



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM – FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CAMILA CHAVES DA COSTA

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS ACERCA DO
CONTROLE DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO.**

FORTALEZA

2012

CAMILA CHAVES DA COSTA

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS ACERCA DO
CONTROLE DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem no processo de cuidar na promoção da saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Kelve de Castro Damasceno

FORTALEZA
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C871c Costa, Camila Chaves da.
Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação / Camila Chaves da Costa. – 2012.
102f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2012.
Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde
Orientação: Profª Drª Ana Kelve de Castro Damasceno
1. Sífilis Congênita. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde .
4. Enfermagem. I. Título.

CDD: 616.9513

CAMILA CHAVES DA COSTA

CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS ACERCA DO
CONTROLE DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a Dr^a Ana Karina Bezerra Pinheiro (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a Dr^a Maria Alix Leite Araújo (2º Membro)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof^a Dr^a Dafne Paiva Rodrigues (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Aos meus pais, que com todo o seu amor e dedicação, sempre acreditaram e investiram no meu potencial, permitindo-me alcançar meus objetivos e essa inigualável vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre esteve presente em minha vida, guiando meus passos e mostrando-me o caminho do bem, sempre concedendo-me força e coragem para superar os obstáculos e proporcionando-me uma vida repleta de Alegria e Amor. Obrigada Senhor por mais essa conquista!

Aos meus pais, Benedito Betinho da Costa e Aldeci Sousa Chaves da Costa, os quais são meus referencias de casal, cidadãos e trabalhadores. Quero agradecer por terem me dado à vida, amor e atenção. Por oferecer-me todos os meios necessários para o alcance dos meus ideais, pelo apoio em todos os meus projetos de vida, muito obrigada por tudo!

Ao meu namorado, Cícero Leonardo Braga de Oliveira, pelo carinho, disponibilidade e por compreender meus momentos de ansiedade. Muito obrigada pela sua contribuição direta na minha dissertação.

Aos meus familiares que sempre estiveram presentes e torcendo pela minha felicidade e pela realização de meus sonhos.

Às integrantes do projeto de pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna, principalmente, Jéssica, Fernanda e Sâmua, as quais contribuíram significativamente na execução desta pesquisa.

Aos meus amigos queridos, Andrezza e Gleydson, os quais foram muito importantes durante a graduação e apesar do tempo, da distância e das responsabilidades de um enfermeiro assistencial, conseguimos manter nossos laços de amizades.

À minha orientadora Professora Doutora Ana Kelve de Castro Damasceno, pelos conhecimentos, atenção, estímulo, paciência e por ser um exemplo de profissional e de mulher. Obrigada Professora!

A todos os professores e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, principalmente o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo apoio, dedicação e pelos grandes ensinamentos os quais nos guiarão para contribuirmos com o crescimento e valorização da Enfermagem.

Às minhas companheiras de luta, Natasha Frota, Linicarla, Anne Fayma, Samila, Paula Renata e Mariana, as quais compartilharam momentos enriquecedores nesses dois anos de convivência.

À Enfermeira Lydia Freitas que foi tão fundamental na minha evolução acadêmica e científica. Obrigada pelas orientações, ideias, oportunidades e pela alegria de sua amizade.

Ao PET-Enfermagem-UFC, por ter proporcionado um crescimento científico e pessoal indescritível e por continuar sendo um ambiente acolhedor aos ex-petianos.

Aos colegas de curso, pelos momentos de discussão e reflexão que proporcionou a construção coletiva do conhecimento e um espaço de convivência agradabilíssimo.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e contribuições relevantes para o aprimoramento da pesquisa.

Aos enfermeiros que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

À FUNCAP, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a finalização desta pesquisa, muito obrigada!

“Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade, tampouco sem ela a sociedade muda.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Objetivou-se avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca do controle da sífilis na gestação; associar as variáveis explanatórias com o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação e comparar o conhecimento e a atitude com a prática em relação à sífilis na gestação. Trata-se de um estudo avaliativo do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) e abordagem quantitativa, realizado no período de junho a agosto de 2012, com 171 enfermeiros da ESF, utilizando-se como instrumento um questionário inquérito CAP em relação à sífilis na gestação. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos, segundo a estatística descritiva e inferencial utilizando-se os testes Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Qui-quadrado e Fisher. O estudo foi aprovado pelo COMPEPE/UFC com o protocolo de nº 81/12. Quanto ao perfil dos enfermeiros, verificou-se uma idade média de 37,5 anos, com 90,1% do sexo feminino, 64,3% com ensino superior em instituições públicas e 77,8% são especialistas, formados há cerca de 12 anos, atuando na ESF há uma média de 9 anos e 53,8% tinha alguma capacitação sobre a temática. Em relação ao conhecimento dos enfermeiros, a maioria (67,3%) foi classificada como adequado, mas ainda 32,7% de enfermeiros teve conhecimento inadequado e regular. Quanto à atitude e prática, observou-se 97,1% dos participantes tinham crenças e opiniões adequadas e 94,2% as colocavam em prática adequadamente. Houve uma associação estatisticamente significativa entre a instituição de graduação e a atitude dos enfermeiros; a autoavaliação positiva em relação ao conhecimento acerca da sífilis na gestação com a prática adequada; o conhecimento e a prática, bem como entre a atitude e a prática. As principais dificuldades percebidas pelos enfermeiros no controle da sífilis congênita foram: a demora dos resultados dos exames de VDRL (45,6%); a dificuldade de convocar o(s) parceiro(s) e a sua adesão ao tratamento (28,1%), assim como o início tardio do pré-natal (19,9%). Frente ao exposto, destaca-se a importância do reconhecimento da sífilis congênita como um importante problema de saúde pública pelo enfermeiro, visto que a partir de suas ações adequadas e baseadas no conhecimento técnico-científico podem interferir diretamente no controle da sífilis congênita, ofertando-se uma assistência pré-natal de qualidade, integral e humanizada.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Cuidado pré-natal. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to assess the knowledge, attitude and practice of nurses working in the Family Health Strategy (FHS) about the control of syphilis in pregnancy; associate the explanatory variables with the knowledge, attitude and practice of nurses regarding control of syphilis in pregnancy and compare knowledge and attitude and practice regarding syphilis during pregnancy. It is an evaluative study of type Knowledge, Attitude and Practice (KAP) and quantitative approach, conducted from June to August 2012, with 171 nurses FHS, using a questionnaire survey instrument as CAP in relation to syphilis during pregnancy. The data were organized in tables and graphs, according to descriptive and inferential statistics using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test, chi-square and Fisher. The study was approved by COMEPPE / UFC with protocol number 81/12. As the profile of the nurses there was an average age of 37.5 years old, 90.1% female, 64.3% with higher education in public institutions and 77.8% are specialists, formed about 12 years acting in the FHS there is an average of 9 years and 53.8% had some training on the subject. Regarding the nurses' knowledge, the majority (67.3%) was classified as adequate, but still 32.7% of nurses had inadequate knowledge and regular. About the attitude and practice was observed 97.1% of participants had adequate beliefs and opinions and the 94.2% put into practice properly. There was a statistically significant association between the undergraduate institution and attitude of nurses; positive self-classification in relation to knowledge of syphilis in pregnancy with adequate practice, knowledge and practice and between attitude and practice. The main difficulties perceived by nurses in the control of congenital syphilis were: delay of examination results of VDRL (45.6%), the difficulty of the call (s) partner (s) and their adherence to treatment (28.1%) as well as the late onset of prenatal care (19.9%). Based on these, we highlight the importance of recognizing congenital syphilis as a major public health problem by the nurse, since from their actions and appropriate based on technical and scientific knowledge can interfere directly in control of congenital syphilis, offering- A prenatal care quality, comprehensive and humane.

Keywords: Congenital syphilis. Prenatal care. Health knowledge, attitudes, practice. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Distribuição do número de enfermeiros da ESF segundo a Secretaria Executiva Regional (SER) pertencente. Fortaleza – CE, ago. 2012.	37
Figura 2 -	Distribuição do número de enfermeiros da ESF selecionados para compor a amostra do estudo. Fortaleza – CE, ago. 2012.....	38
Quadro 1 -	Critérios de acordo com a valoração estabelecida para as categorias de conhecimento, atitude e prática.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos percentuais da autoavaliação dos enfermeiros segundo o seu conhecimento e a sua capacidade de suspeitar do diagnóstico de sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	50
Gráfico 2 -	Distribuição do percentual de enfermeiros segundo grau de seu conhecimento acerca do controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	51
Gráfico 3 -	Distribuição do percentual de enfermeiros segundo a sua atitude frente ao controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.	58
Gráfico 4 -	Distribuição do percentual de enfermeiros segundo a sua prática frente ao controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.	62
Gráfico 5 -	Distribuição do percentual de enfermeiros quanto à frequência da realização de ações educativas que abordem à importância da realização do VDRL como forma de controle da sífilis na gestação durante o pré-natal. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	62
Gráfico 6 -	Distribuição do percentual de enfermeiros segundo às principais dificuldades relatadas que os impedem de atuar efetivamente no controle da sífilis congênita. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos artigos, de acordo com o ano de publicação. Brasil, 2013...	33
Tabela 2	Distribuição dos artigos, de acordo com o local do estudo. Brasil, 2013.....	34
Tabela 3	Distribuição dos artigos, de acordo com a população alvo do estudo. Brasil, 2013.....	34
Tabela 4	Distribuição dos artigos, de acordo com o objeto do estudo. Brasil, 2013.....	35
Tabela 5	Associação entre o conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação segundo as variáveis: idade, tempo de formado e tempo de atuação na ESF. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	43
Tabela 6	Associação entre conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação segundo as variáveis: sexo, instituição de graduação, titulação e realização de capacitação sobre sífilis. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	46
Tabela 7	Distribuição do número e percentual de enfermeiros que atuam na ESF do município de Fortaleza-Ce segundo as categorias do conhecimento acerca da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	52
Tabela 8	Distribuição do número e percentual de enfermeiros que atuam na ESF do município de Fortaleza-Ce segundo a atitude frente ao controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	58
Tabela 9	Distribuição do número e percentual de enfermeiros que atuam na ESF do município de Fortaleza-Ce quanto às ações realizadas para o controle da sífilis congênita. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	64
Tabela 10	Associação entre a adequabilidade do conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.....	80

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1 Programas e políticas públicas relacionadas à sífilis	21
3.2 A assistência pré-natal no controle da sífilis congênita	23
3.3 Promoção da saúde e Educação em Saúde no contexto da sífilis na gestação	27
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO	31
5. METODOLOGIA	36
5.1 Tipo de estudo	36
5.2 Universo do estudo	36
5.3 População e amostra	37
5.4 Coleta e análise dos dados	39
5.5 Aspectos éticos	42
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
6.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo	43
6.2 Conhecimento dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação	49
6.3 Atitude dos enfermeiros frente ao controle da sífilis na gestação	58
6.4 Prática dos enfermeiros frente ao controle da sífilis na gestação	61
6.5 Associação entre os componentes do inquérito CAP	79
7. CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	94
ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

A sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, apesar de tratar-se de uma doença de fácil diagnóstico e de ser totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de seu parceiro é realizado adequadamente. Constituindo, portanto, fator determinante na elevação dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foram declarados 1.249 óbitos por sífilis congênita entre os anos 1998 e 2009 no Brasil (BRASIL, 2010). Dentre as principais complicações que tal agravo pode trazer para a mulher grávida e seu conceito, destacam-se abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade, e danos à saúde do recém-nascido com repercussões psicológicas e sociais. Após a inserção do teste do Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) durante o pré-natal, o número de infecções congênicas pelo *Treponema pallidum* decresceu bastante, no entanto, ainda é alarmante a quantidade de crianças infectadas a nível mundial (RODRIGUES; GUIMARAES, 2004).

Em relação à taxa de infecção por meio da transmissão vertical, sabe-se que dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção, sendo de 70 a 100% nas fases primária e secundária, reduzindo-se para 30% nas fases: latente tardia e terciária da infecção materna. Ressalta-se ainda que, os desfechos como o aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal estão presentes em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas (BRASIL, 2006a).

O cenário mundial da sífilis congênita demonstra o recrudescimento da doença. Os Estados Unidos da América (EUA) apresentaram uma queda na incidência de sífilis congênita por 14 anos, no entanto, houve um aumento de 23% deste indicador, de 8,2 casos/ 100.000 nascidos vivos em 2005, para 10,1 casos/ 100.000 nascidos vivos em 2008 (CDC, 2010).

Na América Latina e no Caribe, a prevalência da sífilis na gravidez foi estimada em torno de 3,1% no ano de 2002. E a incidência da sífilis congênita variou desde 1,4 por 1.000 nascidos vivos em El Salvador, até 12 por 1.000 nascidos vivos em Honduras (VALDERRAMA; ZACARÍAS; MAZIN, 2004).

No Brasil, o número de casos de sífilis congênita está cada vez mais incidente, de forma que no período de 2000 a junho de 2010, foram notificados ao Ministério da Saúde - MS 54.141 casos em menores de um ano de idade. Demonstrando a magnitude do problema,

o qual é agravado pela constante e significativa subnotificação da doença. A região Norte registrou 9,6% dos casos (5.223), a Nordeste, 32,1% (17.397 casos), a Sudeste, 44,8% (24.260 casos), a Sul, 7% (3.764 casos) e a Centro-Oeste, 6,5% (3.497 casos). A maior concentração dos casos nas regiões Nordeste e Sudeste pode ser atribuída à presença de políticas que incentivaram as notificações ou às subnotificações das demais regiões. Ressalta-se também que, em 2009, a taxa de detecção de sífilis congênita foi de 1,7 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Nordeste e Norte apresentaram as maiores taxas: 2,2 e 2,1, respectivamente. Entre as Unidades Federadas, verifica-se que o Amapá (5,8 por 1.000 nascidos vivos), o Ceará (4,7) e o Rio Grande do Norte (3,6) apresentaram as maiores taxas de detecção da doença (BRASIL, 2010).

Em 2009, no país, a maior proporção dos casos de sífilis congênita ocorreu em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (52,7%), com quatro a sete anos de estudo (28,1%) e com pré-natal realizado (75,5%). Dentre as gestantes que fizeram o pré-natal, 55,4% foram diagnosticadas com sífilis durante a gravidez e, destas, 53,7% não tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2010).

Em relação à sífilis na gestação, foram notificados no SINAN 29.544 casos entre os anos 2005 e 2010 no Brasil. Sendo a maior incidência nas Regiões Sudeste e Nordeste com 9.340 (31,6%) e 8.054 (27,3%) casos, respectivamente. A taxa de detecção para o país, no ano de 2009, foi de 3,0 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2010).

