolviam o tratamento adequado da gestante e conduta diante da gestante com titulação elevada, ambas com 120 (83,9%) de acertos. Em relação à conduta diante de gestante com VDRL 1:1, 72 (50,4%) respondeu errado (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5. Respostas das perguntas relacionadas ao tratamento adequado da gestante, alergia a penicilina e gestante com exantemas segundo características dos profissionais. Fortaleza, Ce. 2010.

	Tratamento adequado da gestante						Gestante alérgica à penicilina						Tratam. Gestante c/ manchas exantemáticas					
	Resp. Correta		Resp. Errada		Total		Resp. Correta		Resp. Errada		Total		Resp. Correta		Resp. Errada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Categoria profissional																		
Médico	94	86,2	15	13,8	109	100,0	96	88,0	13	12,0	109	100,0	48	44,0	61	56,0	109	100,0
enfermeiro	136	85,0	24	15,0	160	100,0	100	62,5	60	37,5	160	100,0	65	40,6	95	59,4	160	100,0
Tempo de graduado																		
≤ 5 anos	55	87,3	8	12,7	63	100,0	49	77,8	14	22,2	63	100,0	35	55,5	28	44,5	63	100,0
6 a 10 anos	96	87,3	14	12,7	110	100,0	80	72,7	30	27,3	110	100,0	44	40,0	66	60,0	110	100,0
> 10 anos	78	82,1	17	17,9	95	100,0	66	69,5	29	30,5	95	100,0	34	35,8	61	64,2	95	100,0
Tempo de ESF																		
≤ 5 anos	83	86,5	13	13,5	96	100,0	71	74,0	25	26,0	96	100,0	45	46,9	51	53,1	96	100,0
6 a 10 anos	101	84,9	18	15,1	119	100,0	88	73,9	31	26,1	119	100,0	51	42,9	68	57,1	119	100,0
> 10 anos	43	84,3	8	15,7	51	100,0	35	68,6	16	31,4	51	100,0	17	33,3	34	66,7	51	100,0
Realizou treinamento de sífilis																		
Sim	120	83,9	23	16,1	143	100,0	112	78,3	31	21,7	143	100,0	61	42,7	82	57,3	143	100,0
Não	110	87,3	16	12,7	126	100,0	84	66,7	42	33,3	126	100,0	52	41,3	74	58,7	126	100,0

Tabela 6. Respostas das perguntas relacionadas ao tratamento da gestante com titulação elevada e conduta com VDRL 1:1 segundo características dos profissionais. Fortaleza, Ce. 2010.

	Gestante tratada c/ titulação elevada						Conduta c/ VDRL 1:1					
	Resp. Correta		Resp. Errada		Total		Resp. Correta		Resp. Errada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Categoria profissional												
Médico	96	88,1	13	11,9	109	100,0	53	48,6	56	51,4	109	100,0
enfermeiro	132	82,5	28	17,5	160	100,0	72	45,0	88	55,0	160	100,0
Tempo de graduado												
≤ 5 anos	58	92,1	5	7,9	63	100,0	36	57,1	27	42,9	63	100,0
6 a 10 anos	94	85,5	16	14,5	110	100,0	48	43,6	62	56,4	110	100,0
> 10 anos	75	78,9	20	21,1	95	100,0	41	43,2	54	56,9	95	100,0
Tempo de ESF												
≤ 5 anos	88	91,7	8	8,3	96	100,0	53	55,2	43	44,8	96	100,0
6 a 10 anos	97	81,5	22	18,5	119	100,0	47	39,5	72	60,5	119	100,0
> 10 anos	40	78,4	11	21,6	51	100,0	24	47,1	27	52,9	51	100,0
Realizou treinamento de sífilis												
Sim	120	83,9	23	16,1	143	100,0	71	49,7	72	50,4	143	100,0
Não	108	85,7	18	14,3	126	100,0	54	42,9	72	57,1	126	100,0

A tabela 7 apresenta as variáveis relacionadas ao acompanhamento da gestante com VDRL reagente. Das 109 respostas dos médicos e esse quesito houve o maior percentual de acertos nas três variáveis questionadas, controle de cura 60(55,0%), conduta diante do parceiro 71 (65,1%) e conhecimento acerca das doenças de notificação compulsória 96 (88,1%).

