

## **ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À SÍFILIS GESTACIONAL EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

### **RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo avaliar o atendimento em relação à sífilis proporcionado pelos profissionais das equipes de saúde da família durante as consultas de pré-natal. Para tanto, aplicou-se um questionário estruturado aos médicos e enfermeiros atuantes nas unidades de saúde localizadas na zona urbana e rural do município de Nossa Senhora do Socorro, em Sergipe, e os resultados apresentados utilizando estatística descritiva simples. Constatou-se que 76,2% dos entrevistados utilizaram o Manual da Gestante durante as consultas de pré-natal, reconhecendo adequadamente cada estágio da doença e à terapêutica medicamentosa a ser instituída, porém o tratamento não é iniciado de imediato por falta de medicamento na unidade. Os entrevistados (81%) realizaram busca ativa das gestantes faltosas às consultas do pré-natal, no entanto 52,4% apresentaram estratégia para captação dos parceiros. Conclui-se que os profissionais de saúde frente à sífilis, têm o conhecimento, porém não conseguem atuar de maneira efetiva, tornando-se necessário discutir o conhecimento e atuação desses profissionais, garantindo o acesso a capacitações. Ressalta-se também a necessidade de melhorias por parte da gestão de saúde, a fim de tornar a abordagem do município à sífilis mais específica e qualificada, aumentando as chances de erradicação da doença.

**PALAVRAS CHAVE:** Atenção Primária; Cuidado pré-natal; Sífilis Congênita; Sífilis Gestacional.

### **PROFESSIONALS OF FAMILY HEALTH TEAM PROFESSIONALS AGAINST GESTACIONAL SYPHILIS IN A MUNICIPALITY OF NORTHEAST BRAZIL**

### **ABSTRACT**

This study had as objective to evaluate the care regarding syphilis provided by the professionals of the family health teams during prenatal consultations. For this purpose, a structured questionnaire was applied to physicians and nurses working in the health units located in the urban and rural areas of the municipality of Nossa Senhora do Socorro, in Sergipe, and the results presented using simple descriptive statistics. It was found that 76.2% of the interviewees use the Pregnant Women's Manual during prenatal consultations, adequately recognizing each stage of the disease and the drug therapy to be instituted, but treatment is not started immediately due to a lack of medication in the unity. The interviewees (81%) carried out an active search of pregnant women who were absent from prenatal consultations, but 52.4% presented a strategy to attract their partners. It is concluded that the health professionals against syphilis have the knowledge, but they can not act in an effective way, making it necessary to discuss the knowledge and performance of these professionals, guaranteeing access to training. The need for improvements by health management is also emphasized in order to make the municipality's approach to syphilis more specific and qualified, increasing the chances of eradicating the disease.

**KEYWORDS:** Primary Care; Prenatal Care; Congenital Syphilis; Gestational Syphilis.

### **DESEMPEÑO DE PROFESIONALES DEL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR FRENTE A LA SÍFILIS GESTACIONAL EN UN MUNICIPIO DEL NORESTE DE BRASIL**

### **RESUMEN**

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la atención en relación a la sífilis brindada por profesionales de los equipos de salud de la familia durante las consultas prenatales. Para ello, se aplicó un cuestionario estructurado a médicos y enfermeros que laboran en unidades de salud ubicadas en el área urbana y rural del municipio de Nossa Senhora do Socorro, en Sergipe, y los resultados se presentaron mediante estadística descriptiva simple. Se encontró que el 76,2% de las encuestadas utilizó el Manual de la Embarazada durante las consultas prenatales, reconociendo adecuadamente cada etapa de la enfermedad y la farmacoterapia a instituir, sin embargo el tratamiento no se inicia de forma inmediata por falta de medicación en el unidad. Los encuestados (81%) realizaron una búsqueda activa de mujeres embarazadas que faltaron a sus consultas prenatales, sin embargo el 52,4% presentó una estrategia para atraer parejas. Se concluye que los profesionales de la salud que enfrentan la sífilis tienen los conocimientos, pero son incapaces de actuar con eficacia, por lo que es necesario discutir el conocimiento y desempeño de estos profesionales, asegurando el acceso a la formación. También se enfatiza la necesidad de mejoras por parte de la

gestión sanitaria, con el fin de hacer más específico y calificado el abordaje municipal de la sífilis, aumentando las posibilidades de erradicación de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** Atención primaria; Cuidado prenatal; Sífilis congénita; Sífilis gestacional.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode ser adquirida através de contato sexual, transfusão sanguínea, transplante de órgãos, ou por transmissão vertical, através da via transplacentária<sup>1</sup>. Possui evolução crônica, e quando não tratada progride ao longo de muitos anos, sendo classificada em sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária<sup>2</sup>.

No mundo, é vista como uma doença reemergente com taxas crescentes e expressivas, sendo registrados anualmente cerca de 5,6 milhões de novos casos na população adulta mundial<sup>2</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que pelo menos 2 milhões destes casos acometam mulheres em período gestacional<sup>3</sup>, ocasionando transmissão vertical em 25% dos casos<sup>4</sup>.

