



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Mestrado em Saúde Coletiva - MSC**

VALÉRIA LIMA DE BARROS

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM
FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA
E PROCESSO**

FORTALEZA

2011

VALÉRIA LIMA DE BARROS

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM
FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA
E PROCESSO**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

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

FORTALEZA

2011

B277p Barros, Valéria Lima de.

Prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará: uma avaliação de estrutura e processo / Valéria Lima de Barros. - 2011.
100 f.

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

1. Sífilis congênita. 2. Assistência pré-natal. 3. Avaliação em Saúde.
4. Saúde pública. I. Título.

CDU 616.972

VALÉRIA LIMA DE BARROS

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM
FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E
PROCESSO**

Grupo de Pesquisa: Saúde da mulher, DST/HIV

Linha de Pesquisa: Análise da Situação de Saúde

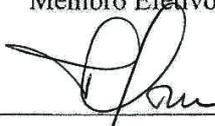
BANCA EXAMINADORA



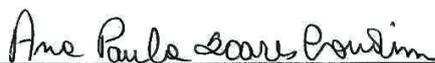
Profª. Dra. Maria Alix Leite Araújo
Orientador (a) - UNIFOR



Profª. Dra. Silvia Maria Santiago
Membro Efetivo - UNICAMP



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



Profª. Dra. Ana Paula Soares Gondim
Membro Suplente - UNIFOR

Data da Aprovação 15/12/2011

*Aos meus pais, José (in memoriam) e Aloísia
Helena (in memoriam), exemplos de vida, com
todo o meu amor e imensa saudade.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença viva em minha vida, por tantas bênçãos recebidas e pela força para seguir adiante...

Aos meus pais José (*in memoriam*) e Aloísia Helena (*in memoriam*), por todo amor e dedicação, e por me fazerem acreditar que nunca é tarde para sonhar, nem cedo para realizar.

Aos meus filhos, Daniel e Vinícius, sem os quais nada teria sentido, por estarem sempre ao meu lado, demonstrando amor, paciência e compreensão. Vocês são o meu maior incentivo. Amo vocês!

A Prof.^a Dr.^a Maria Alix Leite Araújo, minha orientadora, pela confiança em mim deposita, por compartilhar comigo a sua experiência e os seus conhecimentos, mas, sobretudo, pela sua amizade. Saiba que tudo valeu a pena e que desejo continuações...

A Prof.^a Dr.^a Sílvia Maria Santiago, que muito me honrou aceitando o convite para participar desta banca, pelo carinho e pelas valiosas contribuições que certamente enriquecerão este estudo.

Ao Prof. Dr. Héber José de Moura, pela disponibilização do tempo dedicado ao desenvolvimento deste trabalho. Sou-lhe extremamente grata.

A Prof.^a Dr.^a Ana Paula Soares Gondim, pela disponibilidade com que sempre me atendeu.

A Prof.^a Dr.^a Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, pelo apoio e carinho em tempos tão difíceis...

Aos meus irmãos, Patrícia, Peter, Michel, por me incentivarem a continuar, por não me deixarem desistir...

À minha tia Helena Valtânia e a minha prima Sória, por fazerem da sua casa o meu porto seguro em Fortaleza, ao longo desses dois anos. Elas bem sabem o quanto foi difícil... Não tenho palavras para expressar a minha gratidão.

À Marilene Guanabara, uma amiga na expressão da palavra, por tudo, sempre. Juntas, temos caminhado pela estrada do conhecimento (graduação, especialização e mestrado), compartilhando erros e acertos, sofrimentos e alegrias, dificuldades e superações... A parceria tem sido tão boa que fica a pergunta: Amiga, e agora? Qual o nosso próximo desafio?

À Dayze Galiza, companheira de mestrado que, ao longo de tantas idas e vindas, tornou-se uma amiga, trazendo leveza ao meu caminhar. As aventuras que vivemos nesses dois anos, se contadas, dariam um livro...

À Karine, que acompanhou todas as etapas dessa trajetória, torcendo, ansiosa, pelo ponto final.

À Pâmela, Aline e Carla, pelo apoio na coleta de dados, e a Bruna, cuja ajuda foi decisiva na reta final.

Aos funcionários da coordenação do mestrado, Cleide, Widson, Lázaro e Vítor, pela constante disposição em ajudar.

A todos os que fazem a Maternidade e Casa de Saúde São José, especialmente a Cleide por, compreendendo ou não os meus motivos, “tocarem o barco” enquanto eu navegava outros mares...

A todos os que, de uma forma ou de outra, torceram e contribuíram para a conclusão do meu mestrado, a minha sincera gratidão.

Ainda que o caminho seja longo, dele não desisto. Insisto na visão antecipada de seus vislumbres para que o mar não me assuste na hora da travessia. Aquele que sabe antecipar o sabor da vitória, pela força de seu muito querer, certamente terá mais facilidade de enfrentar o momento da luta.

Pe. Fábio de Melo

RESUMO

A ocorrência de casos de sífilis em crianças cujas mães realizaram o pré-natal aponta para a necessidade de reflexão sobre a qualidade da assistência prestada, com vistas ao controle da sífilis congênita. Considerando-se que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da gestante infectada e seu(s) parceiro(s) sexual(ais) são as medidas mais eficazes de prevenção, necessária se faz a garantia de infraestrutura apropriada para o funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS), com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de material e insumos suficientes à assistência prestada. Este estudo teve como objetivo avaliar a estrutura das unidades básicas de saúde e aspectos do processo de trabalho dos profissionais para desenvolver as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, desenvolvida entre julho e outubro de 2011, em 89 UBS do Município. Foram realizadas as seguintes atividades para a obtenção dos dados necessários à análise: definição dos elementos de interesse para a quantificação das unidades de atendimento; priorização dos componentes avaliativos, com base no método denominado Analytic Hierarchy Process (AHP); determinação dos fatores representativos de cada componente; classificação das unidades pesquisadas definindo critérios de *ranking*. As informações obtidas foram pontuadas e classificadas como: insuficiente, precária, satisfatória e ótima. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e recebeu financiamento da FUNCAP/CNPq. Na classificação geral, encontrou-se que aproximadamente metade (47,2%) das unidades recebeu conceito precário ou insatisfatório, sendo a SER I (92,3%) e a SER V (66,7%) aquelas que alcançaram os maiores percentuais dentro dessa faixa de classificação. Os componentes Estrutura Física, Recursos Materiais, Recursos Humanos e Processo Organizacional seguiram essa mesma tendência, sendo Recursos Humanos e Processo Organizacional os que obtiveram o menor (33,7%) e o maior (49,4%) percentual, respectivamente. Em relação à Estrutura Física, destaca-se a ausência de sala de coleta de sangue como o maior entrave, e, nos Recursos Materiais, a falta de medicamentos necessários ao atendimento da anafilaxia. Em Recursos Humanos, evidenciou-se o baixo índice de profissionais com capacitação em sífilis (21,3%) e anafilaxia (5,6%). A avaliação do Processo Organizacional apontou que o tempo de retorno dos exames, em geral, é igual ou superior a 30 dias. Enfatiza-se que apenas 16,9% das unidades aplicam a penicilina em gestantes. O controle da SC passa necessariamente pelas ações desenvolvidas nesse nível de atenção, considerando ser a porta de entrada do sistema de saúde. Acredita-se, portanto, que o maior entrave para o controle da SC resida no processo de trabalho, indicando a necessidade de uma melhor organização dos serviços. Ademais, é imprescindível uma reflexão sobre o encaminhamento das gestantes para um serviço de referência unicamente para a aplicação da penicilina. A prevenção e o controle da SC passam pela obrigatoriedade de se encarar a gestante como uma prioridade e pela adoção de medidas concretas e mais eficazes que, de fato, possibilitem a prevenção e controle da sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Assistência Pré-Natal. Avaliação em Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

The occurrence of cases of syphilis in children whose mothers took the prenatal treatment points to the need for reflection concerning the quality of the assistance provided for the control of congenital syphilis. Considering that the early diagnosis and the timely treatment of the infected pregnant woman and her sexual partner(s) are the effective prevention measures, it is necessary to guarantee the appropriate infrastructure for the running Basic Health Units (UBS), with the availability of adequate equipment, trained human resources and sufficient supplies for the assistance provided. The goal of this study was to evaluate the structure of the basic health units and aspects of the work process of the professionals to develop prevention actions and control of congenital syphilis in Fortaleza, Ceará. The research is evaluative and has a quantitative approach. It was developed between July and October in 89 UBS's in the city. The following activities were undertaken in order to collect the necessary data for the analysis: definition of the elements of interest for the quantification of the attendance units; prioritization of the evaluation using the method called Analytic Hierarchy Process (AHP); determination of the representative factors of each component; classification of the units researched defining ranking criteria. The information obtained was punctuated and classified as: insufficient, precarious, satisfactory and excellent. The project was approved by the Ethics in Research Committee from the University of Fortaleza – UNIFOR and received financing from FUNCAP/CNPq. In the general classification, it was found that approximately half (47.2%) of the units were classified as precarious or unsatisfactory, where the SER I (92.3%) and the SER V (66.7%) were the ones that reached the highest percentages within the classification zone. The components Physical Structure, Material Resources, Human Resources and Organizational Process followed this same tendency, where Human Resources and Organizational Process received the lowest (33.7%) and the highest (49.4%) respectively. Regarding the Physical Structure, the lack of rooms for blood extraction stands out. The main setback regarding Material Resources is the lack of necessary medication for the treatment of anaphylaxis. In Human Resources a low rate of professionals trained in syphilis treatment was evidenced (21.3%) and in anaphylaxis (5.6%). The evaluation of the Organizational Process indicates that the time of return of the exams, in general, is equal to or superior than 30 days. It is emphasized that only 16.9% of the units apply penicillin to pregnant women. The control of CS goes, mandatorily, through the actions developed in this level of attention, considered to be the entrance way of the health system. It is therefore believed that the main obstacle regarding the control of CS lies in the work process, indicating the need for an improved organization of the services provided. Moreover, a reflection regarding the forwarding of pregnant women to a service of reference solely for the application of penicillin is indispensable. The prevention and control of the CS pass by the obligation of dealing with a pregnant woman as priority for the adoption of concrete and more efficient measures that, as a fact, enable the prevention and control of the congenital syphilis.

Key words: Congenital Syphilis. Prenatal Assistance. Health Evaluation. Public health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Avaliação geral e classificação dos componentes EF, RM, RH e PO das unidades básicas de saúde, segundo a SER. Fortaleza-CE, 2011. N=89	50
Tabela 2	Distribuição das unidades básicas de saúde segundo os componentes avaliativos. Fortaleza-CE, 2011. N=89.	52
Tabela 3	Avaliação do componente Estrutura Física das unidades básicas de saúde, segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011. N=89.	54
Tabela 4	Avaliação do componente Recursos Materiais das unidades básicas de saúde segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011. N=89.	56
Tabela 5	Avaliação do componente Recursos Humanos das unidades básicas de saúde segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011. N=89.	59
Tabela 6	Avaliação do componente Processo Organizacional das unidades básicas de saúde segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011. N=89.	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Soroprevalência estimada de sífilis em gestantes e número de casos de sífilis congênita conforme região da OMS.	21
Quadro 2	Prevalência de sífilis em gestantes em seis capitais do Brasil	23
Quadro 3	Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011.	39
Quadro 4	Componentes avaliativos, suas variáveis e critérios de avaliação.	43
Quadro 5	Conceituação dos intervalos de classificação das unidades básicas de saúde e de seus componentes avaliativos.	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	O Município de Fortaleza e sua divisão por Secretaria Executiva Regional.	35
Figura 2	Agrupamento das variáveis relacionadas ao componente Estrutura Física.	45
Figura 3	Agrupamento das variáveis relacionadas ao componente Recursos Materiais.	46
Figura 4	Agrupamento das variáveis relacionadas ao componente Recursos Humanos.	46
Figura 5	Agrupamento das variáveis relacionadas ao componente Processo Organizacional.	47

LISTA DE SIGLAS

TV –	Transmissão vertical
SC –	Sífilis congênita
MS –	Ministério da Saúde
APS –	Atenção Primária à Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS –	Unidade Básica de Saúde
OMS –	Organização Mundial de Saúde
PAVS –	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
VDRL –	Veneral Disease Research Laboratory
DST –	Doença sexualmente transmissível
PHPN –	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM –	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SER –	Secretaria Executiva Regional
PSF –	Programa de Saúde da Família
ESF –	Estratégia Saúde da Família
PACS –	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
ACS –	Agentes comunitários de saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

AHP – Analytic Hierarchy Process

PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

AMQ – Avaliação para melhoria de qualidade

SISPRENATAL – Sistema de Informação em Pré-Natal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	Sífilis: um problema de saúde pública no Mundo e no Brasil	20
3.2	A sífilis na gravidez: desafio para a assistência Pré-Natal	24
3.3	Avaliação dos serviços de saúde	29
4	METODOLOGIA	33
4.1	Tipo de estudo	33
4.2	Local e período de realização do estudo	34
4.3	População do estudo	40
4.4	Coleta de dados	41
4.5	Análise dos dados	42
4.6	Aspectos éticos	48
5	RESULTADOS	49
6	DISCUSSÃO	61
7	CONCLUSÃO	73
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	88
	ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

A sífilis, quando ocorre durante a gestação, traz implícito o risco de transmissão vertical (TV) se a gestante não é tratada ou é inadequadamente tratada, podendo desencadear quadros de sífilis congênita (SC), com graves sequelas perinatais (BRASIL, 2006a). Com diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, o controle dessa patologia é possível, considerando-se a existência de testes diagnósticos sensíveis e tratamento eficaz e de baixo custo (BRASIL, 2006b). Ainda assim, permanece como um grande desafio à saúde pública em vários países, aí se incluindo o Brasil (BRASIL, 2006b; SCHMID et al., 2007; PIRES et al., 2007; HOLANDA et al., 2011).

Apesar de ser mais frequente na gestação do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a sífilis não tem a mesma visibilidade e mobilização para o seu controle (PEELING, 2004; RAMOS JR. et al., 2007). Entre os casos notificados de sífilis congênita no Brasil em 2009, 75,5% das mães realizaram pré-natal. Destas, 55,4% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e 53,7% não tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2010). Mesmo desconsiderando-se a subnotificação, estes indicadores apontam para a baixa qualidade do pré-natal e para a necessidade de reflexão e reestruturação da assistência prestada.

Considerando que a assistência pré-natal constitui momento importante para a adoção das medidas de prevenção e controle da sífilis (BRASIL, 2007a), o Ministério da Saúde (MS) passou a incluir essa morbidade como um indicador de qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS), por entender que esta reflete diretamente a qualidade da atenção pré-natal (BRASIL, 1998), ressaltando, assim, a importância do monitoramento e avaliação dessa prática nos diversos serviços de saúde e em diferentes níveis de complexidade.

Ademais, elegeu a Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, destacando entre as atividades desempenhadas pelas equipes o acompanhamento do pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2001). Nos municípios onde foi implantada a ESF, é possível observar melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na atenção primária (BRASIL, 2005a; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; FACCHINI et al., 2008). Para que, porém, esse avanço prossiga imperativo se faz que os municípios organizem suas unidades de Saúde da Família, dotando-as de instalações

adequadas, equipamento, material e insumos mínimos, apoio laboratorial, instrumentos de registro, processamento e análise de dados disponíveis, medicamentos essenciais, além de profissionais qualificados e em número suficiente, garantindo recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e assegurando a acessibilidades e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adscrita (BRASIL, 2008).

O Pacto pela Saúde, que destaca os eixos Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, propõe mudanças e condições significativas à execução/efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as quais se realça a garantia de infraestrutura apropriada para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de material e insumos suficientes à assistência prestada. Ademais, a dimensão Pacto pela Vida elege como prioridade a redução da mortalidade materno-infantil por meio de redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2006c).

Portanto, garantir a qualidade do desenvolvimento da atenção pré-natal requer organização da oferta e demanda do atendimento à gestante na atenção primária, permitindo o monitoramento, a avaliação e a qualificação das ações e serviços oferecidos. A realização de avaliações periódicas permite identificar os entraves que possam comprometer a execução das ações, além de contribuir para a elaboração de estratégias exequíveis para serem desenvolvidas nos serviços.

Estudos de avaliação e análise de programas e serviços de saúde evidenciam que a estrutura das unidades básicas de saúde interfere na organização dos serviços e na qualidade da assistência prestada (COSTA, 2007; MASCIA et al., 2007; NASCIMENTO et al., 2007; COSTA et al., 2009; SERRA; RODRIGUES, 2010). Pressupõe-se, portanto, que a infraestrutura das unidades básicas de saúde afeta, em alguma medida, a assistência prestada pelos profissionais de saúde. Assim sendo, surge à seguinte indagação: as unidades básicas de saúde em Fortaleza-Ceará estão estruturadas para atender as recomendações do Ministério da Saúde na prevenção e controle da sífilis congênita? Busca-se neste estudo responder a este questionamento, entendendo que necessário se faz conhecer também aspectos do processo de trabalho das equipes.

Este estudo aspira a trazer contribuições para a sociedade, a ciência e a universidade, uma vez que objetiva, por meios científicos, avaliar, nas unidades de atenção primária em saúde de Fortaleza, o componente estrutura e aspectos do processo de trabalho das equipes da ESF, identificando os pontos fortes e as fragilidades dos serviços, procurando contribuir com a elaboração de estratégias para a prevenção e o controle da sífilis na gestação e, conseqüentemente, da sífilis congênita.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

– Avaliar a estrutura e os aspectos do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família em unidades primárias de saúde de Fortaleza, Ceará para desenvolver as ações de prevenção e controle da sífilis congênita.