Dos 160 profissionais enfermeiros, a variável com o maior número de respostas corretas correspondeu ao conhecimento acerca das doenças de notificação compulsória, 125 (78,1%).

Com relação aos 110 profissionais que se encontravam com tempo de graduação entre 6 e 10 anos, 66 (60%) afirmaram que o controle de cura da gestante deve ser mensal.

Entretanto, mais da metade destes profissionais, 67 (56,3%) erraram a conduta diante do parceiro da gestante com VDRL reagente. Com relação a periodicidade do controle de cura da gestante e a conduta com o parceiro, 64 (44,8%) e 69 (48,3%) das respostas estavam erradas respectivamente. (Tabela 7).

Tabela 7. Respostas das perguntas relacionadas acompanhamento da gestante com VDRL reagente segundo características dos profissionais. Fortaleza, Ce. 2010.

Categoria	Controle de cura da gestante						Conduta do parceiro						Notificação compulsória					
	Resp. Correta		Resp. Errada		Total		Resp. Correta		Resp. Errada		Total		Resp. Correta		Resp. Errada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Categoria profissional																		
Médico	60	55,0	49	45,0	109	100,0	71	65,1	38	34,9	109	100,0	96	88,1	13	11,9	109	100,0
enfermeiro	86	53,8	74	46,2	160	100,0	62	38,8	98	61,2	160	100,0	125	78,1	35	21,9	160	100,0
Tempo de graduado																		
≤ 5 anos	33	52,4	30	47,6	63	100,0	35	55,6	28	44,4	63	100,0	56	88,9	7	11,1	63	100,0
6 a 10 anos	66	60,0	44	40,0	110	100,0	51	46,4	59	53,6	110	100,0	89	80,9	21	19,1	110	100,0
> 10 anos	47	49,5	48	50,5	95	100,0	46	48,4	49	51,6	95	100,0	75	78,9	20	21,0	95	100,0
Tempo de ESF																		
≤ 5 anos	50	52,1	46	47,9	96	100,0	53	55,2	43	44,8	96	100,0	82	85,4	14	14,6	96	100,0
6 a 10 anos	70	58,8	49	41,2	119	100,0	52	43,7	67	56,3	119	100,0	97	81,5	22	18,5	119	100,0
> 10 anos	26	51,0	25	49,0	51	100,0	26	51,0	25	49,0	51	100,0	39	76,5	12	23,5	51	100,0
Realizou treinamento de sífilis																		
Sim	79	55,2	64	44,8	143	100,0	74	51,7	69	48,3	143	100,0	114	79,7	29	20,3	143	100,0
Não	67	53,2	59	46,8	126	100,0	59	46,8	67	53,2	126	100,0	107	84,9	19	15,1	129	100,0

6. DISCUSSÃO

O estudo envolveu as categorias profissionais que compõem as equipes da ESF, e são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com o resultado de exame de VDRL reagente. Pode-se observar que a grande maioria era do sexo feminino e a média de idade foi de 36 anos. Pessoas jovens parecem ter preferência pela ESF, situação encontrada em um estudo que avaliou a implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos no Brasil e encontrou predomínio de profissionais mais jovens, com idade abaixo de 30 anos (BRASIL, 2002).

Pode-se perceber no estudo que mais da metade dos profissionais, 143 (53,2%) não havia realizado treinamento em sífilis o que pode comprometer o desempenho profissional, haja vista que a formação permanente é fator chave para uma boa prática (CAMPOS *et al.*, 2001; CORDEIRO *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2009). Entretanto, esses programas de capacitação devem desenvolver estratégias mais atraentes, pois estudo realizado em Duque de Caxias (RJ) com médicos da saúde da família mostrou que esses profissionais não se sentem motivados para participar dos treinamentos relatando que os mesmos não acrescentam nada a sua vivência, e são eminentemente teóricos (SILVA, 2010). Com isso faz-se necessário a adoção de estratégias que atraiam os profissionais a ESF evitando com isso o abandono.