A sífilis também é considerada como uma doença disseminada, estando presente tanto em países desenvolvidos, como a Itália e os Estados Unidos da América<sup>5</sup>, quanto nos países da América Latina e Caribe, chamando a atenção para a necessidade de rastreamento das gestantes durante o momento de atendimento do pré-natal, além do tratamento eficaz e em tempo hábil, com o objetivo de conter a infecção congênita<sup>6</sup>.

No Brasil, em média 50 mil parturientes ao ano têm o diagnóstico de sífilis gestacional<sup>7</sup>. Quanto à sífilis congênita, verifica-se que a sua incidência em 2013 no Brasil foi de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, o que reflete o aumento crescente de casos novos, quando comparado com a taxa de infecção de 1,7 casos para 1.000 nascidos vivos, no ano de 2004. Por distribuição regional, o Nordeste apresentou a maior incidência de casos (5,3), seguida da região Sudeste (5,1), Sul (4,1), Norte (3,5) e Centro-Oeste (3,3). O estado de Sergipe está entre as unidades federativas que apresentaram em 2013 incidências superiores à média nacional, com índice de 11,2 por 1.000 nascidos vivos, destacando-se o município de Nossa Senhora do Socorro classificado em primeiro lugar do Estado com o índice de 2,4 por 1.000 nascidos vivos, em 2014<sup>5</sup>.

A atuação dos profissionais da atenção básica é essencial no combate à transmissão materno-fetal da sífilis, pois se sabe que eles são o elo entre o acesso aos serviços de saúde e a comunidade, sendo sua colaboração de total importância para mudança dos quadros epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita<sup>8</sup>. Assim, percebe-se a importância da criação de estratégias inovadoras que contribuam para a capacitação destes profissionais, visando prepará-lo para a atuação frente à gestante e/ou neonato com diagnóstico de sífilis<sup>9</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) contém políticas públicas específicas voltadas para as gestantes portadoras de sífilis, as quais fornecem diagnósticos e tratamento gratuitos para ela e seus parceiros sexuais, visando evitar os casos de sífilis congênita, óbitos fetais, abortos ou outras consequências irreversíveis que acometem os recém-nascidos, decorrentes dessa infecção evitável<sup>9</sup>. Portanto, é necessário que todos os profissionais de saúde estejam aptos a reconhecer os sinais e sintomas clínicos da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais, que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento<sup>10</sup>.

O efetivo controle da sífilis gestacional tem como premissa fundamental a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros sexuais, além da orientação da gestante e distribuição de preservativos durante a consulta, visto que a qualidade da assistência pré-natal é um importante determinante na redução da transmissão vertical<sup>8</sup>.

Apesar de existirem políticas de saúde definidas, a dificuldade de tratamento e controle da sífilis no período gestacional ainda é considerada um grave e prevalente problema de saúde pública<sup>11</sup>. Dessa forma o estudo revela-se de suma importância para a construção de estratégias que assegurem uma melhor abordagem e manejo da sífilis gestacional, tendo como objetivo avaliar as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família na prevenção e controle da sífilis gestacional no município de Nossa Senhora do Socorro/Sergipe.

## DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa com ênfase na atuação dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família frente à sífilis gestacional e congênita no município de Nossa Senhora do Socorro/SE, que ocorreu no período de março a junho de 2017.

Segundo dados da Coordenação da Atenção Básica, o município conta com um total de 62 equipes de estratégia de saúde da família. Uma população de 116 profissionais de saúde, distribuídos nas Unidades Básicas de saúde (UBS) em zonas urbanas e rurais.

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa foram levados em consideração os seguintes critérios: profissionais de saúde que prestam o atendimento a gestante no pré-natal, sendo eles: médicos e enfermeiros, pois estes foram capacitados para realizar o teste rápido; profissionais de saúde atuantes e em exercício com vínculo de pelo menos um ano, foram excluídos 32 profissionais de saúde, pois estes apresentaram vínculo de trabalho inferior a um ano no município, ou estavam de licença/ férias no período da coleta e/ou recusou participar da pesquisa, sendo selecionados e entrevistados 84 profissionais de saúde.

Para caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados, verificar as atividades e qualificar o atendimento de pré-natal, e para verificar o conhecimento dos profissionais de saúde das equipes de saúde da família (médico e enfermeiro), foi aplicado um questionário estruturado com questões fechadas nas Unidades Básicas de Saúde com os horários previamente agendados com os participantes, estes responderam verbalmente e o pesquisador marcou as respostas correspondentes no instrumento, após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. O instrumento utilizado para coleta de dados, anteriormente já foi validado e usado em outros estudos<sup>12</sup>.