2.2 Específicos

– Verificar se a estrutura física das unidades primárias de saúde possibilita atender as recomendações do Ministério da Saúde para prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis;

– Identificar se há disponibilidade de recursos humanos e materiais nas unidades primárias; e

– Avaliar aspectos do processo de trabalho e sua interferência na prevenção e controle da sífilis congênita.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sífilis: um problema de saúde pública no Mundo e no Brasil

A sífilis é uma doença infecciosa grave, de transmissão essencialmente sexual e perinatal, com mais de 500 anos de conhecida existência, muito embora o seu agente etiológico, o *Treponema pallidum*, tenha sido descoberto apenas em 1905. Quatro décadas depois, em 1943, o tratamento eficaz foi estabelecido com a comprovação do efeito da penicilina para o tratamento da infecção. Decorridos, porém, 50 anos da descoberta da cura da sífilis, a infecção é ainda um desafio para a saúde pública mundial, calculando-se haver todos os anos cerca de 12 milhões de pessoas infectadas (OMS, 2008).

As grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção para o seu feto, levando a quadros de sífilis congênita, com graves sequelas perinatais (SALOOJEE et al., 2004). Esse fato remete ao cuidado pré-natal, uma vez que a sífilis congênita, passível de ser evitada com a realização de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo, de baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional, também exhibe elevado número de notificações nos primeiros anos do século XXI, notadamente nos países em desenvolvimento (VALDERRAMA; ZACARIAS; MAZIN, 2004; KOMKA; LAGO, 2007; REVOLLO et al., 2007).

O relaxamento das medidas preventivas por parte das autoridades de saúde e agentes de saúde, o desconhecimento da população sobre a gravidade da doença e a falta ou inadequação da assistência pré-natal são alguns dos principais fatores responsáveis pela constância dos elevados índices da doença (MULLIK et al., 2004; PEELING; YE, 2004; VALDERRAMA et al., 2005). Para se ter noção da magnitude da sífilis congênita, dos 130 milhões de nascimentos ocorridos por ano em todo o mundo, cerca de oito milhões vão a óbito antes de um ano de vida. Destes, três milhões de óbitos acontecem na 1ª semana de vida e 3,3 milhões são de natimortos. A sífilis aparece como causa em 26% dos casos (WHO, 2008).

Não havendo vigilância ativa, é difícil calcular com precisão o número de gestantes com sífilis ao ano. Schmid et al. (2007), analisando dados de soro prevalência em mulheres grávidas e número de casos anuais de sífilis congênita em 31 países, encontraram uma vasta gama de valores, conforme se observa no quadro abaixo 1.

Quadro 1 – Soroprevalência estimada de sífilis em gestantes e número de casos de sífilis congênita conforme região da OMS.

REGIÃO	SOROPREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES	CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA POR ANO
América Central e do Sul	3,90%	459.108
África Sub-Saariana	1,98%	705.725
Europa Oriental	1,50%	118.335
Sudeste Asiático	1,48%	446.909
Região Mediterrânea	1,11%	172.154
Pacífico Ocidental	0,70%	134.522

Essa alta prevalência de sífilis em grávidas reflete-se em desfechos desfavoráveis da gestação, aí se incluindo o óbito fetal, a morte perinatal e a infecção congênita. Calcula-se que anualmente dois milhões de gravidezes são afetadas pela sífilis e que cerca de 25% destes casos resultam em natimortos ou abortos espontâneos, e outros 25% em recém-nascidos de baixo peso ou com infecção neonatal grave, ambos associados a um maior risco de mortalidade perinatal (OMS, 2008).

A OMS considera a doença eliminada com a ocorrência de 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos, meta esta que pode ser alcançada com a redução da prevalência de sífilis em gestantes e a prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho. Objetivando o alcance dessa meta, a organização apoia sua estratégia em quatro esteios (OMS, 2008).

- 1- Assegurar empenho político e promoção sustentáveis.

- 2- Aumentar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantis.
- 3- Diagnosticar e tratar mulheres grávidas e seus parceiros.
- 4- Estabelecer sistemas de vigilância, monitoração e avaliação.

No Brasil, o MS vem, ao longo dos anos, estabelecendo planos, protocolos, diretrizes e portarias com vistas à prevenção e controle da sífilis congênita (BRASIL, 2005b, 2006b, 2007a), com metas pactuadas com estados e municípios por meio da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS). Para o biênio 2010-2011, a redução da mortalidade materno-infantil assinala como um de seus indicadores a taxa de incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2007a).

Malgrado, porém, os esforços empregados na contextura mundial, esse objetivo ainda está longe de ser alcançado (NOYOLA et al., 2006; JACINTO et al., 2007; REVOLLO et al., 2007; SCHIMID et al., 2007). No Brasil, estudos mostram elevadas taxas de incidência de sífilis na gravidez e de sífilis congênita, apontando para a necessidade de se reforçar as ações de diagnóstico, prevenção e tratamento da sífilis, especialmente na assistência pré-natal e parto (ALMEIDA; PEREIRA, 2007; SARACENI et al., 2007; SZWARCOWALD et al., 2007; HOLANDA et al., 2011).

O País notificou, entre 2005 e 2010, 29.544 casos de sífilis em grávidas, sendo 6.955 somente no ano de 2008 (BRASIL, 2010). Em relação aos casos de sífilis congênita, o Brasil registrou, de 2000 a junho de 2010, 54.141 casos de sífilis em menores de um ano de idade, dos quais 5.333 casos foram notificados em 2008. Destes, 39,1% (2.084) foram no Sudeste, 34,3% (1.829) no Nordeste, 13,6% (724) no Norte, 7,4% (396) no Sul e 5,6% (300) no Centro-Oeste. Em dez anos, o País assinalou 1.249 óbitos em consequência da sífilis congênita (BRASIL, 2010). Apesar da magnitude dos números, estes podem ainda estar subestimados, considerando-se a ocorrência da subnotificação.

No Estado do Ceará, de 2005 a 2010, foram notificados 1.297 casos de sífilis em gestantes e de 2000 a 2010, 2.965 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (BRASIL, 2010). O Município de Fortaleza notificou, de 2007 a 01 de outubro de 2009, 317 casos de sífilis em gestantes, dos quais 190 foram diagnosticados em 2007, 96 em 2008 e 81 casos até 01 de outubro de 2009. Do total 310 (97,8%) são residentes na Capital. No mesmo

período, foram notificados 1.088 casos de sífilis congênita, fato que aponta para uma subnotificação de casos de sífilis na gravidez ou ainda a não aplicação correta do tratamento adequado, fazendo deste um problema de saúde pública também na Capital cearense (FORTALEZA, 2009).

Estudo sobre as prevalências e frequências de doenças sexualmente transmissíveis (DTS), realizado em seis capitais brasileiras, encontrou que a prevalência de sífilis em gestantes acha-se bem acima das expectativas da OMS (BRASIL, 2008), conforme ilustra o quadro 2.

Quadro 2 – Prevalência de sífilis em gestantes em seis capitais do Brasil.

CAPITAL	PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES
Rio de Janeiro	4,4%
Manaus	3,2%
Porto Alegre	2,8%
São Paulo	2,3%
Fortaleza	2,3%
Goiânia	1,0%
BRASIL	2,6%

Em Fortaleza, entre os casos notificados de sífilis gestacional no período de 2001 a 2009, verifica-se que 68,7% das mães frequentaram o pré-natal, 46,3% foram diagnosticadas com sífilis na gravidez e apenas 15,0% tiveram os seus parceiros sexuais tratados (FORTALEZA, 2009), situação também evidenciada em outros pontos do País (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; SARACENI et al., 2007; LEITÃO et al., 2009).

Desconsiderando-se o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade do pré-natal e/ou a pouca importância que os profissionais de

saúde, sejam gestores ou aqueles diretamente envolvidos no atendimento, conferem ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, nomeadamente na gravidez. E mais, reforçam a necessidade de atuações direcionadas à eliminação da sífilis congênita, sobretudo mediante ações preventivas na assistência ao pré-natal, momento crucial para a prevenção do agravo.

3.2 A sífilis na gravidez: desafio para a assistência Pré-Natal

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de alta patogenicidade, de transmissão sexual e vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida e congênita da doença (BRASIL, 2006b).

As grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao seu feto, causando a sífilis congênita, resultante da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão do treponema pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. São os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto intraútero (BRASIL, 2006b).

Em mulheres não tratadas, a taxa de transmissão vertical da sífilis é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença. Esse índice cai para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária). Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal do parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesões mamárias por sífilis (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Não havendo o tratamento da mãe infectada durante o período gestacional, a sífilis implica consequências graves em 80% dos casos, aí se incluindo o aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Ao contrário de muitas infecções neonatais, no entanto, a sífilis congênita é uma doença evitável que pode ser eliminada com o diagnóstico precoce e tratamento adequado de

grávidas infectadas e de seus parceiros sexuais. Assim sendo, a medida mais eficaz de controle da SC consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal de qualidade. Para tanto, o MS recomenda (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b):

- captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, no segundo teste em torno da 28^a semana e no momento do parto, com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recentemente diagnosticadas ou em seguimento);
- instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis no cartão da gestante; e
- notificação dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita.

O pré-natal de qualidade necessita ainda de recursos humanos (médicos, enfermeiros e outros profissionais) para atendimento pré-natal e puerperal; área física adequada (ambiente com boas condições de higiene, ventilação e que possibilite a privacidade nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos), equipamentos e instrumentais mínimos; apoio laboratorial para realização de exames; material para registro, processamento e análise dos dados, medicamentos essenciais e imunização (BRASIL, 2005b).

No Brasil, a prevalência de sífilis em parturientes encontra-se em 1,6%, aproximadamente quatro vezes maior do que a infecção pelo HIV, representando cerca de 50 mil gestantes infectadas no ano de 2005, com estimativa de 12 mil casos de sífilis congênita. Esse agravamento reflete a qualidade da assistência durante o pré-natal, sendo ainda subnotificado no País, com 5.710 novos casos em 2005, e uma taxa de incidência de 1,9 caso por mil nascidos vivos (BRASIL, 2010). Esses dados do MS são corroborados por estudos realizados em diferentes regiões do País (FIGUEIRÓ-FILHO, 2007; MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011; HOLANDA et al., 2011).

A alta prevalência da sífilis nas gestantes justifica a adoção de medidas que visem uma melhoria da qualidade da assistência pré-natal, sobretudo porque os diagnósticos precoces, associados a tratamento adequado, preferencialmente abaixo das 16 semanas, são premissas indispensáveis para a redução do número de casos de SC (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004; BRASIL, 2005c).

O atual quadro da sífilis em gestantes e sífilis congênita identificado no Brasil é uma realidade encontrada também em outras partes do mundo (NOYOLA et al., 2006; JANCINTO et al., 2007; REVOLLO et al., 2007; SCHIMID et al., 2007). Pesquisas indicam ainda que as ações de vigilância e prevenção, assistência pré-natal e ao recém-nascido, são diferenciadas, parecendo ser mais bem estruturadas para a redução da transmissão vertical do HIV do que para o *T. pallidum* (PEELING et al., 2004; ROMOREN; RAHMAN, 2006, RAMOS JR. et al., 2007).

A sífilis congênita e a sífilis em gestantes tornaram-se doenças de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica em 1986 e 2005, respectivamente (BRASIL, 1986; BRASIL, 2005c). O MS define como caso de sífilis em gestantes a grávida que durante o pré-natal apresente evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado (BRASIL, 2006b). No caso da sífilis congênita, será considerado caso toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (BRASIL, 2006b). Apesar da obrigatoriedade de notificação, observa-se número de registros abaixo do estimado para este agravo, fato que indica deficiências significativas na qualidade dos serviços de pré-natal e de assistência ao parto (SARACENI, 2005a; BRASIL, 2006a).

O surgimento prática da penicilina, na década de 40 do século XX, descoberta em 1928, modificou o cenário do tratamento da sífilis. Após a introdução dessa droga como terapia, as taxas de sífilis começaram a diminuir nos Estados Unidos da América (EUA), incluindo as taxas da sífilis congênita (BROWN et al., 1970). Observa-se, contudo, tendência mundial no reaparecimento da sífilis entre a população em geral e, particularmente, da SC, tornando-a um desafio para a saúde pública (DE LORENZI; MADI, 2001).

No Brasil, a utilização da penicilina no tratamento da sífilis na atenção primária e nas demais unidades do SUS é normatizada pela Portaria nº 156/2006 (BRASIL, 2006d). Considerando que esta é a droga recomendada para o tratamento da sífilis, sendo a única habilitada a atravessar a barreira placentária, a Portaria determina a utilização do medicamento nas unidades básicas de saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde. Ademais, determina que toda UBS deva contar com os recursos necessários ao atendimento da anafilaxia, a saber: equipe para administração de soluções parenterais, seringas e agulhas hipodérmicas e descartáveis, máscara plástica para administração de oxigênio úmido; cilindro de oxigênio, com válvula e manômetro em local de fácil visualização com saída para fluxômetro e umidificador; e medicamentos (epinefrina, prometazina, fenoterol solução a 0,5% e solução de cloreto de sódio a 0,9%) (BRASIL, 2006d).

Com a realização do diagnóstico da sífilis e o tratamento adequado da gestante e do parceiro durante o pré-natal, é possível eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública, com a redução da incidência desse agravo para até um caso por mil nascidos vivos, meta almejada pela OMS (2008). O Brasil expressa um aumento no número de consulta de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005 (BRASIL, 2005). Estudos realizados no País confirmam esses dados, evidenciando a melhora dos indicadores de cobertura de pré-natal, média de consultas e trimestre de início do pré-natal (CESAR et al., 2008; CAMPOS et al., 2010).

Esse aumento do número de consultas do pré-natal demonstra maior cuidado para com a saúde da mulher e uma redução da mortalidade infantil, que são indicadores sensíveis em saúde pública, aí se incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DTS) (BRASIL, 2006a). Esse indicador, porém, exprime diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e no Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe (BRASIL, 2005b).

Ademais, apesar da elevada cobertura de pré-natal em algumas regiões do País, nota-se, com frequência, a inobservância da realização da rotina preconizada, não existindo a testagem para o HIV e o VDRL nem a adoção das condutas adequadas que, no caso da sífilis,

incluem o tratamento do parceiro (BRASIL, 2007; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; LEITÃO et al., 2009; CAMPOS et al., 2010).

Observa-se, portanto, uma realidade cuja cobertura adequada, por si não garante um atendimento de qualidade à gestante, tornando as metas para o controle da sífilis congênita inalcançáveis (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008; CAMPOS et al., 2010). Mesmo com o aumento do número de consultas de pré-natal, a precariedade da assistência prestada pode ser comprovada pela alta incidência de sífilis congênita, pelo fato de a hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, e também porque apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica, segundo o sistema de informação do Programa (BRASIL, 2002; SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Este fato aponta para a ineficiência dos serviços de saúde em oferecer um atendimento adequado não apenas em relação ao número de consultas, mas também à qualidade do atendimento oferecido e mostram que a diminuição dos riscos à gravidez com a consequente melhora dos indicadores de saúde materna e fetal está longe do almejado (PUCCINI et al., 2003; KOFFMAN; BONADIO, 2005).

O combate à sífilis é uma das prioridades da assistência pré-natal, tendo o Ministério da Saúde elaborado diversas estratégias de combate à doença, todas com o objetivo de alcançar a melhoria da qualidade do atendimento, visto que a sífilis congênita é um dos marcadores dessa qualidade (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007a). A apreciação dos dados, no entanto, evidencia marcadas diferenças regionais nas taxas de incidência e de transmissão vertical, num claro reflexo de que são necessárias medidas mais efetivas para a sua redução a índices aceitáveis (ALMEIDA; PEREIRA, 2007; HOLANDA et al., 2011; MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011).

A atenção adequada à mulher no pré-natal e parto representa um passo importante para que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar, o que é um direito fundamental de toda mulher. Legislação, tecnologia e insumos para garantir essa atenção qualificada, além da redução da transmissão vertical do HIV e sífilis, já existem e são

disponibilizados pelos governos federal, estaduais e municipais. As altas taxas de morbimortalidade, contudo, ainda permanecem como um desafio a ser vencido.

3.3 Avaliação dos serviços de saúde

A tarefa de avaliar, tão difícil quanto indispensável, carece de um investimento atento e sólido na elaboração de uma série de consensos. Decorre não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, acima de tudo, uma atividade negociada entre variados agentes do sistema de saúde. Sem esta premissa, torna-se inexecutável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde (BRASIL, 2005c).

A Organização Mundial da Saúde (1981) define a avaliação como

[...] um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para a melhoria das atividades em curso e para o planejamento de um programa mais satisfatório mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura. Ela supõe uma análise crítica dos diferentes aspectos do estabelecimento e da execução de um programa e das atividades que constituem o programa, sua pertinência, sua formulação, sua eficiência e eficácia, seu custo e sua aceitabilidade por todas as partes interessadas.

Quando se trata de avaliar os serviços de saúde, o modelo desenvolvido por Donabedian destaca-se entre os mais utilizados. O autor recomenda a análise da estrutura, do processo e do resultado, partindo do pressuposto de que boas condições de estrutura são pré-condições que favorecem um bom processo, ampliando a possibilidade de ocorrência de desfechos favoráveis (DONABEDIAN, 1988).