É consenso entre diferentes autores a necessidade de capacitação periódica dos profissionais (FIGUEIRAS *et al.*, 2003; FERNANDES *et al.*, 2007; BRITO *et al.*, 2009; GOMES *et al.*, 2009; MACIEL *et al.*, 2009) a fim de evitar condutas inapropriadas no atendimento a população. No caso específico da sífilis faz-se necessário que os profissionais da ESF tenham conhecimento teórico a fim de prevenir a transmissão vertical.

Pode-se considerar que, no geral, os profissionais não apresentam conhecimento satisfatório acerca das medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde para prevenção e controle da sífilis congênita. Essa situação apesar de ocorrer entre os profissionais em Fortaleza, pode estar refletindo uma realidade de outros município ou estados brasileiros, situação mostrada em diferentes estudos (SERRUYA *et al.*, 2004; KOIFFMAN & BONADIO, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2006; CARVALHO & ARAÚJO, 2007; GRANGEIRO *et al.*, 2008; SUCCI *et al.*, 2008; GONÇALVES *et al.*, 2009).

Um percentual de acerto superior a 80% só ocorreu no quesito relacionado ao manejo da gestante para considerá-la adequadamente tratada. Os profissionais responderam em consonância com o MS (BRASIL, 2007) que o tratamento deve ser completo e adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto com o parceiro tratado concomitantemente.

Uma análise geral do total de respostas das questões do questionário mostrou que somente 60% delas foram respondidas corretamente pelos profissionais. Esse dado é corroborado por outros estudos que mostram a falta de conhecimento técnico/científico dos profissionais acerca da sífilis (DANTAS *et al.*, 2008; SANTOS JR *et al.*, 2007), situação evidenciada também quando se trata de outros temas relacionados a assistência a saúde na ESF (CICONI *et al.*, 2004; CERVO & RAMOS, 2006; DAVIM *et al.*, 2005; MORENO *et al.*, 2008; MACIEL *et al.*, 2009).

Pode-se perceber que a maioria dos profissionais demonstrou conhecer os períodos de realização da testagem do VDRL na gestação, informando que deve ocorrer no primeiro e terceiro trimestres. Entretanto estudos mostram baixa cobertura de testagem de VDRL (DONALÍSIO *et al.*, 2007; SUCCI *et al.*, 2008; RODRIGUES *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2009) ou a sua realização apenas uma vez durante o pré-natal, sendo considerável o número de casos de gestantes que não são reavaliadas no terceiro trimestre (SANTOS *et al.*, 2007; SARACENI *et al.*, 2007; FERNANDES *et al.*, 2007; SZWARCOWALD *et al.*, 2007). É possível que essa baixa cobertura de testagem para sífilis em gestantes possa estar relacionada também às limitações impostas pelos serviços de saúde, que em alguns locais não disponibilizam o exame ou o resultado em tempo hábil (ASSUNÇÃO-RAMOS & RAMOS JUNIOR, 2009).

Uma baixa proporção de profissionais, 78 (30,5%) soube identificar corretamente os testes treponêmicos e não treponêmicos. É possível que, uma vez desconhecendo os tipos de testes recomendados para triagem e confirmação do diagnóstico de sífilis, esses profissionais também desconheçam a sua interpretação, comprometendo dessa forma as condutas que devem ser adotadas.

Quanto ao FTA-Abs, 152 (59,4%) dos profissionais referiram este como teste não-treponêmico. Embora a solicitação deste exame seja ideal para a qualidade do serviço, poucos profissionais têm essa prática em sua conduta (DANTAS, 2008). Trata de um exame mais

complexo, de alto custo, não disponível como exame de rotina sendo inadequado para a avaliação da resposta terapêutica (SANTANA *et al.*, 2006).

