

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIANA LEAL DE MOURA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS PRÉ-NATALISTAS SOBRE AS
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA**

PICOS – PIAUÍ
2015

MARIANA LEAL DE MOURA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS PRÉ-NATALISTAS SOBRE AS
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Me. Valéria Lima de Barros

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

M929c Moura, Mariana Leal de.

Conhecimento dos profissionais pré-natalistas sobre as estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita / Mariana Leal de Moura– 2015.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (60 f.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2015.

Orientador(A): Prof. Me. Valéria Lima de Barros

1. Sífilis Congênita. 2. Pré-Natal. 3. Gestantes-Sífilis. I. Título.

CDD 616.951 3

MARIANA LEAL DE MOURA

**CONECIMENTO DOS PROFISSIONAIS PRÉ-NATALISTAS SOBRE AS
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Piauí, Campus Senador
Helvídio Nunes de Barros, como parte dos
requisitos necessários para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 1^o / 07 / 2015

BANCA EXAMINADORA:

Valéria Lima de Barros

Prof^a. Me. Valéria Lima de Barros.

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros

Presidente da Banca

Dayze Djanira Furtado de Galiza

Prof^a. Me. Dayze Djanira Furtado de Galiza.

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros

1^o. Examinador(a)

Rhaylla Maria Pio Leal Jaques

Prof^a. Esp. Rhaylla Maria Pio Leal Jaques

Universidade Federal do Piauí/Campus Sen. Helvídio Nunes de Barros

2^o. Examinador(a)

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, Manoel e Teresa, exemplo de vida, a minhas irmãs, Karla e Maiara, minha vida, meu tudo, meu chão.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida, por estar sempre comigo, por todos os momentos que Ele me proporcionou, que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

À meus pais, Manoel José de Moura e Teresa Isabel de Moura, meu exemplo de vida e modelo de tudo que pretendo ser, meus heróis, que passaram e passam noites mal dormidas com o intuito de sempre nos dar o melhor, que nasceram em família humilde e não tiveram a oportunidade de estudar, e mesmo assim, com o fruto do seu trabalho conseguiram me colocar para estudar e fazer chegar onde cheguei, obrigada por todos os ensinamentos, pela compreensão, carinho, amor incondicional, dedicação e paciência. Todas as palavras do universo seriam poucas para expressar minha gratidão. A minhas irmãs, Maiara Leal de Moura e Karla Leal de Moura, por estar sempre ao meu lado, me apoiando, guiando pelo caminho certo e segurando a minha mão nos momentos difíceis. Meus melhores sorrisos são com vocês, meu refúgio, com quem me sinto segura.

A minha orientadora Valéria Lima de Barros, excelente profissional. Obrigada por tudo, todos os ensinamentos, paciência e compreensão. Tenho certeza que seus maiores amores estão felizes de ver a pessoa especial que você se tornou. Excelente orientadora, que sempre me ajudou quando solicitei.

Ao meu amigo Luís Marcos que sempre esteve comigo nas vezes que chorei ou sorri, me aconselhando, me conhece melhor que eu mesma. Ao meu amigo James Manoel que sempre me dizia que tudo iria ocorrer bem quando eu estava nervosa. A José Denes por sempre me ajudar quando precisei.

Aos meus companheiros e amigos de estágio Ialy, Rávida, Priscila, Flávia, Emanuela, Maria Cristina e Iara que tornaram meus estágios alegres e contentes, obrigada. A enfermeira Mageany por todos os ensinamentos, momentos de alegria e felicidade.

A minha amiga de longa data Valdivânia, desejo que Deus nos proporcione ainda vários anos de amizade. Obrigada por me ajudar em tudo que preciso, por ser minha amiga compreensiva, que sempre esteve ao meu lado. Continue sendo a pessoa maravilhosa que você é.

A todos os professores do curso de enfermagem do Campus de Picos que contribuíram para minha formação.

O conhecimento nos torna mais sábios e permite que novas portas se abram. “Porque Dele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória pois a Ele eternamente.”

Rom. 11: 36.

RESUMO

A sífilis, doença infectocontagiosa de evolução crônica, ainda representa um problema de saúde pública, mesmo com o advento da penicilina, única droga efetiva para o tratamento. A doença ocasiona uma série de danos quando acontece na gestação, pois se não houver adoção de intervenções adequadas, culminará em sífilis congênita, situação esta que evidencia falhas na assistência prestada durante o pré-natal. Este estudo teve por objetivo analisar o conhecimento de médicos e enfermeiros que prestam assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Picos - PI, acerca da prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido nas 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona urbana do município, com 41 profissionais que atuam no acompanhamento pré-natal, a saber, médicos e enfermeiros. Para a coleta dos dados aplicou-se um questionário composto de duas partes: a primeira permitiu a caracterização sociodemográfica dos profissionais e a segunda com questões pertinentes ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis em gestantes. Os resultados apontam que a maioria dos profissionais tem idade menor que 35 anos (56,1%), são do sexo feminino (75,6%), tempo de graduado de 1 a 15 anos, com média de 10,93 anos e tempo de atuação na ESF de 1 a 8 anos e média de 5,27 anos. Não realizou treinamento em sífilis a maioria dos profissionais (56,1%). Percebeu-se ainda que menos da metade dos profissionais listaram acertivamente os testes não treponêmicos (36,6%) e o tratamento adequado para a fase secundária (24,4%). Com relação às demais variáveis, mais da metade dos profissionais demonstraram ter conhecimento apropriado. A partir do estudo, foi possível evidenciar que os profissionais pré-natalistas apresentam lacunas no conhecimento no que diz respeito às estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita, sugerindo-se a realização de novos estudos, bem como a necessidade de treinamentos, com vistas ao aprimoramento acerca do tema estudado.

Palavras-chave: Cuidado Pré - natal. Conhecimento. Sífilis. Sífilis Congênita.

ABSTRACT

Syphilis, infectious disease of chronic evolution, is still a public health problem, even with the advent of penicillin, the only effective drug for treatment. The disease causes a lot of damage when it occurs during pregnancy, because if there is no adoption of appropriate interventions, culminating in congenital syphilis, a situation which highlights gaps in assistance during the prenatal period. This study aimed to analyze the knowledge of doctors and nurses who provide prenatal care in the Family Health Strategy (FHS) Peaks - PI, on the prevention and control of vertical transmission of syphilis. It is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, developed in the 26 Basic Health Units (BHU) located in the urban area of the municipality, with 41 professionals working in prenatal care, namely doctors and nurses. To collect the data applied a questionnaire composed of two parts: the first allowed the socio-demographic characterization of professionals and the second with issues related to diagnosis, treatment and monitoring of syphilis in pregnant women. The results show that most professionals have younger than 35 years (56.1%) are female (75.6%), graduate of time from 1 to 15 years (73.1%) and operating time the FHS between 1-8 years (68.3%). Did not conduct training in syphilis most professionals (56.1%). It was noted also that less than half of the professionals listed acertivamente non treponemal tests (36.6%) and the appropriate treatment for the secondary phase (24.4%). Regarding the other variables, more than half of professionals have demonstrated appropriate knowledge. From the study, it became clear that pre-natalist professionals have gaps in knowledge with regard to strategies for prevention and control of congenital syphilis, suggesting the new studies, as well as the need for training, with a view the improvement about the studied subject.

Keywords: Prenatal Care. Knowledge. Syphilis. Congenital Syphilis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Esquema terapêutico Penicilina G Benzatina para sífilis em não gestantes e não nutrízes	20
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, bem como relativa à formação dos profissionais da UBS.....	27
Tabela 2 - Conhecimento dos profissionais da UBS sobre fases da sífilis, diagnóstico da sífilis gestacional e doenças de notificação	28
Tabela 3 - Conhecimento dos Profissionais da ESF sobre tratamento da sífilis em gestantes e controle de cura	29

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
ESF	Estratégia Saúde da Família
FTA-Abs	Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption
HSP	Hospital São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém Nascido
RPR	Rapid Plasma Reagin
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TPAH	Treponema pallidum Hemagglutination
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	Sífilis: Aspectos clínicos e epidemiológicos da doença	17
3.1.1	A Infecção.....	17
3.1.2	O Diagnóstico	18
3.1.3	O Tratamento	19
3.2	Assistência pré-natal no contexto da sífilis.....	20
4	METODOLOGIA.....	23
4.1	Tipo de Estudo	23
4.2	Local e período de realização do estudo	23
4.3	População/amostra	23
4.4	Variáveis do estudo.....	24
4.5	Coleta de Dados	25
4.6	Análise dos Dados	25
4.7	Aspectos Éticos.....	26
5	RESULTADOS	27
7	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICES	47
	APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	48
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	51
	APÊNDICE C – Autorização Institucional	53
	ANEXOS	54

1 INTRODUÇÃO

A sífilis, doença infectocontagiosa sistêmica de evolução crônica, permanece como um desafio à saúde pública, mesmo depois de decorridos mais de meio século da descoberta da penicilina, droga eficaz e de escolha para o tratamento da mesma.

A doença, que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*, um espiroqueta de alta patogenicidade, pode ser transmitida sexualmente, por via placentária ao concepto, por transfusão sanguínea e contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas (BRASIL, 2005; BRASIL, 2010).

Com o advento da penicilina na década de 1940, à qual o *Treponema pallidum* é suscetível, pensou-se na possibilidade de erradicação da sífilis, o que não se concretizou. A partir dos anos 1980 ela volta a ter destaque, em decorrência de fatores como uso de drogas lícitas e ilícitas, prostituição, gravidez na adolescência, migração para os grandes centros urbanos e acesso limitado aos cuidados de saúde (SAMPAIO, 2002).

Além disso, as medidas de prevenção e tratamento da sífilis são conhecidas, eficazes e de baixo custo. No entanto, anualmente cerca de 12 milhões de pessoas são acometidas, o que faz deste um problema de saúde pública mundial (GONDIM et al., 2012).

A sífilis pode ser classificada como adquirida e congênita, sendo a primeira composta pelas formas primária, secundária e latente recente, todas com menos de um ano de evolução, e pelas formas latente tardia e terciária, com mais de um ano de evolução. A sífilis congênita (SC) acontece quando a gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada transmite a espiroqueta para o seu concepto. A transmissão vertical (TV) pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna (BRASIL, 2006a).

Entretanto, alguns fatores são determinantes para a probabilidade de transmissão vertical da doença, como o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero. A taxa de infecção da transmissão vertical em mulheres não tratadas varia de acordo com a fase da doença, sendo de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, e de aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária) (BRASIL, 2006a).