Estrutura representa as características mais estáveis dos serviços, abarcando os recursos humanos, financeiros e físicos de que dispõem, bem como o modo de organização e financiamento (DONABEDIAN, 1980). Processo envolve um conjunto de atividades com critérios e padrões considerados adequados e validados (DONABEDIAN, 1982).

Donabedian (1991) ensina que a relação entre a estrutura e a qualidade da atenção é fundamental no planejamento, desenho e organização do sistema quando a finalidade é proporcionar serviços de saúde que valorizem a atenção de qualidade. Ademais, autores entendem a estrutura como um instrumento que pode indicar tendências gerais de qualidade, concluindo que a disponibilidade de estruturas apropriadas para a prestação da assistência nos serviços de saúde enseja condições básicas para o alcance do desempenho almejado nos aspectos referentes ao processo e aos resultados dos cuidados prestados à clientela atendida (DONABEDIAN, 1980; PAGANINI, 1993).

Para Pereira (1995), a estrutura em parte determina o potencial do sistema. Já Zanon (2001) acredita que a lógica de que uma boa estrutura promove qualidade e produtividade não pode ser generalizada. Por outro lado, diz o autor, estruturas físicas deficientes certamente contribuirão para uma assistência sem qualidade, propiciando, muitas vezes, riscos laborais para os profissionais de saúde e, conseqüentemente, para os usuários do serviço.

Assim sendo, a estrutura do sistema de serviços de saúde é o que permite a prestação destes serviços. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços, como pessoal, instalações e equipamentos, variedade de serviços, organização, gerenciamento e comodidades, continuidade/sistemas de informação, acesso, financiamento, população eletiva e administração (STARFIELD, 2004).

A Charter for General Practice/Family Medicine in Europe (Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa), elaborada pela Organização Mundial da Saúde, 1994, atesta o papel da atenção primária como um sistema de atenção que oferece atendimento acessível e aceitável para os pacientes e reconhece que determinadas condições estruturais, melhoras organizacionais e questões de desenvolvimento profissional devem ser consideradas na oferta de atenção primária de alta qualidade. Segundo o documento, cada sistema de serviços de saúde possui uma estrutura (ou capacidade) que consiste das características que possibilitam que ofereça serviços, os processos (ou desempenho) que envolvem tanto ações por parte dos profissionais de saúde no sistema como as ações das populações e dos pacientes, e o resultado, refletido em vários aspectos do estado de saúde.

A atenção primária à saúde, considerada como a porta de entrada do sistema de saúde, é entendida como um conjunto de ações que visam à promoção da saúde, à prevenção dos agravos e ao tratamento e reabilitação no âmbito individual e coletivo. Envolve práticas gerenciais e sanitárias, de natureza democrática e participativa. Esse nível de atenção está capacitado para atender um elenco de necessidades que vão além da intervenção curativa individual, denominadas de necessidades básicas de saúde (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000; IBAÑEZ et al., 2006).

Para Botti e Schot (2006), a organização do sistema público de saúde brasileiro está arrimada nas unidades básicas de saúde (UBS), sendo o modo mais regionalizado e hierarquizado de realização de ações no nível de APS. O Pacto pela Vida, reconhecendo a importância da APS, busca assegurar a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços (BRASIL, 2006b).

No dia a dia das UBS, observam-se as restritas condições organizacionais, compondo um quadro de “banalização da atenção primária à saúde em que tudo pode porque é um nível de atenção sem complexidade. Pode inclusive, como é comum ocorrer, oferecer serviços sem qualidade à população” (MINAS GERAIS, 2004).

Esse fato foi evidenciado por estudos que analisam a realidade cotidiana do trabalho das equipes de saúde (SCHIMITH; LIMA, 2004; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; VANDERLEI, 2005; FACCHINI *et al.*, 2006; DOWBOR, 2008; OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008; OLIVEIRA, 2010), destacando uma ou mais das seguintes condições a que as equipes estão submetidas: composição insuficiente das equipes; perfil inadequado de profissionais; diferentes modalidades de contrato de trabalho; estrutura física inadequada e em situação precária; sobrecarga de atendimento, dificultando a execução do planejamento e discussão da dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contra fluxo dos usuários e das informações entre os diferentes níveis do sistema; falta de medicamentos; problemas de fidedignidade na alimentação dos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); além das expectativas contraditórias e conflitos das equipes com os poderes locais e a população, quando as equipes não conseguem atender à demanda; entre outros.

Em 2003, o Ministério da Saúde do Brasil começou a desenvolver a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, buscando com isso institucionalizar a avaliação na esfera da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005d). Referida política tem como propósito a qualificação das tomadas de decisão no âmbito da gestão dos serviços e do cuidado, almejando a integralidade e resolubilidade das ações, reconhecendo, assim, a incipiência das práticas de monitoramento e avaliação na atenção primária (BRASIL, 2005d; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A PNAB atribui aos municípios a responsabilidade pela garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades de saúde, provendo-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o desenvolvimento das ações propostas (BRASIL, 2006a).

Com efeito, a avaliação constitui instrumento permanente para a tomada de decisões também na seara da atenção primária, possibilitando uma reflexão sobre as ações técnicas e os processos de trabalho nela produzidos, tendo a qualidade como atributo fundamental a ser alcançado. Com relação ao processo normativo, a Política Nacional de Atenção Básica determinou a priorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários à realização das ações de atenção primária, aí se incluindo: os ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde, os equipamentos e materiais indispensáveis para as ações propostas e a composição da equipe multiprofissional, entre outros (BRASIL, 2006e).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva é aquela que traz

[...] a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis [...] pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade [...] Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência das relações entre as variáveis e pretendem determinar a natureza desta relação [...] (GIL, 2002, p.42).

Segundo Hartz (1997), define-se a pesquisa avaliativa como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção, usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Para Leopardi (2002), a abordagem quantitativa é utilizada quando se tem um instrumento de medida utilizável e válido, tenciona-se assegurar a objetividade e a credibilidade dos achados e a questão proposta indica o cuidado com a quantificação.

Quando se pretende aquilatar a qualidade dos serviços de saúde, Donabedian (1993) recomenda a análise da estrutura, do processo e do resultado. Recorte de uma avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita em unidades de atenção primária no município de Fortaleza-Ceará, este trabalho selecionou as dimensões estrutura e processo, por considerar que, para se alcançar a qualidade desejada na prática assistencial, é imprescindível que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas, a fim de se obter um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo e aos resultados dos cuidados prestados à clientela (DONABEDIAN, 1980; PAGANINI, 1993).

Segundo Donabedian (1980), estrutura corresponde ao conjunto de atributos, no qual os cuidados ocorrem. Dentro desse conceito cabem tanto dados numéricos, em termos de recursos disponíveis, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de

equipamentos, entre outros (DONABEDIAN, 1993). O autor exprime ainda ser difícil quantificar a influência ou contribuição exata do componente estrutura na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar que uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade (DONABEDIAN, 1993), uma vez que a atenção à saúde necessita de um nível mínimo de estrutura, nos seus mais variados aspectos, para o desenvolvimento das ações propostas (DONABEDIAN, 1980).

Ademais, optou-se por avaliar aspectos relacionados ao processo, uma vez que a avaliação deste reflete a qualidade da atenção à saúde e evidencia os pontos que necessitam de ajustes dentro de um programa ou projeto em andamento (GIL, 2003). Processo pode ser definido como um conjunto de atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, atividades essas que devem seguir critérios e padrões considerados adequados, devidamente validados (DONABEDIAN, 1982). Esse enfoque considera que, se os conhecimentos e tecnologias médicas forem corretamente aplicados durante a atenção à saúde, os resultados possivelmente serão aqueles esperados (VOURI, 1982). Segundo Donabedian (1985), na abordagem de avaliação do processo, duas perguntas são fundamentais: por que foram realizados certos procedimentos quando não deveriam ter sido? Por que outros não foram realizados quando se faziam necessários?

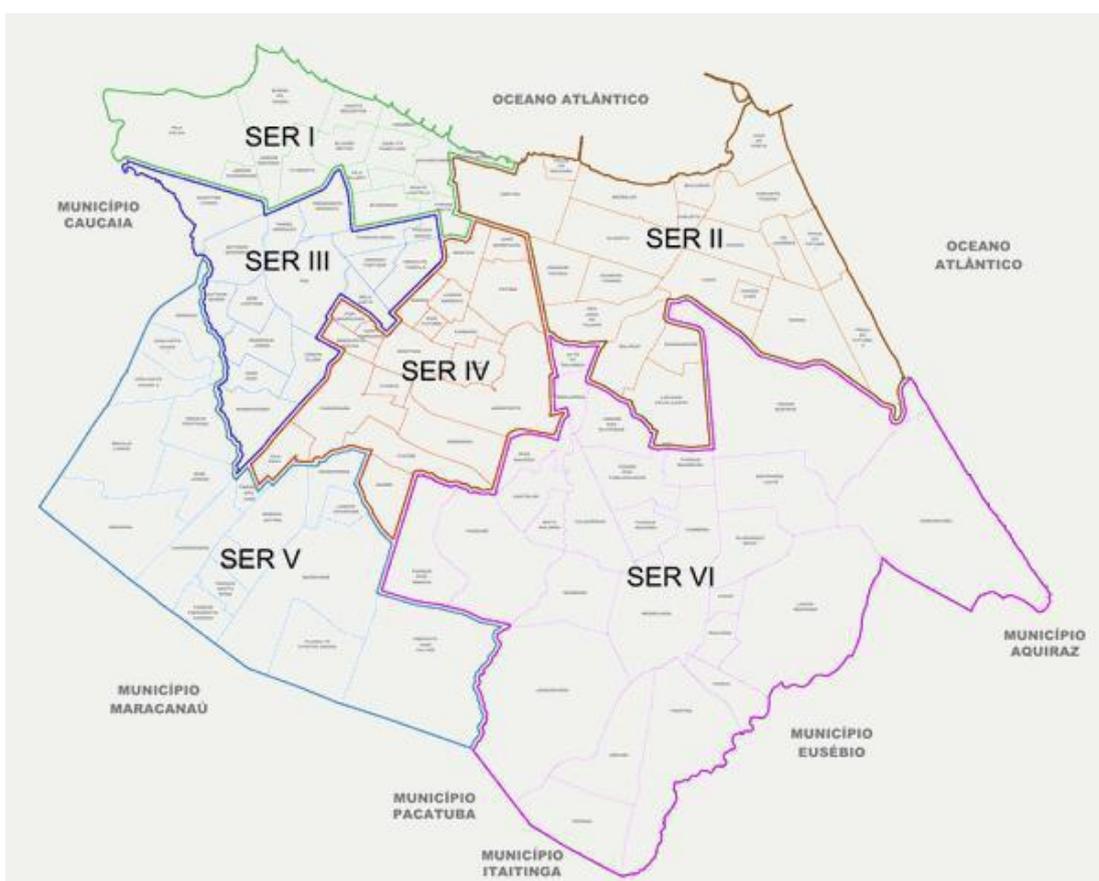
4.2 Local e período de realização do estudo

O estudo foi realizado em Fortaleza-Ceará, no período de julho a outubro de 2011. O Município possui área de 314,927 km² e 2.452.185 habitantes e é a capital de maior densidade demográfica do País com 7.786,52 hab/km², de acordo com o censo de 2010. Ademais, é a cidade mais povoada do Ceará, a quinta do Brasil e a 91^a mais povoada do mundo. A Região Metropolitana de Fortaleza possui 3.655.259 habitantes, sendo a sétima mais populosa do Brasil e a terceira do Nordeste (IBGE, 2010).

Administrativamente, o Município encontra-se dividido em seis regiões, denominadas secretarias executivas regionais (SER), em função da Lei Municipal 8.000, de 25 de janeiro de 1997. As secretarias têm como função executar as políticas setoriais e as metas definidas como prioritárias para cada grupo populacional por meio de serviços

articulados em uma rede de proteção social (ANDRADE, 2006). Mediante tal configuração administrativa descentralizada, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o órgão gestor do SUS no Município, com a atribuição de administrar e executar as ações e serviços de saúde de acordo com as diretrizes do SUS e a Lei Orgânica do Município. A Figura 1 mostra a divisão do Município de Fortaleza em SER e os bairros incluídos em dada uma delas.

Figura 1 – O Município de Fortaleza e sua divisão por Secretaria Executiva Regional.



A Secretaria Executiva Regional I está localizada no extremo oeste de Fortaleza, com uma área territorial de 25.382 km², distribuída em 15 bairros. Nessa região, moram 340.134 habitantes, representando 16% da população total do Município, dos quais 46,9% são do sexo masculino e 53,1% do sexo feminino, sendo que 50,52% são constituídos por jovens e cerca de 7,80 % têm acima de 60 anos. Da população residente nesta SER, 99,82% moram em domicílio particular, 72.984 apresentam rendimento e são responsáveis pelos domicílios particulares, o que corresponde a 21,45% desta população. O bairro Alagadiço é o que exibe a maior média mensal do valor nominal de rendimento, caracterizado como sendo de R\$ 1.566,29 (hum mil, quinhentos e sessenta e seis reais e vinte e nove centavos). No outro extremo, tem-se o Pirambu, com média mensal de R\$ 287,38 (duzentos e oitenta e sete reais e trinta e oito centavos). Do total de 82.467 domicílios particulares permanentes existentes na SER I, 76,21% são abastecidos por água via rede geral, 19,14% por poço ou nascente e 4,65% por outras formas. Ademais, 97,75% destes domicílios dispõem de banheiro ou de sanitário e 2,25% não contam com nenhum destes itens. Dos domicílios com banheiro ou sanitário, 57,65% estão ligados à rede geral e o restante (42,35%) utiliza algum tipo de esgotamento sanitário inadequado por contaminar o lençol freático. Em relação ao destino do lixo, do total de domicílios particulares permanentes, 97% têm o lixo coletado. Entre os moradores com cinco anos ou mais de idade, 85,41% são alfabetizados e 14,59% não alfabetizados (FORTALEZA, 2008).

A Secretaria Executiva Regional II conta com 20 bairros, numa área territorial de 49.339 km². Dispõe de 311.842 habitantes, representando 14,56% da população total do Município, dos quais 44,82% são do sexo masculino e 55,18% do sexo feminino. A população da SER II é constituída em sua maioria por jovens (45,44%) e cerca de 10,01% têm acima de 60 anos. Da população residente nesta SER, 99,48% moram em domicílio particular e 74.965 habitantes registram rendimento e são responsáveis pelos domicílios particulares, correspondendo a 24,04% desta população. O bairro Meireles é o que traz a maior média mensal do valor nominal de rendimento, que é de R\$ 4.289,36 (quatro mil, duzentos e oitenta e nove reais, e trinta e seis centavos). No outro extremo, o Cais do Porto exibe média mensal de R\$ 335,96 (trezentos e trinta e cinco reais e noventa e seis centavos). Na SER II, existe um total de 80.325 domicílios particulares permanentes. Destes, 90,09% são abastecidos por água via rede geral, 8,12% por poço ou nascente e 1,80% por outras formas. Ademais, 98,20% destes domicílios dispõem de banheiro ou de sanitário e 1,80% não apresenta nenhum destes itens. Dos domicílios com banheiro ou sanitário, 75,15% estão

ligados a rede geral, e o restante (22,63%) utiliza algum tipo de esgotamento sanitário inadequado por contaminar o lençol freático. Em relação ao destino do lixo, do total de domicílios particulares permanentes da SER I, 96,74% têm o lixo coletado. Entre os moradores com cinco anos ou mais de idade, 90,45% são alfabetizados e 10,55% não alfabetizados (FORTALEZA, 2008).

A Secretaria Executiva Regional III, localizada na zona oeste de Fortaleza, possui área territorial de 27.777 km². Sua população é de 340.516 habitantes, representando 15,90% da população total do Município, sendo que 46,55% são do sexo masculino e 53,45% do sexo feminino. A SER III conta com 16 bairros, em que 47,98% da população são constituídos por jovens e cerca de 8% têm acima de 60 anos. Da população residente nesta SER, 99,85% moram em domicílio particular. O bairro Parquelândia exprime a maior média mensal do valor nominal de rendimento, no valor de R\$ 1.530,53 (hum mil, quinhentos e trinta reais e cinquenta e três centavos), enquanto o Autran Nunes registra a menor média mensal, no valor de R\$ 295,55 (duzentos e noventa e cinco reais e cinquenta e cinco centavos). Existe, na SER III, um total de 82.664 domicílios particulares permanentes. Destes, 85,81% são abastecidos por água via rede geral, 10,59% por poço ou nascente e 3,61% por outras formas. Ademais, 97,48% destes domicílios dispõem de banheiro ou de sanitário e 2,52% não apresentam nenhum destes itens. Dos domicílios com banheiro ou sanitário, 39,25% estão ligados à rede geral e o restante (60,75%) utiliza algum tipo de esgotamento sanitário inadequado por contaminar o lençol freático. Em relação ao destino do lixo, do total de domicílios particulares permanentes da SER III, 96,72% têm o lixo coletado. Entre os moradores com cinco anos ou mais de idade, 86,09% são alfabetizados e 16,16% não alfabetizados (FORTALEZA, 2008).