No Estado do Ceará, percebe-se que a realidade é semelhante quanto à prevalência desse agravo, visto que entre os anos 2001 e 2006 foram notificados 1.203 casos de sífilis congênita. Observando-se uma maior incidência no ano de 2006, no qual foram notificados 451 novos casos. A série histórica mostrou-se ascendente durante todo o período. Entretanto, esta elevação do número de casos novos, também pode representar um aumento na notificação dos casos, atribuída à melhoria da vigilância epidemiológica de municípios e Estado, à capacitação dos recursos humanos, à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (XIMENES *et al*, 2008).

Em estudo transversal realizado em uma maternidade da cidade do Rio de Janeiro com 2.117 gestantes encontrou-se a alta incidência do diagnóstico tardio da doença materna, impedindo a implementação da terapêutica adequada e o seu acompanhamento, bem como a investigação e o tratamento do parceiro. Em apenas 8% dos casos de sífilis congênita, o diagnóstico foi estabelecido no primeiro trimestre. Fato este que pode estar relacionado à falta de informações sobre a importância do diagnóstico precoce dos profissionais, além de uma

dificuldade adicional em realizar prontamente o VDRL e em agendar uma nova consulta para que o obstetra defina o tratamento a ser instituído (FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007).

Essa persistência da sífilis congênita como um problema de saúde pública pode estar relacionada à falta de percepção dos profissionais de saúde de que a sífilis na gestação e congênita podem gerar graves consequências para a mulher e seu conceito, a ausência ou baixa cobertura dos programas de prevenção; a existência de barreiras para o acesso à assistência pré-natal e a estigmatização e discriminação com as infecções de transmissão sexual (GALBAN, BENZAKEN, 2007).

Frente ao exposto, percebe-se a necessidade de atualizar periodicamente e capacitar os profissionais de saúde, principalmente, quanto ao aconselhamento para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), objetivando evitar condutas errôneas na assistência pré-natal. Apesar de todos os documentos relativos à sífilis disponibilizados pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CNDST/AIDS), ainda persiste o despreparo dos profissionais de saúde quanto à temática (FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007).

Embora haja uma elevada cobertura de pré-natal no país, acima de 85%, como também uma razão de cinco consultas de pré-natal por parto no Sistema Único de Saúde (SUS), a qualidade da assistência à gestante está aquém do preconizado pelas políticas ministeriais. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal prevê a realização de exames para sífilis, mas percebe-se ora a inobservância da realização da rotina preconizada, ora um tratamento inadequado, incluindo o não tratamento do parceiro (BRASIL, 2007a). Para melhorar este cenário, reforça-se a necessidade da ampliação do Projeto NASCER em todas as maternidades do país, garantindo a oferta do VDRL às puérperas e proporcionando uma saúde materno-fetal adequada.

Assim, apesar da cobertura pré-natal ter melhorado consideravelmente, inclusive após a implantação das equipes do PSF, estratégia iniciada em 1994, com os princípios e desafios apontados à época da proposição do PAISM, os índices elevados de óbitos maternos persistem, pondo em pauta a qualidade das consultas do pré-natal (GRANGEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008).

Diante de tais dados, pode-se inferir que a problemática da sífilis congênita está intimamente relacionada com a baixa qualidade e cobertura do pré-natal, visto que é preocupante o número de mulheres que ainda não têm acesso à assistência pré-natal, apesar da melhoria de sua cobertura. Dentre as que realizam as consultas de pré-natal, existem as que

não retornam para buscar os resultados dos exames; as mulheres que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado; e ainda as gestantes que não tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente durante a gravidez. Além disso, no desfecho por ocasião do parto, muitas maternidades não oferecem como rotina o VDRL para parturientes, voltando bebê e mãe para a comunidade com a possibilidade do agravo. Essa inobservância da sífilis na gestação influencia significativamente no aumento do número de casos de sífilis congênita, necessitando, portanto, de políticas públicas, ações eficazes e novas pesquisas voltadas para a prevenção desta doença de fácil controle.

O aumento da incidência da sífilis congênita no Brasil e no exterior evidencia falhas na assistência pré-natal relacionadas ao controle de uma infecção, cujo protocolo clínico é bem conhecido, com triagem sorológica e tratamento de baixo custo. Fato que contrasta com a redução da transmissão vertical do HIV já demonstrada no Brasil, apesar de possuir protocolos clínicos bem mais complexos e de custo elevado (AMARAL, 2012).

Logo, a medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada que consiste na captação precoce das gestantes; realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada; realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta e um segundo teste em torno da 28ª semana; instituição do tratamento e seguimento da gestante e de seu parceiro; documentação dos resultados das sorologias e do tratamento da sífilis no cartão da gestante e notificação de todos os casos de sífilis na gestação e congênita (BRASIL, 2006a).

Visto a simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico da sífilis na gestação, esta é considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal (BRASIL, 2006a). No entanto, na prática, verifica-se que não tem sido dada a real observância à assistência pré-natal como principal ferramenta para o controle da sífilis congênita, fato que pode estar relacionado à falta de priorização da sífilis na gestação e congênita como um problema de saúde pública. Ou ainda pode não haver uma incorporação das medidas de prevenção da doença na assistência em saúde.

Vale destacar que as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, no entanto o tratamento de uma criança com sífilis congênita é bastante prolongado e oneroso. O custo anual registrado pelo DATASUS entre os anos 2001 a 2003 para o tratamento hospitalar de sífilis congênita foi de cerca de R\$ 1.500.000,00, o que corresponde a uma média de R\$ 400,00 por caso. Por outro lado, os gastos ambulatoriais com a prevenção de cada caso, considerando os valores máximos do VDRL e da penicilina G benzatina,

repassados pelo SUS para o tratamento de um possível casal infectado, não ultrapassaria 20% do que se gasta para o tratamento por cada caso não evitado (MENEZES *et al*, 2007).

Com o objetivo de eliminar a doença e modificar este contexto nacional de altas taxas de incidência e prevalência, o Ministério da Saúde criou diversas estratégias e políticas públicas, dentre elas, a sua declaração como doença de notificação compulsória no ano de 1986; a proposta para sua erradicação em 1993 até o ano 2000, tendo como meta definida um coeficiente de incidência de até 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos; a criação do PHPN em 2000; e em 2005, o MS passou a considerar também a sífilis na gestação como um dos agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2006a).

O Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, lançado oficialmente em outubro de 2007, repactuou a meta de erradicação da sífilis congênita no Brasil para o ano de 2011 (BRASIL, 2007a). No entanto, tal proposta novamente não foi alcançada, visto que a sífilis congênita ainda é um agravo de elevada magnitude e que apresenta indicadores desfavoráveis quanto ao seu controle. Demonstrando assim, a necessidade de prioridade política para a sua abordagem (TAYRA *et al*, 2007).

Entretanto, para promover a melhoria desta realidade, os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, devem participar ativamente realizando atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da doença; o diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva; captando as gestantes e iniciando precocemente o pré-natal e proporcionando uma assistência pré-natal de qualidade e organizada (BRASIL, 2007b).

A atuação do enfermeiro nas ações de promoção da saúde deve garantir a integralidade do cuidado na atenção básica, tornando-se um diferencial no atendimento de sua clientela. Para isso, faz-se necessário que os mesmos conheçam toda a dinâmica que envolve desde a detecção, diagnóstico e tratamento da sífilis para embasarmos nossas ações e estratégias de educação em saúde com vistas à promoção da saúde dos sujeitos envolvidos.

Ademais, em estudo anterior realizado pela pesquisadora, verificou-se que entre os anos 2000 e 2009 foram notificados ao SINAN 2930 casos de sífilis congênita no Estado do Ceará, dentre os quais a maioria das mulheres havia realizado consulta de pré-natal teve o diagnóstico ainda durante a gestação, não recebeu tratamento ou foi tratada inadequadamente e os seus parceiros não receberam tratamento para a sífilis (COSTA, 2010). A partir de tal realidade, surgiu a motivação e compreendeu-se a relevância de responder o seguinte questionamento: qual o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros atuantes na

Estratégia Saúde da Família do município de Fortaleza em relação ao controle da sífilis na gestação?

Em face ao exposto, após a realização desta pesquisa, tornou-se possível a identificação das principais lacunas quanto ao conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros, fato que proporcionará uma reflexão crítica dos profissionais que atuam na atenção básica, no sentido de manter, incorporar e/ou aperfeiçoar as suas práticas na respectiva área do cuidado, buscando uma melhor compreensão dos fatores determinantes de tantas oportunidades perdidas na abordagem da sífilis na gestação. Tal investigação fornecerá subsídios para o desenvolvimento de futuras políticas e estratégias de educação continuada que promovam a melhoria da assistência de enfermagem às gestantes com sífilis e conseqüentemente a redução dos índices de sífilis congênita. Além disso, acredita-se que a aplicabilidade do estudo contribuirá para a consolidação da enfermagem como ciência, visto que se trata de um estudo inédito, realizado com uma amostra significativa para a população, fato que possibilita possíveis generalizações voltadas para os enfermeiros que atuam na ESF do município de Fortaleza, contribuindo com novos conhecimentos para a profissão, os quais podem colaborar substancialmente com a melhoria da qualidade da assistência à saúde e com a diminuição dos índices de sífilis congênita.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza-CE acerca do controle da sífilis na gestação.

2.2 Objetivos Específicos

- Associar as variáveis explanatórias (idade, sexo, instituição de graduação, tempo de graduação, especialização, tempo de atuação na ESF, capacitação em sífilis na gestação) com o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação;
- Comparar o conhecimento e a atitude com a prática em relação à sífilis na gestação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Programas e políticas públicas relacionadas à sífilis

A dificuldade em controlar a sífilis gestacional e congênita tem uma relação direta com a história da saúde da mulher e as políticas públicas. No Brasil, a partir das primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi atrelada às políticas nacionais de saúde, mas restringia-se às necessidades relativas ao ciclo gravídico-puerperal. Os programas materno-infantis manifestavam uma visão limitada sobre a mulher, fundamentada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica (BRASIL, 2004).

Diante desse contexto, com a mobilização entre as universidades, os sanitaristas e as lutas feministas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), concebido em 1983, recebendo a colaboração do Estado e da sociedade, configurando-se como uma das ações governamentais pioneiras de incorporação de princípios feministas em políticas públicas de saúde (PEDROSA, 2005).

O PAISM visa garantir a integralidade e autonomia ao ser mulher, assim, alcança um de seus objetivos específicos: prevenir e controlar as Doenças Sexualmente Transmissíveis, tendo como uma das metas a eliminação da sífilis como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2004).

A sífilis congênita trata-se de uma doença de notificação compulsória conforme a Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986, devido à sua elevada taxa de prevalência, de transmissão vertical e de mortalidade. A notificação é realizada através do preenchimento da ficha de notificação e/ou investigação por um profissional de saúde a nível local. Posteriormente o seu conteúdo é transferido para meio informatizado, o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), nas Secretarias de Saúde (BRASIL, 2006b; SARACENI, *et al.*, 2005a).

No entanto, devido à ausência de uniformidade no diagnóstico e conduta, assim como as falhas no mecanismo de notificação, sabe-se que a frequência da doença é bem maior do que a verificada pelos números oficiais, demonstrando que ainda há níveis elevados de sub-registro e subnotificação desse agravo (BRASIL, 2007b).

Dessa forma, visando o controle desse agravo, em 1995, o Brasil juntamente com outros países da América Latina e Caribe assumiu, através da resolução da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o compromisso de eliminação da sífilis congênita nas Américas até o ano 2000. No entanto, tal objetivo não foi alcançado, o que pode ser demonstrado

através dos elevados índices de sífilis congênita (BRASIL, 1998). Em 1997, o Ministério da Saúde passou a considerar como meta de eliminação o registro de até um caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano (BRASIL, 2006a).

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal, parto e, idealmente, estas teriam maior impacto e eficácia se realizadas ainda antes de concebida a gravidez (BRASIL, 2006a).

Ainda com o objetivo de contribuir na redução do número de casos de sífilis congênita, o MS criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000, que tem como prioridade a redução dos índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, bem como a melhoria no acesso, na cobertura e na qualidade de assistência em nível primário (BRASIL, 2002a).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Nascer nas maternidades localizadas em municípios prioritários com atendimento de mais de 500 partos ao ano, o qual tem como principal objetivo promover a capacitação de equipes multiprofissionais com vistas à reorganização do processo de trabalho para melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita (BRASIL, 2003a).

Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que trouxe abrangência ainda maior a saúde da mulher incluindo suas especificidades grupais, ou seja, as necessidades de atenção à saúde de grupos tais como presidiárias, homossexuais, negras, indígenas, dentre outros. O PNAISM também expôs a situação de precariedade da assistência obstétrica no Brasil, visto que apesar da existência de programas como o PHPN vigentes no país, alguns índices continuam superiores ao esperado, tais como: mortalidade materna, sífilis neonatal, tétano neonatal, hipertensão gestacional, dentre outros (BRASIL, 2004).

Deve-se enfatizar como um importante marco dentro do cenário público brasileiro, o Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, que apresenta como um de seus três eixos o Pacto pela Vida. A redução da mortalidade materna e infantil está entre as suas prioridades básicas, sendo um dos componentes para a execução dessa prioridade a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis (BRASIL, 2007b).

Em 2007, foi lançado oficialmente o Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, o qual tem como metas a redução escalonada e regionalizada das

taxas de transmissão mãe-filho do HIV e da sífilis até 2011. Com esse plano, pretende-se aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal, o aumento da cobertura do tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros, além da ampliação das ações de prevenção (BRASIL, 2007a).

Entretanto, embora as políticas públicas em saúde sejam abrangentes e bastante claras em seu conteúdo, a sua exequibilidade fica aquém do esperado. Fato que pode estar relacionado ao número reduzido de profissionais responsáveis por atender a uma demanda excessiva de usuários, gerando sobrecarga de trabalho e impossibilitando a assistência de qualidade à saúde. Destaca-se ainda a falta de uma atuação compreensível por parte dos gestores, que mesmo frente a tais dificuldades, não apontam soluções viáveis e ainda exigem cada vez mais da atuação dos profissionais de saúde. Com isto, a implementação das políticas públicas fica impossibilitada de forma que a atenção à saúde da mulher permanece deficiente.

Destaca-se que, apesar das bases de prevenção da sífilis congênita já estarem estabelecidas em muitos países, a persistência de altos índices da infecção atesta a ineficiência dos sistemas de saúde no enfrentamento do problema, verificada em todos os níveis gerenciais e operacionais de assistência (WHO, 2008).

Então, atesta-se que mesmo com a criação de políticas e programas de saúde visando o controle e erradicação da sífilis congênita, os registros epidemiológicos demonstram que tal conquista ainda está distante de ser alcançada. Há necessidade de um maior compromisso dos gestores e profissionais da saúde no controle desse agravo.