É importante considerar que 55 (21,9%) dos profissionais referiram que tratariam a gestante alérgica a penicilina com outra droga que não o estearato de eritromicina (tetraciclina, doxiciclina e amoxicilina). Essas drogas são contra-indicadas na gestação devido aos riscos que podem causar ao feto e pela possibilidade de toxicidade para a mãe (BRASIL, 2007). Vale ressaltar que em gestantes tratadas com outra droga que não a penicilina, o conceito não é considerado tratado sendo obrigatória a investigação e tratamento da criança após o nascimento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; WHO, 2008).

É importante salientar que as reações adversas às drogas incluindo a alergia à penicilina é uma situação incomum e frequentemente diagnosticada pelos médicos e profissionais da área da saúde de forma equivocada. Tal erro leva a uma substituição desta droga, que, apesar de antiga, continua relevante para o tratamento da sífilis (GRUMASH & FERRARONI, 2006).

Os profissionais mostraram conhecer que o tratamento adequado da gestante envolve o tratamento concomitante do parceiro (Gráfico 2). No entanto, no que se refere à atitude diante do parceiro, 135 (50,2%) responderam que solicitariam o VDRL ao mesmo e só tratariam conforme o resultado. Em Campos, RJ, estudo encontrou que a maioria dos parceiros não havia sido tratados, tendo como justificativa o resultado do VDRL ter sido não reagente (FERNANDES *et al.*, 2007).

Essa situação é evidenciada em outros estudos que mostram gestantes e parceiros conduzidos de forma inadequada especialmente com relação ao tratamento (SCHETINI *et al.*, 2005; FERNANDES *et al.*, 2006; FERNANDES *et al.*, 2007; ASSUNÇÃO-RAMOS & RAMOS JR, 2009; DONALÍSIO *et al.*, 2007; ARAÚJO *et al.*, 2008; BRITO *et al.*, 2009; XIMENES *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2009) e a ausência de captação e orientação dos parceiros pelos profissionais (MACÊDO *et al.*, 2009).

A maioria dos profissionais conhecia que o controle de cura da gestante deve ser mensal. Entretanto consideramos o percentual de 40,0% que respondeu incorretamente a periodicidade deste controle. É muito possível que desconhecer a periodicidade do controle

esteja fazendo com que os profissionais não o estejam realizando comprometendo a avaliação do acompanhamento clínico da gestante. Em Olinda, PE, estudo que avaliou a assistência pré-natal por meio das fichas de notificação epidemiológica e de investigação dos casos de sífilis congênita como também uma entrevista aos enfermeiros e técnicos da vigilância epidemiológica encontrou que 36,9% dos profissionais não realizavam o controle de cura (BRITO *et al.*, 2009).

Quando analisados os acertos e erros dos profissionais em relação ao diagnóstico da sífilis na gestante segundo as características dos profissionais (categoria profissional, tempo de graduado, tempo de ESF e realização de treinamento em sífilis), pode-se perceber que existe um desconhecimento acerca da identificação dos testes não treponêmicos e das fases da sífilis recente. As fases da sífilis necessitam ser identificadas pelo profissional considerando que o tratamento da gestante depende da fase clínica da doença (BRASIL, 2007).

Quando analisado o conhecimento acerca da conduta diante do tratamento de uma gestante com VDRL reagente apresentando manchas exantemáticas e a conduta diante de uma gestante com VDRL 1:1 houve um percentual considerável de erros. As manchas exantemáticas, características da fase secundária da sífilis ora são reconhecidas pelos profissionais, ora não são reconhecidas e nem tratadas adequadamente como casos de sífilis (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2007; DANTAS *et al.*, 2008).

Foi baixo o percentual de profissionais (43,3%) que respondeu corretamente acerca do tratamento da gestante com exantemas. Vale salientar que 56,7% mostraram desconhecimento quanto ao tratamento da gestante nessa fase da sífilis, reforçando os achados de outros estudos que mostraram dosagens inadequadas e gestantes inadequadamente tratadas (DONALÍZIO *et al.*, 2007; SARACENI *et al.*, 2007) ou tratadas com outras drogas que não a penicilina (PASSOS *et al.*, 2001).