Com o intuito de controlar os efeitos da sífilis no feto, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que durante o pré-natal seja solicitado para a gestante a realização do Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) na primeira consulta, idealmente no primeiro trimestre da gestação e no início do terceiro trimestre (28^o semana). Durante a gestação o diagnóstico

para sífilis se dá por meio do VDRL reagente, desde que a gestante não tenha recebido tratamento de forma adequada anteriormente e na ausência de teste confirmatório (BRASIL, 2007).

Os cuidados oferecidos à mulher durante o pré-natal são fundamentais para garantir a saúde da mãe e do conceito, através do acompanhamento adequado e da identificação de fatores de risco. O rastreamento para sífilis tem como objetivo a realização do diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção da sífilis congênita, pois ocorrência desta em recém-nascidos cujas mães realizaram pré-natal evidencia falhas na assistência prestada.

Desse modo, a qualidade do pré-natal requer capacitação técnica dos profissionais que acompanham as gestantes, sobretudo os inseridos na atenção primária em prol da prevenção dos agravos e, por conseguinte, da melhoria dos indicadores de morbimortalidades materna e fetal. O acompanhamento das gestantes nesse nível de atenção dever ser realizado por médico e enfermeiro, trabalhando de forma integrada, dividindo a periodicidade de consulta (BRASIL, 2006b).

O acompanhamento pré-natal tem por objetivo garantir o desenvolvimento da gestação, proporcionando o parto de um recém-nascido saudável. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o número adequado de consultas deve ser igual ou superior a 6 (seis), sendo estas mensais até a 28^a semana, quinzenais entre 28^a e 36^a semanas e semanais no termo (BRASIL, 2013a).

Durante o pré-natal, devem ser solicitados as gestantes uma série de exames complementares, dentre os quais a testagem para sífilis, HIV, hepatite B e toxoplasmose (BRASIL, 2013a). No que se refere à sífilis, a valorização e a aplicação do VDRL torna-se fundamental para a investigação de casos na gestante, bem como o tratamento daquelas com resultado positivo. Os testes não treponêmicos permitem a triagem sorológica das gestantes, e constituem-se nas principais medidas de controle da SC (CAMPOS et al., 2008).

A sífilis congênita é considerada uma das principais causas de morbimortalidade perinatal evitável, visto que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante são possíveis, possibilitando a redução das chances da doença no feto e/ou recém-nascido (SARACENI, 2005). As mulheres infectadas, em sua maioria, são diagnosticadas durante a gestação ou no momento do parto. Não obstante, sabe-se que entre 38% e 48% delas ainda chegam às maternidades sem resultados de sorologias importantes, tais como, sífilis, toxoplasmose e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) do pré-natal, e necessitam de testes

rápidos no momento do parto, o que se constitui como empecilho para que ações preventivas da transmissão vertical sejam realizadas (ROMANELLI et al., 2006).

O tratamento adequado para sífilis materna inclui profilaxia completa, em conformidade com estágio da doença, realizado com penicilina e concluído pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente (BRASIL, 2007).

Em vista disso, torna-se importante saber: os profissionais pré-natalistas realizam as estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde, no que se refere à solicitação do teste, orientação as gestantes sobre a doença, formas de transmissão, diagnóstico, tratamento adequado e a notificação dos casos, durante a assistência às gestantes?

Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro é um ator fundamental para a realização de um pré-natal de qualidade, devendo por isso, conhecer e realizar as estratégias que visam à prevenção da SC, bem como atividades educativas que alertem as mulheres para gravidade da doença.

O estudo contribuirá para o fortalecimento das ações realizadas na atenção pré-natal e conseqüente redução da transmissão vertical, com base na identificação do conhecimento dos profissionais e de suas ações no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis. Ademais, poderá oferecer subsídios que culminem com o aprimoramento do conhecimento dos profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o conhecimento de médicos e enfermeiros que prestam assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Picos-PI, acerca da prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, bem como a formação dos profissionais pré-natalistas das ESF de Picos-PI;
- Descrever o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros sobre o manejo adequado da gestante com VDRL reagente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sífilis: Aspectos clínicos e epidemiológicos da doença

3.1.1 A Infecção

Atualmente, a sífilis permanece como um problema de saúde pública visto que, mesmo sendo de fácil prevenção, diagnóstico e tratamento, uma parcela significativa da população é acometida por essa patologia. Tal fato se torna mais grave quando acontece em gestantes, pois existe a probabilidade de transmissão ao feto por via transplacentária, o que se denomina de sífilis congênita.

No Brasil, entre 2005 e junho de 2014, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 100.790 casos de sífilis em gestantes, dos quais 42,1% foram notificados na Região Sudeste, 23,5% no Nordeste, 12,4% no Norte, 11,6% no Sul e 10,3% no Centro-Oeste. Somente no ano de 2013, foram notificados um número total de 21.382 casos, sendo 10.052 (47,0%) na Região Sudeste, 4.433 (20,7%) na Região Nordeste, 2.795(13,1%) na Região Sul, 2.141 (10,0%) na Região Norte e 1.961 (9,2%) na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2015a).

No tocante a SC, em 2013 foram notificados 13.705 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no Brasil, a maior parte na Região Sudeste (43,1%), seguida pelo Nordeste (32,2%), Sul (11,4%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,5%). Para o mesmo ano a taxa de incidência foi de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que a Região Nordeste apresentou maior incidência de casos (5,3) acompanhada da Sudeste (5,1), Sul (4,1), Norte (3,5) e Centro-Oeste (3,3) (BRASIL, 2015a).

A sífilis apresenta-se nas formas adquirida e congênita. No primeiro caso, a transmissão se dá por relação sexual desprotegida com um indivíduo infectado, podendo acontecer raramente por contato direto com mucosas ou pele com lesões sifilíticas, hemotransfusão ou até mesmo por inoculação acidental, no caso de profissionais da saúde (PHILIPPI, 2004; OMS, 2008). Quando a transmissão se dá por via transplacentária, denomina-se SC.

Segundo o tempo de infecção, a sífilis adquirida pode ser classificada em recente (menos de um ano de evolução) e tardia (mais de um ano de evolução). A sífilis recente inclui

os estágios de sífilis primária, secundária e latente recente. A sífilis tardia, por sua vez, inclui a latente tardia e terciária (BRASIL, 2015b).

A sífilis primária é caracterizada pela úlcera, denominada cancro duro, que surge de 10 a 90 dias. Em geral é única, indolor e rica em treponemas, desaparecendo em duas a seis semanas sem deixar cicatriz (BRASIL, 2015b).

A sífilis secundária é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Os sintomas aparecem entre seis semanas e seis meses após o contato sexual infectante (BRASIL, 2015b). A lesão precoce característica é a roséola. Posteriormente podem acontecer placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia e condilomas planos. Na sífilis latente precoce não há presença de sinais clínicos visíveis, entretanto tem-se a presença de treponemas em tecidos (BRASIL, 2010).

A sífilis adquirida tardia inclui a latente tardia, e acontece após o primeiro ano de evolução. É comum em pacientes não tratados ou inadequadamente tratados. As manifestações clínicas incluem cutâneas (lesões gomosas e nodulares), ósseas (artralgias, artrites, sinovites, entre outras), cardiovasculares (aneurisma, estenose de coronárias) e nervosas, neste caso podendo ser sintomáticos ou não (BRASIL, 2010).

3.1.2 O Diagnóstico

Os métodos utilizados para diagnóstico laboratorial compreendem os testes não-treponêmicos, como a sorologia Veneral Diseases Research Laboratory (VDRL) e o Rapid Plasma Reagin (RPR), e os testes treponêmicos, como o Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption (FTA-Abs), o Treponema pallidum Hemagglutination (TPHA) e o Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA). Os testes não treponêmicos são utilizados para rastreamento de sífilis, constituindo, portanto, diagnóstico presuntivo, ao passo que os treponêmicos são para confirmação de diagnóstico da doença (BRASIL, 2006a; REIS, 2007; RIBEIRO, 2007; CASAL, 2011; AMARAL, 2012).

Além desses testes treponêmicos, tem-se os testes imunocromatográficos (testes rápidos), que são práticos, de fácil execução e fornecem a leitura em até 30 minutos da amostra de sangue, que pode ser colhido por punção venosa ou digital (BRASIL, 2015b). Durante a primeira consulta de pré-natal deve ser solicitado o teste rápido para triagem da sífilis e/ou VDRL/RPR e diagnóstico anti-HIV (BRASIL, 2013a).

No Brasil, o VDRL é disponibilizado na rotina dos serviços por sua alta sensibilidade na sífilis em adultos, alta especificidade na sífilis congênita, baixo custo e fácil execução, sendo utilizado para triagem, seguimento terapêutico e controle de cura. A realização dos testes treponêmicos é recomendada, entretanto não obrigatória e sua ausência não deve retardar a adoção de condutas (REIS, 2007; RIBEIRO, 2007; AMARAL, 2012).

Apontam-se como desvantagens relacionadas ao VDRL, os resultados falso-positivos, que podem ocorrer em reações cruzadas com outras infecções treponêmicas, ou na presença de doenças como lúpus, artrite reumatoide e hanseníase, bem como resultados falso-negativos decorrentes do excesso de anticorpos, conhecido como efeito prozona (BRASIL, 2006a).

Os testes não treponêmicos são qualitativos, ou seja, o resultado é expresso como reagente e não reagente, indicando respectivamente presença ou ausência de anticorpos e quantitativos visto que possibilita determinar o título de anticorpos nas amostras com resultado reagente (BRASIL, 2015b). O teste será considerado reagente a partir de títulos de 1.1 (BRASIL, 2006a).

A sífilis em gestante é uma doença de notificação compulsória desde 2005 e a sífilis congênita desde 1986, notificando-se os casos confirmados (BRASIL, 2010). A notificação é de fundamental importância, visto que fornece uma ideia de como a doença está se distribuindo, quais regiões estão apresentando o maior número de casos, e a partir disso traçar metas e estratégias de combate.

3.1.3 O Tratamento

O tratamento deverá ser instituído logo após o diagnóstico, sendo este realizado com Penicilina G Benzatina, por via intramuscular na região glútea, de acordo com a fase da doença, para todos os indivíduos que tenham sido expostos a infecção pelo *T. pallidum*, sobretudo nos últimos três meses, mesmo na ausência de sinais ou sintomas (BRASIL, 2006a, 2007).