3.2 A assistência pré-natal no controle da sífilis congênita

Com o objetivo de combater os altos índices de mortalidade materna e de promover a saúde materno-infantil, o governo brasileiro investe no incentivo a realização da assistência pré-natal de todas as gestantes na atenção básica à saúde, visto que por meio deste atendimento, o profissional de saúde pode detectar precocemente intercorrências clínicas que possam trazer prejuízos à mulher e ao seu filho, orientá-la para que sua gestação transcorra tranquilamente, bem como torná-la apta para o cuidado consigo, com seu rebento e com sua família.

Um dos profissionais que se destaca na atenção pré-natal é o enfermeiro, o qual presta esta assistência em conjunto com os outros profissionais da equipe multidisciplinar, sendo estes médicos, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentre outros. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o enfermeiro está legalmente e

tecnicamente apto a conduzir o pré-natal de baixo risco, tendo como principais funções: realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias; solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhar gestantes identificadas como de risco para o profissional médico; realizar atividades educativas com grupos de gestantes; realizar visita domiciliar, quando for o caso; fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; realizar coleta de exame citopatológico, dentre outras ações (BRASIL, 2006c).

No Brasil, verifica-se ao longo dos anos, um aumento considerável da cobertura da assistência pré-natal que pode estar relacionado a diversos fatores, destacando-se a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso universal e gratuito de toda população brasileira aos serviços públicos de saúde, bem como políticas de ampliação da atenção básica e da saúde da mulher, propiciando maior acesso aos serviços em geral e à assistência pré-natal em particular (DOMINGUES, 2011).

Estudos evidenciam que, apesar do aumento da cobertura pré-natal, a assistência na rede SUS apresenta inúmeras falhas em seus componentes mais básicos preconizados pelo PHPN, resultando numa adequação muito baixa da assistência, o que pode explicar a persistência de resultados perinatais desfavoráveis, dentre eles a sífilis congênita (DOMINGUES, 2011).

Vale destacar que, a sífilis congênita pode ser considerada um importante marcador da qualidade da assistência pré-natal, existindo uma relação significativa com a sua presença em uma determinada instituição e a existência de sérios erros estruturais na saúde pública (FERNANDES; FERNANDES; NAKATA, 2007). Então, se em uma determinada instituição, município, estado ou país possui elevadas taxas de sífilis congênita, pode-se inferir que a assistência pré-natal está insuficiente.

Segundo dados do Sistema de Informação e Notificação de Agravos (SINAN) do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, de quase três milhões de mulheres que engravidam anualmente, no Brasil, apenas 75% realizam o pré-natal. Destas, somente 50% realizam o VDRL no início do pré-natal e apenas 23% o repetem no terceiro trimestre da gestação, conforme preconizado pelas normas brasileiras (BRASIL, 2005).

Um estudo realizado com 46 puérperas, que tinham antecedentes de sífilis ou VDRL positivo, atendidas em uma maternidade no Estado do Pará, apontou que das gestantes que realizaram pré-natal, apenas 55,6% fizeram o VDRL e somente 13,9% repetiram o teste no 3º trimestre. Mostrou ainda que, apenas 53,8% das mães que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal receberam tratamento adequado, dado que também denuncia a baixa

qualidade da assistência pré-natal. A realização incompleta ou mesmo inadequada do pré-natal, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas, impede a realização da rotina para o diagnóstico da sífilis, sua intervenção precoce como também explicar diversos casos de sífilis congênita (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Evidenciou-se também em um estudo sentinela realizado com 16.158 parturientes que apesar da disponibilidade de recursos profiláticos baratos e eficientes para a redução da transmissão materno-infantil, 75,1% das gestantes apresentaram pelo menos um resultado do teste de sífilis por ocasião de internação para o parto, mas apenas 16,9% apresentaram os resultados dos dois testes; 11,8% tinham o cartão de pré-natal, mas não tinham nenhum resultado de sífilis. Além disso, mesmo entre as mulheres que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal, a cobertura de dois testes de sífilis na gestação é de apenas 26,2%. E 2,6% das mulheres foram completamente excluídas do estudo, já que não realizaram teste de sífilis no pré-natal nem no parto. Logo, ressalta-se que a ausência de detecção da sífilis durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos de sífilis congênita (SZWARCOWALD *et al.*, 2007).

Estes resultados mostram a importância de organizar melhor os serviços de saúde para captar e acolher as gestantes precocemente, assim como de oferecer oportunidades de detecção e tratamento correto e oportuno da sífilis para as gestantes e seus parceiros sexuais (RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

O problema da sífilis congênita está intrinsecamente relacionado a vários fatores, dentre os quais a assistência pré-natal inadequada; a não solicitação do VDRL no 1º e 3º trimestre da gestação; a demora dos resultados dos exames sorológicos; a dificuldade de adesão da gestante e de seu parceiro ao tratamento; a falta de registro de informações relevantes quanto aos resultados da sorologia e à realização do tratamento da gestante e de seu parceiro, especificando o número de doses de penicilina aplicados nos mesmos; a lacuna entre a referência e contra-referência, não havendo uma comunicação efetiva entre os serviços e dificultando o acompanhamento dos usuários, dentre outros. Logo, torna-se necessário uma qualificação dos profissionais para promover uma assistência pré-natal de qualidade e resolutiva, além de um atendimento em rede, no qual possa haver uma comunicação efetiva entre os níveis de atenção em saúde.

Sabe-se que, a cobertura de triagem para sífilis na gravidez entre as unidades básicas de saúde permanece em um patamar considerado baixo para o que se almeja, neste caso, a cobertura completa. Frente ao exposto, em estudo realizado no Rio de Janeiro com

todos os casos de sífilis congênita notificados no período de 1999 a 2004, ressaltou que entender porque as gestantes acompanhadas no pré-natal pela rede de saúde do Município não realizaram o exame de VDRL, é uma questão importante para a solução do problema da sífilis congênita (SARACENI *et al.*, 2007).

No entanto, em estudo realizado no Rio de Janeiro com o objetivo de avaliar a efetividade das campanhas de eliminação da sífilis congênita encontrou-se que a realização de pré-natal por mais de 80% das mães dos casos de sífilis congênita, não assegura o diagnóstico precoce da gestante e o tratamento adequado, o que evitaria os casos de sífilis congênita (SARACENI *et al.*, 2005b).

Em estudo retrospectivo realizado em São Paulo com 33 casos de sífilis congênita, identificou-se que 72,7% das parturientes realizaram seguimento pré-natal, no entanto, destas, somente 54,2% tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação, logo uma quantidade significativa e preocupante, ou seja, 45,8% das mulheres tiveram o diagnóstico após a internação hospitalar, por ocasião do parto (VIEIRA, 2005).

Mais de 95% dos partos no Brasil ocorrem no ambiente hospitalar. Se a rede de cuidados não for capaz de detectar e tratar a sífilis na gestante, terá mais uma oportunidade de o fazer no momento do parto; e, o que é mais importante, nesta etapa, poderá constatar a transmissão vertical da sífilis e tratar os recém-nascidos infectados para evitar a manifestação da doença ou reduzir suas sequelas (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

As maternidades de referência do município de Fortaleza disponibilizam a realização do VDRL durante o parto, segundo é preconizado pelo Projeto Nascer, mas há a necessidade de ampliação do mesmo para garantir a oferta do VDRL a todas as puérperas e proporcionar uma saúde materno-fetal adequada para todo o estado do Ceará.

Verificou-se a partir de um estudo realizado no Pará com 46 casos de sífilis congênita que, 78,3% das mães que tiveram sífilis na gravidez puderam ter acesso ao serviço de saúde em algum momento da gravidez, quando poderia ter sido feito o diagnóstico ou o tratamento adequado, ou ainda, ter sensibilizado essa mãe para comparecer a todas as consultas do pré-natal (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Tal realidade é semelhante no município de Fortaleza, visto que em estudo realizado com 58 gestantes com VDRL reagente no parto ou durante a assistência pré-natal, verificou-se que 81% das mulheres realizaram consultas de pré-natal, a maioria realizou mais de seis consultas, sendo pelos menos duas destas com o profissional médico. Demonstrando dessa forma que essas mulheres estão tendo oportunidades de diagnóstico e tratamento da

sífilis, mas ainda estão dando à luz a uma criança com sífilis congênita (CAMPOS; *et al*, 2010).

Frente ao exposto, verifica-se a necessidade urgente da qualificação da atenção pré-natal, com garantia dos insumos específicos para a sífilis, dentre eles os exames treponêmicos e não-treponêmicos e a penicilina G benzatina, por tratar-se de um momento crucial para se atingir a meta de eliminação do agravo.

3.3 Promoção da Saúde e Educação em Saúde no contexto da sífilis na gestação

Ao longo dos últimos anos, várias conferências internacionais contribuíram para a consolidação das bases conceituais e política da promoção da saúde, bem como subsidiaram um amplo debate no cenário mundial para estabelecer prioridades e metas para a promoção da saúde, dentre elas a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em 1986 em Ottawa, a qual é considerada o marco fundador do movimento da promoção da saúde no mundo. A Carta de Ottawa define promoção da saúde como o processo de capacitar a comunidade e torná-la apta para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle deste processo (BRASIL, 2002b).

Vale ressaltar que, a promoção da saúde está fortemente associada aos determinantes sociais da saúde e a um conjunto de valores, tais como: a vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, a participação e a parceria. Então, devido a essa amplitude de fatores, a promoção da saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde, pois há a necessidade de uma responsabilização múltipla, contando com ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parceiros intersetoriais.

Destaca-se que a educação em saúde deve ser utilizada como um instrumento diferencial de promoção da saúde e estímulo ao autocuidado na assistência pré-natal como preconizado pelo PHPN. A atenção individualizada e direcionada ao cliente proporciona um acolhimento mais humanizado, receptividade e aceitação das informações, pois como ressalta Freire (2008): ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.

A educação em saúde trata-se de um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, objetivando trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. Tal diálogo assume o pressuposto de que todos possuem potencial

para serem protagonistas de sua própria história e da promoção de sua saúde (MENDONÇA, 1982).

Por isso, os enfermeiros da atenção básica, principalmente, precisam estar capacitados e acreditar no potencial da educação em saúde, já que a partir de estratégias educativas possibilita-se a formação de uma reflexão crítica por parte do usuário. Este será capaz de reconhecer as suas reais necessidades de acordo com o seu contexto de vida e os determinantes sociais de saúde que influenciam na qualidade de sua vida e saúde. E a partir desse reconhecimento esses usuários serão capazes de manter um maior controle no seu processo saúde-doença.

Frente ao exposto, a educação em saúde e a promoção da saúde tornam-se intimamente relacionadas, pois a promoção da saúde depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança, enquanto que a educação em saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo (ARBO, BIANCHI, 2009).

A prevenção da sífilis congênita enfoca a promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a sífilis, e enfatiza a importância da prática de sexo protegido, por meio da utilização regular de preservativos masculino ou feminino (BRASIL, 2006a). A adoção de práticas sexuais seguras, associada ao bom desempenho na execução do pré-natal, são peças-chave para o controle do agravo. A população deve receber informações sobre a prevenção das DST e o direito a uma assistência à saúde humanizada e de qualidade (BRASIL, 2005).

A estratégia para a eliminação da sífilis congênita da Organização Mundial da Saúde apoia-se em quatro pilares: o processo deve ser impulsionado pelo país, considerando as condições culturais, epidemiológicas e de cuidados pré-natais específicos; deve-se adotar uma abordagem integrada, ligada a outros serviços de saúde para mães e recém-nascidos; aplicar uma abordagem baseada em direitos, dando às mulheres o direito à informação, aconselhamento e confidencialidade e a melhor utilização possível dos recursos disponíveis através da parceria e colaboração entre os serviços (OMS, 2008).

Logo, para promover, prevenir e cuidar de um indivíduo torna-se necessário a união entre o conhecimento técnico-científico e a valorização das crenças e valores, propiciando uma maior interação com a realidade vivenciada pelo ser cuidado, considerando-se todos os determinantes sociais da saúde que influenciam no contexto de vida de cada indivíduo e as diversidades dos contextos socioculturais.

Dessa maneira, ao falar-se de promoção da saúde, automaticamente tem-se a associação com o protagonismo dos sujeitos como cidadãos de direitos que devem ser respeitados e que precisam ter sua autonomia resguardada.

Em revisão sistemática da literatura com abordagem na avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita que objetivam alcançar a população e os profissionais de saúde, verificou-se a predominância de atividades de informação e educação, obtidas tanto através da mídia, como através de capacitações e atividades de educação em saúde. Pressupondo que possibilitam o aumento da visibilidade e o conhecimento da doença, bem como possibilita, aos profissionais de saúde, intervir de maneira mais efetiva numa prática assistencial que não apresente resultados satisfatórios (SARACENI *et al.*, 2005a).

A educação e a saúde são indissociáveis, no entanto essa relação deve ser harmoniosa e os profissionais da saúde precisam optar por uma metodologia pedagógica e tecnologias educativas eficazes e condizentes com o contexto no qual o usuário está inserido, levando em conta seus aspectos biopsicossociais para que a relação usuário-paciente ocorra de forma efetiva, visando uma resolutividade dos seus reais problemas. Vale destacar que, promover mudanças de hábito ou comportamento não é uma tarefa fácil, mas quando dispomos de meios e recursos corretos, essas mudanças podem ser facilitadas.

No entanto, as nossas atividades educativas ainda são direcionadas pela pedagogia de transmissão, visto que a abordagem dá-se de forma verticalizada, onde os usuários são considerados verdadeiras tábuas rasas, sem levar em conta o seu conhecimento prévio, a sua cultura ou sua prontidão para aprender. Por isso, para promover uma melhoria desse panorama, torna-se urgente uma abordagem que possibilite e valorize a maior autonomia dos usuários na busca de sua promoção da saúde, no qual estes são capacitados para detectar os problemas reais, buscando para eles soluções originais e criativas.

Assim, para promover a saúde e o empoderamento das gestantes e de seus parceiros, torna-se necessário que os profissionais de saúde compreendam as percepções e crenças de mulheres e comunidades em relação à saúde de mães e recém-nascidos, incluindo questões sobre: cuidados de saúde durante a gravidez e problemas de saúde de mulheres grávidas; o estigma associado às doenças sexualmente transmissíveis; o papel dos homens como motivadores ou barreiras à procura de cuidados de saúde; a dinâmica da tomada de decisões familiares; as preferências em cuidados durante a gravidez e as percepções da qualidade dos cuidados dos serviços de saúde. Tais conhecimentos são cruciais para criar estratégias apropriadas de educação em saúde e elevar os conhecimentos sobre saúde, doença

e prevenção de doenças, possibilitando possíveis mudanças de comportamento de risco (OMS, 2008).