Diante de uma gestante com titulação 1:1 a maioria dos profissionais respondeu que solicitaria o teste confirmatório. Vale ressaltar que diante da impossibilidade de realização de testes treponêmicos na atenção primária o MS recomenda o tratamento da gestante com sorologia não treponêmica reativa, independentemente da titulação (WHO, 2008; SES-SP, 2008).

A notificação dos casos de sífilis em gestantes é importante para o monitoramento do problema e avaliação das ações implantadas. A maioria dos profissionais mostrou conhecimento de que a sífilis na gestação é considerada doença de notificação compulsória (BRASIL, 2005a), entretanto são poucos os que a realizam, considerando em Fortaleza foram notificados mais casos de sífilis congênita do que sífilis em gestantes nos anos de 2005 a 2009 (BRASIL, 2010).

7. CONCLUSÃO

Os profissionais do estudo demonstraram desconhecimento em relação ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com VDRL reagente. Apesar da análise geral do total de respostas ter mostrado que 60% das mesmas foram respondidas corretamente pelos profissionais, considera-se esse percentual aquém do esperado, pois a sífilis é uma doença de fácil tratamento, essa temática tem sido constantemente abordada e investimentos para o seu controle têm sido realizados pelos órgãos responsáveis pelas políticas públicas de saúde.

A necessidade do diagnóstico em tempo hábil e principalmente de um tratamento adequado a uma gestante com VDRL reagente nos reflete que um percentual muito próximo a 100% de acertos seria considerado aceitável.

É possível que a falta de conhecimento dos profissionais da ESF acerca do manejo da gestante com sífilis esteja refletindo as suas ações práticas. Estas práticas precisam ser reforçadas por meio de uma melhor capacitação da equipe de saúde a fim de promover uma assistência de qualidade à gestante com sífilis.

Frente a esses resultados acredita-se ser necessário repensar o processo de capacitação e formação continuada dos profissionais visando proporcionar um maior cuidado destes profissionais da assistência pré-natal e no acompanhamento da gestante com VDRL reagente.

Frente a esses resultados acredita-se ser necessário repensar o processo de capacitação e formação continuada dos profissionais visando proporcionar um maior cuidado destes profissionais da assistência pré-natal e no acompanhamento da gestante com VDRL reagente.

8. REFERÊNCIAS

AMARAL, A. **Sífilis - Moléstia e termo através da história**. Inst Nac do Livro (MEC), 1965.

ARAÚJO, E. da C., *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n.1, p. 47-51, mar. 2006.

ARAÚJO, M. A. L., *et al.* Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com VDRL reagente. **Revista APS**. V. 11, n.1, p. 4-9, jan-mar, 2008.

ARAÚJO, M. A. L. Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal. **Tese** (Doutorado em enfermagem). Faculdade de farmácia, odontologia e enfermagem. Universidade Federal do Ceará, 2005.

ASSUNÇÃO-RAMOS, A. V.; RAMOS JR, A. N. Transmissão vertical de doenças: Aspectos relativos ao vírus da Imunodeficiência humana e ao *Treponema pallidum* em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 194-203, abr/jun, 2009.

AVELLEIRA, J. C. R; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais do Congresso Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 11-26, 2006.

AZULAY, M. M. Treponematoses. In: Azulay e Azulay. **Dermatologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, p. 240-51.

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

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005**. Diário Oficial da União. Sífilis em gestantes como doença de notificação compulsória, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Manual de bolso. Brasília, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano V- nº 1-01º a 26-Semanas epidemiológicas –Janeiro a junho de 2008. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano VI - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009. Brasília, 2010.

BARSANTI, C; *et al.* Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.32, n. 6, p. 605-611. nov./dez. 1999.

BASTOS, N. M. G. **Introdução a metologia do trabalho acadêmico**. Fortaleza, Nacional, 2008.

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

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

CAMPOS, J. E. B. **Significado laboratorial dos baixos títulos do VDRL para sífilis em gestantes, a luz das provas treponêmicas** [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2006.