Como variáveis dependentes teve-se o domínio de conhecimento desses agravos pelos profissionais de saúde e o cumprimento do protocolo para evidenciar o diagnóstico de sífilis gestacional e congênita, tais como: testes não treponêmicos solicitados durante o pré-natal; diferenciação das lesões como sífilis primária, secundária e terciária; interpretação dos resultados de titulações dos testes de VDRL; referência e contra referência; implementação do tratamento na gestante e no parceiro.

Após a execução da coleta em campo, com os 84 profissionais de saúde entrevistados, os dados primários foram tabulados no programa Excel. Realizaram-se estatísticas descritivas simples, utilizando-se tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa.

Foram observados os aspectos éticos que regem pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (UNIT), com número do parecer de aprovação nº 1.905.765.

Participaram desta pesquisa descritiva uma amostra de 84 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que se encaixaram nos critérios de inclusão e que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Programa de Saúde da Família (PSF) (20 da zona urbana e 7 da zona rural).

Entre os profissionais participantes da pesquisa, 53 eram enfermeiros e 31 médicos, destes 78,6% do sexo feminino e 21,44% do sexo masculino, com faixa etária variando entre 25 a 61 anos, 53,6% com idade entre 25 a 45 anos e 46,4% com idade entre 46 a 61 anos. Em sua maioria com mais de 10 anos de formado (65,5%), possui alguma pós graduação (58,3%), e atuam a mais de anos em PSF (52,4%). Quase todos os profissionais relataram ter recebido alguma capacitação referente a sífilis nos últimos 5 anos e apenas 4,5% não realizaram, de acordo com os dados apresentados na tabela 1.

É possível observar também que, apesar do longo tempo de vida profissional, a grande maioria destes profissionais continua aderindo, com boa aceitação, aos recursos de atualização e educação permanente, tendo em vista que, mais de 95% afirmou já ter participado de treinamentos e/ou capacitações sobre manejo da sífilis gestacional e congênita, entre os anos de 2011 a 2015 (Tabela 1).

**Tabela 1:** Caracterização profissiográfica dos profissionais de Saúde das ESF do município de Nossa Senhora do Socorro/SE-2017

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	18	21,4
Feminino	66	78,6
<b>Faixa Etária</b>		
25 a 45 anos	45	53,6
46 a 61 anos	39	46,4
<b>Formação</b>		
Médico clínico geral	31	36,9
Enfermeiro	53	63,1
<b>Tempo de graduação</b>		
1 a 10 anos	29	34,5
+ de 10 anos de formado	55	65,5
<b>Pós graduação</b>		
Não possui	10	11,9
Especialização Saúde da Família	20	23,8
Outra especialização	54	64,3
<b>Tempo de atuação no PSF (anos)</b>		
01 a 10anos	40	47,6
11 a 25 anos	44	52,4
<b>Participação na última capacitação referente sífilis na gestação, sífilis congênita e execução do teste rápido no pré-natal (ano)</b>		
2011	13	19,4
2012	5	7,5
2013	5	7,5
2014	16	23,9
2015	25	37,3
Nunca Participou	3	4,5

Com relação aos conhecimentos dos profissionais de saúde para ações preventivas sobre a sífilis gestacional (Tabela 2), 51,2% dos entrevistados não utilizaram estratégias para captação precoce das gestantes e 76,2% relataram utilizar o manual do MS nas consultas de pré-natal e 86,9% disseram conhecer o mesmo.

A realização da primeira consulta de pré-natal é feita pelo enfermeiro em 78,6% dos casos, 66,7% relataram realizar atividades de educação de saúde com gestantes, tendo como estratégia mais utilizada as palestras (53,6%) e grupo de gestantes (32,1%) (Tabela 2).

Quanto aos conhecimentos específicos sobre a doença, 73,3% afirmaram que a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, pode ocorrer em qualquer período da gestação, 85,7% afirmaram que o VDRL é um teste não treponêmico solicitado no pré-natal e este deve ser solicitado no 1º e 3º semestres de gestação (66,7%) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Conhecimento dos profissionais de saúde para ações preventivas à sífilis na gestação – Nossa Senhora do Socorro/SE- 2017

	N	%
<b>Rotina/estratégia para captação precoce das gestantes</b>		
Não	43	51,2
Sim	41	48,8
<b>Utilização do manual do Ministério da Saúde nas consultas de Pré-Natal</b>		
Não	20	23,8
Sim	64	76,2
<b>Realização da primeira consulta de Pré-Natal</b>		
Enfermeiro	66	78,6
Médico	3	3,6
Misto	15	17,9
<b>Realização de atividades de educação em saúde com gestantes</b>		
Não	28	33,3
Sim	56	66,7
<b>Se sim, qual?</b>		
Grupo de gestante	18	32,1
Palestras/ oficinas	30	53,6
Distribuição de folders e outros impressos	8	14,3
<b>Conhecimento do manual do Ministério da Saúde para a prevenção da sífilis gestacional e congênita</b>		
Não	11	13,1
Sim	73	86,9
<b>A partir de qual mês o <i>Treponema pallidum</i> pode infectar o feto durante a gestação</b>		
Pode ocorrer em qualquer período da gestação	55	73,3
Após o 4º mês da gestação	5	6,7
A partir da 9ª semana de gestação	13	17,3
Após o 2º trimestre	2	2,7
<b>Testes não treponêmicos solicitados no pré-natal</b>		
VDRL	72	85,7
TPHA e ELISA	3	3,6
ELISA e VDRL	9	10,7
<b>Mês que deve ser solicitado o exame de VDRL a gestante</b>		
1º/ 2º/ 3º trimestres	20	23,8
1º/2º trimestres	4	4,8
1º/ 3º trimestres	56	66,7
1º trimestre		
	4	4,8
<b>Realiza o teste rápido nas gestantes</b>		
Não	33	39,3
Sim	51	60,7
<b>Se sim, em quais momentos?</b>		
1º consulta	25	49,0
1º/ 2º/ 3º trimestre	4	7,8
1º/ 3º trimestre	20	39,2
2º trimestre	1	2,0