Logo, para reduzir o número significativo de casos de sífilis congênita, torna-se necessário uma participação ativa dos enfermeiros e demais profissionais integrantes da equipe da ESF na realização de atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da sífilis e outras DST. Cabe aos profissionais de saúde educar para uma maior qualidade de vida. Desta forma, a Enfermagem destaca-se por estar intimamente ligada ao ser humano e preocupada com o seu bem-estar, enquadrando-se no desafio de ações em Educação em Saúde que permitam incentivar a população à reflexão crítica de sua realidade e a promover uma mudança de comportamento.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A metodologia CAP permite diagnosticar uma população a partir do seu conhecimento, da sua atitude e da sua prática. Mostrando-nos o que as pessoas sabem, sentem e também como se comportam a respeito de um determinado tema. No entanto, ainda não há um consenso quanto à definição destes termos e à sua análise, apesar de um número expressivo de estudos que a utiliza (KALIYAPERUMAL, 2004).

No presente estudo, adotou-se os conceitos estabelecidos a partir de estudos similares (MARINHO *et al*, 2003; KALIYAPERUMAL, 2004), conforme segue:

- Conhecimento – Significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

- Atitude – É, essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Bem como preconceitos que podem permear o tema.

- Prática – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

A metodologia CAP permite um levantamento de dados que proporcionam a identificação dos melhores caminhos para a formulação de futuras estratégias intervencionistas a serem aplicadas no grupo estudado. Tal metodologia vem sendo empregada mundialmente em estudos com as mais diversas populações, visando medir o que elas sabem, de que forma pensam e como agem frente a um determinado problema (PORTUGAL, 2002).

A pesquisa nacional intitulada Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira, realizada em 2008, com uma amostra de 8.000 indivíduos entre 15 a 64 anos, trata-se um exemplo de utilização da metodologia CAP para nortear estratégias intervencionistas, sendo de grande relevância para o monitoramento da epidemia e para o controle das DST/AIDS/HV, visto que subsidiou as principais campanhas de grande mídia e ações de prevenção nos últimos anos no país. Além disso, possibilitou o cálculo de estimativas confiáveis quanto ao tamanho de algumas populações que correm maior risco de contrair o HIV, fundamentais para o adequado monitoramento da epidemia de AIDS no Brasil, tais como: homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2011).

Além disso, a referida metodologia também pode ser utilizada para o diagnóstico da comunidade após ações educativas, verificando-se as mudanças incorporadas nos níveis de conhecimento, atitude e prática, a fim de levar a um processo mais eficiente de conscientização do tema abordado, uma vez que irá permitir um programa de vigilância adaptado mais adequadamente às necessidades da comunidade (SANTOS, CABRAL, AUGUSTO; 2012).

É necessário compreender os níveis de conhecimento, atitude e prática de uma determinada população, pois facilita no processo de criação de sua consciência crítica e na autonomia do controle do seu processo de saúde-doença, visto que permite o reconhecimento das reais necessidades ou problemas da população, possibilitando uma adaptação das possíveis intervenções, direcionando-as para a problemática em questão.

As pesquisas que utilizam a metodologia CAP podem propiciar a identificação das reais lacunas do conhecimento, crenças culturais ou padrões de comportamento que podem facilitar ou dificultar a compreensão e a ação, bem como causar problemas ou criar barreiras para os esforços de controle de um determinado problema de saúde pública. Permitem identificar informações errôneas e atitudes que são comumente realizadas pela população em estudo. Às vezes, podem identificar os fatores que influenciam o comportamento, razões para suas atitudes e como e por que as pessoas praticam certos comportamentos de saúde. Além disso, podem ser utilizados para identificar as necessidades, problemas e barreiras na execução de programas ou intervenções, assim como direcionar possíveis soluções para melhorar a qualidade e acessibilidade dos serviços (WHO, 2008).

Apesar da evidente contribuição dessa metodologia para as pesquisas na área da saúde, não se encontra disponível na literatura uma padronização para a sua execução, principalmente, quanto ao tipo de instrumento a ser utilizado para avaliação do conhecimento, atitude e prática de uma determinada população. Frente ao exposto, optou-se pela realização de uma revisão bibliográfica relacionada aos estudos que utilizaram a metodologia exposta, que se fundamentou em artigos indexados nas bases de dados informatizadas: *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para a seleção dos artigos, definiram-se como critérios de inclusão: artigos em Português, Inglês ou Espanhol com resumos disponíveis nas bases de dados supracitadas; artigos originais; que utilizaram a metodologia CAP e indexados com os descritores em ciências da saúde: Conhecimentos, atitudes e prática em saúde/Health knowledge, attitudes, practice. A busca aos bancos de dados aconteceu no dia 29 de janeiro de 2013.

Na busca a base de dados Scielo encontrou-se 24 artigos; na base de dados Lilacs foi encontrado apenas 01 artigo e na Medline revelou 32 artigos.

Após uma leitura seletiva dos resumos, 46 artigos não se enquadravam nos critérios de inclusão supracitados. Assim, 11 artigos foram submetidos à leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, por meio da qual os textos foram agrupados e submetidos à análise (MINAYO, 1996). Desse total, 05 artigos estavam indexados na base de dados Scielo, 05 na Medline e apenas 01 na Lilacs.

Os dados foram coletados seguindo um roteiro semiestruturado, a fim de identificar as variáveis a seguir: ano de publicação, local do estudo, população alvo e objeto de estudo.

Os achados encontrados foram codificados na base de dados *Excel 2007*. Os resultados descritos através de frequências absolutas e relativas serão apresentados em forma de tabelas a seguir.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação. Brasil, 2013.

Ano de publicação (n=11)	N	%
1990	1	9,1
2003	1	9,1
2005	2	18,2
2007	1	9,1
2009	3	27,3
2010	1	9,1
2011	2	18,2
Total	11	100,0

Considerando o ano no qual os artigos foram publicados, evidencia-se que os anos de maior concentração de publicação que utilizaram a metodologia CAP, foram os anos 2009, 2005 e 2011. Na década de 90, houve apenas uma publicação, demonstrando ser uma metodologia relativamente nova e mais utilizada na contemporaneidade.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos de acordo com o local do estudo. Brasil, 2013.

Local do estudo (n = 11)	N	%
Argentina	1	9,1
Brasil	5	45,4
Colômbia	1	9,1
Nigéria	1	9,1
Suécia	1	9,1
Irã	1	9,1
Tanzânia	1	9,1
Total	11	100

No que concerne aos locais de realização das pesquisas, percebe-se que a maioria dos estudos analisados é procedente do Brasil, representando 45,4% dos artigos selecionados. Fato animador, visto que demonstra a preocupação dos pesquisadores brasileiros em conhecerem o que as pessoas sabem, pensam e como agem diante de uma temática utilizando para isto a metodologia CAP. A partir desse diagnóstico basal, possibilita-se a identificação de possíveis medidas cabíveis para a mudança da realidade encontrada.

Tabela 3 - Distribuição dos artigos de acordo com a população alvo do estudo. Brasil, 2013.

População alvo (n = 11)	N	%
Mulheres	3	27,3
Idosos a partir de 60 anos	1	9,1
Estudantes da área da saúde	2	18,2
Profissionais da saúde	3	27,3
Pacientes hipertensos	1	9,1
Responsáveis por crianças escolares	1	9,1
Total	11	100

Em relação ao público alvo das pesquisas que utilizaram a metodologia CAP, observou-se uma predominância de mulheres e profissionais da saúde. Salienta-se que tal realidade assemelha-se a presente pesquisa, a qual é direcionada para enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. Essa predominância pode estar relacionada às temáticas mais abordadas nos estudos, visto que a partir desse levantamento bibliográfico pode-se verificar que há uma maior investigação voltada ao câncer de mama e exame citopatológico do colo uterino, como é demonstrado na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos artigos de acordo com o objeto do estudo. Brasil, 2013.

Objeto de estudo (n=11)	N	%
Exame citopatológico do colo uterino	2	18,2
Vacina contra influenza	1	9,1
Drogas	1	9,1
Helmintoses intestinais	1	9,1
Câncer de mama	2	18,2
Prática baseada em evidências	1	9,1
Hipertensão	1	9,1
Planejamento familiar	1	9,1
Depressão	1	9,1
Total	11	100,0

Vale salientar que, dentre os artigos selecionados, não há nenhum que aborde a temática sífilis na gestação e isso faz com que se revele a necessidade de mais pesquisas voltadas para temática, visando uma maior sensibilização dos profissionais da saúde quanto a esse problema de saúde pública que possui todos os meios necessários para o seu controle.

Diante do exposto, verifica-se que a aplicabilidade da metodologia CAP é bastante extensa, perpassando por diversas temáticas da área da saúde, a qual pode ser considerada como uma ferramenta diferencial na área da saúde, visto que possibilita um diagnóstico basal de uma determinada população, e a partir do reconhecimento dos reais problemas e necessidades do povo, pode nortear futuras intervenções.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), de corte transversal e abordagem quantitativa. Os delineamentos transversais descrevem a situação, o fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo no tempo. No estudo quantitativo, o pesquisador parte do ponto inicial de um estudo para o ponto final, em uma sequência lógica de passos e analisa os dados obtidos através de números (POLIT; BECK, 2011).

A opção pela metodologia CAP ocorreu pela possibilidade de medir o conhecimento, a atitude e a prática de uma população, permitindo um diagnóstico destes indivíduos, mostrar o que as pessoas sabem, sentem e também como se comportam a respeito de um tema predefinido (KALIYAPERUMAL, 2004).

5.2 Universo do estudo

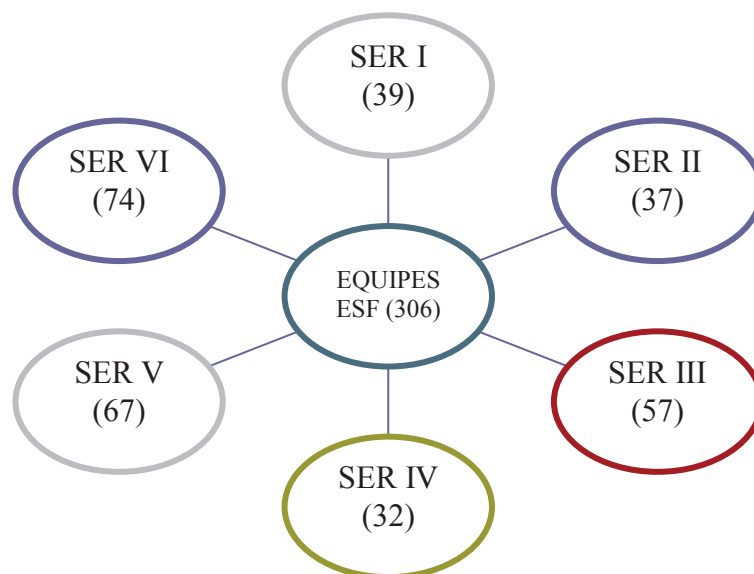
O estudo foi realizado no município Fortaleza que se encontra dividido geograficamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), estes territórios estão delimitados administrativamente visando proporcionar a melhoria das condições de vida da população. Nos últimos anos, houve expansão e reorganização da atenção primária e todas as unidades de saúde incorporaram as equipes de saúde da família, aumentando as áreas de abrangência para todo o município, que conta atualmente com 91 unidades de atenção primária.

Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do sistema de saúde de Fortaleza. Nas seis SER do município atuam 319 equipes da ESF, dentre elas 306 são compostas por enfermeiros (FORTALEZA, 2009).

Tais SER são circunscritas e configuram-se como um modelo de organização para facilitar a gestão municipal. A oferta de serviços de atenção básica nessas SER guardam grandes similaridades, uma vez que seguem o critério nacional de implantação de equipes de ESF pelo parâmetro de áreas de risco e as ações de Enfermagem devem ser priorizadas e serem desenvolvidas conforme recomendações do Ministério da Saúde para o âmbito nacional.

O diagrama a seguir demonstra o número de equipes da ESF funcionando com enfermeiros por SER:

Figura 1 - Distribuição do número de enfermeiros da ESF segundo a Secretaria Executiva Regional (SER) pertencente. Fortaleza – CE, ago. 2012.



5.3 População e amostra

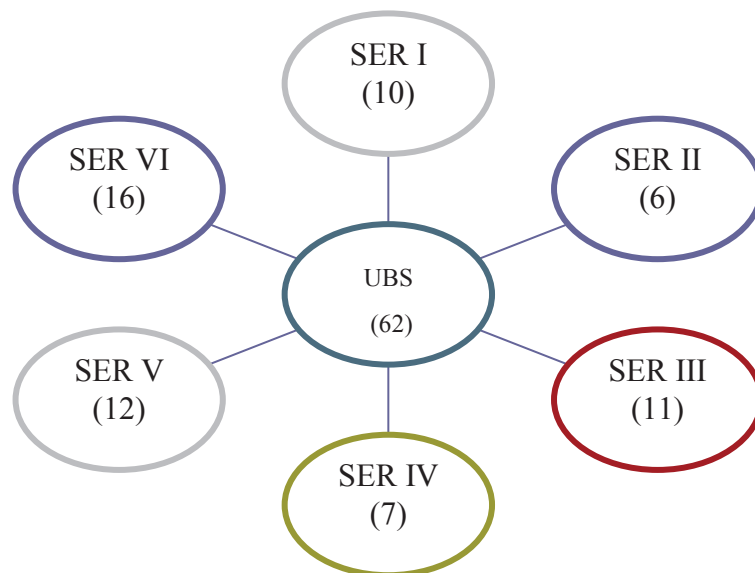
A população correspondeu aos 306 enfermeiros da ESF do município de Fortaleza. A amostra probabilística foi representativa para o município, a qual foi determinada com base na fórmula a seguir, para cálculo de populações finitas, adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro amostral máximo permitido de 5%, que no caso correspondeu a 171 enfermeiros (n=171) que atuam na ESF do município no período do estudo (ULYSSES FILHO, 1999):

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde: n = Tamanho da amostra; Z^2 = Coeficiente de confiança; p = Percentual com o qual o fenômeno se verifica; q = Percentual complementar; N = Tamanho da população e e^2 = Erro máximo permitido.

Objetivando-se a participação dos sujeitos de maneira proporcional para cada SER, optou-se pela amostragem aleatória estratificada, no qual o N amostral foi estratificado entre as SER, correspondendo ao seguinte quantitativo de enfermeiros por regional: 22 enfermeiros na SER I, 21 na SER II, 32 na SER III, 18 na SER IV, 37 na SER V e 41 na SER VI, de acordo com o percentual em relação ao total de enfermeiros de cada uma das SER. Quanto ao quantitativo de Centros de Saúde da Família (CSF), tem-se:

Figura 2 - Distribuição do número de Centros de Saúde da Família selecionados para compor a amostra do estudo segundo a Secretaria Executiva Regional (SER) pertencente. Fortaleza – CE, ago. 2012.