Devido à possibilidade de titulação, o controle de cura é realizado trimestralmente por meio de exame sorológico não treponêmico, sendo o VDRL o mais utilizado. Com a instituição do tratamento espera-se que ocorra uma queda na titulação tendendo a negatificação, porém mesmo após a cura da infecção, o que implica realização de tratamento adequado, o teste poderá manter-se reagente devido à memória imunológica (BRASIL, 2006a).

O Quadro 1 ilustra o esquema terapêutico com Penicilina G Benzatina para sífilis em não gestantes e não nutrízes de acordo com o MS (BRASIL, 2006a).

Quadro 1 – Esquema terapêutico Penicilina G Benzatina para sífilis em não gestantes e não nutrízes.

FASE DA DOENÇA	ESQUEMA TERAPÊUTICO	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES
Sífilis Primária	Uma série* Dose total: 2.400.000 UI, IM	DOSE ÚNICA
Sífilis Secundária ou Latente Recente	Duas séries Dose total: 4.800.000 UI, IM	UMA SEMANA
Sífilis Terciária ou Latente Tardia ou Duração Ignorada	Três séries Dose total: 7.200.000 IU, IM	UMA SEMANA

*1 série de penicilina benzatina equivale a uma ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo.

Durante a realização do tratamento devem-se reforçar orientações sobre práticas sexuais seguras que deverão ser mantidas após a terapêutica, no intuito de evitar nova infecção, bem como sobre a não interrupção do tratamento e não exceder o intervalo de sete dias entre as doses, visto que na ocorrência desses dois últimos casos o tratamento deverá ser reiniciado. Justifica-se a realização de novo tratamento, mesmo na ausência de sinais ou sintomas, a elevação de títulos em quatro vezes ou mais tomando como referência o último VDRL realizado (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007).

A penicilina é a droga de escolha, sendo sua utilização critério para tratamento adequado. Entretanto, pessoas que apresentam comprovação alérgica a droga devem ser dessensibilizadas ou utilizarem tetraciclina ou estearato de eritromicina ou doxiciclina (BRASIL, 2006a).

3.2 Assistência pré-natal no contexto da sífilis

O pré-natal tem como objetivo o acompanhamento da gestação, permitindo o nascimento de um recém-nascido (RN) saudável, e manutenção da saúde materna, desde que realizado de forma adequada, o que implica na identificação precoce e intervenção imediata nos fatores de risco (BRASIL, 2013a).

Durante o pré-natal todas as gestantes devem ser rastreadas por meio do VDRL para presença de sífilis, no primeiro e terceiro (28 ° semana) trimestres (BRASIL, 2013a), pois

estas podem já ter iniciado a gestação com a doença ou vir a adquiri-la em algum momento na gravidez, ou ainda ter realizado tratamento e ter sido reinfectada pelo parceiro. Além disso, devem ser investigadas quanto a presença de outras infecções, como rubéola, hepatite B, toxoplasmose, HIV/Aids (BRASIL, 2013a).

No contexto da atenção primária, deve ser realizando minimamente seis consultas durante o pré-natal, intercaladas entre médico e enfermeiro. Idealmente, estas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais da 28ª semana até a 36ª semana e semanais da 36ª até a 41ª semana (BRASIL, 2013a).

O enfermeiro deve realizar acompanhamento de gestantes de baixo risco obstétrico, sendo conferido a este as seguintes atribuições: orientação sobre importância do pré-natal, amamentação, vacinação, cadastramento da gestante, fornecimento do cartão da gestante, solicitar exames complementares, conforme protocolo local, realizar testes rápidos, prescrever medicamentos do programa pré-natal conforme protocolo, realizar exame clínico das mamas, exame de Papanicolaou, identificação de fatores de risco e encaminhamento para consulta médica ou centros de referência, desenvolver ações educativas, realizar visitas domiciliares, dentre outras (DEMITTO, 2010; BRASIL, 2013a).

Ao médico incube, além dessas atribuições indicar tratamento, quando necessário, avaliação e tratamento de gestantes com sinais de alarme, atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica (DEMITTO, 2010; BRASIL, 2013a).

Apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz, a sífilis gestacional possui prevalência alarmante, sobretudo nos países em desenvolvimento, sendo apontada como uma das principais causas de morte em RNs (CAMPOS, 2010).

Em 2013 no Brasil observou-se uma taxa de detecção de 7,4 casos de sífilis em gestante para cada 1.000 nascidos vivos, taxa superada pela Região Sudeste (8,7) e Centro-Oeste (8,5) (BRASIL, 2015a).

O MS recomenda que após a realização da triagem, em caso de teste reagente, seja realizado um dos testes confirmatórios para poder dar o diagnóstico de sífilis materna, entretanto como estes ainda não são disponibilizados na rotina do serviço, dá-se início ao tratamento mediante VDRL reagente, desde que a gestante não tenha realizado tratamento adequado anteriormente, neste caso a titulação tende a ser baixa por longos períodos ou até por toda a vida, o que se conhece por cicatriz sorológica da sífilis (BRASIL, 2006a, 2013a).

O tratamento segue as mesmas recomendações do MS para não gestantes e não nutrízes, salvo algumas diferenças, a saber: o controle de cura é feito por meio da realização do VDRL mensal e, em caso de alergia comprovada à penicilina, as gestantes ou nutrízes devem ser dessensibilizadas e depois serem tratadas com penicilina, em ambiente hospitalar. Na impossibilidade disso, utiliza-se estearato de eritromicina (BRASIL, 2007).

A gestante será considerada adequadamente tratada, quando o tratamento for completo, feito com penicilina, pois esta é a única droga capaz de atravessar a barreira placentária, tratando também o feto, nas doses adequadas para a fase da infecção, finalizado pelo menos trinta dias antes do parto, tendo o parceiro sido tratado concomitantemente com o mesmo esquema da gestante (BRASIL, 2007, 2013a).

Entre as principais estratégias apontadas para que ocorra a redução da transmissão vertical da sífilis e controle da doença, está a realização da triagem sorológica, tratamento adequado da gestante e parceiros (CAMPOS, 2010). A inclusão do parceiro no pré-natal é essencial, pois determina a cura eficaz da mãe (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011). Vale ressaltar que o que se observa na rotina dos serviços é a ausência do parceiro durante as consultas de pré-natal, o que acaba gerando falha na assistência, pois embora o parceiro seja solicitado a realizar tratamento, isso quase sempre não acontece, acabando a gestante sendo inadequadamente tratada.

O risco de transmissão vertical varia de 30% a 100%, de acordo com a fase clínica da doença na gestante (ARAÚJO, 2012). A maior parte dos RNs com SC é infectado no útero após o quarto mês de gestação, entretanto a infecção pode ocorrer com nove semanas de gestação (GONÇALVES, 2010).

A SC poderá se manifestar através de abortamentos, natimortos, morte perinatal, no entanto, alguns recém-nascidos podem ser assintomáticos, manifestando apenas os sinais e sintomas em fases posteriores da vida (MACHADO; CYRINO, 2011).

A presença de sífilis congênita é usada como indicador da qualidade da assistência pré-natal oferecida à gestante, visto que evidencia falhas no cuidado, seja no rastreamento, diagnóstico ou no tratamento. Sendo assim, a medida de controle mais eficaz para conter essa patologia consiste na oferta de uma assistência ampla e de qualidade, o que inclui diagnóstico precoce, através de triagem sorológica, tratamento oportuno e adequado (CAMPOS, 2010; AMARAL, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, abordagem quantitativa. Para Gil (2010a) a pesquisa exploratória tem a finalidade de propiciar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais visível ou a construir hipóteses (GIL, 2010a).

O estudo descritivo procura observar, descrever e documentar aspectos de uma situação, reproduzindo os relacionamentos entre as variáveis sem se preocupar com possíveis relações de causa e efeito (POLIT; BECK, 2011).

As pesquisas descritivas juntamente com as exploratórias, são realizadas por pesquisadores sociais, preocupados em estudar sobre determinada temática que esteja diretamente atrelada com a atuação prática (GIL, 2010b).

4.2 Local e período de realização do estudo

O estudo foi desenvolvido no período Setembro de 2014 a Julho de 2015, nas ESF de Picos-PI. O município está localizado a 320 km da capital e possui uma população de 73.414 habitantes (IBGE, 2010).

Atualmente conta com 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 26 localizadas na zona urbana e dez na zona rural, onde a Estratégia Saúde da Família é desenvolvida. Nelas atuam: um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um médico, um dentista e de 4 a 7 agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes são responsáveis pelo acompanhamento das famílias e realizam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e de manutenção da saúde de sua população.

4.3 População/amostra

A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde que atuam realizando o acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de Picos localizadas na zona urbana, a saber, médicos e enfermeiros, num total de 50 participantes, sendo 25 médicos e 25 enfermeiros. Essa amostra justifica-se visto que uma mesma equipe atua em duas unidades.

Adotou-se como critério de inclusão para seleção da amostra ser profissional pré-natalista e atuar na ESF há pelo menos seis meses, supondo-se que, com esse tempo de atuação, o profissional tenha tido a oportunidade de solicitar uma sorologia não-treponêmica, receber o resultado e adotar as condutas cabíveis. Entre os médicos, três estavam de férias ou licença no período da coleta dos dados, quatro recusaram-se e um não foi contatado após cinco tentativas, totalizando 17 participantes dessa categoria. Entre os enfermeiros, participaram 24 profissionais, sendo uma excluída da pesquisa pelo tempo de atuação na ESF. Desse modo, a amostra final foi composta por 41 profissionais.

4.4 Variáveis do estudo

O questionário está dividido em duas partes: a primeira contempla as seguintes variáveis: categoria profissional; idade; sexo; tempo de graduado; tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF); realização de treinamento relacionado à sífilis e caso a resposta seja afirmativa, se este treinamento foi antes ou após ingressar na ESF. A segunda aborda questões específicas relacionadas às recomendações do MS para a prevenção da TV da sífilis (BRASIL, 2007), distribuídas em três temáticas, abaixo discriminadas:

4.4.1 Diagnóstico:

- Período de recomendado para a testagem das mulheres grávidas para a sífilis;
- Testes não treponêmicos para o diagnóstico da sífilis;
- Conhecimento das fases da sífilis adquirida recente;

4.4.2 Tratamento:

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

4.4.3 Acompanhamento:

- Periodicidade do controle de cura;
- Conduta com relação ao parceiro da gestante com VDRL reagente
- Conhecimento acerca das doenças de notificação compulsória.