A Secretaria Executiva Regional IV possui área territorial de 34.272 km², com 259.831 habitantes, o que representa 12,1% da população total do Município. Desta população, 45,2% são do sexo masculino e 54,8% do feminino. A SER IV conta com 19 bairros, sendo o mais populoso a Parangaba e o menos populoso o Dendê. Verifica-se que 36,54% da população é constituem-se de jovens e cerca de 9,76% têm acima de 60 anos. Da população residente nesta SER, 99,71% moram em domicílio particular, 60.615 apresentam rendimento e são responsáveis pelos domicílios particulares, correspondendo a 23,14% desta população. O bairro de Fátima é o que traz a maior média mensal do valor nominal de rendimento, estipulado em R\$ 2.017,22 (dois mil, dezessete reais e vinte e dois centavos). No extremo oposto, tem-se o Aeroporto, com média mensal de R\$ 224,50 (duzentos e vinte e

quatro reais e cinquenta centavos). Existe na SER IV um total de 60.615 domicílios particulares permanentes. Destes, 90,06% são abastecidos por água via rede geral, 7,48% por poço ou nascente e 2,09% por outras formas. Ademais, 98,94% destes domicílios dispõem de banheiro ou de sanitário e 1,06% não traz nenhum destes itens. Dos domicílios com banheiro ou sanitário, 47,96% estão ligados à rede geral e o restante (52,04%) utiliza algum tipo de esgotamento sanitário inadequado por contaminar o lençol freático. Em relação ao destino do lixo, do total de domicílios particulares permanentes da SER I, 98,19% têm o lixo coletado. Entre os moradores com cinco anos ou mais de idade, 90,00% são alfabetizados e 10,00% não alfabetizados (FORTALEZA, 2008).

A Secretaria Executiva Regional V possui uma área territorial de 25.382 km² e 452.875 habitantes, representando 21,15% da população total do Município de Fortaleza, sendo que 48,02% são do sexo masculino e 51,80% do sexo feminino. Além disso, 53,96% da população se constituem de jovens, enquanto cerca de 5,59% têm acima de 60 anos. Da população residente na SER V, 99,97% moram em domicílio particular permanente. Apresentam rendimento e são responsáveis pelos domicílios particulares 97.747 habitantes, correspondendo a 21,58% desta população. O bairro Maraponga exprime a maior média mensal do valor nominal de rendimento, que é de R\$ 1.021,72 (hum mil, vinte e um reais e setenta e dois centavos). No extremo oposto, tem-se o Parque Presidente Vargas, com média mensal de R\$ 269,63 (duzentos e sessenta e nove reais e sessenta e três centavos). Dos domicílios particulares permanentes, 95,74% possuem banheiro ou sanitário e 4,26% não trazem nenhum destes itens. Entre aqueles que possuem esgotamento sanitário, 28,06% estão ligados à rede geral, enquanto o restante (4,45%) utiliza tipos de esgotamento sanitário inadequado por contaminar o lençol freático. Destaca-se ainda que 18,13% fazem uso de fossa séptica e 49,36% de fossa rudimentar. Em relação ao destino do lixo na SER V, 92,79% dos domicílios particulares permanentes têm o lixo coletado. Nesta SER, do total de moradores com cinco anos ou mais de idade, 82,17% são alfabetizados e 21,71% não são alfabetizados (FORTALEZA, 2008).

A Secretaria Executiva Regional VI está localizada na zona sul de Fortaleza, com uma área territorial de 134.928 km². Dispõe de 436.204 habitantes, representando 20,4% da população do Município, dos quais 47,9% são do sexo masculino e 52,1% do sexo feminino. A SER VI conta com 27 bairros. Verifica-se que 53,91% da população se constituem de jovens e cerca de 5,36% têm acima de 60 anos. Da população residente nesta SER, 99,92%

residem em domicílio particular, sendo que 92.290 pessoas apresentam rendimento e são responsáveis pelos domicílios particulares, o que representa 21,25% da população. O Parque Manibura exprime a maior média mensal do valor nominal de rendimento, caracterizado como sendo de R\$ 2.125,68 (dois mil, cento e vinte e cinco reais e sessenta e oito centavos). Em contrapartida, tem-se o bairro Curió, com uma média mensal de R\$ 288,74 (duzentos e oitenta e oito reais e setenta e quatro centavos). Na SER VI, existem 105.764 domicílios particulares permanentes, dos quais 88,34% são abastecidos por água por meio de rede geral, 7,35% por poço ou nascente e 4,31% por outras formas. Dispõem de banheiro ou de sanitário, 94,07% dos domicílios particulares permanentes, enquanto 5,93% não apresentam nenhum destes itens. Entre os que possuem banheiro ou sanitário, 34,96% estão ligados à rede geral e o restante (65,04%) utiliza algum tipo de esgotamento sanitário inadequado por contaminar o lençol freático, destacando-se 23,66% com uso de fossa séptica e 37,78% com fossa rudimentar. Em relação ao destino do lixo, 91,78% dos domicílios particulares permanentes da SER VI têm o lixo coletado. Nesta SER, 81,62% dos moradores com cinco anos ou mais de idade são alfabetizados e 22,52% não alfabetizados (FORTALEZA, 2008).

Atualmente, a rede básica de saúde possui 92 unidades, distribuídas entre as SER conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011.

SER	TOTAL DE UBS
I	14
II	11
III	16
IV	12
V	19
VI	20
TOTAL	92

A estratégia do Programa de Saúde da Família teve início no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As primeiras equipes de PSF, compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde surgiram em janeiro de 1994 (BRASIL, 2005e), sendo o Ceará a primeira UF a implantar o PSF e o PACS. No Município de Fortaleza, a implantação aconteceu em 1999.

Desde então, o programa é objeto de rápida expansão no Estado. Em 2006, a cobertura por agente comunitário de saúde (ACS) chegou a aproximadamente 100% da população, pois 99,5% do contingente demográfico foram cobertos por equipes de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal (ESB). Em Fortaleza, a adoção da Estratégia Saúde da Família foi o aspecto central da reestruturação e organização da Rede de Atenção Primária. Até março de 2007, 256 ESF foram implantadas, dando cobertura a 37,19% da população e 212 ESB foram estabelecidas, atendendo a 61,59% do total de 2.374.944 habitantes (BRASIL, 2007c).

Embasada na Resolução nº16/98, de 05 de junho de 1998, Fortaleza está habilitada em Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o que lhe assegura o recebimento dos recursos, fundo a fundo, para a atenção primária e especializada, com autonomia e responsabilidades concernentes à política de saúde de sua área geopolítica.

4.3 População do estudo

A população do estudo foi composta pelas 92 unidades básicas de saúde (UBS) do Município de Fortaleza. Três unidades não puderam ser incluídas, duas porque estavam passando por uma reforma no período da realização da pesquisa e uma porque havia sido fechada, totalizando, assim, 89 unidades participantes do estudo. As mencionadas unidades trabalham com a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo este um dos eixos fundamentais da ação do setor público na área de saúde, cuja característica principal é prover a atenção primária em saúde, aumentando o acesso da população aos serviços de saúde, com base numa modalidade de atendimento que visa à transformação do modelo assistencial (BRASIL, 2008).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2011 feita pessoalmente, com o concurso de três bolsistas, estas acadêmicas de Enfermagem, previamente treinadas e com supervisão de campo. A coleta foi precedida de um estudo piloto, com o objetivo de testar o instrumento.

Conduziu-se o estudo por meio da aplicação de um *check-list* (APÊNDICE A) e da observação direta, e complementado com informações prestadas pelos profissionais, buscando-se conhecer a estrutura e aspectos do processo das unidades para atenderem as recomendações preconizadas pelo MS para o controle da sífilis congênita. Levantaram-se os indicadores durante visitas às unidades, sempre com o acompanhamento de um profissional do serviço, em geral, o coordenador ou um enfermeiro. Checavam-se as informações fornecidas para garantir a sua fidedignidade. Vale destacar que a quantidade de medicação disponível foi avaliada como suficiente ou não para a demanda/mês, segundo informação prestada pelos profissionais da unidade (enfermeiros ou profissional da farmácia).

Não foi possível se realizar a análise dos registros, visto que as unidades funcionam com prontuário eletrônico, cujo acesso requer o uso de senha. Ademais, a observação direta do atendimento foi inviabilizada em virtude de se trabalhar com todas as unidades de saúde do município.

Não havendo norma única bem definida e padronizada para avaliar a estrutura das unidades básicas de saúde para a prevenção e controle da sífilis congênita, a elaboração do *check-list* utilizou materiais divulgados pelo Ministério da Saúde e legislações brasileiras, tais como: Portaria nº 648/06 (Política Nacional de Atenção Básica), Portaria nº 542/86 (inclui a sífilis congênita na lista de agravos de notificação compulsória), Portaria nº 33/05 (inclui a sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória) e Portaria N° 156/06 (dispõe sobre o uso da penicilina na atenção primária), Manual de Pré-natal e Puerpério, Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis (BRASIL, 2006), Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, Guia Prático do Programa de Saúde da Família, Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram processados e analisados com a utilização do *software* SPSS (versão 18.1).

Efetivaram-se as seguintes atividades para a obtenção dos dados necessários à análise, buscando, com isso, sua imparcialidade.

a) Definição dos elementos de interesse, doravante chamados componentes, para a quantificação das unidades de atendimento.

b) Priorização destes componentes, com suporte no método de análise hierárquica, denominado Analytic Hierarchy Process (AHP).

c) Determinação dos fatores representativos de cada componente.

d) Classificação das unidades pesquisadas, levando a um *ranking* destas.

Na sequência, descrevem-se as etapas, de per se.

a) Definição dos componentes

Os critérios selecionados para a avaliação da estrutura consideraram três componentes: (1) Estrutura Física, (2) Recursos Materiais (material, equipamento, medicação e insumos), (3) Recursos Humanos. Os aspectos relacionados ao processo foram incluídos no componente (4) Processo Organizacional. Os componentes, suas variáveis e os critérios de avaliação estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4 – Componentes avaliativos, suas variáveis e critérios de avaliação.

Estrutura Física: disponibilidade, compartilhamento dos espaços, condições de privacidade (sala com porta, atendimento individualizado)

- Sala para atendimento pré-natal
- Sala para coleta de material biológico
- Sala para administração de medicamentos
- Farmácia

Recursos Materiais: disponibilidade e suficiência para uso/mês (segundo informação do profissional da UBS), condições de uso (validade)

- Seringas e agulhas hipodérmicas e descartáveis
- Medicamentos (penicilina G benzatina, cloreto de sódio a 0,9%, epinefrina, prometazina, fenoterol solução 0,5%)
- Centrífuga
- Geladeira para armazenamento do sangue coletado
- Cilindro de oxigênio com válvula e manômetro em local de fácil acesso (sala administração medicamentos) com saída para fluxômetro e umidificador
- Máscara plástica, cateter nasal, látex ou extensor

Recursos Humanos: disponibilidade, quantidade e capacitação

- Equipe de ESF com médico, enfermeiro, AE/TE e ACS
- Equipe para administração de soluções parenterais
- RH capacitados para atender casos de sífilis
- RH capacitados para atender casos de anafilaxia

Processo Organizacional: realizar a atividade, frequência e disponibilidade dos recursos necessários

- Realizar a coleta de sangue para o VDRL
- Coleta realizada na data da solicitação do exame
- Envio diário das amostras ao laboratório
- Tempo de retorno dos exames
- Administrar a penicilina na gestante
- Notificar os casos de sífilis em gestantes
- Disponibilizar as fichas de notificação compulsória de sífilis em gestantes
- Realizar atividades educativas individuais e coletivas sobre sífilis
- Disponibilizar de manuais, normas, protocolos e material educativo (folder, cartaz, panfleto...) do MS sobre sífilis
- Disponibilizar de atendimento de pré-natal realizado por médicos e enfermeiros

b) Priorização dos componentes

A AHP é uma das abordagens quantitativas adotadas quando o tomador de decisão utiliza seu julgamento e conhecimento para fazer uma avaliação binária entre critérios intangíveis (qualitativos) e tangíveis (quantitativos). Na resolução de um problema de ordenação, quando há a presença de uma grande quantidade de critérios, a comparação binária leva a resultados mais acurados do que quando a ordenação é realizada por métodos não binários (SAATY, 2005).

Com o propósito de priorizar os componentes responsáveis pela avaliação das unidades, solicitou-se a um grupo de especialistas que realizasse comparação binária entre os componentes:

- Estrutura Física (EF)
- Recursos Materiais (RM)
- Recursos Humanos (RH)
- Processo Organizacional (PO)

Criou-se uma matriz (APÊNDICE B) e solicitou-se a cada um dos oito profissionais que realizassem a comparação, de acordo com os seguintes critérios:

- 1- Igualmente importante
- 3- Fracamente mais importante
- 5- Fortemente mais importante
- 7- Muito fortemente mais importante
- 9- Extremamente mais importante

Mediante a utilização de procedimento de cálculo matricial, foram tomados os pesos (entre 0 e 1) para cada componente, representativos da sua importância para a avaliação da unidade.

Reuniram-se os oito resultados (um para cada especialista) e determinou-se a média dos resultados. Vale ressaltar que as respostas foram bastante homogêneas, reveladas pela semelhança entre as médias e as respectivas medianas.

c) Determinação dos fatores representativos

Realizou-se análise fatorial, técnica estatística que busca, por meio da avaliação de um conjunto de variáveis, a identificação de dimensões de variabilidade comuns existentes em conjunto de fenômenos, cujo intuito é desvendar estruturas mas não observáveis diretamente (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2007).

Este tipo de análise avalia a existente entre um grande número de variáveis e identifica a possibilidade de essas variáveis serem agrupadas em um número menor de variáveis latentes e de que, obviamente, se possa identificar o significado dos agrupamentos realizados. A esse número menor de variáveis dá-se o nome de fatores (CORRAR; PAULO; DIAS FILHO, 2007).

Assim sendo, a análise fatorial das variáveis dos quatro componentes permitiu seu agrupamento em 13 fatores, conforme ilustrado nas Figuras 2, 3, 4, e 5.

Figura 2 – Agrupamento das variáveis relacionadas ao componente Estrutura Física.

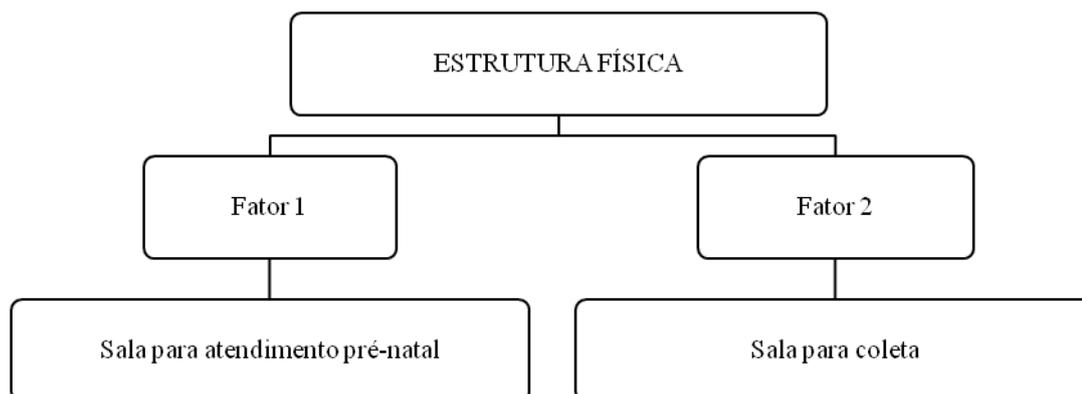


Figura 3 – Agrupamento das variáveis relacionadas ao componente Recursos Materiais.

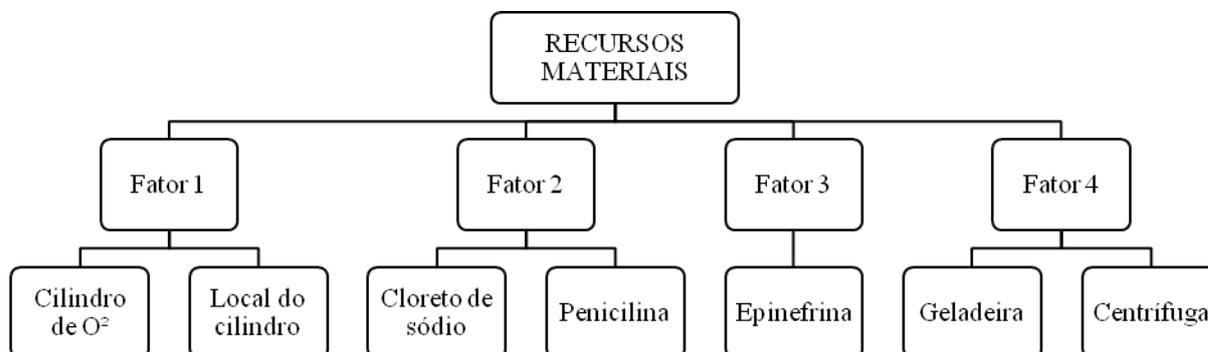
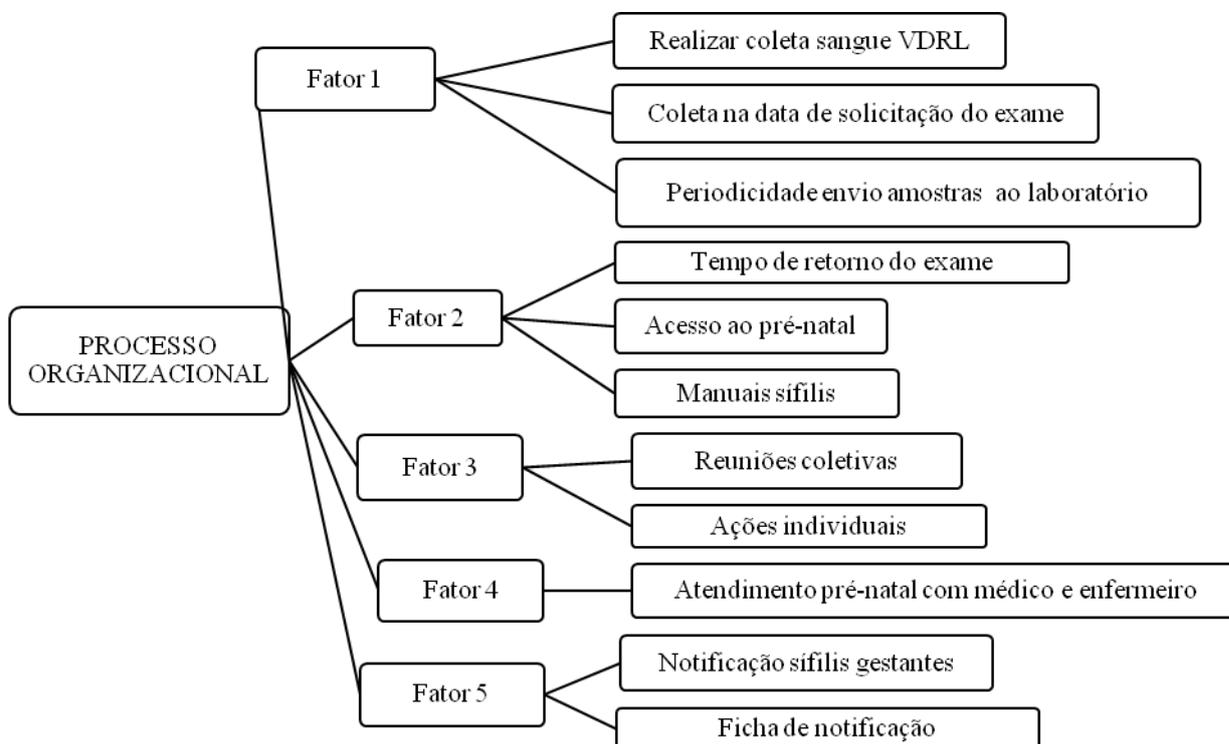


Figura 4 – Agrupamento das variáveis relacionadas ao componente Recursos Humanos.