CAREY, J. C. Congenital Syphilis in the 21 st Century. **Current Women`s Reports**, v.3, p. 299-302, 2003.

CARVALHO, V. C. P. de; ARAUJO, 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.**, Recife, v. 7, n. 3, Sept. 2007 .

CASTRO, L. C; TAKAHASHI, R. T. Percepção dos enfermeiros sobre avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 2, p. 305-311, 2008.

CERVO. A. L.; BERVIAN, P. **A metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Perarson Prentice Hall, 2005.

CERVO, M. C.; RAMOS, H. Â. C. Conhecimento do enfermeiro sobre sua atuação em saneamento básico no Programa Saúde da Família (PSF) em Guarapuava. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.2, p.17-23, jun.2006.

CICONI, R. C. V. *et al.* Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região

metropolitana de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 2, abr/jun, 2004.

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

COSTA, A. C., *et al.* Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M.T.B.; DAIN, S., *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG, **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.25, n. 10, p. 717-24, Nov/dez, 2003.

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

DARA POTTER, *et al.* Correlates of Syphilis Seroreactivity Among Pregnant Women: The HIVNET 024 Trial in Malawi, Tanzania, and Zambia. **Sexually Transmitted Diseases**. v. 33, n. 10, p. 604-609. October, 2006.

DAVIM, R. M. B. Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolau. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 3, p. 296-302, 2005.

DE SOUZA, S. M.; CODINHA, S.; CUNHA, E. The girl from the church of the sacrament: a case of congenital syphilis in XVIII century Lisbon. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.101, suppl. 2, p. 119-28. Dec, 2006.

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

DIAS G., *et al.* Avaliação do cuidado a saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva**, 2006. Disponível em. Acesso em 22 de novembro de 2008.

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

DUNCAN, M. I. S., *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FARRERAS, V. P. **Medicina interna**. 9ª Ed. Barcelona: Editora Marin, 1978.

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

FIGUEIRAS, A. C. M. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, Nov/dez, 2003.

FIGUEIREDO, E. N. **Qualidade da assistência no pré-natal pautada nos estudos das sífilis e sífilis congênita em unidades básicas de saúde do Município de São Paulo**. [Tese] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Paulo: Yendis editora, 2008.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Unidades Básicas de Saúde**. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 14 de janeiro de 2009.

GALLETA, M. A. **Como surgiu o pré-natal?** Disponível em: <http://www.clubedobebe.com.br>. Acesso em 20 de outubro de 2008.

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

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago. 2005

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

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de enfermagem da USP**. v. 42, n. 1, p. 105-11, 2008.

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

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 Diseases**, Philadelphia, v. 34, n. 7. Suppl, p. S22-30, July, 2007.

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

LIMA, B.C.G. Abordagem as Sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 28, N. 1, P. 9-18, 2004.

LOMOTÉY, C. J. *et al* . Maternal and congenital syphilis in rural Haiti. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 3, Sept. 2009.

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

MACIEL, E. L. N., *et al.* O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, Supl 1, Rio de Janeiro, Set/Out, 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MORENO, C. M. C., *et al.* Avaliação das capacitações de Hanseníase: Opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, p. 671-675, 2008.

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

NEPOMUCENO, L. M. R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 665-672, 2008.

PAHO. Pan-American Health Organization. **Plan of action for the elimination of congenital syphilis in the Americas**: Area of family and Community Health HIV/Aids unit. July, 2004.

PASSOS, M. R. L., *et al.* Azitromicina no tratamento da sífilis recente na gravidez. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 33-38, 2001.

PEELING, R. W.; Ye H. **Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis**: an overview. Bulletin of the World Health Organization. v 82, n 6, p. 439-446, 2004.

POLIT, D; BECK, T; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5º Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

RAMOS JUNIOR, A. N., *et al.* Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/Aids and failure in congenital syphilis. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, suppl. 3, p. S370-S378, 2007.