4.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de Abril a Maio de 2015, por meio de um questionário adaptado do instrumento desenvolvido por Silva (2010) (APÊNDICE A).

O presente questionário é composto de duas partes, a primeira permitiu conhecer a distribuição de profissionais por categoria, sexo, idade, tempo de atuação na ESF, aperfeiçoamento no que se refere à sífilis, a segunda parte abordou o conhecimento que eles possuem sobre a doença, realização de testes para diagnóstico, tratamento adequado e notificação da mesma durante a gestação.

Os sujeitos foram recrutados na ESF em que atuam. Com vistas a evitar a consulta bibliográfica e o consequente comprometimento dos dados, foi solicitado aos profissionais que respondessem o questionário na própria unidade de saúde, na presença do pesquisador. Assim, objetivou-se garantir que o instrumento fosse respondido segundo o conhecimento real dos profissionais, permitindo evidenciar eventuais lacunas no conhecimento que possam comprometer a qualidade dos serviços prestados. Depois de respondidos, os questionários foram colocados dentro de envelopes, selado e aberto somente na presença da orientadora, não constando identificação do participante da pesquisa.

4.6 Análise dos Dados

Os dados foram organizados e processados pelo programa estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 20.0. Para a análise dos dados foi realizado um agrupamento geral de todas as respostas dos profissionais. Foram consideradas erradas as questões que não foram respondidas pelos profissionais ou não seguiram as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Após análise dos dados obtidos, os resultados foram comparados com os já existentes na literatura sobre a temática.

4.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa atendeu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI), de acordo com o parecer Nº 983.664 (ANEXO A). Ressalta-se que o presente trabalho constitui uma das etapas do Projeto de Extensão intitulado Educação em Saúde: Estratégias para Enfrentamento da Sífilis no contexto da Atenção Básica.

Após uma explicação sobre os objetivos da pesquisa, bem como os procedimentos a serem realizados, possível desconforto, garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e da liberdade para deixar de participar do estudo em qualquer fase do mesmo, sem prejuízo, os participantes do estudo foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Cabe ressaltar que essas informações foram prestadas pelo pesquisador colaborador, sendo assegurado o sigilo das informações coletadas em todas as fases do estudo por todos os pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Os participantes da pesquisa estiveram sujeitos a risco de ordem psicológica, pois poderiam se constranger, caso não soubessem responder as perguntas, para reduzir risco não houve identificação do profissional e foi mantido sigilo das respostas.

A pesquisa trouxe benefício indireto para os participantes, pois implicou em maior conhecimento sobre o tema abordado, permitindo que os profissionais revejam suas práticas e avaliem se suas condutas adotadas durante o pré-natal para prevenção e controle da SC estão em conformidade com o estabelecido pelo MS, trazendo benefícios para as usuárias e para o serviço. Não houve benefício direto para os participantes.

A Secretaria Municipal de Saúde de Picos foi previamente contatada, no intuito de obter autorização para a realização da pesquisa nas unidades das Estratégias Saúde da Família do município (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 41 profissionais pré-natalistas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona urbana do município de Picos - PI, consistindo em 17 (41,5%) médicos e 24 (58,5%) enfermeiros. A Tabela 1 traz a caracterização sociodemográfica desses profissionais, que compreende a categoria profissional, a idade, o sexo, tempo de graduado, tempo de atuação, se possui treinamento em sífilis período de realização do mesmo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, bem como relativas à formação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Picos – PI, 2015.

Variável	Média (DP)	N	%
Categoria Profissional			
Médico		17	41,5
Enfermeiro		24	58,5
Idade (anos) *	35,05 (12,82)		
< 35		23	56,1
>35		16	38,9
Sexo			
Feminino		31	75,6
Masculino		10	24,4
Tempo de Graduado (anos)**	10,93 (9,585)		
1 – 15		30	73,1
16 – 40		8	19,3
Tempo de atuação na ESF (anos)**	5,27 (4,427)		
1 – 8		28	68,3
9 – 16		10	24,4
Treinamento em sífilis			
Sim		18	43,9
Não		23	56,1
Período de Treinamento			
Antes de ingressar na ESF		5	12,2
Após ingressar na ESF		12	29,3

*Dois profissionais não responderam sua idade

** Três profissionais não responderam essas variáveis

No que diz respeito aos dados sociodemográficos, os profissionais participantes do estudo apresentaram o seguinte perfil: idade média de 35 anos, com a mínima de 24 anos e a máxima de 74 anos. Salienta-se que dois (4,9%) profissionais não responderam sua idade. Observou-se predominância do sexo feminino (75,6%).

Com relação ao tempo de graduado, este variou de 1 a 40 anos, com média de 10,93 (DP 9,585), observando-se que a maioria dos profissionais (73,1%) está no intervalo de um

ano a quinze anos. Sobre o período de atuação na ESF percebe-se variou de 1 a 15 anos, com média de 5,27 (DP 4,427), maioria dos profissionais (68,3%) encontra-se no período que variou de 1 a 8 anos. Ressalta-se que três (7,3%) não responderam o tempo de graduado e o tempo de atuação na ESF. Apenas 18 (43,9%) profissionais realizaram treinamento relacionado à sífilis, sendo 11 (26,82%) enfermeiros e sete (17,07%) médicos. Para a maioria deles, 12 (29,3%), este treinamento ocorreu após ingressarem na ESF. Apenas um (2,4%) profissional respondeu ter realizado o treinamento em dois momentos, antes e após ingressar na ESF.

A Tabela 2 faz referência às questões que abordavam o conhecimento dos profissionais sobre as fases da sífilis adquirida recente, o período adequado para testagem com VDRL na gestação, os testes não treponêmicos, a conduta a ser adotada diante de uma gestante com VDRL reagente (titulação 1:1) e notificação compulsória de agravos.

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre fases da sífilis, diagnóstico da sífilis gestacional e doenças de notificação. Picos – PI, 2015.

Variável	N	%
Fases da Sífilis Adquirida Recente		
Primária, secundária e latente recente	21	51,2
Primária e secundária	13	31,7
Primária recente e secundária tardia	1	2,4
Primária, secundária e terciária	6	14,6
Período de realização do VDRL na gestação		
1º, 2º e 3º trimestres	10	24,4
1º trimestre	-	-
1º e 3º trimestres	31	75,6
2º e 3º trimestres	-	-
Testes não treponêmicos		
Elisa e TPHA	3	7,3
FTA-abs e VDRL	15	36,6
VDRL e RPR	15	36,6
RPR e FTA-Abs	3	7,3
TPHA, FTA-Abs e Elisa	2	4,9
Conduta diante de VDRL reagente titulação (1:1)		
Solicita teste confirmatório	26	63,4
Trataria com penicilina 7.200.000 UI	6	14,6
Cicatriz sorológica, não inicia tratamento	3	7,3
Encaminha para um hospital de referência	2	4,9
Tomaria outra atitude	4	9,8
Não é de notificação compulsória		
Sífilis congênita	1	2,4
Sífilis em gestantes	3	7,3
Herpes genital	36	87,8
HIV-positivo e criança exposta	1	2,4

Sobre o conhecimento dos profissionais referente às fases da sífilis adquirida recente, 51,2% responderam ser primária, secundária e latente recente. A respeito do diagnóstico, 75,6% informaram que a realização da testagem para sífilis durante a gestação deve ser realizada no 1º e 3º trimestres, 36,6% responderam que o FTA-Abs e VDRL são testes não treponêmicos para sífilis, percentual idêntico ao encontrado para o VDRL e RPR. Vale ressaltar que 7,3% dos profissionais não responderam a questão.

Sobre a conduta a ser adotada diante de uma gestante que apresenta VDRL reagente (1:1), 63,4% profissionais responderam que solicitariam teste confirmatório. Indagados sobre agravos que não são de notificação compulsória, 87,8% destacaram o herpes genital. Merece destaque o fato de que 9,7% dos profissionais responderam que a sífilis em gestante e sífilis congênita não se enquadram no rol dos agravos de notificação.

A Tabela 3 faz referência ao conhecimento dos profissionais sobre o que é preconizado pelo MS para tratamento adequado na gestação, tratamento para a fase secundária, gestantes alérgicas a penicilina, realização da periodicidade do VDRL para controle de cura, conduta com o parceiro diante de uma gestante com sorologia não treponêmica reagente e perante uma gestante com elevação da titulação em relação a último exame realizado.

Tabela 3 – Conhecimento dos Profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre tratamento da sífilis em gestantes e controle de cura. Picos – PI, 2015.

Variável	N	%
Tratamento adequado na gestação		
Completo, finalizado 30 dias antes do parto, ausência de queda	3	7,3
Completo, penicilina, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, parceiro concomitantemente	36	87,8
Completo, parceiro não tratado, penicilina	-	-
Ausência de queda no VDRL, penicilina, 30 dias antes do parto	-	-
Nenhuma das respostas	2	4,9
Tratamento para fase secundária		
Penicilina Benzatina 2.400.000, dose única	8	19,5
Penicilina Benzatina 4.800.000, dias consecutivos	2	4,9
Penicilina Benzatina 4.800.000, intervalo de três dias	1	2,4
Penicilina Benzatina 4.800.000, duas doses, intervalo de 7 dias	10	24,4
Penicilina Benzatina 7.200.000, intervalo de 7 dias	19	46,3
Tratamento de gestantes alérgicas à penicilina		
Tetraciclina	3	7,3
Amoxicilina	-	-
Estearato de eritromicina	30	73,2
Doxiciclina	6	14,6
Periodicidade do VDRL para controle de cura na gestante		

Tabela 3 – Conhecimento dos Profissionais das Unidades Básicas de Saúde sobre tratamento da sífilis em gestantes e controle de cura. Picos – PI, 2015. (Continuação).

A cada 2 meses	3	7,3
A cada 15 dias	2	4,9
Mensal	23	56,1
A cada 3 meses	12	29,3
Gestante com VDRL reagente, conduta com o parceiro		
Solicita VDRL e trata conforme o resultado	25	61
Trata com a mesma dose da gestante	16	39
Aguarda elevação dos títulos para tratar	-	-
Não trata se ele não apresenta sinais e sintomas	-	-
Gestante com elevação da titulação		
Não faz tratamento, tratada recentemente	4	9,8
Trata novamente a gestante	1	2,4
Trata a gestante e verifica se o tratamento do parceiro foi realizado	35	85,4
Nenhuma das respostas	1	2,4

Acerca do tratamento adequado para a gestante diagnosticada com sífilis, 87,8% dos profissionais responderam que este deve ser completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente.