Figura 5 – Agrupamento das variáveis relacionadas ao componente Processo Organizacional



d) Classificação das unidades pesquisadas

Após terem sido obtidos os escores fatoriais com suporte na atividade (c), criou-se medida única para cada fator com base nos autovalores (HAIR et al., 2005) e instituiu-se uma espécie de média ponderada, onde os pesos foram representados pelos resultados da técnica AHP (vide atividade (b)). Adotou-se o mesmo princípio utilizado para a criação de índices de classificação de sustentabilidade (VIANA et al., 2010).

Obteve-se, com efeito, um índice classificatório das unidades de atendimento. Mediante a realização do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS), verificou-se que o índice revelou distribuição normal. Para aplicar este às unidades, adotaram-se escores

padronizados, denominados z-scores, representativos da variável original transformada em uma distribuição normal, com média zero e desvio-padrão de 1, o que os torna mais fáceis de comparar. A variação deles em geral, vai de -3 a 3. A classificação das unidades tomou por base o desvio-padrão, em que o intervalo -1 e 1 compreende 68% dos casos, o intervalo -2 e 2 engloba 95% dos casos e -3 e 3 estão 99% dos casos. Posteriormente, os subgrupos, assim como as unidades, foram classificados conforme ilustra o Quadro 5.

Quadro 5 – Conceituação dos intervalos de classificação das unidades básicas de saúde e de seus componentes avaliativos.

INTERVALO	CONCEITO
Abaixo de -2	Insatisfatório
- 2 ----- 0	Precário
0 ----- 2	Satisfatório
2	Ótimo

4.6 Aspectos éticos

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará, bem como as secretarias executivas regionais foram previamente contatadas, no intuito de obter autorização para que se adentrasse as unidades de saúde do Município (ANEXOS II, III, IV, V e VI). Ademais, foi obtida a anuência dos coordenadores das unidades para a coleta dos dados (APÊNDICE C).

O estudo atendeu às recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob o Parecer nº 72/2009 (ANEXO I)

Esta pesquisa recebeu financiamento da FUNCAP/CNPq.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 89 unidades básicas de saúde (UBS) do Município de Fortaleza. Em 76 (85,4%) delas, o tempo de funcionamento da unidade variou de quatro a 50 anos, com média de 20,7 anos. Em 13 (14,6%), não foi possível saber o ano de início das atividades. Todas as unidades funcionavam como Estratégia de Saúde da Família. Em 78 (87,6%), o tempo de funcionamento com tal estratégia variou de três a 17 anos, com média de 6,2 anos. Nas demais, não foi possível obter essa informação. Funcionavam nos dois turnos 51 (57,3%) unidades e, em 38 (42,7%), havia o terceiro turno de atendimento.

Todas as unidades possuíam área geográfica definida e 87 (97,7%) exibiram o mapa de abrangência. Ademais, achou-se que 62 (69,7%) unidades serviam de campo de estágio para atividades de ensino. Em 57 (64,0%), essas atividades eram para alunos de curso superior, sendo os mais frequentes Medicina (51,6%) e Enfermagem (96,8%).

Na visita realizada à unidade, esteve-se constantemente acompanhada de um profissional do serviço (coordenador/assessor da coordenação ou enfermeiro). Os resultados expressos referem-se aos componentes avaliativos de estrutura (estrutura física, recursos materiais e recursos humanos) e aos aspectos de processo inventariados para este estudo (processo organizacional) das UBS estudadas.

Inicialmente, a Tabela 1 arrola a avaliação geral e a classificação dos componentes avaliativos. A análise aponta que, segundo a faixa de classificação considerada para esse estudo, 39 (43,8%) unidades de saúde foram classificadas como precárias. Três unidades (3,4%) obtiveram classificação insatisfatória e somente quatro (4,5%) alcançaram a classificação ótima. Chama a atenção o elevado número de unidades avaliadas como precárias ou insatisfatórias na SER I e SER V, com índices de 92,3% e 67,7%, respectivamente, nessas faixas de classificação.

Tabela 1 – Avaliação geral e classificação dos componentes EF, RM, RH e PO das unidades básicas de saúde, segundo a SER. Fortaleza-CE, 2011. N=89.

Faixa de classificação	CLASSIFICAÇÃO GERAL													
	SER I		SER II		SER III		SER IV		SER V		SER VI		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Insatisfatória	2	15,4	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	3	3,4
Precária	10	76,9	3	30,0	6	37,5	6	50,0	11	61,1	3	15,0	39	43,8
Satisfatória	1	7,7	7	70,0	10	62,5	6	50,0	6	33,3	13	65,0	43	48,3
Ótima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	20,0	4	4,5
Total	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0

A Tabela 2 particulariza os resultados de acordo com os componentes avaliativos reunidos. Com relação à Estrutura Física, descobriu-se que esta foi considerada insatisfatória ou precária em 42 (47,2%) UBS e ótima em apenas duas (2,2%). As demais unidades ficaram na faixa satisfatória. É possível verificar ainda que a SER I é aquela onde há o maior percentual (77,0%) de UBS classificadas como insatisfatória (30,8%) e precária (46,2%).

Os Recursos Materiais de uma (1,1%) UBS foram considerados insatisfatórios, - mesmo percentual encontrado para o nível ótimo. O estudo apontou ainda que 39 (43,8%) UBS estavam no patamar precário, enquanto em 48 (53,9%) este componente foi considerado satisfatório. A avaliação desse componente por SER mostra que a SER I se mantém como aquela com maior número de unidades (77,7%) classificadas como precárias ou insatisfatórias, seguida pelas SER V e SER IV, com 66,7% e 58,3% das UBS consideradas precárias, respectivamente.

No quesito Recursos Humanos 30 (33,7%) UBS foram classificadas como precárias, 54 (60,7%) ficaram no nível satisfatório e cinco (5,6%) foram classificadas como ótimas. Mais uma vez a SER I apresenta o maior percentual de unidades (61,5%) dentro da faixa considerada precária, seguida pela SER VI (50,0%), SER V (44,4%) e SER II (40,0%). Merece destaque o fato de que 100,0% das UBS da SER III obtiveram classificação satisfatória neste componente.

Por fim, o Processo Organizacional de 44 (49,4%) unidades foi considerado precário. Percentual idêntico foi encontrado para a classificação satisfatória, e em apenas uma (1,1%) unidade, o processo organizacional foi avaliado como ótimo. Nesse componente, a SER I permanece com o maior percentual de unidades (84,6%) avaliadas como precárias. Em seguida, aparecem as SER IV (83,3%) e SER III (62,5%).

Tabela 2 – Distribuição das unidades básicas de saúde segundo os componentes avaliativos. Fortaleza-CE, 2011. N=89.

COMPONENTE	CLASSIFICAÇÃO*	SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL													
		SER I		SER II		SER III		SER IV		SER V		SER VI		Total	
		n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
ESTRUTURA FÍSICA	Insatisfatória	4	30,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	5	5,6
	Precária	6	46,2	5	50,0	5	31,3	5	41,7	7	38,9	9	45,0	37	41,6
	Satisfatória	3	23,1	5	50,0	10	62,5	7	58,3	11	61,1	9	45,0	45	50,6
	Ótima	-	-	-	-	1	6,3	-	-	-	-	1	5,0	2	2,2
RECURSOS MATERIAIS	Insatisfatória	1	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,1
	Precária	9	69,2	2	20,0	4	25,0	7	58,3	12	66,7	5	25,0	39	43,8
	Satisfatória	3	23,1	8	80,0	11	68,8	5	41,7	6	33,3	15	75,0	48	53,9
	Ótima	-	-	-	-	1	6,3	-	-	-	-	-	-	1	1,1
RECURSOS HUMANOS	Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Precária	8	61,5	4	40,0	-	-	-	-	8	44,4	10	50,0	30	33,7
	Satisfatória	5	38,5	6	60,0	16	100,0	12	100,0	10	55,6	5	25,0	54	60,7
	Ótima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	25,0	5	5,6
PROCESSO ORGANIZACIONAL	Insatisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Precária	11	84,6	2	20,0	10	62,5	10	83,3	8	44,4	3	15,0	44	49,4
	Satisfatória	2	15,4	8	80,0	6	37,5	2	16,7	10	55,6	16	80,0	44	49,4
	Ótima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0	1	1,1

A Tabela 3 expressa os dados referentes ao componente de Estrutura Física. Todas as unidades dispunham de consultório para o atendimento de pré-natal. Essas salas não eram exclusivas para esse atendimento, sendo compartilhadas entre os diferentes profissionais da equipe. Em 56 (62,9%) eram utilizadas para outros atendimentos, como, por exemplo, a consulta ginecológica. Consideraram-se adequadas (mesa de escritório, cadeiras para o usuário e o acompanhante, mesa de exame clínico, sonar e fita métrica) (BRASIL, 2008) as condições de trabalho destas salas em 77 (86,5%) unidades. Ressalta-se, ainda, que, em quatro (4,5%) unidades, as salas não ofereciam condições de privacidade (a porta não fechava e a sala era usada por dois profissionais, concomitantemente).

A sala para coleta de material para análises clínicas a ser encaminhado ao laboratório foi encontrada em 61 (62,9%) unidades. Destas, 28 (46,0%) eram de uso compartilhado com outros atendimentos (curativo e procedimento). Em 33 (54,0%) unidades, esta sala era específica para a coleta. Destaca-se que, na SER I, apenas 38,5% das unidades dispunham de sala de coleta, na SER III, 50,0% e na SER IV, 33,3% dispunham de uma sala para essa finalidade.

A sala de procedimentos, local de realizar a medicação injetável, foi encontrada em 72 (80,8%) unidades. Em 62 (86,1%) era de uso compartilhado com outros procedimentos (curativo, vacinação). Na SER I, a sala de procedimentos foi encontrada em apenas 30,8% das unidades e na SER V em 61,2% das unidades.

Tinham farmácia 86 (96,6%) unidades, sendo que 51 (59,3%) funcionavam dois turnos e 35 (40,7 %) funcionavam três turnos, de acordo com o expediente da UBS. A ausência da farmácia pode ser observada em duas (15,4%) UBS da SER I e em uma (5,0%) UBS da SER VI.

Tabela 3 – Avaliação do componente Estrutura Física das unidades básicas de saúde, segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011. N=89.

Componente	ESTRUTURA FÍSICA													
	SER I		SER II		SER III		SER IV		SER V		SER VI		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Sala														
Consultório	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0
Sala de Coleta	5	38,5	8	80,0	8	50,0	4	33,3	17	94,5	19	95,0	61	68,5
Procedimentos	4	30,8	9	90,0	16	100,0	12	100,0	11	61,2	20	100,0	72	80,8
Farmácia	11	84,6	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	19	95,0	86	96,6

A Tabela 4 destaca os achados do componente Recursos Materiais. Nesse quesito, 89 (100%) unidades dispunham de seringas e agulhas hipodérmicas e descartáveis; em 87 (97,8%), a quantidade foi considerada suficiente para atender a demanda. Tinham disponibilidade de penicilina G benzatina 79 (88,8%) unidades, e todas em quantidade suficiente para uso mensal. Uma unidade (1,2%) estava com a medicação fora do prazo de validade.

O cloreto de sódio 0,9% foi encontrado em 85 (95,5%) unidades; em 84, a quantidade foi avaliada como suficiente. Encontrou-se a epinefrina em apenas 15 (16,9%) unidades e em 14 (15,7%) delas a quantidade foi considerada suficiente. Em cinco UBS, essa medicação estava fora do prazo de validade. A prometazina estava disponível em 36 (40,4%) unidades. Em uma (1,1%) a quantidade foi considerada insuficiente e, em outra, a medicação estava fora da validade. O fenoterol solução 0,5% foi encontrado em 15 (16,9%) unidades. A quantidade foi havida como suficiente em 13 (14,6%) e em duas (2,2%) o medicamento estava com a validade vencida. Não foram encontrados os medicamentos necessários ao atendimento da anafilaxia (epinefrina, prometazina e fenoterol) nas unidades de saúde da SER I, situação também identificada na SER V, à exceção de cinco UBS que dispunham da prometazina.

Em nenhuma unidade foi possível encontrar *kits* para a realização do teste rápido para sífilis. A centrífuga e a geladeira para o armazenamento do sangue coletado foram encontradas em nove (10,1%) unidades, sendo que apenas seis geladeiras (6,7%) eram de uso exclusivo para o armazenamento do sangue coletado e se encontravam em funcionamento.

Encontrou-se o cilindro de oxigênio em 60 (67,4%) unidades, entretanto, somente em 23 (38,3%) destas o cilindro estava em local considerado apropriado, que é a sala para administração de medicamentos e em condições de uso (com válvula e manômetro com saída para fluxômetro e umidificador, carregado e dentro do prazo de validade). Nas demais unidades (61,7%), o cilindro ou estava sem funcionar ou em local de acesso difícil (farmácia, sala de raio-x coordenação, consultório, armário, caixa). Constatou-se que 52 (58,4%) unidades dispunham de máscara plástica para administração de oxigênio; 46 (51,7%) possuíam o cateter nasal e 60 (67,4%) tinham o látex ou extensor. Aqui também se ressalva o número reduzido de unidades das SER I e SER V, especialmente, com disponibilidade de cilindro de O₂, máscara plástica, cateter nasal e látex ou extensor.

Tabela 4 – Avaliação do componente Recursos Materiais das unidades básicas de saúde, segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011. N=89

Componente	RECURSOS MATERIAIS													
	SER I		SER II		SER III		SER IV		SER V		SER VI		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Seringa e agulhas	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0
Penicilina G benzatina	8	61,5	10	100,0	15	93,8	12	100,0	14	77,8	20	100,0	79	88,8
Cloreto de sódio 0,9%	9	69,2	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	85	95,5
Epinefrina	-	-	4	40,0	3	18,8	5	41,7	-	-	3	15,0	15	16,9
Prometazina	-	-	6	60,0	11	68,8	4	33,3	5	27,8	10	50,0	36	40,4
Fenoterol solução 0,5%	-	-	5	50,0	2	12,5	4	33,3	-	-	4	20,0	15	16,9
Kit para teste rápido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centrífuga	1	7,7	-	-	5	31,2	3	25,0	-	-	-	-	9	10,1
Geladeira	2	15,4	-	-	2	12,5	1	8,3	1	5,6	3	15,0	9	10,1
Cilindro de O ²	6	42,6	10	100,0	13	81,2	5	41,7	8	44,4	18	90,0	60	67,4
Máscara plástica	4	30,8	3	30,0	16	100,0	9	75,0	6	33,3	14	70,0	52	58,4
Cateter nasal	3	23,1	10	100,0	11	68,8	6	50,0	6	33,3	10	50,0	46	51,7
Látex ou extensor	4	30,8	10	100,0	13	81,2	8	66,7	7	38,9	18	90,0	60	67,4

Na Tabela 5, inventariam-se os achados do componente de Recursos Humanos. Constatou-se que 100% das unidades dispunham de equipes de Saúde da Família, contudo, somente 39 (32,6%) se encontravam com todas as equipes completas (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Em 54 (60,7%), foram encontrados profissionais para administração de soluções parenterais (auxiliares de enfermagem) sendo que, em 14, essa prática não é realizada de rotina, ficando restrita à época de epidemias (dengue).

Possuíam profissionais capacitados para atender casos de sífilis 19 (21,3%) unidades. Em 21 (23,6%) delas, o curso ofertado não era específico para sífilis, mas tratava de DST em geral. Em cinco (5,6%), todas da SER VI, os profissionais haviam recebido treinamento para atender os casos de anafilaxia.