RIVITTI, E. A. Sífilis Adquirida. In: Walter Belda Júnior. **Doenças Sexualmente Transmissíveis.** São Paulo: Atheneu; 1999.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; GRUPO NACIONAL DE ESTUDO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública.** v. 16, n. 3, p. 168-175. set. 2004.

RODRIGUES, C. S., *et al.* Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. **Revista de Saúde Pública,** v. 42, n. 5, p. 851-858, 2008.

ROTTA, O. Diagnóstico sorológico da sífilis – **Anais Brasileiros de Dermatologia,** Rio de Janeiro, v.80, n. 3, 2005.

SANTANA, L. R., *et al.* Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis: avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas.** v. 38, n. 2, p. 71-73. abr./jun. 2006.

SANTOS, N. P., *et al.* Aplicação do protocolo do Projeto Nascer Maternidades em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v. 9, n. 1, p. 69-76, jan/mar. 2009.

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

SARACENI, V., *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 21, n. 4, p. 1244-1250. jul./ago. 2005.

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

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

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

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE- SES-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, Aug. 2008

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

SILVA, A. C. M. A., *et al.* A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.

SILVA, L.R. da; SANTOS, R. da. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. **Revista da Escola Anna Nery de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 393-401, dez. 2004.

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

SZWARCWALD, C. L., *et al.* Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: Desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v. 19, n. 3-4, p. 128-133, 2007.

TREVISAN, M.R., *et al.* Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**. 24(5): 293-299, 2002.

TRIPADALLI, E., *et al.* Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe. **Sex Transm Infect.**, v. 83, n.2. p. 102-105. Apr, 2010.

VÁSQUEZ-MANZANILLA, O., *et al.* Congenital syphilis in Valera, Venezuela. **Jornal Tropical de Pediatria**. v. 53, n. 4, p. 274-277. Aug, 2007.

VICTORA, C.G; BARROS, F.C. Infant mortality due to perinatal causes im Brasil: trends, regional patterns and possible interventions. **Medical Journal**, São Paulo, v.119, n.1, p. 33-42, 2001.

XIMENES, I. P. E., *et al.* Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 9, n.3, p. 74-80, jul/set, 2008.

WHO. World Health Organization. **Congenital Syphilis Strategy Action for the Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy**. Geneva: Department of Reproductive Health and Research; 2008.

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ACERCA DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA
SÍFILIS EM FORTALEZA-CE**

Prezado profissional da Estratégia Saúde da Família. Gostaríamos de agradecer a sua disponibilidade em participar deste estudo. Por meio dele estratégias de avaliação serão desenvolvidas a fim contribuir com a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

QUESTIONÁRIO

Questionário N° _____

1ª Parte:**1. Categoria profissional**

a. () Médico b. () Enfermeiro

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

3. Tempo de graduado(a): _____

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

5. Já realizou treinamento relacionado à sífilis?

a. () Sim b. () Não

6. Se sim esse treinamento foi:

a. () Antes de ingressar na ESF

b. () Após ingressar na ESF

2ª Parte:

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

- a). () Durante o 1º, 2º. e 3º. trimestres de gravidez
- b. () No 1º. Trimestre de gestação
- c). () No 1º e 3º. Trimestres de gravidez
- d). () No 2º. e 3º. Trimestre de gestação

2. Segundo o Ministério da Saúde a sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução) se caracteriza pelas seguintes fases:

- a. () Primária, secundária e latente recente
- b. () Primária e secundária
- c. () Primária recente e secundária tardia
- d. () Primária, secundária e terciária

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

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

4. São testes não treponêmicos para diagnóstico da sífilis:

- a. () Elisa e TPHA
- b. () FTA-Abs e VDRL
- c. () VDRL E RPR
- d. () RPR E FTA-ABS

e. () TPHA, FTA-ABS e Elisa

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

- a) () Solicita o teste confirmatório.
- b) () Trataria a gestante epidemiologicamente com penicilina benzatina 7.200.000
- c) () Não inicio o tratamento pois se trata de uma cicatriz sorológica
- d) () Encaminho para um hospital de referência
- e) () Tomaria outra atitude. Citar_____.