Com relação ao tratamento adequado para uma gestante com VDRL reagente, sem tratamento anterior e com manchas exantemáticas (fase secundária), 46,3% profissionais responderam que deveria ser com Penicilina G benzatina, na dosagem de 7.200.000 UI, com intervalo de sete dias entre as doses. Apenas 31,7% responderam que a dose deveria ser de 4.800.000 UI. Adverte-se que 24,4% responderam que o intervalo entre as doses deve ser de sete dias e que 2,5% não respondeu a questão. Acerca do tratamento para gestantes alérgicas a penicilina, 73,2% responderam que deveria ser feito com estearato de eritromicina e nove (21,9%) com tetraciclina e doxiciclina. Ressalta-se que 4,9% profissionais não responderam a questão.

Referente ao controle de cura na gestante, 56,1% dos profissionais informou que este deve ser realizado mensalmente. Com relação à conduta a ser adotada com o parceiro de uma gestante com VDRL reagente, 61% responderam que solicitaria o VDRL e trataria de acordo com o resultado. Questionados sobre o procedimento frente a uma gestante que apresenta elevação da titulação cerca de quatro vezes em comparação ao último VDRL realizado e tratada recentemente, 85,4% responderam que trataria novamente à gestante e verificaria se o tratamento do parceiro foi realizado.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou analisar o conhecimento dos profissionais pré-natalistas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana no município de Picos – PI, no que se refere às ações de prevenção e controle da sífilis congênita (SC).

Na amostra analisada prevaleceram os enfermeiros, a maioria deles do sexo feminino. Estudo realizado em Fortaleza, Ceará encontrou realidade semelhante visto que, entre 160 enfermeiros, 143 (89,45%) eram do sexo feminino (ANDRADE, et al, 2011). Ao investigarem o perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família em Floriano, Piauí, Rocha; Zeitoune (2007) também evidenciaram maioria do sexo feminino. Desse modo, verifica-se que a predominância feminina na enfermagem é uma realidade constatada por outros autores, o que pode estar atrelado ao percurso histórico da profissão, exercida expressivamente pelas mulheres desde os seus primórdios.

Situação semelhante também pode ser evidenciada na atenção secundária a saúde, visto que, estudo realizado em Teresina-PI em um hospital de referência mostrou que na equipe de enfermagem também houve predominância do sexo feminino (CAVALCANTE; AMORIM; SANTOS, 2014).

No tocante aos médicos houve predominância do sexo feminino, situação evidenciada também no estudo de Miranzi et al. (2010), onde dos 73 médicos participantes, 54,3% era do sexo feminino. Scheffer ; Cassenote (2013) ressaltaram que nos anos de 2009 e 2010 embora tenha se constatado um registro maior de médicas, essa recente entrada de mulheres ainda não modificou o perfil da medicina como profissão predominantemente masculina no Brasil.

A idade dos profissionais variou de 24 a 74 anos, padrão que se aproxima do citado em estudo realizado na capital cearense com médicos e enfermeiros, em que a idade dos profissionais participantes variou de 20 a 69 anos (SILVA, et al, 2014). Em relação à faixa etária, destacou-se a menor de 35 anos. Em Floriano, Piauí, no tocante aos enfermeiros, autores apresentaram alta concentração de profissionais na faixa etária acima dos 30 anos (ROCHA; ZEITOUNE, 2007). Com relação aos médicos, Guarda; Silva; Tavares (2012) em estudo na ESF da Região Metropolitana do Recife evidenciaram que a maioria destes profissionais (76,3%) encontrava-se na faixa etária acima dos 40 anos.

A maioria dos profissionais possuía tempo de graduado inferior a 15 anos. No tocante ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), este se mostrou menor ou igual a oito anos para grande parte dos participantes. Esses valores diferem dos apontadas no estudo de Silva et al. (2014), onde houve maior percentual de profissionais no período que variou de 6 a 10 anos para ambas as variáveis.

Questionados acerca da realização de treinamento para sífilis, menos da metade respondeu (43,9%) que sim. Esse achado está abaixo do encontrados por Silva et al, (2014), onde mais da metade (53,2%) realizaram. Os profissionais que atuam na prestação de assistência a comunidade necessitam de um aperfeiçoamento constante, especialmente os pré-natalistas, visto que estes necessitam de conhecimento apropriado para lidar com as principais intercorrências que podem acontecer durante a gestação.

Entre os profissionais que realizaram treinamento, merece destaque o fato de que grande parte eram enfermeiros, assim como evidenciado em Fortaleza, Ceará (SILVA et al, 2014). Cordeiro et al. (2009), adverte que o programa de educação permanente é primordial para o desenvolvimento de práticas em saúde baseadas em princípios científicos.

Durante a gestação, podem ocorrer agravos tais como a sífilis e o HIV/Aids, situação que requer uma maior atenção durante o acompanhamento pré-natal, considerando-se o risco de transmissão vertical. Preocupado com tal possibilidade, o Ministério da Saúde vem lançando mão de diversas estratégias com vistas à minimizar tal possibilidade. No tocante à sífilis, são exemplos, dentre outros, as Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita (BRASIL, 2005), Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita (BRASIL, 2006), Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (BRASIL, 2007) e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015b).

Vale ressaltar que todo este material é distribuído a todas as equipes de Saúde da Família. Cabe aos profissionais que atuam no atendimento à gestante, médicos e enfermeiros, conhecerem as recomendações preconizadas pelo MS, a fim de prestarem uma assistência efetiva, garantindo assim o desenvolvimento de uma gestação saudável.

Entretanto, estudo realizado por Bittencourt; Pedron (2012) ao analisar a abordagem dos profissionais de saúde da família frente ao diagnóstico de sífilis durante o pré-natal demonstrou que estes desconheciam ou não utilizavam o Protocolo do Ministério, encaminhando a paciente aos centros de tratamento especializado sem critério, comprovando

que não conheciam as condutas adequadas para encaminhamento e tratamento dos casos de sífilis.

Sobre o conhecimento das fases da sífilis adquirida recente, pouco mais da metade dos profissionais (51,2%) responderam ser primária, secundária e latente recente, classificação que segue as diretrizes do MS (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2015b), sendo este um resultado aquém do esperado e apropriado. Silva et al. (2014), contudo, encontrou um índice ainda menor (37,9%) entre os participantes que responderam acertivamente. Sabe-se que a classificação adequada da fase doença é de fundamental importância para a adoção de tratamento adequado, já que este deverá ser fase-dependente.

No presente estudo, o conhecimento dos profissionais pré-natalistas sobre o período adequado para solicitação do VDRL para triagem sorológica das gestantes, pode ser considerado satisfatório, pois 75,6% deles responderam ser no 1º e 3º trimestres. Resultados similares foram encontrados por outros autores, onde se destacaram os profissionais que deram a mesma resposta (SCHMEING, 2012; SILVA et al., 2014). Esses achados se coadunam com o que é recomendado pelo MS, que acrescenta ainda a testagem no momento do parto (BRASIL, 2015b). Além disso, a Rede Cegonha, estratégia do MS, visando reduzir os casos de sífilis congênita, preconiza a realização de testes rápidos para HIV e sífilis durante o pré-natal para as gestantes (BRASIL, 2013b).

Objetivando avaliar a qualidade da assistência pré-natal em um município da região metropolitana de Fortaleza-CE, Valente et al. (2013) encontraram que o VDRL foi solicitado para todas as gestantes na primeira consulta, ao passo que os exames a serem realizados próximo a 30ª semana apresentaram baixa solicitação. Assim é que, entre 42 gestantes que se encontravam nessa fase, apenas 11 realizaram o VDRL e glicemia de jejum e 13 o sumário de urina.

Para o diagnóstico da sífilis, o MS (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2015b) recomenda os testes não treponêmicos (VDRL e RPR), os treponêmicos (FTA-Abs, TPHA, ELISA) e os testes rápidos. Sobre o assunto, constatou-se um baixo percentual (36,6%) entre aqueles que identificaram corretamente os testes não treponêmicos. Silva et al. (2014) apontaram percentual inferior (30,5%). Assim como no presente estudo, os autores anteriormente mencionados encontraram um número significativo de respostas indicando serem testes não treponêmicos o FTA-Abs e o VDRL.

O município de Picos disponibiliza no âmbito do SUS o VDRL, exame obrigatório a ser realizado durante o pré-natal. Em geral, as gestantes o realizam no Centro de Testagem e

Aconselhamento (CTA). Em se constatando a positividade do VDRL, os profissionais das unidades básicas encaminham a gestante para ser acompanhada pelo serviço de referência do município para gravidez de alto risco. Esse achado difere do que é recomendado pelo MS, segundo o qual a gestante com sífilis deve ser acompanhada no âmbito da atenção primária, sendo esta responsável, entre outras coisas, pela administração do tratamento prescrito, realizado com penicilina.

Entretanto, em se tratando FTA-Abs, teste treponêmico para confirmação diagnóstica, as gestantes necessitam procurar o serviço privado para realizá-lo. Sendo assim, percebe-se que, na maioria das vezes, apenas o VDRL seja usado para o diagnóstico, visto que este não é disponibilizado na rotina.

A rotina do município apresenta-se em descompasso com as recentes recomendações do MS, publicadas no Boletim Epidemiológico Sífilis – Definição de casos para fins de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2015a), que traz como critérios para confirmação de caso de sífilis em gestante, a realização de um teste não treponêmico reagente em qualquer titulação e um treponêmico reagente, independente de evidência clínica da doença. O segundo caso engloba gestante com teste treponêmico reagente e não treponêmico reagente ou que não foi realizado, sem registro de tratamento prévio.

Indagados sobre como procederiam diante de uma gestante com VDRL reagente (titulação de 1:1), mais da metade dos profissionais (63,4%) responderam corretamente, visto que solicitariam teste confirmatório, como recomenda o MS (BRASIL, 2006a). Ressalta-se que 14,6% relataram que tratariam epidemiologicamente a gestante com penicilina benzatina (7.200.000 UI), situação que pode ser atribuída a não disponibilização do teste confirmatório na rede pública do município.

Além disso, vale mencionar que três profissionais informaram que na situação acima descrita, não iniciariam o tratamento, por considerarem se tratar de uma cicatriz sorológica. Entretanto, o MS (BRASIL, 2007) afirma que esse termo é aplicado apenas para testes não treponêmicos persistentemente reagentes com baixas dosagens, para pessoas adequadamente tratadas.