A Tabela 6 traz os dados do componente Processo Organizacional. A análise deste componente, que avaliou aspectos do processo de atenção às gestantes, verificou que 61 (68,5%) unidades realizam a coleta do sangue para o exame de VDRL, sendo que em 58 (95,0%) delas a coleta é realizada diariamente, assim como o envio das amostras para o laboratório. Em duas (3,2%) unidades, a coleta é feita na mesma data em que o exame é solicitado e, nas restantes, a coleta é agendada para uma data posterior. As SER I e IV aparecem como aquelas com o menor número de unidades que realizam a coleta de sangue para o VDRL.

Avaliando-se o tempo de retorno dos exames, observou-se que em nenhuma unidade o retorno ocorre no período de até sete dias. Em 28 (31,5%), o tempo é de até 15 dias, em 32 (36,0%), de até 30 dias e em 29 (32,6%) é superior a 30 dias.

Numa população de 89 unidades básicas de saúde, comprovou-se que, somente 15 (16,9%) delas administram a penicilina G benzatina em gestantes com exame de VDRL reagente. Vale destacar que nenhuma UBS da SER I ou da SER V realiza esse procedimento.

Todas as 89 unidades referiram realizar a notificação da sífilis em gestantes. Em nove (10,1%) delas, contudo, não foi possível encontrar a ficha de notificação. Em 32 (36,0%), a ficha se encontrava no consultório de pré-natal e em 48 (53,9%) estava guardada em outro local (coordenação/administração, vigilância epidemiológica, SAME).

Em relação aos casos de sífilis em gestantes, notou-se que 59 (66,3%) unidades haviam registrado casos, particularmente entre os anos de 2008 a 2011. Sete (7,9%) unidades não souberam dar informações a esse respeito e 23 (25,8%) informaram não ter registro de casos de sífilis em gestantes nos últimos anos.

Em relação às atividades de Educação em Saúde, notou-se que 32 (36,0%) unidades realizam reuniões e/ou palestras comunitárias que tratam da temática da sífilis. Em 45 (50,6%), os profissionais referiram que realizavam ações educativas individuais durante a consulta de pré-natal.

Em 38 (42,7%) unidades havia disponibilidade de manuais, normas e protocolos do Ministério da Saúde sobre sífilis para consulta pelos profissionais, enquanto em 18 (20,2%) foi encontrado material educativo sobre o tema abordado. Outras 34 (38,2%) unidades possuíam material educativo sobre DST's em geral, especialmente álbuns seriados.

Em todas as unidades básicas de saúde, eram realizados atendimento de pré-natal, sendo essa consulta desempenhada por médicos e enfermeiros. Nas 89 (100,0%) unidades, havia enfermeiros no atendimento pré-natal, contudo, em cinco (5,6%) delas, não foi possível encontrar médicos disponíveis para esse atendimento.

Tabela 5 – Avaliação do componente de Recursos Humanos das unidades básicas de saúde, segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011. N=89.

Componente	RECURSOS HUMANOS													
	SER I		SER II		SER III		SER IV		SER V		SER VI		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Equipes de SF completas	5	38,5	2	20,0	2	12,5	6	50,0	10	55,6	14	70,0	39	32,6
Capacitação em sífilis	1	7,7	3	30,0	1	6,2	2	16,7	4	22,2	8	40,0	19	21,3
Eq. adm. sol. parenteral	5	38,5	5	50,0	16	100,0	12	100,0	10	55,6	6	30,0	54	60,7
Capacitação anafilaxia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	25,0	5	5,6

Tabela 6 – Avaliação do componente Processo Organizacional das unidades básicas de saúde, segundo a Secretaria Executiva Regional. Fortaleza-CE, 2011. N=89

Componente	PROCESSO ORGANIZACIONAL													
	SER I		SER II		SER III		SER IV		SER V		SER VI		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Realiza coleta de sangue para o VDRL	5	38,5	8	80,0	8	50,0	4	33,3	17	94,4	19	95,0	61	68,5
Solicitação e coleta na mesma data	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	10,0	2	2,2
Envio diário da amostra ao laboratório	5	38,5	8	80,0	8	50,0	4	33,3	17	94,4	19	95,0	61	68,5
Retorno do exame em até sete dias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Administra penicilina na gestante	-	-	3	30,0	4	25,0	3	25,0	-	-	5	25,0	25	16,9
Notifica casos de sífilis em gestantes	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0
Dispõe da ficha de notificação	10	76,9	10	100,0	16	100,0	12	100,0	13	72,2	19	95,0	80	89,8
Realiza palestras/reuniões	2	15,4	4	40,0	10	62,5	2	16,7	6	33,3	8	40,0	32	36,0
Realiza ações educativas individuais	2	15,4	5	50,0	12	75,0	9	75,0	5	27,8	12	60,0	45	50,6
Manuais, normas e protocolos do MS	4	30,8	7	70,0	3	18,8	-	-	7	38,9	17	85,0	38	42,7
Material educativo sobre sífilis	1	7,7	2	20,0	3	18,8	2	16,7	6	33,3	4	20,0	18	20,2
Atendimento pré-natal	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0
Pré-natal realizado por médico	13	100,0	10	100,0	15	93,8	11	91,7	17	94,4	18	90,0	84	94,4
Pré-natal realizado por enfermeiro	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0

6 DISCUSSÃO

Este ensaio avaliou aspectos relacionados à estrutura (Estrutura Física, Recursos Materiais e Humanos) e ao processo (Processo Organizacional) nas unidades de saúde da atenção primária em Fortaleza, Ceará. Optou-se por discutir conjuntamente os resultados de estrutura e de processo, considerando-se que estas questões estão intrinsecamente relacionadas.

A classificação geral dos componentes ora reunidos mostrou que 43,8% das unidades de saúde foram classificadas como precárias. Essa situação foi identificada também ao se analisar os componentes separadamente, com pequenas variações percentuais. Observa-se melhora em relação ao componente de Recursos Humanos e piora no tocante ao Processo Organizacional.

Esses achados são semelhantes aos de Rocha (2011), ao realizar uma avaliação de estrutura, processo e resultado da atenção pré-natal na rede básica de saúde de Fortaleza. A autora observou que, apesar dos bons resultados com relação à estrutura, os reflexos nos indicadores de processo e resultado não foram positivos, com índices abaixo do esperado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou Ministério da Saúde (MS). Parece clara, então, a necessidade de se refletir sobre o processo, uma vez que somente a qualificação das ações realizadas durante o acompanhamento pré-natal possibilitará a redução da transmissão vertical da sífilis.

Analisando-se os resultados de acordo com as SER de Fortaleza, é possível se observar diferenças de condições estruturais disponíveis nas unidades de saúde, notadamente entre as das SER I e V, que despontam como aquelas com o maior índice de UBS na faixa de classificação considerada precária. De fato, os bairros inseridos nessas SER são mais desprovidos que os da SER II, por exemplo. Essa situação corrobora as disparidades socioeconômicas entre as diferentes regiões do Município.

A estrutura (EF, RM, RH) da unidade é primordial para que se possa prestar uma assistência pré-natal de qualidade, já que se torna praticamente impossível ofertar um cuidado eficaz sem as condições estruturais necessárias. A atenção pré-natal deve estar organizada

para atender as reais necessidades da população de grávidas, por meio da disponibilização de recursos mais coerentes e profissionais capacitados (BRASIL, 1998).

Considerando-se a estrutura física, 50,6% das unidades de saúde foram classificadas como satisfatórias e apenas duas (2,2%) classificaram-se como ótimas. Outro estudo realizado em Fortaleza que avaliou a qualidade da atenção pré-natal encontrou um percentual bem superior (70%) para estrutura física, possivelmente por não ter realizado na coleta de dados a observação direta, limitando-se a aplicar um formulário aos gestores e profissionais de saúde (ROCHA, 2011).

Pode-se constatar que de um modo geral, as unidades demonstram condições de estrutura favorável, porquanto todas tinham consultório para atendimento pré-natal, ainda que compartilhado com outros atendimentos. O MS preconiza que as unidades básicas de saúde devem dispor de área destinada à assistência pré-natal, sendo um consultório com espaço para atendimento individual, podendo ser compartilhado pelos profissionais da equipe, desde que obedeça a uma programação prévia (BRASIL, 2008).

Possuíam sala de procedimento e farmácia 80,8% e 96,6% das unidades, respectivamente. É possível que a média geral do componente estrutura física tenha sido reduzida em função da variável sala de coleta. Destaca-se, portanto, o fato de que apenas 68,5% das unidades dispõem de sala de coleta de exames, sendo essa a maior deficiência do componente estrutura física. Quase a totalidade das unidades realiza diariamente a coleta de sangue para o VDRL e as amostras coletadas são encaminhadas para os laboratórios de referência (público ou privado). Aquelas que não dispõem de sala de coleta encaminham as gestantes para outras unidades de saúde, situação evidenciada também no estudo retrocitado realizado em Fortaleza (ROCHA, 2011).

Em geral, a coleta de sangue para a realização do VDRL não é feita na mesma data da solicitação, sendo programada para uma ocasião posterior. Considerando o atual quadro da sífilis em gestantes e sífilis congênita no Município, este é um resultado que inquieta. A ausência da sala para coleta, a referência para outro serviço e o agendamento do exame podem retardar o diagnóstico e, conseqüentemente, o início do tratamento, comprometendo a prevenção da SC.

A necessidade de procurar outra unidade de saúde, muitas vezes distante de suas residências para o agendamento e coleta de sangue, pode comprometer o acesso das gestantes, uma vez que muitos usuários do Sistema Único de Saúde têm baixo poder aquisitivo (RIBEIRO et al., 2006; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009). Por esse motivo, pode ocorrer desistência por parte delas, que muitas vezes não recebem as orientações adequadas acerca da importância da realização dos exames laboratoriais solicitados (MACÊDO et al., 2009; COSTA et al., 2009).

Por outro lado, é possível que se facilitando o acesso, as pessoas de fato realizem o exame de VDRL. Essa constatação se deu analisando-se um estudo que avaliou os casos de DST atendidos em uma unidade de saúde de Fortaleza, que encontrou um percentual de retorno próximo a 90,0%. Na unidade analisada, a coleta do exame era realizada logo após a consulta, o que pode ter contribuído para o alcance de maior cobertura (CAVALCANTE, 2011). Assim sendo, considerando a importância do controle da sífilis na gestação, dever-se-ia garantir a coleta do sangue para os exames do pré-natal no dia da solicitação e todos os esforços devem convergir para facilitar o acesso a eles.

Portanto, fazem-se necessários maiores investimentos, no sentido de se implantar um posto de coleta em cada unidade de saúde da atenção básica, aumentando assim as possibilidades de identificação dos casos de sífilis o mais precocemente possível. A falta de acesso pode comprometer a realização dos dois exames de VDRL (CAMPOS et al., 2010), como recomendado pelo MS (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), além de não identificar precocemente as gestantes infectadas, implicando a ausência de tratamento e, conseqüentemente, a impossibilidade de prevenção da transmissão vertical da sífilis (SUCCI et al., 2008).

As observações das unidades e as informações dos profissionais permitiram evidenciar a existência de cotas de exames e que estas não são suficientes para atender a demanda, situação evidenciada também em Rio Grande (RS) (CESAR et al., 2008). A existência de cotas pode estar limitando a realização da sorologia para sífilis durante o período gestacional, considerando que, em Fortaleza, os registros apontam que, no período de janeiro a julho de 2011, somente 9,5% das grávidas realizaram os dois exames de VDRL (FORTALEZA, 2011).

Como estratégia para o controle da sífilis congênita, o MS preconiza que a triagem sorológica seja incluída como rotina a todas as mulheres na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre gestacional e no momento do parto (BRASIL, 2006b). Embora se tenha notado, porém, aumento da proporção de unidades que realizaram pelo menos um teste sorológico para sífilis entre os anos de 2002 e 2004 (SUCCI et al., 2008), é possível observar que a proporção de gestantes com os dois testes preconizados ainda é muito baixa e, em geral, inferior ao número de solicitações para a detecção da infecção pelo HIV (ARAÚJO et al., 2006; SZWARCOWALD et al., 2007; DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; SUCCI et al., 2008; LIMA; COSTA; DOURADO, 2008; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; CAMPOS et al., 2010; HOLANDA et al., 2011). Muitos casos de sífilis congênita poderiam ser evitados com programas oportunos e dirigidos (BRASIL, 2006g; KOMKA; LAGO, 2007).

Em relação ao retorno dos exames de VDRL, observou-se que, em geral, esse tempo é igual ou superior a 30 dias. Este fato, que parece não ser isolado, visto que autores destacam a insatisfação das usuárias quanto ao não recebimento do resultado dos exames de pré-natal ou atraso na sua entrega, e apontam que a demora tanto na realização como na entrega é, em algumas situações, a justificativa usada por profissionais para a não solicitação dos exames (CARVALHO; ARAÚJO, 2007; CUNHA et al., 2009).

A dificuldade de acesso aos exames, que não se restringe somente a VDRL (RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008; ROCHA, 2011), representa um grande entrave para que a assistência pré-natal seja de fato eficaz e de qualidade. Como existe a meta de redução e controle da SC, faz-se necessário que a assistência pré-natal seja efetivamente considerada prioritária, pois estudo multicêntrico realizado em 24 estados brasileiros encontrou que somente 26,9% das gestantes avaliadas haviam sido testadas para sífilis (RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008).

Em Olinda (PE), quando questionados acerca dos problemas enfrentados para a prática de alguns procedimentos recomendados para a prevenção da sífilis congênita, os enfermeiros que atuam na atenção básica relataram dificuldades quanto à realização ao recebimento dos exames (BRITO; JESUS; SILVA, 2009). Num país como o Brasil, que exibiu uma prevalência de 1,6% de parturientes com sífilis e uma incidência de 2,1 casos de sífilis congênita por mil nascidos vivos em 2006 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b;

BRASIL, 2007b), necessário se faz conscientizar os profissionais pré-natalistas para a importância de não se limitarem à solicitação dos exames. A estes cabe um maior empenho no acompanhamento das gestantes, estimulando o retorno destas ao serviço e garantindo a realização dos exames e o tratamento adequado daquelas com VDRL reagente.

Identificou-se nesse estudo o fato de que grande parte das unidades de saúde não possuía sala específica para realização de procedimentos (administração de medicação injetável e imunobiológicos, realização de pequenos procedimentos, administração de medicação inalatória, terapia de reidratação oral e permanência de pacientes em observação), sendo a administração de medicamentos injetáveis realizada em espaços compartilhados (realização de curativos). A aplicação de medicamentos injetáveis em espaço compartilhado com a realização de curativos é uma situação também referida por outros autores (MOURA et al., 2010) e causa preocupação, porquanto pode interferir na biossegurança (BAHIA, 2001).

A avaliação dos Recursos Materiais, que considerou equipamentos, insumos e medicamentos necessários para a prevenção e controle da sífilis congênita (BRASIL, 2006), revelou que, também nesse quesito, pouco mais da metade das unidades obteve classificação satisfatória.

Itens como seringas, agulhas hipodérmicas e descartáveis, penicilina G benzatina e cloreto de sódio 0,9%, no geral, foram encontrados nas unidades. O ponto nevrálgico identificado foi o percentual reduzido de UBS com disponibilidade de medicamentos para o atendimento à anafilaxia (BRASIL, 2006), ensejando comprometimento da assistência. Destaca-se, ainda, o baixo percentual (25,8%) de unidades de saúde com cilindros de oxigênio em condições de uso e em local de fácil acesso.

Ademais, nenhuma unidade dispunha dos *kits* de teste rápido para sífilis. Ao contrário dos testes convencionais, que para serem realizados carecem de laboratório, geralmente situados longe das unidades básicas de saúde, esses *kits* oferecem a possibilidade de um diagnóstico mais precoce, pelo fato de poderem ser realizados imediatamente no local, permitindo identificar e tratar numa só consulta as mulheres infectadas (OMS, 2008).

Comprovou-se que apenas 15 (16,9%) unidades fazem a administração da penicilina G benzatina na gestante com VDRL reagente. Vale ressaltar que, mesmo dispondo

do medicamento em suas farmácias, muitas unidades recusam a aplicação. O temor advindo da possibilidade de eventos adversos, entre os quais a reação anafilática, bem como a carência dos recursos necessários ao atendimento de tal ocorrência, aparece como justificativa usada pelos profissionais das unidades, para a não realização desse procedimento. Ante a recusa para administração da penicilina, as unidades se limitam a encaminhar a gestante para outros serviços de saúde, em geral, os hospitais de grande porte, o que compromete o início do tratamento e enseja uma demanda a mais para essas instituições.

As reações anafiláticas graves após o uso da penicilina são raras, ocorrendo em 0,5 a 1 casos/100.000 tratamentos (BRASIL, 2006). Além disso, o relato de reações pela população diz respeito, de fato, aos distúrbios neurovegetativos (ansiedade, medo, sudorese) associados à dor ou possível dor com a administração da medicação (SÃO PAULO, 2004). O desconforto gerado pela aplicação intramuscular da penicilina G benzatina pode interferir na adesão ao tratamento (PASSOS et al., 2004; AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Ante tais circunstâncias, é injustificável a não realização do tratamento da gestante com sífilis na atenção primária. O controle da SC passa necessariamente pelas ações desenvolvidas nesse nível de atenção, considerando ser a porta de entrada do sistema de saúde. A recusa em administrar a penicilina na atenção básica certamente não contribuirá para a prevenção da SC.