A seleção dos Centros de Saúde da Família de cada SER deu-se através da amostragem probabilística aleatória simples até completar o número de enfermeiros necessários para tornar a amostra significativa, totalizando 62 CSF, sendo 10 CSF da SER I, 6 da SER II, 11 da SER III, 7 da SER IV, 12 da SER V e 16 da SER VI.

Considerou-se como critérios de inclusão: atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF), realizar atendimento pré-natal e não estar em período de licença ou férias.

5.4 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2012, utilizando-se como instrumento um questionário estruturado composto por questões fechadas e abertas (APÊNDICE A), o qual foi aplicado em ocasião programada, com o objetivo de não interferir nas atividades dos enfermeiros. Ressalta-se que o profissional respondeu e devolveu o questionário ao pesquisador na própria unidade, não podendo fazer consulta bibliográfica, nem levar para casa.

O questionário é um instrumento que contém um conjunto de questões relacionadas a um problema central, o qual visa obter respostas às perguntas que o próprio informante preenche (LEOPARDI; NIETSCHE; GONZALES, 2001). Os respondentes são solicitados a responder às mesmas questões, podendo ser fechadas as quais são mais difíceis de elaborar, porém mais fáceis de administrar e analisar; ou abertas que permitem informações mais ricas e completas (POLIT; BECK, 2011).

Destaca-se que o questionário foi pré-testado com um grupo de 05 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família, selecionados ao acaso, para confirmar a adequação do instrumento, visando à qualidade das informações obtidas. No entanto, os questionários utilizados como pré-teste não foram incluídos no estudo. A partir do pré-teste pode-se realizar adaptações, pois pôde ser verificado que o instrumento estava muito extenso e havia algumas perguntas ambíguas.

O instrumento utilizado contemplou dados inicialmente referentes à caracterização demográfica e profissional. Em seguida, abordaram-se os questionamentos do inquérito CAP em relação à sífilis na gestação, compondo questões sobre agente etiológico, formas de transmissão, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da doença, as quais foram embasadas nos manuais do Ministério da Saúde: Diretrizes para controle da sífilis congênita e Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007b). Na avaliação da segunda parte do questionário, cada resposta foi codificada em adequada, regular ou inadequada seguindo os parâmetros listados abaixo e os quesitos não respondidos foram considerados inadequados.

Com o objetivo de padronizar a coleta de dados e controlar a variabilidade entre os coletores, a pesquisadora treinou três acadêmicas de enfermagem para aplicar os questionários utilizando um Procedimento Operacional Padrão (POP) desenvolvido durante a disciplina Tópicos Avançados de Pesquisa Clínica em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC (APÊNDICE B), as quais foram às unidades selecionadas

portando um crachá de identificação e a documentação de autorização das respectivas Secretarias Executivas Regionais, apresentaram-se aos coordenadores de cada CSF e em seguida abordaram os enfermeiros convidando-os a participar da pesquisa.

Diversos estudos que aplicaram o CAP utilizaram diferentes formas de valorar as variáveis segundo as três categorias. No presente estudo, o conhecimento, a atitude e a prática acerca da sífilis na gestação foram avaliados da seguinte forma, utilizando-se o modelo de inquérito CAP adotado na investigação de Santos, Cabral, Augusto (2012):

a) Conhecimento:

Com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros, os mesmos responderam da 9ª a 11ª questão do instrumento de coleta de dados. Na 9ª questão, o enfermeiro realizou uma autoavaliação quanto ao seu conhecimento sobre sífilis na gestação e a sua capacidade de suspeitar do diagnóstico da doença, devendo assinalar as seguintes opções: Muito bom, Bom, Regular e Ruim. Nas demais questões, o enfermeiro assinalou V, caso a afirmação fosse verdadeira e F se falsa, sendo valoradas da seguinte forma:

- Adequado: quando o enfermeiro obtiver uma pontuação de no mínimo 7,0 pontos ao responder dezesseis assertivas sobre o agente etiológico da sífilis, formas de transmissão, desfechos de uma transmissão vertical, manifestações clínicas de acordo com o estadiamento da doença, testes sorológicos e tratamento, ou seja, aquele enfermeiro que acertar 11 questões ou mais;

- Regular: quando o enfermeiro obtiver uma pontuação entre 5,0 e 6,0, acertando entre 8 a 10 questões;

- Inadequado: quando o enfermeiro obtiver uma pontuação abaixo de 5,0, correspondendo a sete questões ou menos.

b) Atitude:

- Adequada: quando os enfermeiros acreditarem que as ações de educação em saúde, a solicitação do VDRL, a convocação e o tratamento do(s) parceiro(s) e o preenchimento da ficha de notificação da sífilis na gestação são ações sempre necessárias para o controle da sífilis congênita.

- Inadequada: quando os enfermeiros discordarem de pelo menos uma das assertivas ou não ter opinião sobre as questões.

c) Prática:

- Adequada: quando os enfermeiros relatarem que realizam pelo menos 8 das 12 ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a redução e controle da sífilis congênita, dentre elas: a realização de ações educativas, a solicitação do VDRL no 1º e 3º trimestre da gestação, a realização do diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva, a captação precoce das gestantes, a realização de uma assistência pré-natal organizada e de qualidade, a convocação do(s) parceiro(s), o encaminhamento para o médico instituir o tratamento adequado da gestante e do(s) parceiro(s), o preenchimento de todos os dados referentes ao VDRL e tratamento no cartão da gestante e notificação de todos os casos de sífilis na gestação.

- Regular: quando o enfermeiro relatar a realização de 6 a 7 ações citadas acima.

-Inadequada: quando os enfermeiros relatarem a realização de somente 5 ou menos destas ações.

O quadro abaixo resume as variáveis segundo as categorias dimensionadas:

Quadro 1 - Critérios de acordo com a valoração estabelecida para as categorias de conhecimento, atitude e prática.

	Valoração		
	Adequado	Regular	Inadequado
1. Conhecimento	11 ou mais respostas corretas	8 a 10 respostas corretas	7 ou menos respostas corretas
2. Atitude	Adequada Concordar com todas as afirmações		Inadequada Discordar de pelo menos uma afirmação
3. Prática	Adequada 8 a 12 respostas corretas	Regular 6 a 7 respostas corretas	Inadequada 5 ou menos respostas corretas

Vale ressaltar que, em relação ao viés de informação, é possível que as respostas ao inquérito mostrem uma intenção das pessoas em responder positivamente ao que é

esperado e preconizado pelo Ministério da Saúde. A limitação ficou no sentido de que com esse instrumento (CAP) não se pode afirmar categoricamente o que pensa e como o sujeito age frente aos questionamentos propostos. Demonstra-se a necessidade de estudos futuros que utilizem outras técnicas, dentre elas métodos qualitativos que possibilitem confrontar as informações obtidas.

Os dados encontrados foram organizados e analisados por meio do programa SPSS-IBM e apresentados através de tabelas e gráficos com frequências absolutas e relativas. Para a comparação dos dados quantitativos com variáveis agrupadas, utilizou-se o teste Mann-Whitney ou o Kruskal-Wallis, dependendo do número de categorias a serem comparadas.

Consideraram-se as seguintes variáveis explanatórias: idade, tempo de graduação e tempo de atuação na ESF, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para associá-las ao conhecimento, à atitude e à prática. Já as variáveis: sexo, instituição de graduação, titulação, realização de alguma capacitação direta ou indiretamente em sífilis na gestação, utilizou-se o teste Mann-Whitney. Para verificar a associação entre duas variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado ou de Fisher, dependendo das frequências esperadas. Tais associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de p (probabilidade) assumiu um valor menor ou igual a 0,05 nos testes realizados.

5.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado sob o protocolo nº 81/12. Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2003b). Encontra-se em anexo o ofício de aprovação (ANEXO A).

Aos participantes da pesquisa foi garantido o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência, da não maleficência, bem como o direito ao anonimato e sua autonomia quanto a participar da pesquisa. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e, quando de acordo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C).

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo e sua associação com os componentes do inquérito CAP

A fim de descrever, analisar e elucidar possíveis associações entre as variáveis explanatórias (idade, sexo, instituição de graduação, tempo de formado, especialização, tempo de atuação na ESF, capacitação em sífilis na gestação) com o conhecimento, a atitude e a prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação, realizou-se o teste Kruskal Wallis ou Mann-Whitney, dependendo do número de categorias a serem comparadas. Tais resultados constam nas tabelas 5 e 6.

Tabela 5 – Associação entre o conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação segundo as variáveis: idade, tempo de formado e tempo de atuação na ESF. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Conhecimento	Conhecimento	Conhecimento	Valor p *
	Adequado	Regular	Inadequado	
	Mean Rank/Posto Médio			
Idade (anos)	81,21	94,62	100,77	0,180
Tempo de formado	84,57	84,06	108,91	0,281
Tempo de atuação na ESF	89,17	81,50	71,33	0,402
	Atitude Adequada		Atitude Inadequada	
	Mean Rank/Posto Médio			
Idade (anos)	85,45	104,20		0,403
Tempo de formado	85,28	109,80		0,274
Tempo de atuação na ESF	85,44	104,60		0,392
	Prática Adequada		Prática Regular	
	Prática Inadequada			
	Mean Rank/Posto Médio			
Idade (anos)	84,98	95,22	167,00	0,216
Tempo de formado	85,87	79,33	167,00	0,239
Tempo de atuação na ESF	87,22	54,89	170,00	0,037

*Teste de Kruskal Wallis

A análise da faixa etária dos profissionais participantes da pesquisa demonstrou que a idade variou entre 23 e 62 anos, com uma média de 37,5 (DP: $\pm 7,5$). A maioria dos enfermeiros 90 (52,6%) encontrava-se na faixa etária de 33 a 42 anos. Tais dados estão em concordância com outro estudo realizado com 243 enfermeiros que atuam em 112 unidades de saúde da atenção básica do Distrito Federal, o qual observou que 57,1% dos participantes tinham entre 30 a 39 anos (MENEZES, 2011). No entanto, divergem da pesquisa realizada com 54 enfermeiros atuantes na ESF do município de Anápolis, o qual verificou que a maioria dos participantes era jovem, dos quais 71% dos enfermeiros tinham entre 20 a 30 anos (ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011).

O tempo de graduação variou de 1 a 32 anos, com uma média de 12 anos e desvio padrão de $\pm 6,7$. Verificando-se a predominância entre 10 a 19 anos, correspondendo a mais da metade da amostra 99 (57,9%).

Em estudo realizado com 56 enfermeiros das equipes de Saúde da Família do município de Curitiba, pode-se observar a equivalência quanto ao tempo de formado dos profissionais, visto que 42,9% tinham de 10 a 20 anos de formado. A partir desse panorama podem-se supor como possíveis razões para a prevalência de enfermeiros com maior tempo de formação na atenção básica: os maiores salários; a maior segurança em lidar com as práticas assistenciais generalistas; o maior tempo de inserção na rede básica; o perfil de formação na graduação que não é voltado para a Atenção Básica e/ou para a Saúde da Família, entre outros (GIL, 2006).

Quanto ao tempo de atuação, na ESF variou de 1 a 30 anos, com uma média de 9,2 anos e desvio padrão de $\pm 5,5$. A maioria dos enfermeiros 65 (38,0%) atua na ESF entre 6 a 10 anos. Podendo-se inferir que, atuam a um tempo considerável na atenção básica favorecendo ao desenvolvimento de uma prática profissional segura e competente. Além disso, acredita-se que o tempo de atuação do enfermeiro na ESF, pode favorecer as possibilidades de vivenciar diversas experiências na sua profissão e auxiliar na formação de vínculo entre a equipe e o usuário (AMORIM; ANDRADE, 2009).

Achado divergente de outro estudo realizado com 89 enfermeiros da ESF do município de Londrina, o qual verificou que a grande maioria dos enfermeiros (80,9%) tinha mais de dois anos de trabalho na Estratégia Saúde da Família (média de 2,4 anos), com uma média inferior a encontrada no presente estudo (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005). Em pesquisa semelhante realizada com 24 enfermeiros que atuavam na ESF dos municípios da região do Sul do Rio Grande do Sul verificou-se que 28% dos participantes tinham menos de um ano de experiência na área (RAMOS *et al*, 2009)

Destaca-se que, um número significativo de enfermeiros 40 (23,4%) atua na ESF entre 1 a 5 anos, demonstrando um quadro de profissionais relativamente recentes no mercado, os quais podem assumir atitudes diferenciais na atenção em saúde das gestantes, principalmente voltadas para o controle da sífilis congênita, visto que tiveram recentemente acesso às informações durante a graduação relativas à doença, além de que a maioria tem o interesse de por em prática o que foi aprendido durante a graduação, inclusive assumindo o seu papel de educador em saúde, atitude primordial para incentivar a autonomia do usuário e fornecer subsídios para o seu empoderamento.

A partir da análise da tabela 5, pode-se verificar que não houve associação estatisticamente significativa ao comparar as variáveis idade, tempo de formado e tempo de atuação na ESF com as categorias conhecimento, atitude e prática. Excetuando-se a variável tempo de atuação na ESF, que apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,037$) com a prática em relação ao controle da sífilis na gestação. A partir dessa associação, pode-se inferir que aqueles enfermeiros que possuem mais anos de atuação na ESF tendem a ter uma prática mais deficiente. No entanto, tal achado pode ter sido influenciado pelo único participante que foi avaliado como tendo uma prática inadequada segundo os critérios do estudo, o qual possuía bastante tempo de experiência na ESF (30 anos).

Portanto, fazendo-se um ajuste estatístico, o valor real do p seria 0,054, verificando-se que embora não haja uma associação significativa, percebe-se que os indivíduos com maior tempo de atuação na ESF tendem a ter uma prática mais adequada. Fato já esperado, visto que o tempo de experiência é determinante para uma boa prática, pois os enfermeiros têm uma vivência e familiaridade com o seu ambiente de trabalho, com a equipe de profissionais e com os usuários. Em relação ao manejo da sífilis na gestação, esse maior tempo de experiência pode influenciar positivamente na abordagem e sensibilização dos parceiros na adesão ao tratamento da sífilis.