Sabe-se que o encaminhamento para referência deve ocorrer apenas em caso de alergia comprovada a penicilina, para dessensibilização da gestante (BRASIL, 2007). Mesmo diante dessa recomendação, dois profissionais ainda afirmaram que encaminhariam a gestante para um hospital de referência. Para essa questão, encontrou-se ainda um percentual de profissionais (9,8%) que deram outras respostas, que incluíam confirmação de tratamento

anterior, para eventual cicatriz sorológica; encaminhamento para o médico; tratamento da gestante e do parceiro com a dose mínima ou de acordo com o estágio da doença.

Constatou-se que a maioria dos profissionais (87,8%) obtiveram êxito quando questionados sobre as doenças que não são de notificação compulsória, visto que dentre as opções elencadas, destacaram corretamente que o herpes genital não se enquadra nessa categoria. Esse resultado é semelhante aos de Silva et al. (2014), onde 82,2% dos profissionais participantes responderam acertadamente a questão.

A notificação permite o monitoramento da doença e, a partir desses dados, o lançamento de intervenções direcionadas a patologia. A notificação das doenças e/ou agravos, deve ser feita por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, com vistas a adoção das medidas de intervenção cabíveis, sendo, portanto, essencial para a monitorização das atividades de prevenção e controle das doenças, de forma a saber se estas estão sendo realizadas de forma adequada e se os resultados esperados estão sendo alcançados (RIBEIRO; MALHEIRO, 2009; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

A grande maioria dos profissionais (87,8%), no que se refere ao tratamento adequado para gestantes, afirmou que este deve ser completo e adequado ao estágio da doença, feito com penicilina, finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, devendo o parceiro ser tratado concomitantemente. Com a instituição do tratamento de forma adequada, espera-se que ocorra queda na titulação do VDRL.

Verifica-se, contudo que, embora os profissionais demonstrem ter conhecimento satisfatório sobre essa temática, o tratamento não é realizado na atenção primária, sendo a gestante diagnosticada com sífilis encaminhada ao hospital de referência do município para a administração da penicilina benzatina. Essa prática foi observada por Araújo et al., (2014), ao avaliar a estrutura e aspectos do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde para a prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará. Em um universo de 89 unidades, os autores verificaram que apenas 25 unidades (16,9%) realizavam a aplicação do medicamento. As demais limitavam-se a encaminhar as gestantes para o tratamento em hospital de referência.

Os profissionais parecem temer a ocorrência de reações anafiláticas decorrentes da aplicação da droga. Schmeing (2012) aponta que a não aplicação da penicilina benzatina pelas equipes da ESF constitui-se em ponto negativo para o tratamento da sífilis em gestantes e consequente prevenção da sífilis congênita, referindo que um fator que contribuiu para isso foi a publicação da portaria n° 156/ GM de 2006. Esta portaria determinava o uso da

penicilina nas unidades básicas de saúde e recomendava que as unidades dispusessem de insumos e pessoal capacitado para atender os casos de reação anafilática à droga.

Segundo a autora anteriormente mencionada, os profissionais temem os efeitos adversos e, uma vez que as unidades geralmente não possuem condições técnicas para intervir na ocorrência dessa situação, acabam optando por encaminhar essas pacientes para serviço de referência (SCHMEING, 2012). Vale ressaltar que as reações anafiláticas decorrentes da administração da penicilina benzatina são raras, ocorrendo em 0,5 a 1 caso/100.000 (BRASIL, 2006). Ademais, a portaria anteriormente citada foi revogada pela de Nº 3161, de 27 de dezembro de 2011, que também dispõe sobre a administração da penicilina na Atenção Básica a Saúde, a ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico.

Recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) emitiu uma nota afirmando que vai regulamentar a realização do tratamento da sífilis pela enfermagem na atenção básica, reconhecendo a segurança da administração da penicilina, importância da sua aplicação imediata para o tratamento da sífilis e prevenção da sífilis congênita (COFEN, 2015). Sabe-se contudo, que não basta uma determinação, fazendo-se necessário que os profissionais possuam conhecimento apropriado, sejam capacitados e realize capacitações constantemente.

Estudo realizado por Chaves et al. (2014) através da análise de prontuários de gestantes com VDRL reagente em um hospital do Rio Grande do Sul encontrou que o tratamento da maioria das gestantes foi administrado em ambiente hospitalar. Além disso, apontou a ausência ou inadequação do tratamento do parceiro, o que configura-se um gargalo na prevenção da SC. O mesmo chama a atenção também para um aumento no número de casos de sífilis em gestantes, o que remete a pensar se os profissionais da ESF estão realizando ações de educação em saúde adequadas para orientação a comportamento sexual seguro, bem como se estão realizando a busca ativa do parceiro.

Acertaram o tratamento adequado para a fase secundária da sífilis, dez (24,4%) profissionais, sendo o maior percentual de respostas (46,3%) verificado em relação a dose máxima. Diante do desconhecimento verificado, questiona-se a adequação do tratamento que vem sendo instituído para as gestantes está sendo adequado, visto que este deve ser fase-dependente.

Por outro lado, ciente da dificuldade dos profissionais em identificar a fase clínica da doença e que os erros de classificação levam ao tratamento inadequado, o que implica em

maiores possibilidades de transmissão vertical, o MS passou a recomendar que, na ausência de sinais clínicos e na impossibilidade de estabelecer a evolução da doença, esta deve ser classificada como sífilis de duração ignorada, casos em que o tratamento indicado são três doses (BRASIL, 2015a).

Outra mudança recente relacionada ao tratamento diz respeito à dosagem adequada para as fases da sífilis, que passa a contar agora apenas a dose de 2.400.000 UI (sífilis primária, secundária e latente recente) e de 7.200.000 UI (sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária) (BRASIL, 2015b). Anteriormente, havia ainda a de 4.800.000 UI (fase secundária). Neste estudo, entretanto, optou-se por manter as recomendações anteriores, visto que a sua execução antecedeu às novas diretrizes do MS, lançadas em maio deste ano.

O estearato de eritromicina foi citado pela maioria dos profissionais (73,2%) como sendo a droga de escolha para gestantes comprovadamente alérgicas a penicilina. Ressalta-se que mesmo a doxiciclina sendo contraindicada durante a gestação, alguns profissionais (14,6%) ainda tratariam com essa droga. Esses achados assemelham-se aos de Silva et al. (2014) no qual foram encontrados próximos a estes, a saber: 78,1% para a eritromicina e 13,5% para a doxiciclina. O manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2013a) enfatiza que as gestantes comprovadamente alérgicas a penicilina devem ser dessensibilizadas e tratadas com penicilina, única droga que atravessa a barreira placentária e trata o feto, no que é acompanhado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2015b).

Ressalta-se que, na impossibilidade de dessensibilização da gestante e sendo esta tratada com estearato de eritromicina, o tratamento não é considerado adequado, havendo a necessidade de investigação e tratamento adequado da criança (BRASIL, 2007).

A periodicidade do controle de cura na gestante foi atestada por pouco mais da metade dos profissionais (56,1%) como sendo de periodicidade mensal. O estudo de Silva et al. (2014) obteve resultado similar entre os participantes (55,1%). O MS (BRASIL, 2013a) recomenda que os testes não treponêmicos (VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes para controle de cura.

A conduta em relação ao parceiro, diante de uma gestante com VDRL reagente, foi listada de forma satisfatória pela maioria dos profissionais (61%), ou seja, solicitariam VDRL e trataria conforme resultado. Silva et al, (2014) encontraram que 50,2% dos profissionais

solicitaria VDRL e trataria de acordo com o resultado, enquanto 49,4% tratariam com a mesma dose da gestante.

Sabe-se que o tratamento do parceiro, que segue as recomendações do tratamento da sífilis adquirida, é indispensável para a prevenção da sífilis congênita, uma vez que existe o risco de reinfecção da gestante, caso ele não aconteça. Entretanto, os homens tradicionalmente não costumam comparecer aos serviços de saúde. Ao trabalhar com 24 profissionais da ESF, Schmeing (2012) verificou que, diante de uma gestante infectada, pouco mais da metade 13 (54,2%) convocariam o parceiro para vir à unidade. Os demais realizariam visita domiciliária ou enviariam a solicitação do exame e/ou a medicação pela gestante. Domingues et al. (2014), enfatizaram que o tratamento do parceiro é imprescindível para evitar reinfecção na gravidez, além de ser uma forma de prevenção de novos casos de IST na população em geral.

Estudo realizado em maternidades públicas de hospitais regionais que integram a rede assistencial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), com 67 gestantes/puérperas com VDRL reagente, demonstrou que desse total, apenas 28 foram adequadamente tratadas. As demais foram inadequadamente tratadas frente à ausência ou inadequação do tratamento do parceiro (MAGALHÃES et al, 2013).

Referente a conduta frente à elevação da titulação em quatro vezes, se comparado ao último VDRL realizado por gestante recentemente tratada, a maioria dos participantes (85,4%) responderam que a tratariam novamente e verificariam se o tratamento do parceiro fora realizado, o que está de acordo com o MS (BRASIL,2007).

O pré-natal tem como principal objetivo garantir uma gestação e nascimento de um bebê saudável. Em vista disso, os profissionais que prestam essa assistência devem estar cientes que durante esse momento importante na vida de uma mulher existe o risco de transmissão vertical de duas ISTs, a saber, sífilis e HIV/Aids.

Ambos os agravos, quando acontecem no percurso de uma gravidez, requerem um cuidado ainda maior por parte dos profissionais, já que podem levar a desfechos negativos. Os casos de sífilis congênita evidenciam falhas na assistência pré-natal, sendo a doença usada como critério de avaliação da qualidade desse atendimento, visto ser uma doença de fácil diagnóstico com tratamento efetivo e disponibilizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, mesmo diante da sua magnitude, a sífilis permanece revestida de alguma invisibilidade para os profissionais e serviços de saúde, situação que se evidencia, por exemplo, ao se comparar a assistência ofertada para sífilis e com aquela oferecida para o

HIV/Aids. Foi o que evidenciaram Ramos; Figueiredo; Succi (2014), por meio de um estudo realizado no Hospital São Paulo (HSP), com 56 gestantes, das quais 43 estavam com infecção pelo HIV, 11 com sífilis e duas coinfectadas (sífilis/HIV). Esses autores perceberam que a referência adequada (testes sorológicos e tratamento) foi realizada para apenas 57% das gestantes com sífilis durante acompanhamento pré-natal, ao passo entre as gestantes infectadas pelo HIV essa cobertura foi de 97,8%. Nota-se, portanto, que ainda há uma preocupação maior quando se fala da segunda patologia, mesmo a sífilis sendo conhecida atualmente como problema de saúde pública.