A falta de medicamentos é uma situação facilmente encontrada na atenção primária (COSTA, 2007; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001), impossibilitando o tratamento adequado das possíveis intercorrências. Esse fato pode advir de um abastecimento irregular sugerindo a necessidade de um melhor planejamento (CANABARRO; HANH, 2009; NIQUINI et al., 2010). Por outro lado, a falta de medicamentos para atendimento da anafilaxia pode estar relacionada ao fato de as unidades não realizarem a administração da penicilina, o que conduz à não reposição do estoque.

A falta de medicamento é um fator impeditivo para a continuidade do atendimento, podendo gerar no profissional insatisfação com as condições de trabalho e dificuldade de agir (SCHIMITH; LIMA, 2004). Diversos profissionais nas unidades visitadas referiram que a falta de recursos para o socorro à anafilaxia é fator que impede a realização do tratamento da gestante com sífilis.

Segundo o Ministério da Saúde (Portaria N° 156/06), toda UBS deve dispor de materiais, equipamentos e medicamentos para o atendimento à anafilaxia (BRASIL, 2006), pois o controle da sífilis congênita, problema de saúde pública em todas as regiões do Brasil, só será possível se houver o envolvimento da atenção primária. Por outro lado, a penicilina é a única droga que é capaz de atravessar a barreira placentária, sendo recomendada para o tratamento.

Toda reação leve à penicilina deve ser manejada pelos serviços de atenção primária que, além do material necessário, deve dispor de pessoal capacitado para o diagnóstico e tratamento. Os casos mais graves de anafilaxia à penicilina deverão ser diagnosticados pelas unidades de saúde da atenção primária, que, após as medidas iniciais, deverão encaminhá-los para os serviços de referência (BRASIL, 2006).

Além da falta dos medicamentos, chama a atenção o baixo percentual de unidades com profissionais que receberam alguma capacitação em sífilis (21,3%) e, mais especialmente, no manejo dos casos de anafilaxia (5,6%). A educação permanente dos profissionais que atuam no pré-natal em temas que envolvam o problema da SC parece não acontecer de forma regular, o que pode se traduzir em obstáculos para a consolidação de processos de trabalho de qualidade (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006).

A educação permanente dos profissionais da atenção primária é de responsabilidade institucional, deve ser realizada em intervalos regulares e por meio de supervisão continuada em serviços, possibilitando dessa forma ao setor saúde dispor de recursos humanos de qualidade (BRASIL, 2006). No caso da sífilis, apesar da disponibilidade de tratamento simples e de baixo custo, a compreensão e o diagnóstico da infecção nem sempre são simples, requerendo capacitação continuada dos recursos humanos.

Considerando que existem protocolos e recomendações bem definidos para a prevenção e controle da sífilis congênita (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), e que estudos dão conta de que parcela considerável dos casos ocorre em crianças cujas mães receberam assistência pré-natal (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; HOLANDA et al., 2011; MELO; MELO FILHO; FERREIRA, 2011), é possível que os profissionais não estejam sabendo manejar adequadamente a sífilis em gestantes, como mostrou estudo realizado em Fortaleza (SILVA, 2010). A consequência é que as oportunidades de triagem, diagnóstico e

tratamento de sífilis materna estão sendo desperdiçadas, agravando os casos de SC como mostram alguns autores (SARACENI et al., 2007; RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008). Assim sendo, imperativo se faz difundir o tema nas ações de educação continuada de profissionais, buscando-se conscientizá-los das oportunidades de prevenção e tratamento (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; BRITO; JESUS; SILVA, 2009).

Este estudo mostrou um baixo percentual de unidades que realizam atividades educativas, tanto no âmbito individual (orientações durante a consulta) quanto no coletivo (reuniões, palestras, grupos de gestantes). Identificou ainda, o fato de que estas, quando realizadas, são esporádicas, numa clara sugestão de que a relação profissional de saúde e usuárias continua centrada nos procedimentos, tal como encontrado em outros estudos (CUNHA et al., 2009; COSTA et al., 2009).

Estudo de avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvido em 20 Municípios do Estado de São Paulo, em 2005, demonstrou que as atividades educativas ainda são uma prática pouco desenvolvida nessas localidades, visto que apenas 40% dos gestores referiram sua realização sistemática em suas unidades (PARADA, 2008).

Outra carência levantada por esse estudo diz respeito à indisponibilidade dos protocolos, normas e diretrizes disponibilizadas pelo MS para eventuais consultas pelos profissionais, bem como de material educativo sobre a sífilis para distribuição durante as atividades de Educação em Saúde. A ausência dessas publicações das unidades de saúde não é um fato isolado em Fortaleza, sendo também observada em outras regiões do País (COSTA et al., 2009; MOURA et al., 2010). Esperava-se encontrar maior disponibilidade de material educativo nas UBS, visto que a Estratégia de Saúde da Família, adotada pelas referidas unidades, trabalha principalmente com a promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2006).

A prevenção é a uma das estratégias básicas para o controle das DST e do HIV e deve ser realizada por meio de atividades educativas que priorizem: a percepção de risco com a consequente adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo, sendo necessário ainda estimular a adesão ao tratamento, alertando para a existência de casos assintomáticos ou oligossintomáticos, também suscetíveis a graves complicações (BRASIL, 2006).

Ao longo dos anos, a assistência pré-natal é oferecida nos serviços de saúde, quase que exclusivamente vinculada à consulta individual, sem que a gestante tenha a oportunidade e participar de atividades coletivas (ARAÚJO; VIEIRA; ARAÚJO, 2009), comumente realizadas em grupos. Essa situação pode conduzir a gestação de modo intervencionista, com distocia, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que seja tratada na integralidade (DELFINI et al., 2004).

Pesquisa realizada em 16 unidades básicas de saúde para avaliar as competências desenvolvidas pelos enfermeiros durante a consulta pré-natal expõe que os profissionais de saúde persistem atuando numa percepção biologicista e fragmentada do ser humano. No caso das gestantes, atuam meramente por meio de consultas e procedimentos. Em relação às atividades educativas, tanto em âmbito individual como coletivo, também foi verificada uma carência, sendo constatado que a relação profissional de saúde e usuárias continua centrada nos procedimentos (CUNHA et al., 2009).

A falta de acesso às atividades de Educação e Orientação em Saúde, seja por ocasião da consulta, da sala de espera ou mediante grupo de gestantes, foi uma realidade também observada em estudo realizado por Figueiredo e Rossoni (2008). Apesar disso, acredita-se que as atividades de Educação em Saúde podem se revelar como espaço para compartilhar experiências, além da socialização de saberes técnico-científicos e populares, levando a uma maior compreensão de si e do mundo, bem como à busca de recursos para a saúde integral na dimensão individual-coletiva (DELFINI et al., 2004).

Todas as unidades de saúde informaram realizar a notificação dos casos de sífilis em gestantes. Considerando-se as elevadas taxas de prevalência e de transmissão vertical, que variam de 30% a 100% sem o tratamento ou com o tratamento inadequado, a inserção da sífilis em gestantes no rol das doenças de notificação compulsória é mais do que justificada (SÃO PAULO, 2008).

Pode-se observar, entretanto, que, em muitas unidades, os profissionais não dispunham de nenhum registro de casos de sífilis ou não tinham segurança para dar informações a esse respeito, situação semelhante à encontrada em Olinda (PE) (BRITO; JESUS; SILVA, 2009). Comparando-se com dados da Secretaria Municipal de Saúde do Município (FORTALEZA, 2010), esse fato fica ainda mais evidente, uma vez que, em alguns

casos, se observam divergências entre as informações prestadas pela UBS e as fornecidas pela SMS, o que fortalece as evidências da falta de registro sistemático dos problemas e agravos identificados nessas unidades, situação que fragiliza a organização da rede de atenção à saúde.

Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente em Fortaleza-CE encontrou deficiências graves e que, em 84% dos casos, não havia registro de notificação do caso (ARAÚJO et al., 2008). As informações disponíveis nos prontuários são precárias, comprometendo uma ação mais efetiva no controle da sífilis na gestação. Os achados de tal estudo são corroborados por dados da SMS do Município, que apontam para uma subnotificação de casos de sífilis na gravidez (FORTALEZA, 2009), situação também identificada em outras regiões do país (BRASIL, 2005; SARACENI; LEAL, 2005; KOMKA; LAGO, 2007; ALMEIDA; LINDOLFO; ALCÂNTARA, 2009).

Em 2002, o Município de Fortaleza informatizou suas unidades da atenção primária, implantando o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Desde então, serviços tais como cadastramento, agendamento, encaminhamentos, prescrições, dispensação de medicamentos, solicitação e resultados de exames, relatórios gerenciais e registro das consultas (anamnese e exame físico) passaram a ser realizados pelos computadores, cujo acesso é possível com a utilização de uma senha (JURACI..., 2002; CARTÃO..., 2004).

Estudo de avaliação do uso e aceitação do PEP por médicos da atenção primária de um distrito de saúde de Fortaleza encontrou fragilidades nesse sistema (HOLANDA, 2008). A insatisfação decorreu, sobretudo, da infraestrutura ou base técnica sobre a qual se dá o tratamento da informação. A implantação do sistema, aparentemente um ganho, na percepção de seus usuários, traz fortes condicionantes negativos relativos a infraestrutura, confiança, confidencialidade das informações, usabilidade e adequação (HOLANDA, 2008). Ademais, observam-se limitações, como computadores antigos e ausentes de alguns consultórios, além de sistema lento e fora do ar em muitas situações.

Quando analisados os profissionais que realizavam as consultas de pré-natal, observou-se que em praticamente todas as unidades essa atividade era realizada por médicos e enfermeiros. Somente cinco (5,6%) unidades não dispunham de médico. A consulta pré-natal era realizada no mínimo uma vez por semana, situação mostrada também nos achados de Rocha (2011). Autores têm apontado que entre os fatores relacionados à alta prevalência de

SC, o mais relevante é a falta de atendimento médico no pré-natal, destacando que, em muitas regiões do País, existe dificuldade de acesso aos serviços de pré-natal e aos exames laboratoriais (SARACENI et al., 2007; ARAÚJO et al., 2008).

Aqui se faz pertinente uma discussão acerca da organização das unidades de saúde. Havendo a indisponibilidade de atendimento pré-natal diário, é imprescindível que estas se organizem no sentido de realizar o cadastramento de todas as gestantes, de modo que, no dia reservado para tal atendimento, este de fato aconteça, atendendo à população que dele necessita.

A ocorrência de SC é um indicativo de falha no pré-natal e sugere a necessidade das ESF seguirem as normas de assistência com envolvimento de toda a equipe. Nesse sentido, estudo realizado em Rio Grande (RS) mostrou que as gestantes visitadas pelos agentes comunitários de saúde iniciaram o pré-natal mais precocemente, realizaram maior número de consultas, exames clínicos e testes laboratoriais, foram mais orientadas sobre amamentação e suplementadas com sulfato ferroso (CESAR, 2008).

Ademais, estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família, realizado no Recife, apontou que este é custo-efetivo para várias consequências, dentre elas a sífilis congênita. As unidades de saúde com pré-natal implantado ou parcialmente implantado foram comparadas quanto ao seu custo-efetividade e resultados perinatais, observando-se que os efeitos adversos medidos pelos indicadores de saúde foram menores nas unidades com pré-natal implantado (VIDAL et al., 2011).

O Brasil registra um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005). Observa-se, contudo, que ainda há muito a ser feito no sentido de melhorar a qualidade dessa assistência (ARAÚJO et al., 2006; FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; SUCCI et al., 2008; BRITO; JESUS; SILVA, 2009; COSTA et al., 2009; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009; HOLANDA et al., 2011). A ocorrência de casos de sífilis em crianças cujas mães realizaram o pré-natal com o número de consultas preconizadas pelo MS (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2005) aponta para a necessidade de reflexão sobre a qualidade da assistência prestada, com vistas ao controle da sífilis congênita, sendo o rastreamento da sífilis durante o pré-natal, além do

tratamento da gestante e de seu(s) parceiro(s) sexual(ais), a medida mais eficaz para a prevenção (JONES et al., 2005).

Para tanto, todos os esforços devem ser empregados, buscando-se alcançar maior adequação da assistência pré-natal, sobretudo em relação ao início precoce da atenção, ao número de consultas efetuadas, à realização de exames complementares básicos e ao tratamento das possíveis intercorrências. Ademais, a adoção das ações corretivas necessárias e de avaliação periódica passa por uma discussão abrangente, envolvendo gestores, profissionais e comunidade.

7 CONCLUSÃO

A avaliação geral da estrutura e aspectos relacionados ao processo de atenção à gestante nas unidades básicas de saúde de Fortaleza (CE) para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle da sífilis congênita mostrou que aproximadamente metade delas foi classificada entre precária e insatisfatória, situação também observada quando da análise dos componentes Estrutura Física, Recursos Materiais, Recursos Humanos e Processo Organizacional, separadamente, com algumas variações nos percentuais. Ressalta-se que os dois últimos foram aqueles que alcançaram o maior (60,7%) e o menor (49,4%) percentual, respectivamente, dentro da faixa de classificação satisfatória.

Em relação à Estrutura Física, destaca-se a ausência de sala de coleta de sangue como o principal entrave. Nos Recursos Materiais, os problemas encontrados dizem respeito à falta de medicamentos necessários ao atendimento da anafilaxia. Em Recursos Humanos, evidenciou-se a não de capacitação dos profissionais em sífilis e em anafilaxia.

O Processo Organizacional apontou o baixo percentual de unidades com o retorno dos exames de VDRL em tempo hábil, e a pouca realização de atividades educativas, tanto no âmbito individual (orientações durante a consulta) quanto no coletivo (reuniões, palestras, grupos de gestantes). Ainda em relação a este componente, destaca-se, sobretudo, o reduzido número de unidades que realizam a aplicação da penicilina em gestantes, sendo este o maior impeditivo para que o controle da sífilis se efetue.

Apesar da ênfase dada nos últimos tempos a avaliações de quarta geração, uma avaliação de estrutura pode contribuir consideravelmente para melhoria das condições de trabalho e, conseqüentemente, da atenção dispensada, pois a Política Nacional de Atenção Básica determina a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde como itens necessários à realização das ações, enfatizando os ambientes necessários em cada unidade, os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de atividades propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados (BRASIL, 2006).

O controle da SC passa necessariamente pelas ações desenvolvidas nesse nível de atenção, considerado a porta de entrada do sistema de saúde. As condições estruturais encontradas para a prestação da assistência nas unidades básicas de saúde promovem as condições básicas necessárias para o alcance de um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo e aos resultados dos cuidados prestados à clientela atendida, mas não asseguram de fato que o processo assistencial seja satisfatório. Os aspectos relacionados ao processo indicam a necessidade de uma melhor organização dos serviços. A prevenção e o controle da SC passam pela obrigatoriedade de se encarar a gestante como prioridade e pela adoção de medidas concretas e mais eficazes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. G.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. ¾, p. 144-156, 2007.
- ARAÚJO, E. C. et al. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. **J. Pediatr.**, v. 75, p. 119-125, 1999.
- ARAÚJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Rev. Paraense Med.**, v.20, n. 1, jan./mar. 2006.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.
- ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; ARAÚJO, C. L. F. Aconselhamento coletivo pré-teste anti-hiv no pré-natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.33, n.2, p. 268-281, abr./jun. 2009.
- AVELLEIRA, J. R. C.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.
- BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Controle Sanitário; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Ciências da Saúde. **Manual de Biossegurança**. Salvador, BA, 2001. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/publicações/arquivos/PI_Introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2012.
- BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet**, v. 365, p. 847-854, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2 ed. Brasília, 2006a.
- _____. 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, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico**, ano 6, n. 01, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, 2000a.

_____. 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: manual técnico**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Pré-Natal (SISPRENATAL)**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita**. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 156/GM, de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 jan. 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Situação de Saúde**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 2 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 427/GM, de 18 de março de 2004. Pacto Nacional pela Redução Mortalidade Materna e Neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, p.111, 15 jul. 2005b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria No 156/GM de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria No 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui a sífilis congênita na lista de agravos de notificação compulsória. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006f. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Saúde Brasil 2005**: Uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005d

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 10 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza (CE)**. Brasília, 2007c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php>. Acesso em: 12 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e AIDS 2005**. Brasília, 2005e. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/aids/pdf/plano_estrategico_2005.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Análise do banco de dados nacional de sífilis congênita, 1996 a 2006. **Bol. Epidemiol. AIDS-DST**, v. 3, n. 1, p. 9-10, 2006g. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS624DE984PTBRIE.htm>>. Acesso em: 2 jan. 2012.

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

BURMESTER, H.; MALIK, A. M. Controle de qualidade no atendimento médico hospitalar. In: RODRIGUES, E. A. C. M.; DIOGO, M. J. D. **Infecções hospitalares**: prevenção e controle. São Paulo: Savier, 1997. p. 46-54.

CAMPOS, A. L. A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, set. 2010.

CANABARRO, I. M.; HANH, S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, p. 345-355, 2009.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para a gravidez de alto risco do Sistema Único de

Saúde, da cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.7, n.3, p. 309-317, 2007.

CARTÃO saúde é 100% implantado. **O Povo**, Fortaleza, 27 ago. 2004. p.8.

CAVALCANTE, E. G. F. **Análise do atendimento pela abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis em Fortaleza**. 2011. 62 f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

CENESQUI, A. M.; OLIVEIRA, A. M. F. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri, B.; VIANA, A. L. D. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 241-270.