Quanto ao conhecimento dos profissionais de saúde no tratamento da sífilis gestacional (Tabela 3), em uma titulação 1:32 no VDRL, houve três condutas mais referidas: solicitaria o teste FTA-abs para confirmação (21,4%); iniciaria o tratamento (44%) e solicitaria a repetição do VDRL, para descartar um falso positivo (29,8%).

Na sífilis primária, 66,6% reconheceram o cancro duro com lesão e o tratamento indicado com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) em dose única (57,1%); na sífilis secundária, lesões cutâneo-mucosas poliméricas, altamente infectantes (55,9%) e o tratamento prescrito Penicilina benzatina (4.800.000 UI) em duas doses, com sete dias de intervalo (42,8%) e Penicilina benzatina (7.200.000 UI) em três doses, com sete dias de intervalo (32,1%); e na terciária, lesões tegumentares como nódulos ou tubercircinadas e gomas (63,1%), e o tratamento com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) em três doses, com intervalo de sete dias (79,7%), resultados apresentados na tabela 3.

**Tabela 3:** Conhecimento dos profissionais de saúde no tratamento da sífilis na gestação – Nossa Senhora do Socorro /SE- 2017

	N	%
<b>Conduta frente à titulação 1:32 de VDRL em gestantes</b>		
Encaminharia a paciente para um hospital de referência	4	4,8
Solicitaria o teste FTA- abs para confirmação	18	21,4
Iniciaria o tratamento	37	44,0
Solicitaria a repetição do VDRL, para descartar um falso positivo	25	29,8
<b>Quais lesões você reconhece como sífilis primária</b>		
Cancro duro ou protossifiloma	56	66,6
Lesões papulosas eritemato-acobreadas	14	16,6
Lesões papulo-pustulosas	7	8,3
Não sabe informar	7	8,3
<b>Quais lesões você reconhece como sífilis secundária</b>		
Lesão ulcerada, conhecida por cancro duro ou protossifiloma	18	21,4
Lesões cutâneo-mucosas poliméricas, altamente infectantes	47	55,9
Granulomas destrutivos	2	2,4
Tumorações amolecidas em regiões cutâneo-mucosas	8	9,5
Não sabe informar	9	10,7
<b>Quais lesões você reconhece como sífilis terciária</b>		
Lesões tegumentares como nódulos, tubérculos, placas nódulo-ulceradas ou tubercircinadas e gomas	53	63,1
Pápulas ricas em treponemas e altamente contagiosas	8	9,5
Lesões pápulo-pustulosas	2	2,4
Cancro misto de Rollet	5	5,9
Não sabe informar	16	19,0
<b>Qual o tratamento realizado para sífilis primária (medicação/ dose/intervalo de tempo)</b>		
Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única)	48	57,1
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos	1	1,2
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de três dias	1	1,2
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias	5	5,9
Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias	27	32,1
Não sabe informar	2	2,4
<b>Qual o tratamento realizado para sífilis secundária (medicação/ dose/intervalo de tempo)</b>		
Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única)	7	8,3
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) em dias consecutivos	1	1,2
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de três dias	1	1,2
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias	36	42,8
Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias	27	32,1
Não sabe informar	12	14,2
<b>Qual o tratamento realizado para sífilis terciária (medicação/ dose/intervalo de tempo)</b>		
Trata com Penicilina benzatina (2.400.000 UI) (dose única)	2	2,4
Trata com Penicilina benzatina (4.800.000 UI) (duas doses) com intervalo de sete dias	2	2,4
Trata com Penicilina benzatina (7.200.000 UI) (três doses) com intervalo de sete dias	67	79,7
Não sabe informar	13	15,5

Em relação ao atendimento prestado à gestante pelo profissional de saúde (Tabela 4), 96,4% dos profissionais relataram informar a gestante sobre os exames solicitados; 73,8% prescrevem a medicação para tratamento; 64,3% realizam a consulta em conjunto com o médico e ele prescreve e 25% prescrevem a medicação e inicia o tratamento, este fato acontece, pois a maioria dos enfermeiros não possui permissão para receitar medicamentos para as gestantes, na maternidade, independentemente do estágio da doença. 96,4% do tratamento são realizados na própria unidade de saúde; 54,7% a própria gestante informa a unidade de saúde quando é referenciada e 11,9% não tem informação; 51,1% afirmaram ter possibilidade de aplicação de Penicilina Benzatina na UBS.