7 CONCLUSÃO

O pré-natal constitui-se numa estratégia utilizada com vistas à redução das situações de risco para o binômio mãe-feto, tendo como propósito alcançar, ao final da gravidez, o nascimento de uma criança saudável. Para tanto, os profissionais que o realizam devem estar devidamente capacitados para atender as gestantes, que apresentem intercorrências ou não.

Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar o conhecimento de profissionais pré-natalistas acerca das estratégias de combate à sífilis gestacional, com vistas a redução da sífilis congênita. Ao final da pesquisa foi possível identificar as características sociodemográficas dos profissionais, bem como verificar como estes estão realizando o manejo das gestantes diagnosticadas com sífilis.

Percebeu-se, portanto, que os profissionais pré-natalistas, a saber, médicos e enfermeiros, que atuam nas unidades básicas de saúde da zona urbana de Picos, apresentam lacunas no conhecimento no que diz respeito às estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita, notadamente no que se refere à identificação dos testes não treponêmicos e ao tratamento preconizado para a fase secundária da sífilis. Sabe-se que a realização dos testes apropriados, nos períodos oportunos, bem como a identificação dos sinais e sintomas da doença para caracterização das fases é essencial para instituição do tratamento adequado.

Os pré-natalistas demonstraram maior conhecimento em relação às demais questões, visto que as respostas foram listadas acertivamente por mais da metade dos participantes da pesquisa. Todavia, em nenhuma o percentual de acertos constatados foi superior a 90%. A importância do diagnóstico realizado em tempo hábil e, sobretudo, de um tratamento adequado para uma gestante com VDRL reagente, com o objetivo de minimizar as chances de transmissão vertical dão conta de que somente algo bastante aproximado aos 100% de acertos seria aceitável.

Embora os profissionais tenham identificado corretamente as respostas para a maioria das categorias, como é o caso do tratamento adequado, salienta-se que no município de realização do estudo, estes não realizam a aplicação da penicilina nas unidades básicas de saúde. Tal fato constitui-se um dos entraves para tratamento adequado da sífilis, o que é agravado ainda pelo não comparecimento do parceiro às consultas de pré-natal, ainda que seja convocado para tal, outro gargalo para o tratamento adequado dos casos diagnosticados

As lacunas demonstradas no estudo são fatores primordiais para o desempenho de práticas em desacordo com o que é preconizado pelo MS, constituindo-se em empecilho ao

desenvolvimento de uma assistência de qualidade às gestantes portadoras de sífilis, o que certamente contribui para a ocorrência de casos de sífilis congênita.

Ressalta-se, portanto, a necessidade da comunidade em geral conhecer melhor a sífilis, entrando nesse cenário os profissionais de saúde, atores fundamentais na promoção, prevenção e recuperação das doenças e agravos. Quando se fala em IST, surge no ideário das pessoas apenas o HIV/Aids, enquanto a sífilis tem pouca visibilidade. Esta última, mesmo sendo uma doença de fácil diagnóstico, tratamento gratuito e eficaz, quando ocorre em gestantes pode ocasionar graves danos ao feto, se não houver adoção de condutas adequadas.

O estudo apresentou limitações com relação ao fato de existirem poucas publicações que avaliem, em conjunto, o conhecimento de médicos e enfermeiros acerca do tema proposto, dificultando dessa forma uma melhor discussão. Quando o fazem, a maioria dos autores realiza pesquisas predominantemente com enfermeiros, visto que estes tendem a se mostrar mais acessíveis.

Um fato interessante se refere ao treinamento em sífilis, considerando-se o reduzido número de profissionais que o realizaram. Faz-se necessário que os órgãos gestores promovam mais frequentemente atividades que proporcionem o aperfeiçoamento desses profissionais, não apenas relacionado à sífilis, mas também a outras patologias, sobretudo aquelas que impliquem em maior risco para o binômio materno-fetal. O conhecimento é um pilar fundamental para o desenvolvimento de práticas saudáveis, sendo necessária atualização constante.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.34, n.2, p.52-55, 2012.
- ANDRADE, R.F.V. et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.23, n.4, p.188-193, 2011.
- ARAUJO, C.L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. v.46, n.3, p. 479-486, 2012.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 300-306, 2014.
- BITTENCOURT, R. R.; PEDRON, C. D. Sífilis: abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal. **J Nurs Health**, v.2, n.1, p. 09-17, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. 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: Ministério da Saúde, 2006b.
- _____. 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: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n.2, p. 15-25, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2015**. Brasília, 2015. Ano IV nº 01, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 156, 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).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAMPOS, J. E. B. et al. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. **J bras Doenças Sex Transm**, v.20, n.1, p.12-17, 2008.

CAMPOS, A.L.A. et al. Epidemiologia da Sífilis Gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad Saúde Pública**. v.26, n.9, p.1747-1755, 2010.

CASAL, C. A. D. et al. Detecção molecular do *Treponema pallidum* sp. *Pallidum* em amostras de sangue de mulheres sororeativas ao VDRL com resultado letal da gravidez: um estudo observacional retrospectivo no norte do Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop**. v.44, n.4, p.451-456, 2011.

CAVALCANTE, A. K. C. B.; AMORIM, P. H. C.; SANTOS, L. N. Perfil da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência em um hospital público de Teresina. **R. Interd**. v. 7, n. 2, p.85-94, 2014.

CHAVES, J. et al. Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.58,n.3, p. 187-192, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem deve administrar medicamento para sífilis**. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/enfermagem-deve-administrar-medicamento-para-sifilis_31838.html >, acesso em 30 de maio de 2015.

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

DEMITTO, M.O. et al. Orientações Sobre Amamentação na Assistência Pré-Natal: Uma Revisão Interrogativa. **Rev. Rene**. n.11, p. 223 – 229, 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M., et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Rev Saúde Pública**; v.48, n.5, p. 766-774, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. – 5^a ed. São Paulo: Atlas, 2010a.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. – 6^a ed. – 3.reimpr. – São Paulo: Atlas, 2010b.

GONDIM, A. N. C. et al. Epidemiologia de puérperas submetidas ao teste sorológico para a detecção da sífilis. **Rev enferm UFPE on line**, v.6, n. 9, p. 2086-92, 2012.

GONÇALVES, M.A.S. et al. Seropositivity rates for toxoplasmosis, rubella, syphilis, cytomegalovirus, hepatitis and HIV among pregnant women receiving care at a public health service, São Paulo state, Brazil. **Braz J Infect Dis**. v.14 , n.6, p.601-605, 2010.

GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; TAVARES, R. A. W. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**. v.3, n.2, p. 17-24, 2012.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades, disponível em:< <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=220800&search=piauilpicos|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria> >, acesso em 15 de outubro de 2014.

MACHADO, F. M.; CYRINO, R. M. F. **Planejamento do enfermeiro na inserção social de crianças portadoras de sífilis congênita**. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2011.

MAGALHÃES, D.M.S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.6, p. 1109-1120, jun, 2013.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. **Rev Med Minas Gerais**; v.20, n.2, p.189-197, 2010.

OLIVEIRA, D.R.; FIGUEIREDO, M.S.N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enferm Foco (Brasília)** v.2, p.108-111, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

PHILIPPI, M.L.S.; ARONE, E.M. **Enfermagem em doenças transmissíveis**. 7^a ed. São Paulo: Editora Senac; 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, V. M.; FIGUEIREDO, E. N.; SUCCI, R. C. M. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**; v. 17, n. 6, p. 887- 898, 2014.

REIS, H.L.B.; SABINO, J.B.; CALDELLAS, S. Sífilis recente em gestante e efeito prozona na sorologia: relato de caso. DST – **J Bras Doenças Sex Transm.** v.19, n.34, p.173-176, 2007.

RIBEIRO, A.S.; SOUZA, F.B.; PINTO, S.S. Triagem para Sífilis: Incidência de Resultados Positivos nas Amostras Analisadas no Hospital Municipal Duque de Caxias, Oriundas do Centro de Testagem e Aconselhamento para DST e AIDS. **News Lab.** v.82, p.142-155, 2007.

RIBEIRO, A.F.; MALHEIRO, V.L. Avaliação da implantação dos núcleos hospitalares de epidemiologia do Estado de São Paulo. **Bol Epidemiol Paul (BEPA)**, v.6, n.72, p. 4-16, 2009.

ROCHA, J.B.B.; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros do programa Saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro; v. 15, n.1, p. 46-52, 2007.

ROMANELLI, R. M.C. et.al. Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil de Recife**, v. 6, n.3, p. 329-334, 2006.

SAMPAIO, M.G. **Sífilis Congênita: aspectos clínicos e epidemiológicos atuais de uma doença antiga.** [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

SARACENI, V. et al. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1244-50, 2005.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. bioét. (Impr.)**. v. 21, n.2, p. 268-277, 2013.

SCHMEING, L. M. B. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais.** 2012.

SILVA, D. M. A. **Conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza-CE** / Denise Maia Alves da Silva. 2010.

SILVA, D.M.A. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; v.23, n.2, p. 278-285, 2014.

SILVA, G. A.; OLIVEIRA, C. M.G. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Rev Epidemiol Control Infect.** v.4, n. 3, p. 215-220, 2014.

VALENTE, M.M.Q.P. et al. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. **Rev Rene**. v.14, n.2, p. 280-289, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Título do trabalho: Conhecimento dos profissionais pré-natalistas sobre às estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita.

QUESTIONÁRIO

Questionário Nº _____

1ª Parte:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Categoria Profissional: () Médico () Enfermeiro2. Idade: _____ Sexo : () Feminino () Masculino3. Tempo de Graduado (a): _____4. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família: _____5. Já realizou treinamento relacionado à sífilis: () Sim () Não.6. Se sim esse treinamento foi:<ol style="list-style-type: none">a. () Antes de ingressar na ESFb. () Após ingressar na ESF |
|--|

2ª Parte

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

- a) () Durante o 1º, 2º e 3º trimestres de gravidez
- b) () Somente no 1º trimestre de gestação
- c) () No 1º e 3º trimestres de gravidez
- d) () No 2º e 3º trimestre de gestação

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

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

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

- a. () Completo e adequado ao estágio da doença, finalizado dentro dos 30 dias anteriores ao parto, ausência de queda ou elevação dos títulos (VDRL), após tratamento adequado.
- b. () Completo e adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto tendo sido o parceiro tratado concomitantemente.