Fato que não condiz com estudo semelhante realizado com 102 profissionais da saúde do município do Rio de Janeiro, o qual identificou que aqueles com maior tempo de atuação no serviço apresentaram maior proporção de conhecimento adequado sobre a situação da sífilis congênita e de prescrição de tratamento adequado para as gestantes, tendo também menor relato de dificuldade na abordagem das DST. Além disso, verificou-se que os profissionais com maior tempo de formado referiram uma maior adequação da sua prática, principalmente quanto à solicitação dos exames de rotina e prescrição de tratamento para a gestante, bem como apresentaram menor dificuldade para a abordagem das DST. Esse melhor desempenho dos profissionais com maior tempo de formação e de atuação em relação às ações

de controle da sífilis, pode estar relacionado ao maior acesso aos treinamentos realizados na última década (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Em outro estudo realizado com 160 enfermeiros atuantes na ESF de Fortaleza também se verificou que aqueles profissionais que se encontravam no período de 6 a 10 anos de atuação na atenção básica obtiveram o maior número de respostas corretas quanto à sífilis na gestação (SILVA, 2010).

Tabela 6 – Associação entre conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação segundo as variáveis: sexo, instituição de graduação, titulação e realização de capacitação sobre sífilis. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Total	Conhecimento Adequado		Atitude Adequada		Prática Adequada	
		N(%)	p	N(%)	p	N(%)	P
Sexo							
Masculino	17	8 (4,7)		17(9,9)		17(9,9)	
Feminino	154	107 (62,6)	0,168	149(87,1)	0,451	144(84,2)	0,304
Instituição de graduação							
Pública	110	78(45,6)		110(64,3)		106(62,0)	
Privada	61	37(21,6)	0,261	56(32,7)	0,002	55(32,2)	0,191
Titulação							
Graduação/Pós-graduação lato sensu	145	94(54,9)		143(83,6)		138(80,7)	
Pós-graduação stricto sensu	25	21(12,3)	0,542	23(13,4)	0,414	23(13,4)	0,791
Capacitação							
Sim	92	62(36,2)		88(51,4)		86(50,3)	
Não	79	53(30,9)	0,997	78(45,6)	0,233	75(43,8)	0,900

*Teste de Mann-Whitney

Quanto ao sexo dos profissionais, sabe-se que a enfermagem é fortemente marcada pela hegemonia feminina, a qual se dá, sobretudo pela sua trajetória histórica de ser um ofício eminentemente feminino. Embora já se perceba um movimento em relação à inserção do homem na profissão, os dados sócio-demográficos desta pesquisa ainda revelam a predominância das mulheres no contexto das práticas assistenciais. Dentre os 171 participantes, 90,1% (154) eram do sexo feminino.

O achado retrata a realidade observada em outros estudos sobre o perfil dos profissionais, tal como o estudo realizado numa instituição hospitalar da cidade de São Paulo com 64 enfermeiros, que verificou a prevalência da força de trabalho feminino com 92% de mulheres. Esta predominância feminina na enfermagem é compartilhada por outros autores (ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011), reproduzindo a característica histórica da enfermagem, profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios (MARTINS *et al*, 2006).

Tal achado corrobora com estudo realizado no município de Fortaleza com 137 enfermeiros que atuam na ESF, o qual encontrou que 88,3% dos entrevistados eram do sexo feminino. Em estudo realizado numa instituição hospitalar do Rio de Janeiro com 24 enfermeiros, verificou-se que 87,5% dos participantes também eram mulheres (SILVA; FERREIRA, 2011).

Fazendo-se um resgate histórico, pode-se considerar que a Enfermagem nasceu como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexistindo com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos idosos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde. Constituindo-se, desde a sua gênese, em um campo de saber e prática com hegemonia feminina (LOPES; LEAL, 2005).

Em relação à instituição de graduação, observou-se que a maioria 110 (64,3%) concluiu a sua graduação em Enfermagem em uma instituição de ensino superior pública. Fato que corrobora com estudo realizado com 253 profissionais integrantes das equipes da ESF de Mato Grosso, verificando-se que a maioria também (61,3%) obteve a graduação em instituições públicas (CANESQUI; SPINELLI, 2006). Divergindo, no entanto, de outro estudo realizado com 124 equipes da ESF do município de Curitiba, sendo composta por 54 enfermeiros, o qual observou que cerca de 70% dos enfermeiros inseridos nas equipes de Saúde da Família são egressos de instituições particulares (GIL, 2006).

A partir da tabela 6, pode-se verificar que houve uma associação estatisticamente significativa entre a instituição de graduação e a atitude dos enfermeiros ($p=0,002$), fato que permite inferir que os enfermeiros que concluíram a sua graduação em uma instituição pública tendem a ter uma atitude mais adequada em relação ao controle da sífilis na gestação.

O sistema de ensino superior no Brasil é predominantemente privado (entre 70% e 80%). Essa predominância também é observada na área da saúde, inclusive no curso de enfermagem (HADDAD *et al.*, 2010). Em estudo realizado com os cursos de enfermagem na modalidade presencial registrados no banco de dados e-MEC de Minas Gerais verificou-se

que os cursos de enfermagem apresentam diversidade em relação à carga horária, com variação entre instituições públicas e privadas, sendo que estas tendem a apresentar menor carga horária total nos cursos e uma maior expansão da oferta de cursos noturnos em instituições privadas (SILVA *et al.*, 2011). Essa maior flexibilização dos cursos das instituições privadas pode estar relacionado a essa diferença encontrada na atitude dos enfermeiros em relação à temática.

Vale destacar que, a maior parte dos enfermeiros 133 (77,8%) é especialista, mas somente 25 (14,6%) realizaram uma pós-graduação *stricto sensu*. Estes resultados revelam um grau satisfatório de capacitação profissional, refletindo o desejo dos profissionais de saúde por uma capacitação continuada. Fato que condiz com outro estudo realizado com 253 profissionais integrantes das equipes da ESF de Mato Grosso, o qual verificou que 40% dos informantes haviam concluído cursos de especialização e apenas 1,6% obteve a titulação de mestre e doutor (CANESQUI; SPINELLI, 2006).

Quando questionados quanto à realização de alguma capacitação direta ou indiretamente acerca da sífilis, houve uma diferença mínima entre as respostas, no entanto, a maioria 92 (53,8%) respondeu positivamente. Em estudo semelhante realizado no município do Rio de Janeiro, identificou-se uma elevada proporção de profissionais superior a 70%, que relatou já ter participado de treinamentos sobre manejo da sífilis na gravidez, a maioria nos últimos cinco anos (DOMINGUES *et al.*, 2012).

No presente estudo, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a realização de capacitação acerca da temática e a adequação do conhecimento. No entanto, em estudo semelhante pode-se observar uma significância limítrofe em relação à realização de treinamentos e um conhecimento mais adequado sobre a situação da sífilis congênita. Verificando-se também que maior acesso a treinamentos, manuais e, principalmente, a leitura completa dos manuais, com maior familiaridade dos profissionais com o conteúdo dos protocolos, mostraram associação com conhecimento correto da situação epidemiológica da sífilis e realização correta das condutas assistenciais. Entretanto, tais efeitos foram discretos e a persistência de falhas nas rotinas assistenciais em profissionais com acesso a treinamentos e manuais normativos indica a necessidade de revisão das estratégias de capacitação que têm sido adotadas. A incorporação de ações de capacitação em aconselhamento nesses treinamentos é essencial, pois além de ter sido sugerida por uma grande parcela dos profissionais, dificuldades em algum aspecto da abordagem das DST foram referidas por quase 50% dos entrevistados (DOMINGUES *et al.*, 2012).

A capacitação é uma das estratégias mais utilizadas, pois visa o enfrentamento dos problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas (BRASIL, 2009).

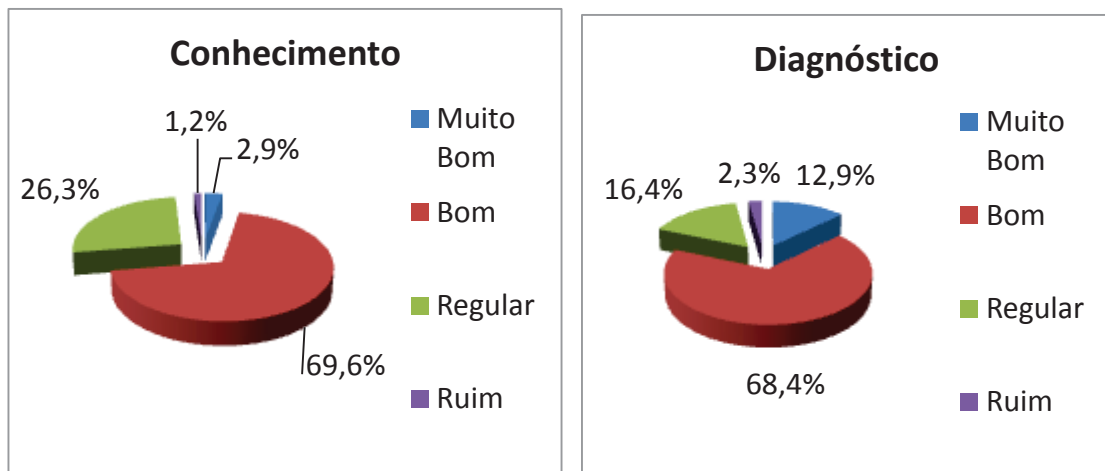
No entanto, parece que a realização de treinamentos pontuais não interfere significativamente no desempenho profissional. Fato encontrado em estudo realizado com enfermeiros de Recife, que objetivou avaliar o impacto de um programa permanente de treinamento em Suporte Básico e Avançado de Vidas no nível de conhecimento dos profissionais, o qual identificou que os enfermeiros que apresentaram treinamento prévio não tinham desempenho superior àqueles que não se submeteram a qualquer treinamento anterior. Somente após a implantação do sistema de educação continuada houve uma melhora significativa no nível de conhecimento destes profissionais (LIMA, *et al.*, 2009).

É importante destacar que um programa de educação permanente é indispensável para o desenvolvimento de uma prática baseada nos princípios científicos (CORDEIRO *et al.*; 2009). Contudo, tais programas de treinamento devem utilizar estratégias metodológicas atraentes, visto que em estudo anterior, verificou-se que os profissionais da ESF não se sentem motivados em participar dos treinamentos e relatam que não acrescentam nada à sua prática profissional e que estes são predominantemente teóricos (SILVA *et al.*; 2010a).

6.2 Conhecimento dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação

Para a verificação do conhecimento dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação, inicialmente solicitou-se a sua autoavaliação quanto ao seu conhecimento e a sua capacidade de suspeitar do diagnóstico de sífilis na gestação, as quais estão demonstradas no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos percentuais da autoavaliação dos enfermeiros segundo o seu conhecimento e a sua capacidade de suspeitar do diagnóstico de sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

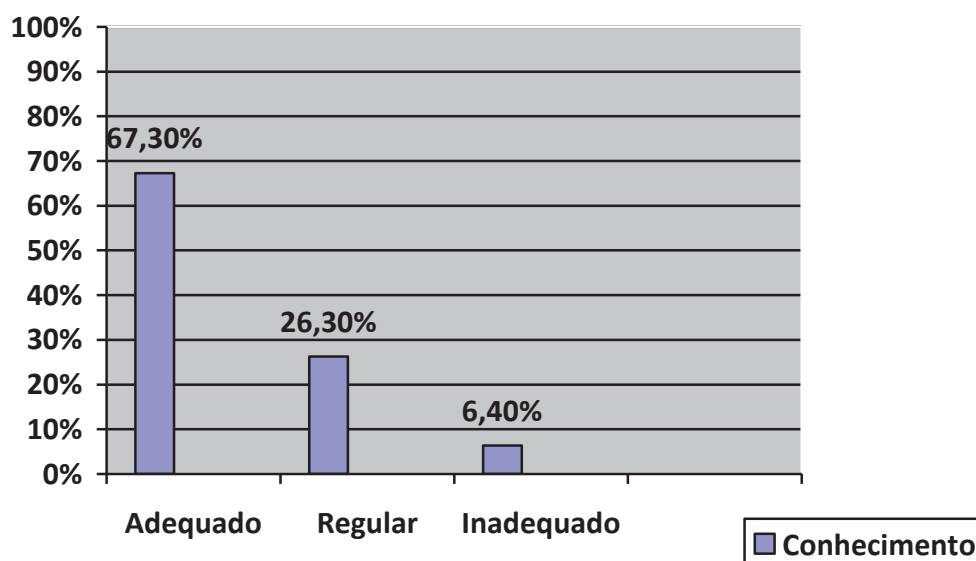


Quando questionados acerca do seu conhecimento e a capacidade de suspeitar do diagnóstico de sífilis na gestação, a maioria 119 (69,6%) referiu possuir um conhecimento bom e 117 (68,4%) possuir uma boa habilidade na capacidade de suspeitar do diagnóstico da doença.

A autoavaliação pode influenciar na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, pois através da reflexão dos profissionais é possível fomentar a autoanálise, a autogestão, a identificação dos problemas, bem como a formulação de estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços e das relações multiprofissionais. Logo, quando um profissional reconhece que necessita de um aperfeiçoamento ou atualização em uma determinada área, o mesmo através da prontidão para o aprendizado, poderá sentir-se motivado a buscar cursos, seminários, especializações, dentre outros meios para diminuir as lacunas de seu conhecimento.

Quanto ao conhecimento acerca da sífilis na gestação, verificou-se que a maioria 115 (67,3%) foi classificada como tendo um conhecimento adequado. No entanto, vale ressaltar que, um número significativo de enfermeiros 56 (32,7%) teve conhecimento inadequado e regular. Fato preocupante, visto que a atuação adequada desses profissionais na assistência pré-natal é primordial para o controle da sífilis congênita e para o alcance da sua almejada erradicação. Logo, tal situação pode comprometer o objetivo do Ministério da Saúde de controle da sífilis congênita (GRÁFICO 2).

Gráfico 2 – Distribuição do percentual de enfermeiros segundo grau de seu conhecimento acerca do controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.



Ressalta-se que, a persistência do problema da sífilis congênita advém de multifatores e possivelmente está relacionada com a falta de conhecimento da equipe de saúde acerca do seu manejo, requerendo maior atenção dos órgãos responsáveis pelas políticas públicas (ANDRADE *et al.*, 2011).

O controle da sífilis congênita depende da realização de uma assistência pré-natal de qualidade. Tornando-se necessária capacitação técnica dos profissionais que realizam o acompanhamento das gestantes, especialmente na atenção primária em prol da prevenção da doença e conseqüentemente da melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e fetal (ANDRADE *et al.*, 2011). Destaca-se que o acompanhamento pré-natal na atenção primária é realizado por médico e enfermeiro que devem trabalhar de forma integrada e dividindo a periodicidade das consultas (BRASIL, 2006e). De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro tem autonomia para realizar consultas, podendo solicitar alguns exames e prescrever medicamentos dentro dos Programas de Saúde Pública (COFEN, 2002).

Logo, o manejo de uma gestante com VDRL reagente requer dos profissionais de saúde habilidades e competências necessárias para o seu acompanhamento durante o pré-natal e a adoção de condutas adequadas e atualizadas.