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

- a. () Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única).
- b () Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos.
- c () Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo do três dias.
- d () Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de 7 dias.
- e. () Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de 7 dias.

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

- a. () Tetraciclina
- b. () Amoxicilina
- c. () Estearato de eritromicina
- d. () Doxiciclina

8. São doenças de notificação compulsória, exceto:

- a. () Sífilis congênita
- b. () Sífilis em gestantes
- c. () Herpes genital
- d. () HIV positivo e criança exposta

9. O controle de cura na gestante é realizado:

- a. () A cada 2 meses

- b. () A cada 15 dias visto a rápida proliferação do Treponema
- c. () Mensalmente
- d. () A cada 3 meses

10. Gestante com VDRL reagente, sua conduta em relação ao parceiro será:

- a. () Solicitaria VDRL e trataria de acordo com o resultado.
- b. () Tratá-lo com a mesma dose da gestante.
- c. () Aguarda se a gestante apresenta elevação dos títulos no mês seguinte para tratá-lo.
- d. () Não trataria se ele não apresentasse sinais e/ou sintomas.

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

- a. () Não necessita de tratamento visto que esta gestante foi tratada recentemente
- b. () Trata novamente a gestante
- c. () Trata a gestante e verifica se o tratamento do parceiro foi realizado.
- d. () Nenhuma das respostas.

APENDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA ACERCA DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA
SÍFILIS EM FORTALEZA-CE**

Prezado Sr(a). Dr(a). Médico(a) ou Enfermeiro(a):

Eu, Denise Maia Alves da Silva, Enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada Conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da Transmissão Vertical da sífilis em Fortaleza- CE.

Deste modo venho solicitar a sua colaboração para participar da pesquisa, respondendo a um questionário. O mesmo é auto-aplicado e deve ser respondido e devolvido a pesquisadora durante a sua permanência na unidade.

Esclarecemos que:

- Você tem o direito de não participar da pesquisa;
- Não divulgarei seu nome, nem qualquer informação que possa identificá-lo;
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, você tem toda liberdade para retirar sua participação;
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento de pesquisas científicas e para a melhoria da assistência as gestantes com sífilis;
- Esta pesquisa não apresenta nenhum risco aos participantes;
- Não haverá nenhum ônus para você;
- A qualquer momento poderá ter acesso aos dados da pesquisa;

Gostaria muito de contar com sua colaboração, a qual desde já agradeço.

TERMO DE COMPROMISSO

A pesquisadora, Denise Maia Alves da Silva compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com o presente Termo de Consentimento.

Fortaleza-CE, ____/____/2010.

Denise Maia Alves da Silva

Mestrado em Saúde coletiva- UNIFOR – Fone: (85) 34773280

Endereço: Av. Washington Soares, 1321- Edson Queiroz, Fortaleza- Ce. CEP: 60811-905

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente dos benefícios do estudo concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009

Assinatura do Profissional de Saúde

Assinatura da pessoa que obteve o termo de consentimento

APENDICE C**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTRADA NO CAMPO**

Prezado(a) Senhor(a) Coordenadora do Sistema Municipal Saúde Escola

Eu, Denise Maia Alves da Silva, Enfermeira aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da Profª Drª Maria Alix Leite Araújo, intitulada Conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da Transmissão Vertical da sífilis em Fortaleza- CE.

A pesquisa possui o objetivo de analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza- Ce.

Nesse sentido, solicito sua permissão e autorização para realizar esta pesquisa, no que diz respeito ao acesso as unidades de saúde do município de Fortaleza- Ce.

Ressaltamos que esta pesquisa trará grandes benefícios, pois contribuirá para a melhoria da assistência prestada a mulher durante o pré-natal buscando a prevenção da transmissão vertical, quando proporcionará conhecer a situação a partir do ponto de vista dos próprios profissionais.

Os dados serão submetidos a publicação em revista científica, respeitando a confidencialidade das identidades.

Atenciosamente,

Denise Maia Alves da Silva

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente dos benefícios do estudo, autorizo a entrada da pesquisadora em campo.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009