Adaptado de Silva, 2010.

- c. () Adequado ao estágio da doença e completo, parceiro não tratado concomitantemente, com penicilina.
- d. () Ausência de queda no VDRL, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto.
- e. () Nenhuma das respostas.

4. São testes não treponêmicos para diagnóstico da sífilis:

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

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

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

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

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

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

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

8. São doenças de notificação compulsória, exceto:

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

9. O controle de cura na gestante é realizado:

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

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

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

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

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

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
Rua Cícero Eduardo S/N - Bairro Junco - 64.600-000 – Picos - PI
Fone (89) 3422-4389 – Fax (89) 3422-4826

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: Conhecimento dos profissionais pré-natalistas sobre as estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita.

Pesquisador(a) responsável: Profa. Ms. Valéria Lima de Barros

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI

Telefone para contato: (inclusive a cobrar) (89) 9978-2667

Pesquisador(es) participante(s): Mariana Leal de Moura

Telefones para contato: (inclusive a cobrar) (89) 8807-2359

Prezado (a) Senhor(a):

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, confeccionado em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Objetivo do estudo: Analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da sífilis gestacional.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas.

Riscos: O preenchimento deste questionário poderá trazer risco de ordem psicológica, pois os profissionais poderão se constranger, caso não saibam responder as perguntas, para reduzir risco não haverá identificação do profissional e será mantido sigilo das respostas.

Benefícios: Esta pesquisa não trará benefício direto para o participante, pois se trata de estudo exploratório e descritivo que visa analisar o conhecimento e conduta dos profissionais frente às gestantes com sífilis. Porém, ao final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício, pois a mesma trará maior conhecimento sobre o tema abordado, além de permitir que os profissionais realizem uma autoavaliação da sua prática, a fim de que possam aprimorar o seu conhecimento e inovar suas condutas, o que trará benefícios tanto para a usuária como para o serviço.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar os dados do estudo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
 RG/CPF/COREN/CRM _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Conhecimento dos profissionais pré-natalistas sobre as estratégias de prevenção e controle da sífilis congênita”. Discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer natureza.

Picos-PI, _____ / _____ / _____

Assinatura do Participante

Profa. Ms. Valéria Lima de Barros
 Pesquisadora responsável

Mariana Leal de Moura
 Responsável pela coleta

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: Teresina

Telefone: (86) 3237-2332

Fax: (86) 3237-2332

e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICE C – Autorização Institucional



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PICOS
RUA MARCOS PARENTE, 641
C.G.C 01.632.094/0001-84
PICOS - PI



Autorização Institucional

Eu, Amanda Gonçalves Portela Paes Landim, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Picos-PI, venho por meio desta, manifestar concordância para a realização da pesquisa intitulada **“Educação em saúde: estratégias para o enfrentamento da sífilis no contexto da Atenção Básica”**, que tem como pesquisadora responsável a Profª. Me. Valéria Lima de Barros, vinculada ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí/CSHNB. A pesquisa tem como público-alvo os profissionais pré-natalistas da ESF, as gestantes e seus parceiros. Como objetivos, se propõe a: Traçar o perfil sociodemográfico das gestantes e de seus parceiros, assim como dos profissionais responsáveis pela realização do pré-natal na ESF; Analisar o conhecimento de médicos e enfermeiros que prestam a assistência pré-natal acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis; Avaliar o conhecimento das gestantes e seus parceiros acerca da sífilis gestacional e sífilis congênita; Traçar o perfil sociodemográfico dos casos de sífilis em gestantes notificados no município de Picos-PI; Elaborar atividades de educação em saúde com informações relevantes acerca da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da sífilis.

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

Picos, 02 de Dezembro de 2014.

Amanda Gonçalves Portela Paes Landim
Amanda Gonçalves Portela Paes Landim
COORDENADORA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rua Marcos Parente, 641 Centro
CEP: 64.600-106 Picos - PI

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA SÍFILIS
NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA**Pesquisador:** Valéria Lima de Barros**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 39565414.2.0000.5214**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ **Patrocinador**
Principal: Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 983.664**Data da Relatoria:** 05/02/2015**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa é intitulada, Educação em Saúde: Estratégias para o Enfrentamento da Sífilis no Contexto da Atenção Básica, que tem como professor pesquisador responsável: Valéria Lima de Barros. A sífilis por ser considerada como um problema de saúde pública mundial, com consequências graves à saúde da mulher e de seu conceito, se a gestante não é tratada ou é inadequadamente tratada. Dessa forma, justifica a execução desse projeto, a fim de entender que seu controle está estreitamente relacionado à qualidade da assistência pré-natal, o que aponta para a necessidade de continuo monitoramento e avaliação dessa ação, visto que, é uma doença de fácil diagnóstico, com tratamento eficaz e de baixo custo.

Trata-se de projeto guarda-chuva, cuja metodologia abordará duas vertentes: estudo exploratório descritivo e estudo documental e retrospectivo, ambos de abordagem quantitativa, a ser desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF), atualmente com 36 equipes (26 na zona urbana, dez na zona rural) e na Vigilância Epidemiológica de Picos-PI. No que se refere aos profissionais, será composta por aqueles que atuam nestas unidades, a saber: 36 médicos e 36 enfermeiros. A coleta de dados será através de um questionário auto aplicado, que permitirá conhecer: distribuição de profissionais por sexo, tempo de atuação na ESF, aperfeiçoamento sobre sífilis e conhecimento sobre o manejo da sífilis em gestantes. No caso das gestantes, serão aquelas em

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550**UF:** PI **Município:** TERESINA**Telefone:** (86)3237-2332**Fax:** (86) 3237- 2332**E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 983.664

acompanhamento pré-natal nas unidades da zona urbana, com idade gestacional de até 12 semanas no período da coleta. No que se refere aos parceiros, pressupõe-se um número idêntico de participantes, considerando-se que para cada mulher haverá um parceiro. Para a coleta será aplicado um formulário estruturado, contendo questões sobre dados sociodemográficos e questões com enfoque no conhecimento acerca da sífilis (transmissão, diagnóstico, tratamento, prevenção e consequências para o binômio materno fetal). Os parceiros das gestantes que aceitarem participar do estudo serão convidados a participar da pesquisa, respondendo o mesmo instrumento. No que tange às fichas de notificação compulsória, a coleta de dados será por meio de formulário estruturado, elaborado com base nas informações das fichas notificação de Sífilis em Gestante, que contempla dados sociodemográficas, dados obstétricos, antecedentes epidemiológicos da gestante, dados laboratoriais, esquema de tratamento prescrito e antecedentes epidemiológicos da parceria sexual. Critérios de inclusão dos profissionais da saúde: Atuar na ESF, realizar atendimento pré-natal e concordar em participar do estudo e das gestantes: estares em acompanhamento pré-natal em unidade da ESF da zona urbana no período de coleta dos dados, idade gestacional de até 12 semanas, concordar em participar do estudo. Critérios de exclusão: ser menor de idade e idade gestacional superior a 12 semanas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver estratégias para o enfrentamento da sífilis em gestantes e sífilis congênita no contexto da Atenção Básica no município de Picos - Piauí, com a realização de atividades de educação em saúde e elaboração de material educativo. Objetivo Secundário: Traçar o perfil sociodemográfico das gestantes e de seus parceiros, assim como dos profissionais responsáveis pela realização do pré-natal na ESF; Analisar o conhecimento de médicos e enfermeiros que prestam a assistência pré-natal acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis; Avaliar o conhecimento das gestantes e seus parceiros acerca da sífilis gestacional e sífilis congênita; Traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis em gestantes notificados no município de Picos-PI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para os profissionais, as gestantes e seus parceiros, a participação na pesquisa poderá, eventualmente, implicar em risco de ordem psicológica, pelo constrangimento ao responder um instrumento cuja finalidade é avaliar o conhecimento dos mesmos sobre o tema da sífilis. Com vistas a minimizar tal possibilidade, a coleta será realizada no próprio serviço, em sala privativa.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86) 3237- 2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 983.664

Para a instituição, assim como para os sujeitos, existe ainda o risco de desconforto de ordem psicológica, moral e ética, decorrentes da possibilidade de vazamento das informações contidas nas fichas de notificação compulsória. Visando contornar tal possibilidade, a coleta dos dados será feita pela pesquisadora, em sala do serviço, evitando assim o trânsito dessas fichas fora da instituição. Ademais, a todos (profissionais, gestantes, parceiros e instituições) será assegurada a privacidade, proteção da identidade e dos dados coletados, e ainda a total liberdade de desistência, em qualquer momento da pesquisa. Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para os participantes. Contudo, as informações decorrentes da sua realização, permitirão que os profissionais realizem uma auto-avaliação da sua prática, a fim de que possam aprimorar o seu conhecimento e inovar suas condutas, o que trará benefícios tanto para a usuária como para o serviço. No que se refere às gestantes e seus parceiros, contribuirá para o conhecimento dos mesmos sobre o processo saúde-doença e cuidados para a melhoria da qualidade de vida, bem como da prevenção da sífilis congênita.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. A pesquisadora apresentou o Termo de Fiel depositário, o TCLE para o profissional e da gestante informando que os participantes terão sua privacidade garantida e que eles não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.
2. A metodologia apresentada é consistente e descreve os procedimentos para realização da coleta e análise dos dados.
3. O pesquisador apresenta à situação de vulnerabilidade do participante, mostrando os possíveis riscos danos morais, físico, psíquico. Além disso, descreve a forma de contornar esses riscos.
4. O pesquisador tem experiências para realização do projeto, como atestado pelo currículo Lattes apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está instruído dentro das orientações do CEP, constam todos os documentos exigidos pela Resolução, 466-12 do CNS.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nas análises dos documentos foi evidenciado o valor ético e científico da pesquisa. O protocolo de

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86) 3237- 2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 983.664

pesquisa não apresenta conflitos éticos estabelecidos na Res, 466-12 do CNS. Portanto apto para aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 12 de Março de 2015

Assinado por:

**Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)**

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86) 3237- 2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (X) Monografia
 () Artigo

Eu, Mariana Leal de Moura,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Conthecimento dos Profissionais Pivataleiros sobre as Estrati-
gias de Prevenção, Controle da Sífilis Congênita
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 04 de Março de 2016.

Mariana Leal de Moura
 Assinatura