A maioria dos profissionais na presente pesquisa (81%) relatou realizar busca ativa de gestantes sífilíticas faltosas; 52,4% possuem estratégia para busca de parceiro. Grande parte dos profissionais de saúde afirmou que solicitam o VDRL e tratam o parceiro de acordo com o resultado (53,6%). A notificação dos casos é executada pelo enfermeiro (80,8%), sendo que 90% dos profissionais relataram que a unidade realizava notificação da sífilis gestacional (Tabela4).

**Tabela 4:** Características relacionadas ao atendimento dos profissionais de saúde das ESF prestado às gestantes do município de Nossa Senhora do Socorro/SE - 2017

	n	%
<b>A gestante é informada sobre os tipos de exames que lhe estão sendo solicitados</b>		
Não	3	3,6
Sim	81	96,4
<b>Realiza a prescrição da medicação para o tratamento da sífilis gestacional</b>		
Não	22	26,2
Sim	62	73,8
<b>Condutas tomadas diante de uma gestante com sífilis</b>		
Protocolo profbe. Encaminhamento ao médico da equipe.	2	2,4
Não realizo pré-natal.	1	1,2
Realizo a consulta em conjunto com o médico e ele prescreve.	54	64,3
Encaminhamento ao médico por se tratar de medicação injetável.	6	7,1
Prescrevo a medicação e início tratamento.	21	25,0
<b>Local que a gestante recebe o tratamento para sífilis</b>		
Na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal.	81	96,4
Na unidade de referência.	3	3,6
<b>No caso de a gestante ser referenciada a outra unidade; como se tem a informação do seguimento do tratamento?</b>		
Pela própria gestante	46	54,7
Por documentos enviados pela unidade de saúde de referência	20	24,0
Por profissionais que acompanham a gestante até a unidade de referência	3	3,6
Não se tem esta informação	10	11,9
Não sabe informar	5	5,8
<b>Há disponibilidade para aplicação da Penicilina Benzatina na UBS aos usuários que estão em tratamento de sífilis?</b>		
Não	31	37,0
Sim	43	51,1
Não sabe informar	10	11,9
<b>Realiza o controle e a busca de gestantes sífilíticas faltosas as consultas de pré-natal</b>		
Não	16	19,0
Sim	68	81,0
<b>Tem alguma estratégia para busca de parceiros de gestantes com sífilis</b>		
Não	40	47,6
Sim	44	52,4
<b>Se sim. Qual estratégia é utilizada?</b>		

Busca ativa pelos agentes comunitários de saúde.	18	40,9
Captção dos parceiros por meio das gestantes.	22	50,0
Realização de visita domiciliar.	4	9,1
<b>Conduta em relação ao parceiro diante de uma gestante com VDRL reagente</b>		
Solicita o VDRL e trata de acordo com o resultado	45	53,6
Repete o tratamento feito na gestante	39	46,4
<b>Realização da notificação dos casos de sífilis na gestação e/ou do parceiro</b>		
Enfermeiro	68	80,8
Médico	2	2,4
Misto	10	12,0
Agente comunitário de saúde	4	4,8

A maior parte dos participantes (73,8%) afirmou que o município não tem um protocolo próprio; o resultado do VDRL, só está disponível com mais de 30 dias (55,9%) (Tabela 5).

Alguns profissionais (33,3%) afirmaram não ter faltado material para o teste rápido para sífilis na UBS; 97,6% relataram acompanhar o seguimento da gestante sífilítica; não existe estratégia para priorizar os exames da gestante (76,2%); 87% afirmaram não ter o medicamento na UBS, neste caso 75% solicitam a SMS e o paciente aguarda chegar; 100% orientam e disponibilizam preservativos para os usuários (Tabela 5).

**Tabela 5:** Características da gestão de saúde do município de Nossa Senhora do Socorro/SE quanto à sífilis - 2017

	N	%
<b>O município tem protocolo próprio de atenção a gestante no pré-natal e parto?</b>		
Não	62	73,8
Sim	22	26,2
<b>Tempo em dias entre a coleta da amostra e a disponibilidade do resultado do VDRL</b>		
1 semana	5	5,9
Até 15 dias	10	11,9
De 15 a 30 dias	22	26,3
+ de 30 dias	47	55,9
<b>Quantas vezes neste ano faltou material de teste rápido para sífilis na sua UBS?</b>		
1 a 2 vezes	21	25,0
2 a 4 vezes	3	3,6
5 ou + vezes	8	9,5
Nenhuma vez	28	33,3
Não sabe informar	24	28,6
<b>A unidade de saúde acompanha o seguimento de tratamento da gestante com sífilis?</b>		
Não	2	2,4
Sim	82	97,6
<b>A unidade de saúde tem estratégia para priorizar exames de gestantes?</b>		
Não	64	76,2
Sim	20	23,8
<b>Existe a Penicilina Benzatina na farmácia da UBS?</b>		
Não	73	87,0
Sim	11	13,0
<b>Se não, qual a orientação é fornecida para o usuário?</b>		
Solicito a SMS e o paciente aguarda chegar	63	75,0
Solicito que o paciente compre	19	22,6
Administro outro antibiótico	1	1,2
<b>A unidade de saúde orienta e disponibiliza preservativos para gestante e/ou para o parceiro com sífilis?</b>		
Sim	84	100,0
Não	0	0,0