CESAR, J. A. et al. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2614-2622, nov. 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, p.705-711, 2006.

CORRAR, L. J.; PAULO, E; DIAS FILHO, J. M. **Análise Multivariada para os cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

COSTA, G. D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v 14, n. 1, p. 1347-1357, 2009.

COUTINHO, T. et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 11, p. 563-569, 2010.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v.13, n. 1, p. 145-153, 2009.

DELFINI, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1057-1066, 2004.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Sífilis Congênita: revisão de 35 casos. **GO Atual**, v. 9, p. 15-21, 2000.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. **The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis**. Ann Harbor, Michigan: Health Administration Press, 1985.

DONABEDIAN, A. Continuidad y cambio em lá búsqueda de la calidad. **Salud Pública de México**, v. 35, n. 3, p. 238-248, mayo/jun. 1993.

DONALÍSIO, M. R.; FREIRE, J. B.; MENDES, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 165-173, jul./set. 2007.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 2009.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSINI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande-MS. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. ¾, p. 139-143, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Aids, Sífilis em Gestantes e Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV. **Bol. Epidemiol.**, v. 13, n. 3, 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006 – 2009**. Fortaleza, 2008.

_____. Prefeitura Municipal. **Dados de 01/01/2008**. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=49>. Acesso em: 10 jan. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C. R. R. **Avaliação de projetos**: análise do Projeto UNI – Londrina – A avaliação como instrumento da ação. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

GONÇALVES, 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, nov. 2009.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

HAIR Jr., J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARTZ, Z. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HOLANDA, M. T. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203-212, abr./jun. 2011.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE. **Contagem da população, 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=23>. Acesso em: 06 dez. 2010.

JACINTO, S. et al. A sífilis congênita ainda existe! Análise retrospectiva de 12 anos de uma grande maternidade. **Acta Pediatr. Port.**, v. 38, n. 2, p. 65-68, 2007.

JONES, H. et al. Prenatal and congenital syphilis in British Columbia. **J. Obstet. Gynaecol.**, v. 27, n. 5, p. 467-472, 2005.

JURACI lança Cartão Saúde após dois anos de promessa. **O Povo**, Fortaleza, 8 nov. 2002. p. 4-7.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, p. 23-32, 2005.

KOMKA, M. R.; LAGO, E. G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 205-211, out./dez. 2007.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 88-91, 2006.

LEITÃO, E. J. L. et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF. **Com. Ciências Saúde**, v. 20, n. 4, p. 307-314, 2009.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

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

LORENZINI, D. R. S. et al. Prevalência de Sífilis Congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul – RS no Período de 1998-2002. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 17, n. 1, p. 5-9, 2005.

DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

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

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulg. Saúde Debate**, n. 21, p. 15-28, 2000.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 787-796, abr. 2011.

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

MINAGAWA, A. T. et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 548-554, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Certificando as unidades básicas de saúde/PSF**. Belo Horizonte, 2005.

MORIMURA, C. R. **Situação da testagem anti-HIC em parturientes admitidas em uma maternidade-escola na Cidade do Recife**: um estudo transversal. Dissertação (Mestrado) - Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, Recife, 2004.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, Supl. 1, p. 569-581, nov. 2010.

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

NIQUINI, R. P. et al. Avaliação da estrutura de sete unidades de saúde da família para a oferta da assistência nutricional no pré-natal no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, Supl. 10, nov. 2010.

NOYOLA, D. et al. Seroprevalencia de sífilis em mujere embarazadas em San Luis Potosí. **Salud Pública Méx.**, v. 48, n. 2, marzo/abr. 2006.

OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação. **Eliminação Mundial da Sífilis Congênita**: Fundamento Lógico e Estratégia para Acção. Geneva, 2008.

PAGANINI, J. M. Calidad y eficiencia em hospitals. **Bol. Oficina Sant. Panam.**, v. 115, n. 6, p. 482-510, 1993.

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

PASSOS, M. R. L. et al. Estudo da equivalência entre azitromicina e penicilina G benzatina no tratamento da sífilis. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 16, n. 1, p. 52-66, 2004.

PEELING, R. W. et al. Avoiding HIV and dying of syphilis. **Lancet**, v. 364, n. 9445, p. 1561-1563, 2004.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PIRES, O. et al. Vigilância epidemiológica da sífilis na gravidez no centro de saúde do bairro Uruará-Área Verde. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.19, p. 162-165, 2007.

PUCCINI, R. F et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 35-45, 2003.

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

REVOLLO, R. et al. Sífilis materna y congênita em quatro províncias de Bolívia. **Salud Pública Méx.**, v. 49, n. 6, nov./dic. 2007.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD-2003. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Grupo Nacional de Estudos sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 16, n. 3, p. 168-175, 2004.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C.; CÉSAR, C. C. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, out. 2008.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. **Rev. Adm. Pública**, v. 43, p. 481-517, 2009.

ROCHA, R. S. **Atenção pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado.** 2011. 93 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio 14. para o Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 16, n. 3, p.168-175, 2004.

ROMOREN, M.; RAHMAN, M. Syphilis screening in the antenatal care: a cross-sectional study from Botswana. **BMC Int. Health Hum. Rights**, v. 6, p. 8, 2006.

SAATY, T. L. **Theory and applications of the analytic network process: decision making with benefits, opportunities, costs, and risks.** 2nd. 2005.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGEST. **Instrução Técnica para a prescrição e a utilização de penicilinas e prevenção da sífilis congênita.** São Paulo, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação do Programa Estadual DST/AIDS-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica. **Sífilis congênita e sífilis na gestação.** **Rev. Saúde Pública**, v. 42, p. 768-772, 2008.

SALOOJEE, H. et al. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. **Bull. World Health Organ**, v. 82, p. 424-430, 2004.

SARACENI, V. et al. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, jun. 2007.

SCHMID, G. P. et al. The need and plan to eliminate congenital syphilis. **Sex. Transm. Dis.**, v. 34, Suppl., p. S5-10, 2007.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. D. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004a.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

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

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. P. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, p. 131-139, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

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

SZNELWAR, L. I.; ABRAHÃO, J. I. **Programa Saúde da Família: Pontos de vista da organização de serviços, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho**. In: Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos, 3).

SZWARCWALD, C. L. et al. Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006: Desafios para o Controle da Sífilis Congênita no Brasil. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. ¾, p. 128-133, 2007.

VALDERRAMA, J.; ZACARIAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina um problema grave de solución sencilla. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 16, n. 3, p. 211-217, 2004.

VALDERRAMA, J. et al. - Maternal and congenital syphilis case definitions. **Epidemiol Bull.** 2005; 26 (1):12-15.

VIANA, M. O. L. et al. **IDS: construção de um índice sintético de desenvolvimento sustentável para os municípios do estado do Ceará, Brasil**. Tradução resumida do trabalho apresentado na 10ª Conferência Científica Bial da Sociedade Internacional de Economia

Ecológica (ISEE), realizada de 7 a 11 de agosto de 2008, no Centro de Conferências das Nações Unidas, em Nairobi, Quênia, com o apoio da Sociedade Africana de Economia Ecológica (ASEE) e do Programa de Meio Ambiente das Nações Unidas (UNEP).

VIDAL, S. A. et al. Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 467-474, 2011.

VOURI, H. **Quality assurance of health services**. Copenhagen: World Health Organization, 1982.

WHO. A Charter for General Practice. In: _____. **Family Medicine in Europe**: working draft. Geneva, 1994.

APÊNDICES

04- Os profissionais foram treinados para atender os casos de sífilis? a- () Não b- () Sim
05- Quando foi o último treinamento? 1- Cinco anos 2- Quatro anos 3- Três anos 4- Dois anos 5- Um ano 6- menos de um ano 7- Outro: _____
06- Dispõe de equipe para administração de soluções parenterais? a- () Não b- () Sim Profissionais: _____
07- Os profissionais foram treinados para atenderem os casos de anafilaxia? a- () Não b- () Sim
PROCESSO ORGANIZACIONAL
01- Realiza a coleta de sangue para o VDRL? a- () Não b- () Sim: 1- Uma vez/semana 2- Duas vezes/semana 3- Três vezes/semana 4- Quatro vezes/semana 5- Diariamente
02- A coleta é feita na mesma data da solicitação do exame? a- () Não b- () Sim
03- Periodicidade de envio das amostras ao laboratório? 1- Uma vez/semana 2- Duas vezes/semana 3- Três vezes/semana 4- Quatro vezes/semana 5- Diariamente
04- Tempo de retorno do exame? 1- Mais de 30 dias 2- Até 30 dias 3- Até 15 dias 4- Até sete dias 5- Outro: _____
05- Administra a penicilina benzatina na gestante? a- () Não b- () Sim
06- Faz o teste de sensibilidade antes da administração da penicilina? a- () Não b- () Sim
07- Realiza a notificação compulsória dos casos de sífilis em gestantes? a- () Não b- () Sim
08- Dispõe de Ficha de Notificação Compulsória? a- () Não b- () Sim 1- No consultório 2- Outro local: _____
09- Realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre prevenção e controle da sífilis? a- () Não b- () Sim: 1- Semestral 2- Mensal 3- Quinzenal 4- Semanal 5- Diário 6- Outro: _____
10- Desenvolve ações sistemáticas individuais, de prevenção e controle da sífilis gestacional e congênita? a- () Não b- () Sim: 1- Semestral 2- Mensal 3- Quinzenal 4- Semanal 5- Diário 6- Outro: _____
11- Disponibiliza aos profissionais de saúde os manuais, normas e protocolos do MS sobre sífilis? a- () Não b- () Sim
12- Dispõe de material educativo sobre sífilis para realizar atividades de educação em saúde (folders, cartazes, panfletos)? a- () Não b- () Sim
13- Existe atendimento pré-natal de baixo risco? a- () Não b- () Sim 1- Uma vez/semana 2- Duas vezes/semana 3- Três vezes/semana 4- Quatro vezes/semana 5- Cinco vezes/semana 6- Outro: _____
14- Dispõe de médico para o atendimento pré-natal: a- () Não b- () Sim
15- Dispõe de enfermeiro para o atendimento pré-natal: a- () Não b- () Sim

OBSERVAÇÕES:

- 1- Data da coleta dos dados: _____
- 2- Profissional da Unidade: _____
- 3- Função: _____
- 4- Responsável pela coleta: _____

APÊNDICE B



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

PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA-CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSO

	ESTRUTURA FÍSICA	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS	PROCESSO ORGANIZACIONAL
ESTRUTURA FÍSICA	1			
RECURSOS MATERIAIS		1		
RECURSOS HUMANOS			1	
PROCESSO ORGANIZACIONAL				1

LEGENDA:

- 1- Igualmente importante
- 3- Fracamente mais importante
- 5- Fortemente mais importante
- 7- Muito fortemente mais importante
- 9- Extremamente mais importante

CONSIDERAR:

ESTRUTURA FÍSICA: sala atendimento pré-natal com equipamentos básicos (mesa, cadeiras, sonar, fita métrica, mesa ginecológica), sala para coleta, sala para administração de medicamentos (penicilina), farmácia.
RECURSOS MATERIAIS: seringas, agulhas, penicilina, centrífuga, geladeira, material para atender os casos de anafilaxia (cilindro de O₂, máscara, cateter nasal, epinefrina, prometazina, fenoterol, cloreto de sódio 0,9%)
RECURSOS HUMANOS: número de equipes de saúde da família, RH capacitado em sífilis e anafilaxia, equipe para administrar soluções parenterais.
PROCESSO ORGANIZACIONAL: realizar coleta para o VDRL, tempo de retorno dos exames, notificação, realizar reuniões e palestras, disponibilizar material educativo, desenvolver ações de controle da sífilis gestacional e congênita, oferecer atendimento pré-natal realizado por médicos e enfermeiros.

NOME: _____ PROFESSÃO: _____

FUNÇÃO: _____

DATA DA COLETA: _____ RESPONSÁVEL: _____

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Como pesquisadora da UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Prevenção e Controle da Sífilis Congênita em Fortaleza-Ceará: Uma Avaliação de Estrutura e Processo”. Para tanto, venho solicitar o seu consentimento para a realização da pesquisa. Esclareço desde já que:

- As informações coletadas ficarão em sigilo, com o anonimato preservado e somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa;
- A sua participação não acarretará qualquer tipo de ônus;
- O(a) senhor(a) tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa;

Após estes esclarecimentos, solicito autorização para entrada na Unidade, a fim de realizar a pesquisa. Preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para a realização da pesquisa.

Fortaleza (CE), _____ / _____ / _____.

Nome e Função do Profissional

Assinatura do Profissional

Assinatura da Pesquisadora Responsável

CONTATO

Pesquisadora Responsável: Valéria Lima de Barros - Fones: (85) 9906-1367 / (89) 9978-2667

ANEXOS

ANEXO 1



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

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

PARECER N.º. 072/2009

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

Pesquisador Responsável: Denise Maia Alves da Silva

Data de apresentação ao COÉTICA: 10/03/09

Registro no COÉTICA: 09-077

CAAE: 0651.0.000.037-09

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



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

ANEXO 2



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



Rua do Rosário, 283, Sala 508. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo(a). Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessor Técnico da Educação Permanente da SER

I.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA – CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora **VALÉRIA LIMA DE BARROS** é aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e **SUZYANNE DA SILVA SOBREIRA, BRUNA DE SOUSA BEZERRA, ALINE CRUZ ESMERALDO ÁFIO E CARLA SUELLEN PIRES DE SOUSA** são alunas do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelas pesquisadoras;
- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER I**.
- A coleta de dados ocorrerá nos meses de **JUNHO A AGOSTO DE 2011**.
- As pesquisadoras deverão apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER I – oral e impresso.

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

Fortaleza, 20 de maio de 2011.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Suzyanne da Silva Sobreira
Coordenadora do Distrito de Saúde
SER I

ANEXO 3



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



Rua do Rosário, 283, Sala 508, Centro, Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo(a). Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessor Técnico da Educação Permanente da SER

II.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA – CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora **VALÉRIA LIMA DE BARROS** é aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e **SUZYANNE DA SILVA SOBREIRA, BRUNA DE SOUSA BEZERRA, ALINE CRUZ ESMERALDO ÁFIO E CARLA SUELLEN PIRES DE SOUSA** são alunas do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
- A cópia do projeto, a ser entregue no Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelas pesquisadoras;
- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER II**.
- A coleta de dados ocorrerá nos meses de **JUNHO A AGOSTO DE 2011**.
- As pesquisadoras deverão apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER II - oral e impresso.

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

Fortaleza, 30 de maio de 2011

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

1) Ciente, 15/06/2011,
2) Encaminhe-se à CAB para conhecimento e divulgação junto aos CESAF (A) desta SER.

Haydée Augusto de Siqueira Petronio
Chefe do Distrito de Saúde
SER II

3) Ciente 16/06/11
Cavalcante

ANEXO 4



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



Rua do Rosário, 283, Sala 508. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo(a). Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessor Técnico da Educação Permanente da SER III.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA – CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora **VALÉRIA LIMA DE BARROS** é aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e **SUZYANNE DA SILVA SOBREIRA, BRUNA DE SOUSA BEZERRA, ALINE CRUZ ESMERALDO ÁFIO E CARLA SUELLEN PIRES DE SOUSA** são alunas do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelas pesquisadoras;
- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER III**.
- A coleta de dados ocorrerá nos meses de **JUNHO A AGOSTO DE 2011**.
- As pesquisadoras deverão apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER III – oral e impresso.

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

Fortaleza, 30 de maio de 2011.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ok!

Marylda Alves Silva

14.06.11.

Marylda Alves Silva
Chefe do Distrito de Saúde
Secretária Executiva Regional III

Secretária Executiva Regional III

ANEXO 5



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



Rua do Rosário, 283, Sala 508. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo(a). Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessor Técnico da Educação Permanente da SER V.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA – CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora **VALÉRIA LIMA DE BARROS** é aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e **SUZYANNE DA SILVA SOBREIRA, BRUNA DE SOUSA BEZERRA, ALINE CRUZ ESMERALDO ÁFIO E CARLA SUELLEN PIRES DE SOUSA** são alunas do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelas pesquisadoras;
- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER V**.
- A coleta de dados ocorrerá nos meses de **JUNHO A AGOSTO DE 2011**.
- As pesquisadoras deverão apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER V – oral e impresso.

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

Fortaleza, 30 de maio de 2011.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Lerezianna de Jesus Almeida Ferreira
Chefe do Distrito Saúde
SER: V

ANEXO 6



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



Rua do Rosário, 283, Sala 508. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

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

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA EM FORTALEZA – CEARÁ: UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora **VALÉRIA LIMA DE BARROS** é aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e **SUZYANNE DA SILVA SOBREIRA, BRUNA DE SOUSA BEZERRA, ALINE CRUZ ESMERALDO ÁFIO E CARLA SUELLEN PIRES DE SOUSA** são alunas do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pelas pesquisadoras;
- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER VI**.
- A coleta de dados ocorrerá nos meses de **JUNHO A AGOSTO DE 2011**.
- As pesquisadoras deverão apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER VI – oral e impresso.

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

Fortaleza, 30 de maio de 2011.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brillhante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brillhante
Coordenadora Geral do Sistema
Municipal de Saúde Escola

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

1. Autorizado;
2. Os horários para a pesquisa serão pactuados com as Coordenações das unidades e as alunas.

Fortaleza, 13/06/11.
Karine B. S. M. M.
Karine B. S. M. M.
EDUCAÇÃO
EDUCAÇÃO PERMANENTE
NASF SER VI