No entanto, segundo Campos *et al* (2010) apesar da assistência pré-natal ampla e de qualidade ser a ação mais consistente para o controle da sífilis congênita, verifica-se que a

garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal não é suficiente para assegurar um atendimento de qualidade à gestante, o que torna as metas para o controle da sífilis congênita inalcançáveis com as práticas atuais.

Na tabela 7, observa-se a distribuição dos enfermeiros de acordo com as categorias do conhecimento que foram avaliadas.

Tabela 7 – Distribuição do número e percentual de enfermeiros que atuam na ESF do município de Fortaleza-Ce segundo as categorias do conhecimento acerca da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Categorias do conhecimento (n=171)	Correta		Errada	
	N	%	N	%
Agente etiológico	139	81,3	32	18,7
Transmissão vertical	158	92,4	13	7,6
Formas de transmissão da doença	84	49,1	87	50,9
Principais desfechos da transmissão vertical	132	77,2	39	22,8
Sífilis primária	101	59,1	70	40,9
Sífilis secundária	144	84,2	27	15,8
Sífilis latente recente e tardia	42	24,6	129	75,4
Sífilis terciária	127	74,3	44	25,7
Testes sorológicos (treponêmicos x não-treponêmicos)	84	49,1	87	50,9
VDRL (Desvantagens)	116	67,8	55	32,2
Manejo da sífilis na gestação x sífilis adquirida	129	75,4	42	24,6
Tratamento adequado	162	94,7	9	5,3
Droga de escolha	134	78,4	37	21,6
Reação de Jarish-Herxheimer	59	34,5	112	65,5
Uso do preservativo	156	91,2	15	8,8
Solicitação do VDRL no pré-natal	137	80,1	34	19,9

Quando questionados acerca do agente etiológico da sífilis, a maioria 139 (81,3%) demonstrou conhecimento adequado. Em relação à transmissão vertical da doença, 158 (92,4%) dos enfermeiros discordaram da afirmativa que dizia que a transmissão ocorre somente no último trimestre e independente do estágio da doença materna. Vale destacar que,

quanto às formas de transmissão da doença, as respostas foram equiparadas, visto que 87 (50,9%) dos participantes consideraram o leite materno uma forma de transmissão da doença.

Sabe-se que a sífilis é uma patologia de caráter sistêmico, infeccioso e contagioso, causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, a qual pode ser transmitida através do contato sexual, transfusão sanguínea ou via transplacentária (NAUD *et al.*, 2006).

A transmissão vertical do *Treponema pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença. Quanto à transmissão através do aleitamento materno, ocorrerá apenas se houver lesões mamárias por sífilis (BRASIL, 2006a).

Quando indagados acerca dos principais desfechos da transmissão vertical da doença, a maioria 132 (77,2%) concordou com a literatura, a qual aponta o aborto espontâneo, natimorto e morte perinatal, que acometem aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas.

Ao se verificar o conhecimento dos enfermeiros acerca das manifestações clínicas da doença de acordo com cada estágio, observou-se que a maioria 101 (59,1%) soube identificar as principais características da sífilis primária, 144 (84,2%) reconheceram as manifestações clínicas da sífilis secundária e 127 (74,3%) também identificaram os sinais e sintomas da sífilis terciária. No entanto, em relação à sífilis latente recente e tardia, verificou-se um déficit no conhecimento dos enfermeiros, visto que 129 (75,4) acreditam que nesse estágio da doença há manifestações inespecíficas, tais como artralgias, febrículas, cefaléia e adinamia.

A sífilis primária inicia-se 10 a 90 dias após o contato sexual infectante (média de 21 dias). Caracteriza-se pelo surgimento de lesão ulcerada, geralmente única, não dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e pouca secreção serosa conhecida por cancro duro ou protossifiloma. Pode estar acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla. Na mulher, se localiza geralmente nos pequenos lábios, paredes vaginais ou colo uterino, enquanto que no homem manifesta-se principalmente na glande ou sulco bálano-prepucial. Na sua evolução normal, o cancro duro regride espontaneamente, não deixando qualquer cicatriz (MURRAY, 2006).

Já a sífilis secundária, manifesta-se pela presença de lesões polimorfas, as quais estão mais presentes na região dorsal e palmo-plantar, podendo estar acompanhadas ou não de febre, mal-estar e mialgia, que duram cerca de 3 a 12 semanas. Quando estas desaparecem, segue-se a fase latente, sem sinais e sintomas, de duração variável, podendo durar anos (NAUD *et al.*, 2006a). A sífilis terciária manifesta-se anos após o contágio, em geral entre 3 a 12 anos, podendo envolver períodos maiores. Caracteriza-se pelo surgimento de tumorações

amolecidas em regiões cutâneo-mucosas (gomos). Pode haver comprometimento neurológico, cardiovascular e até osteoarticular (BRASIL, 2007b).

Em estudo realizado com 160 enfermeiros que atuavam na ESF em Fortaleza no ano de 2009 verificou-se um percentual maior de respostas incorretas quanto ao conhecimento acerca das etapas da sífilis na fase recente, 78 (48,8%) responderam que esta fase envolvia as etapas primária e secundária da doença, sendo que apenas 53 (33,1%) profissionais responderam corretamente, que se tratava das etapas primária, secundária e latente recente (ANDRADE; *et al*, 2011). Demonstrando um déficit no conhecimento não apenas nas manifestações clínicas como também no estadiamento da doença.

Salienta-se a importância dos enfermeiros possuírem conhecimento adequado acerca dos estágios e manifestações clínicas da sífilis para torná-los aptos no seu reconhecimento, possibilitando o encaminhamento para o profissional médico e a instituição de um tratamento adequado e condizente ao estágio clínico da doença.

Com relação ao conhecimento dos enfermeiros acerca do diagnóstico da sífilis em gestantes, 87 (50,9%) responderam que o VDRL é um teste treponêmico. Constatando o desconhecimento dos profissionais acerca das recomendações do Ministério da Saúde para a triagem e o diagnóstico de gestantes com sífilis, visto que a solicitação do VDRL é recomendada durante a assistência pré-natal e é de fundamental importância na luta pelo controle da sífilis congênita. Fato preocupante e que demonstra a necessidade de uma capacitação dos enfermeiros objetivando uma prática baseada em evidências científicas, evitando o mecanicismo da profissão.

Corroborando com estudo semelhante, o qual identificou que os enfermeiros também tiveram dificuldade em identificar os testes de triagem e confirmatórios para o diagnóstico da sífilis. Tal fato pode evidenciar que o exame de VDRL foi incorporado na rotina da unidade, como um ato mecânico e os profissionais, muitas vezes, limitam-se a preencher a requisição desse exame, sem conhecimento da sua interpretação e as condutas adotadas a partir dos resultados obtidos (ANDRADE; *et al*, 2011).

É importante a valorização e a aplicação do teste de VDRL para a investigação da sífilis na gestante, pois a triagem sorológica das gestantes por meio de testes não treponêmicos constitui-se como um dos principais meios de controle da sífilis congênita (CAMPOS; *et al*, 2008).

Em estudo longitudinal realizado com 215 amostras de soro de gestantes testadas pelo VDRL, verificou-se que o teste apresentou resultados satisfatórios em situações de alta e baixa reatividade, tendo em vista as diversas titulações do teste. E frente aos resultados

obtidos, torna-se plenamente justificável a valorização e a aplicação de métodos de VDRL para a investigação de sífilis em gestantes (CAMPOS; *et al*, 2008).

Ao serem questionados quanto as principais desvantagens do VDRL, a maioria dos enfermeiros 116 (67,8%) reconheceu a possibilidade de reações cruzadas com outras doenças, tais como lúpus, artrite reumatóide e hanseníase. E os resultados falso-negativos pelo excesso de anticorpos, fenômeno conhecido como efeito prozona.

Ressalta-se que o quadro clínico, o manejo diagnóstico e terapêutico da sífilis na gestação não se diferenciam da sífilis adquirida. Frente a tal afirmativa, 129 (75,4%) dos participantes posicionaram-se positivamente.

Dos 171 profissionais do estudo, o maior número de respostas certas envolveu a questão abordando o manejo da gestante para considerá-la adequadamente tratada e 162 (94,7%) enfermeiros discordaram da assertiva que dizia que o tratamento deve ser completo e adequado ao estágio da doença, feito com eritromicina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, sem haver necessidade do tratamento do parceiro concomitantemente. Fato que corrobora com estudo semelhante realizado com 160 enfermeiros que atuavam na ESF em Fortaleza no ano de 2009, o qual verificou que 85% dos participantes tinham conhecimento adequado quanto aos critérios para considerar-se um tratamento adequado em uma gestante com sífilis (ANDRADE; *et al*, 2011).

No entanto, verifica-se que apesar dos profissionais possuírem um conhecimento adequado quanto ao tratamento da sífilis na gestação, um dos maiores desafios para o controle da sífilis congênita é o não tratamento ou o tratamento inadequado da gestante. Fato que condiz com estudo realizado com 58 gestantes com VDRL reagente no parto ou durante a assistência pré-natal, o qual observou que somente três gestantes foram consideradas adequadamente tratadas. Quanto ao tratamento do parceiro, verificou-se que 14 gestantes informaram que o parceiro havia recebido tratamento, no entanto, somente 6 receberam um tratamento completo (CAMPOS; *et al*, 2010).

É prioritário estabelecer condições de capacitação para as equipes da ESF, visto que, certamente, têm muito a colaborar na promoção de mudanças no quadro da sífilis na gestação, pela proximidade de que seus agentes são capazes junto aos possíveis usuários dos serviços de saúde, especialmente os parceiros de gestantes infectadas, para conseguir sua adesão ao tratamento (SARACENI *et al.*, 2007).

Em relação ao conhecimento dos enfermeiros acerca da droga de escolha para o tratamento de uma gestante com sífilis, verificou-se que 134 (78,4%) possuem um conhecimento adequado segundo a preconização do Ministério da Saúde, o qual institui a

utilização de Penicilina G Benzatina e as dosagens dependem da fase da doença, sendo 2.400.000 UI na sífilis primária; na sífilis secundária e latente recente, 4.800.000 UI; e para a terciária ou latente tardia, 7.200.000 UI (BRASIL, 2007b).

A Portaria 156, do Ministério da Saúde, de 19 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o uso da penicilina na rede de Atenção Básica à Saúde, determina a utilização da penicilina nas unidades básicas de saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), para situações em que seu uso se impõe, visto que as reações anafiláticas graves após o uso da penicilina são raras, ocorrendo entre 0,5 a 1/100.000 (BRASIL, 2006d).

No entanto, em situações nas quais a gestante apresente-se na fase secundária da doença, a primeira dose do tratamento deverá ser realizada, idealmente, em ambiente hospitalar devido à possibilidade de desenvolvimento da Reação de Jarish-Herxheimer, a qual se manifesta por picos febris, exacerbação das lesões cutâneas, artralgias, cefaléia e risco potencial de abortamento. Esta se deve à maciça destruição de treponemas pela penicilina, não devendo ser confundida com a hipersensibilidade a penicilina cuja administração deve ser mantida. O tratamento consiste em antitérmicos e analgésicos, havendo regressão espontânea do quadro em 12 a 48 horas (BRASIL, 2007b). Destaca-se que tal informação é desconhecida pela maioria dos participantes 112 (65,5%).

A sífilis tem sido considerada, historicamente, uma afecção passível de controle no âmbito da atenção básica. Impõe-se, entretanto, uma avaliação mais cuidadosa das gestantes com altos títulos de VDRL, as quais também estão sujeitas à reação de Jarisch-Herxheimer, condição que, embora pouco comum, pode se associar a um desfecho negativo para o conceito, como morte intra-útero (SARACENI *et al.*, 2007).

Vale ressaltar que, apesar do enfermeiro não poder prescrever o tratamento para a sífilis, ele atua em equipe, realizando consultas de pré-natal, aconselhamento e seguimento dos casos de gestantes com VDRL reagente. Logo, é possível que o déficit de conhecimento deste profissional reflita nas condutas adotadas frente ao problema. Para tanto, faz-se imprescindível que estes saibam manejar adequadamente tais casos.

Quando questionados acerca da recomendação do uso do preservativo durante e após o tratamento, 156 (91,2%) enfermeiros demonstraram conhecimento quanto a essa informação, visto tratar-se de uma doença sexualmente transmissível e devido à possibilidade de haver uma re-exposição ao *Treponema pallidum*, caso o parceiro não tenha realizado o tratamento concomitantemente.

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros acerca do momento preconizado pelo Ministério da Saúde para a solicitação do VDRL durante a assistência pré-natal, 137 (80,1%)

responderam que a testagem do VDRL deve ser realizada no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. No entanto, visto tratar-se de uma informação bastante divulgada e relevante para uma assistência pré-natal de qualidade, um número significativo de enfermeiros, cerca de 20%, desconhecia tal informação.

Entretanto é importante enfatizar que estudos que avaliaram o atendimento pré-natal e a realização dos exames de VDRL mostraram a baixa frequência de realização desse exame em gestantes (CAMPOS *et al.*, 2010). Em municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil e no município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul, apesar de se observar um aumento na solicitação do exame de VDRL em comparação com os demais exames de rotina, o mesmo foi o menos realizado no período do pré-natal (CHRESTANI *et al.*, 2008; GONÇALVES; CESAR; MENDOZA-SASSI, 2009). Tal fato demonstra a possibilidade de que mesmo conhecendo o período correto para a realização dos exames de VDRL, o mesmo não esteja sendo solicitado ou existem questões operacionais nas unidades de saúde que impedem a sua realização (ANDRADE; *et al.*, 2011).

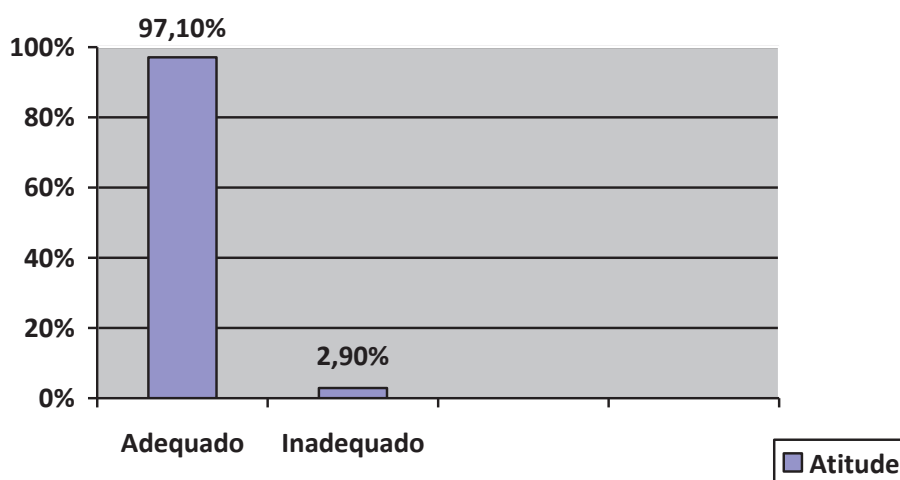
Em estudo realizado com 123 casos de sífilis congênita notificados no ano de 2006 no município de Fortaleza, pode-se verificar a fragilidade encontrada na assistência pré-natal em fazer o diagnóstico da sífilis ainda durante o período gestacional, visto que cerca da metade dos casos notificados de sífilis congênita, a gestante foi diagnosticada apenas no momento do parto, o que reflete a baixa qualidade do acompanhamento pré-natal (MELO, 2008).