O perfil dos profissionais participantes desta pesquisa, evidencia-se que a sua população é majoritariamente jovem e com grande tempo de formação profissional, semelhante à população estudada em outros trabalhos<sup>11</sup>.

Em Jacobina na Bahia, também foi encontrado, em sua maioria, profissionais jovens, e do sexo feminino, mas com o tempo de formação inferior ao encontrado no presente estudo, sendo que apenas uma relatou ter recebido capacitação<sup>13</sup>. Em Sobral-BA, também se encontrou um perfil semelhante ao descrito, diferindo apenas no recebimento de capacitação que em sua maioria recebeu treinamento pela Secretaria Municipal de Saúde<sup>14</sup>. Diferente do que foi descrito na UBS do Rio de Janeiro, no qual 70% eram médicos e 30% enfermeiros, destes, 72,6% apresentavam especialização em saúde da mulher/obstetrícia. Quase 80% tinham mais de 10 anos de formado, e mais de 70% participaram de treinamento nos últimos cinco anos<sup>15</sup>.

Em Teresina, os questionários foram respondidos por médicos (59) e enfermeiros (100), 67% eram mulheres, com menos de 40 anos de idade (65%), destes 39% declararam ter participado de algum treinamento nos últimos 5 anos<sup>16</sup>.

A predominância do sexo feminino foi descrita anteriormente, reforçando que há uma crescente feminização da força de trabalho em diversas profissões na área da saúde, do mesmo modo, estas mulheres também se encontram em maioria nas Unidades Básicas de Saúde do país<sup>17, 18</sup>.

É possível observar também que, apesar do longo tempo de vida profissional, a grande maioria destes profissionais continua aderindo, com boa aceitação, aos recursos de atualização e educação permanente, tendo em vista que, mais de 95% afirmou já ter participado de treinamentos e/ou capacitações sobre manejo da sífilis gestacional e congênita, nos últimos cinco anos, isso demonstrou que os profissionais apoiam a proposta feita pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2015), que incentiva a introdução de programas de treinamento e capacitação aos profissionais da atenção básica, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e garantir maior segurança aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6,9</sup>.

A maioria dos entrevistados nesta pesquisa afirmaram que o VDRL é um teste não treponêmico solicitado no pré-natal e este deve ser solicitado no 1º e 3º semestres de gestação. Por outro lado, autores observaram que 95% dos profissionais geralmente solicitam dois exames de triagem, porém erram a época do segundo exame (35%)<sup>15</sup>. Em Teresina, mais de 80% dos profissionais da Atenção Básica relataram uma prática correta para o pré-natal para a sífilis, condizente com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>19</sup>.

Notou-se que os entrevistados demonstraram conhecimento insatisfatório acerca das ações de prevenção e controle da sífilis gestacional e congênita, o que reflete diretamente nas suas condutas, visto que, a maioria condutas divergentes quando comparadas às medidas recomendadas pelos protocolos nacionais do Ministério da Saúde. Entretanto, apesar da criticidade, este episódio vem ocorrendo com grande frequência, na Estratégia de Saúde da Família de vários municípios brasileiros<sup>1,7,9,11</sup>.

Quanto ao conhecimento dos profissionais de saúde no tratamento da sífilis gestacional, em uma titulação 1:32 no VDRL, houve três condutas mais referidas: solicitaria o teste FTA-abs para confirmação; iniciaria o tratamento e solicitaria a repetição do VDRL, para descartar um falso positivo.

Segundo o manual do Ministério da Saúde (2014)<sup>5</sup>, VDRL reagente, com título baixo, sem antecedentes de tratamento para sífilis preconiza-se o início do tratamento, sem necessidade de confirmação diagnóstica com teste treponêmico, demonstrando que apesar de

relatarem conhecer o manual, apenas 44% adotariam a conduta adequada. Um percentual de 50% foi relatado<sup>15</sup>, seguido também de uma nova avaliação diagnóstica.

Quando comparado a outros estudos, os resultados dessa pesquisa também revelaram que os profissionais do município estudado possuem um nível de conhecimento sobre o diagnóstico laboratorial da sífilis muito abaixo da média<sup>20</sup>. Portanto, pode-se possivelmente concluir que o despreparo teórico e prático sobre a doença, seja atualmente, um dos potenciais motivos para a prevalência dos altos índices de sífilis congênita na região, tornando o município com o maior índice de sífilis congênita do Estado de Sergipe<sup>22</sup>.

Já foi relatado que os profissionais de saúde possuem dificuldade de manejo do tratamento, principalmente referente à posologia da penicilina<sup>13</sup>. Em um estudo realizado com médicos obstetras observou que o tratamento correto da sífilis primária, era implementado em 66% dos casos, da secundária (52%) e com duração desconhecida (95%)<sup>16</sup>, o tratamento adequado também foi observado em Teresina<sup>19</sup>.

Em Fortaleza (CE) apenas 16,9% das Unidades de Saúde da Família administravam a penicilina G Benzatina, diante da possibilidade de eventos adversos, neste caso, as unidades entregavam a medicação e encaminham as gestantes para os hospitais<sup>23</sup>. Em Teresina, a penicilina não é utilizada no serviço, e as gestantes são encaminhadas para tratamento em outros serviços<sup>19</sup>. Outros autores não relataram dificuldades na aplicação do medicamento nas unidades de saúde<sup>15</sup>.

Com relação ao tempo de espera do resultado do VDRL, neste estudo foi possível observar que a maioria dos resultados só ficaram disponíveis com mais de 30 dias. Essa demora na devolutiva também foi relatada por outros autores, ao observarem que em nenhuma unidade o retorno do exame ocorria no período de até sete dias, e 68,5% realizavam a coleta do sangue para o exame de VDRL, porém apenas 2,2% a solicitação e a coleta ocorriam no mesmo dia<sup>23</sup>.

Outra dificuldade relatada, é que em algumas unidades a coleta de sangue para a realização VDRL não ocorre diariamente ou ocorre por agendamento, as amostras são encaminhadas para os laboratórios de referência para posterior resultado e implementação de tratamento. Desta forma, as gestantes precisam ir diversas vezes à unidade, reduzindo a oportunidade diagnóstica e de tratamento adequado imediato<sup>23</sup>.

Dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais, podem-se destacar problemas na gestão de saúde, dificuldades para agendar e ter os resultados dos exames de pré-natal em tempo hábil; falta de medicação e de teste rápido na UBS; falha na contra referência. A segunda dificuldade mais referida pelos profissionais foi a baixa adesão das gestantes ao pré-natal seguida de dificuldade para realizar o tratamento do parceiro.

Para os profissionais de saúde do PSF do Rio de Janeiro, as principais barreiras para a abordagem da sífilis relacionaram-se ao início tardio do pré-natal (75,2%); não comparecimento dos parceiros ao serviço (53,0%); dificuldades na testagem para sífilis (34,7%), por demora no resultado do exame ou por falta de acesso ao teste treponêmico confirmatório; não adesão das gestantes à realização dos exames e/ ou do tratamento (34,3%), e falta de referência para encaminhamento do parceiro (17,3%)<sup>15</sup>. Os achados apontados quanto às condições estruturais e de processo de trabalho podem dificultar o bom desempenho dos profissionais nos cuidados prestados à clientela, além de dificultar o diagnóstico e tratamento adequado<sup>19,23</sup>.

Diante do que foi apresentado, nota-se que apesar dos profissionais relatarem conhecer os protocolos, ainda existe falhas na sua execução, como também na gestão em saúde, sendo indispensável a implantação de atividades de Educação em Saúde, de forma regular, e com

supervisão continuada nos serviços, abordando lacunas de conhecimento específicas. Essas devem definir as responsabilidades e atribuições de cada profissional, desde a gestão até a atenção<sup>16,19,23</sup>.

Os profissionais citaram como melhoria necessária para qualidade da atenção, mudanças nos serviços de gestão de saúde do município como facilidade no acesso à medicação; efetividade do tratamento; rapidez na realização e resultados dos exames; funcionalidade da referência e da contra referência e executarem com maior efetividade os grupos de gestantes com palestras educativas em saúde sexual e efetivação dos testes rápidos para a grávida e para o parceiro.

As principais estratégias sugeridas em estudos<sup>15, 20</sup> foram a realização de trabalhos educativos para a população geral (81,5%), facilitação do diagnóstico e tratamento dos parceiros (80,4%), garantia de exames de qualidade (60%), e treinamentos em aconselhamento (62,7%) e manejo clínico (65,3%) sugestões semelhantes às descritas pelos profissionais de Nossa Senhora do Socorro (SE).

Afirma-se que para superar as dificuldades destacam-se ações como administração adequada, disponibilidade de testes e medicamentos, maior integração do atendimento pré-natal e do parto, e destes com a vigilância epidemiológica<sup>19,20</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se que a maioria dos profissionais participantes é do sexo feminino, encontram-se na faixa etária de 25 a 45 anos, são enfermeiros, com tempo de graduação superior a 10 anos, atuam na ESF entre onze a vinte e cinco anos, possuem pós-graduação e já realizaram capacitações sobre sífilis e teste rápido, em 2015.

Notou-se ainda, que na maioria dos casos o VDRL está sendo solicitado conforme com o que é preconizado pelo MS. Referente à interpretação da titulação do VDRL e do seguimento frente a uma titulação reagente, a maioria dos profissionais mencionaram conduta adequada, porém uma boa parte também referiu conduta inadequada, divergindo do que é preconizado nos protocolos do Ministério da Saúde. Entretanto os entrevistados quase na sua totalidade referiram ter o conhecimento e fazer uso dos manuais e protocolos durante os atendimentos e consultas de pré-natal, podendo-se afirmar que estes têm o conhecimento, porém não conseguem atuar de maneira efetiva. Estes fatos culminam conseqüentemente em falhas durante o pré-natal, contribuindo diretamente para a continuidade da disseminação e aumento do número de casos de sífilis congênita.

O enfermeiro foi o profissional mais citado quanto ao preenchimento da ficha de notificação e quanto à realização do primeiro atendimento de pré-natal. O estudo ainda identificou que na maioria das UBS que fizeram parte do cenário da pesquisa não há penicilina benzatina na farmácia, sendo necessária a solicitação a Secretaria Municipal de Saúde, em outro momento inicia-se o tratamento. A sua aplicação é realizada, na maioria das vezes, na própria UBS. Além disso, constatou-se a realização da busca das gestantes faltosas às consultas do pré-natal pela maior parte dos profissionais.

Apesar das UBS disponibilizarem preservativos e os profissionais de saúde realizarem atividade de saúde educativas para as gestantes, há uma grande dificuldade no agendamento dos exames de pré-natal, bem como na realização dos mesmos, demorando mais de 30 dias para

se ter acesso ao resultado. Também foi evidenciado que no município o serviço de referência e contra referência de saúde é falho, considerando-se quase que inexistente.

Diante desses fatores, torna-se estritamente necessário, o maior acesso destes profissionais a programas de capacitações e ao conteúdo dos protocolos, bem como um melhor fornecimento de dados quanto à situação epidemiológica da sífilis na sua área de atuação, tornando-os a par das maiores carências das gestantes na sua área de adscrição, como também a necessidade de melhorias por parte da gestão de saúde, podendo garantir a assistência às gestantes e parceiros, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, tornando a abordagem do município mais específica e qualificada, aumentando as chances de erradicação da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(2):499-506.
2. WHO, World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/> (acesso em 11 abril/2017).
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. São Paulo: Ministério da Saúde; 2016.
4. WHO, World Health Organization. Global Health Observatory Map Gallery, World : Percentage of antenatal care attendees positive for syphilis who received treatment, as reported by countries in 2014. 2015. Disponível em: [http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/gho\\_sti\\_anc\\_syphilis\\_treatment.png](http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/gho_sti_anc_syphilis_treatment.png) (acesso em 11 abr/ 2017).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. OPAS, Organização Pan Americana de Saúde. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Update 2015. Washington, DC.
7. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da quantidade de assistência pré-natal. *Rev Saúde Públ.* 2013; 47 (7):147-157.
8. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. *Epidemiol Serv Saude.* 2017; 26(2): 255-264.
9. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2017; 25:e2845.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2015 ano IV nº01. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
11. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFV, Moura HJ, Esteves ABB. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza. *Text Context Nurs J*. 2014; 23(2):279-285.
12. Lopes MH. Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá [dissertação]. FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
13. Suto CSS, Silva DL, Almeida ES, Costa LEL, Evangelista TJ. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2016; 5(2):18-33
14. Mororó RM, Lima VC, Frota MVV, Linhares MSC, Ribeiro SM, Martins MA. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênital. *Rev Saúde Com*. 2015; 11(3): 291-302.
15. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(5):1341-1351.
16. Santos RR, Niquini RP, Domingues RMSM, Bastos FI. Knowledge and Compliance in Practices in Diagnosis and Treatment of Syphilis in Maternity Hospitals in Teresina - PI, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017; 39:453–463.
17. Galavote HS. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória. *Rev Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16 (1): 231-240.
18. Gomes SF. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família sobre sífilis em gestantes na cidade de Recife [dissertação] Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), 2013.
19. Rodrigues DC, Domingues RMSM. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt*. 2017;1–16.
20. Santos RR, Niquini RP, Bastos FI, Domingues RMSM. Diagnostic and Therapeutic Knowledge and Practices in the Management of Congenital Syphilis by Pediatricians in Public Maternity Hospitals in Brazil. *Internat J Health Serv*. 2017; 0(0): 1–21.
21. Júnior AS, Andrade MGG, Magalhães RF, Moraes AM, Velho PENF. Sorologia para sífilis: os médicos estão capacitados a interpretá-la? *An Bras Dermatol*. 2007; 82(2):183-5.

22. SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Casos confirmados de sífilis. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv.def> (acesso em 15 mai/2017).
23. Araujo MAL, Barros VL, Moura HJ, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. Cad Saúde Colet. 2014; 22 (3): 300-6.