O baixo percentual de realização de dois VDRL, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, reforça a constatação de que a triagem para detecção da sífilis é deficiente. Resultados semelhantes também foram encontrados em estudo realizado a partir das fichas de notificação epidemiológica de sífilis congênita disponíveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) da microrregião de Sumaré-SP de 45 casos de sífilis congênita, o qual identificou que apenas 20% das gestantes realizaram teste não treponêmico no primeiro e no terceiro trimestres da gestação e no parto, conforme recomendação do Ministério da Saúde (DONALISIO *et al.*, 2007). Tais dados demonstram que as recomendações de realização de dois testes sorológicos durante a gestação, o primeiro exame na primeira consulta de pré-natal e o segundo no terceiro trimestre de gestação, não são seguidas rotineiramente.

6.3 Atitude dos enfermeiros frente ao controle da sífilis na gestação

Quanto à atitude frente ao controle da sífilis na gestação, verificou-se que a maioria 166 (97,1%) foi classificada como tendo uma atitude adequada. Torna-se importante verificar o que os enfermeiros pensam e acreditam em relação ao seu papel no controle da sífilis congênita, visto que muitas vezes as atitudes de um profissional pode não condizer com a sua prática. Dados demonstrados no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição do percentual de enfermeiros segundo a sua atitude frente ao controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.



Na Tabela 8, pode-se verificar a distribuição dos enfermeiros quanto à atitude frente ao controle da sífilis na gestação de acordo com as categorias avaliadas no presente estudo.

Tabela 8 – Distribuição do número e percentual de enfermeiros que atuam na ESF do município de Fortaleza-Ce segundo a atitude frente ao controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Indicadores da atitude (n=171)	Sempre		Desnecessário		Pouco		Não tem	
	Necessário				Necessário		opinião	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Educação em saúde	171	100	--	--	--	--	--	--
Solicitação de dois testes de VDRL no pré-natal	170	99,4	1	0,6	--	--	--	--
Convocação do parceiro	170	99,4	1	0,6	--	--	--	--
Tratamento do parceiro	170	99,4	1	0,6	--	--	--	--
Notificação da sífilis na gestação	168	98,2	1	0,6	2	1,2	--	--

Quando questionados acerca da importância da realização de ações de educação em saúde voltadas para as mudanças de comportamento sexual, todos os enfermeiros afirmaram acreditar que tais ações são sempre necessárias para uma atenção humanizada, de qualidade e resolutiva. No entanto, o fato de se ter uma opinião positiva em relação à educação em saúde, não significa que os mesmos sempre as realizam.

O enfermeiro deve assumir a sua função de educador e apropriar-se dessa ferramenta diferencial para a promoção da saúde que é a educação em saúde, oportunizando aos usuários o conhecimento adequado acerca da sífilis, as suas formas de transmissão, o seu diagnóstico, as suas consequências durante a gestação, o tratamento adequado e a importância da participação do parceiro nesse tratamento, para que os mesmos sejam capazes de desenvolver uma reflexão crítica e saibam fazer escolhas visando à promoção de sua saúde.

A atenção à saúde deve ser direcionada para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários. E para alcançá-las, é necessário o desenvolvimento de atividades educacionais que aumentam o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, permitindo a expansão de uma rede de cuidados visando a sua autonomia e a busca pela sua saúde.

Evidencia-se a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO *et al.*, 2007).

No entanto, verifica-se que as ações educativas na Estratégia Saúde da Família ainda são, em grande parte, pautadas no modelo tradicional de transmissão de conhecimentos, caracterizadas por intervenções verticalizadas e pouco preocupadas com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (SOUSA, 2008). Nas quais, o enfermeiro, como um detentor de conhecimento, presume que realizar ações de educação em saúde, seja uma função em que a transmissão unidirecional de informações para os usuários aconteça em via única, desconsiderando o conhecimento prévio do cliente e impossibilitando a construção de um conhecimento de forma coletiva, com troca de conhecimento.

Em estudo qualitativo realizado com oito enfermeiros da atenção básica do município de João Pessoa, observou-se a partir de suas falas que os mesmos reconhecem a relevância da educação em saúde, porém essa percepção é restrita, e resume-se a palestras para os usuários em sala de espera e à formação de grupos educativos, nos quais se abordam várias doenças (TRIGUEIRO *et al.*; 2009).

Logo, torna-se necessário a qualificação dos profissionais envolvidos, principalmente na assistência pré-natal, para que os mesmos sejam capazes de realizar

estratégias educativas eficazes e facilitar a participação da sociedade de forma consciente nos serviços de saúde.

Em relação à opinião dos participantes quanto à necessidade de haver a solicitação de dois testes de VDRL durante o pré-natal, a convocação do parceiro de uma gestante com sífilis e o tratamento do parceiro, as respostas foram equivalentes, correspondendo a 99,4% (170) dos enfermeiros que afirmaram ser sempre necessário. E quanto à necessidade de notificação compulsória em caso de sífilis na gestação, 98,2% (168) declararam ser sempre necessária.

Em estudo sentinela-parturiente realizado no ano de 2006 com 16.158 parturientes, identificou-se a necessidade de realização do segundo teste de sífilis no pré-natal, uma vez que 0,4% das mulheres que tiveram resultado negativo no primeiro teste apresentaram resultado positivo no segundo teste realizado. Isso significa dizer que cerca de 13.000 mulheres no Brasil (0,4% das parturientes) deixariam de ser captadas na gestação para tratamento e controle da transmissão vertical, se realizassem apenas um teste de sífilis no pré-natal (SZWARCOWALD *et al.*, 2007).

A baixa cobertura da assistência aos parceiros das gestantes diagnosticadas com sífilis é reconhecida como um dos grandes desafios para a vigilância epidemiológica e para a assistência à saúde. Tal problema deve-se a uma gama de fatores socioculturais, dentre eles o preconceito, a estigmatização, a falta de educação sexual, a dificuldade de convocação do parceiro e o seu acesso ao serviço de saúde, já que a maioria trabalha no horário de atendimento das unidades básicas de saúde (GALBAN, BENZAKEN, 2007). Adiciona-se a todas essas dificuldades a característica peculiar da sífilis de se manifestar através de lesões que não incomodam e que regridem espontaneamente sem tratamento, dificultando a percepção da doença. Por isso, muitas vezes a mulher só é diagnosticada pela sorologia positiva realizada como rotina no pré-natal, fazendo com que tanto as mulheres quanto os parceiros não sejam convencidos da necessidade real do tratamento.

Logo, os profissionais da atenção básica que realizam consultas de pré-natal precisam estar capacitados para o aconselhamento e abordagem dos parceiros.

Sabe-se que, desde 2005, a sífilis na gestação também passou a ser considerada uma doença de notificação compulsória. E mesmo tratando-se de uma mudança relativamente recente, verifica-se que os enfermeiros reconhecem a sua importância. A vigilância epidemiológica é de suma importância para o controle da sífilis congênita, visto que a mesma é capaz de apontar as oportunidades perdidas nas várias etapas da assistência à gestante, ao detectar o não cumprimento de condutas diagnósticas e de tratamento adequado para a

prevenção da transmissão do *T. pallidum*, além da grande proporção de dados ignorados sobre essas informações (TAYRA *et al*, 2007).

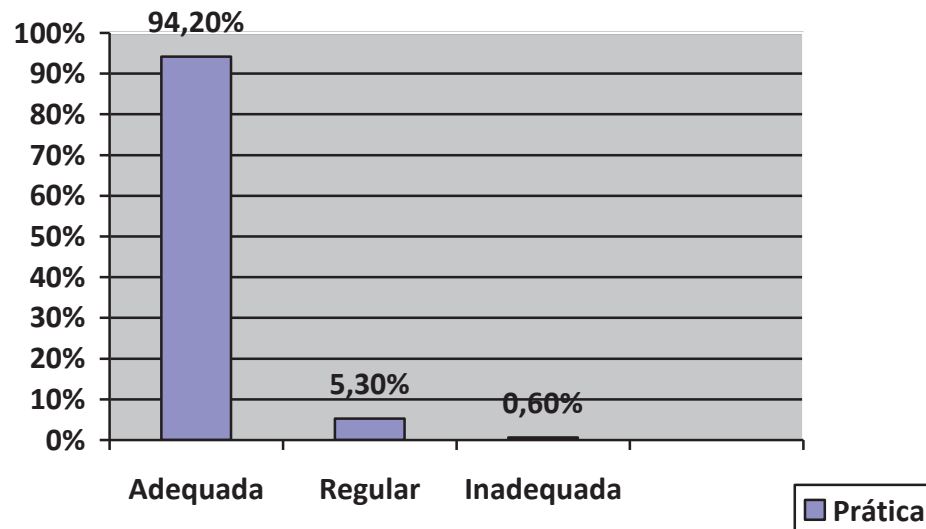
Um caso de sífilis congênita deve ser necessariamente utilizado como um evento sentinela para desencadear uma investigação com finalidade de melhorar a qualidade do pré-natal, apesar de não estar sendo utilizada rotineiramente como uma estratégia de controle pela maioria dos serviços de saúde (TAYRA *et al*, 2007).

6.4 Prática dos enfermeiros frente ao controle da sífilis na gestação

Em relação à prática dos enfermeiros frente ao controle da sífilis na gestação, verificou-se que a maioria 161 (94,2%) foi classificada como tendo uma prática adequada. Fato animador, porém intrigante quando se trata da sífilis na gestação, visto ser uma doença que possui todos os meios necessários para o seu controle, no entanto ainda mantém taxas elevadíssimas de transmissão vertical. E o controle da doença depende significativamente de uma assistência pré-natal de qualidade. Logo, pode-se inferir que se a sífilis congênita ainda se mantém como um agravo sem controle e a maioria dos recém-nascidos infectados são filhos de parturientes que haviam realizado pré-natal, existem lacunas nessa assistência, que precisam ser identificadas e medidas emergenciais precisam ser elaboradas para a melhoria desse cenário. Dados demonstrados no Gráfico 4.

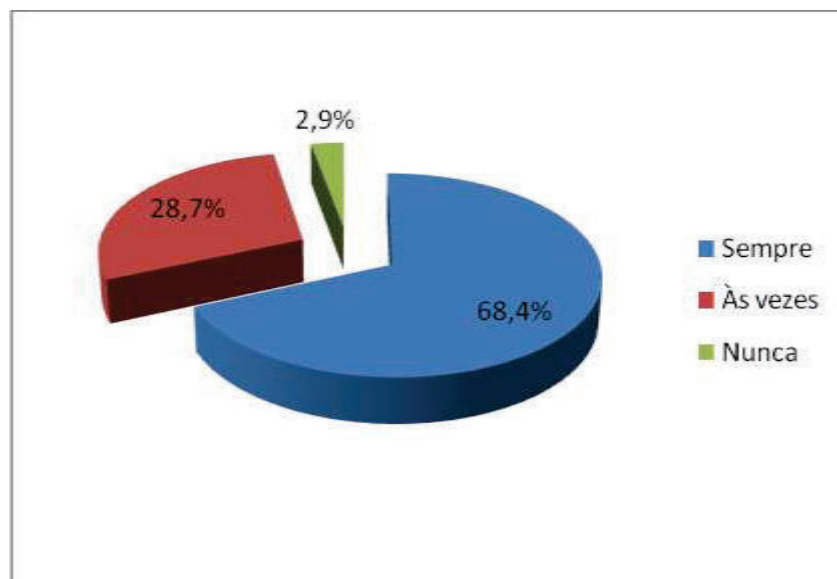
Estudiosos acerca da temática acreditam que uma estratégia com potencial de alcance de melhores resultados seria a realização de um estudo avaliativo dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência pré-natal, buscando uma melhor compreensão dos fatores determinantes de tantas oportunidades perdidas na abordagem da sífilis na gestação, seja por problemas no diagnóstico, seja pelo tratamento oferecido à gestante e seu parceiro (SARACENI *et al.*, 2007).

Gráfico 4 – Distribuição do percentual de enfermeiros segundo a sua prática frente ao controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.



Quando questionados quanto à frequência da realização de ações educativas voltadas para a importância da realização do VDRL como forma de controle da sífilis na gestação durante o pré-natal, verificou-se que a maioria 117 (68,4%) afirma a sua realização sempre. No entanto, um número significativo 54 (31,6%) de enfermeiros relatou a sua não realização ou a sua realização de forma esporádica. Fato que demonstra que mesmo que os profissionais reconheçam a importância da educação em saúde como visto na Tabela 3, os mesmos não estão dando em prática de forma efetiva e periódica.

Gráfico 5 – Distribuição do percentual de enfermeiros quanto à frequência da realização de ações educativas que abordem a importância da realização do VDRL como forma de controle da sífilis na gestação durante o pré-natal. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.



A educação em saúde visa conduzir não apenas conhecimentos cognitivos lineares, mas comportamentos e atitudes, incluindo a estimulação da participação comunitária em decisões de saúde, a fim de exercer o controle social indispensável à democracia (BACKES *et al.*, 2007).

A atividade educativa como estratégia de promoção da saúde deve ter a sua abordagem sob a perspectiva do conhecimento do outro e ser entendida como um instrumento para uma assistência de enfermagem de boa qualidade podendo ser realizada em todos os ambientes de atenção à saúde, desde o nível primário até o terciário, seja em escolas, ambiente de trabalho, presídios, clínicas, hospitais ou na comunidade. A educação em saúde deve ser pensada como um processo criativo, dialógico e de construção (REVELES; TAKAHASHI, 2007; LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Cabe ao enfermeiro assumir o seu papel de educador em saúde e fornecer as orientações relevantes quanto ao teste de VDRL, tais como o que é, o que irá investigar, para o que serve, qual a importância de sua realização durante a gestação e porque se deve realizar no 1º e repetir no 3º trimestre da gestação. Pois, uma vez empoderada, a gestante poderá buscar a melhoria de sua saúde e vida, tomando decisões baseadas em conhecimentos adequados.

É imprescindível ao enfermeiro realizar práticas de educação em saúde ao fornecer cuidados diretos à comunidade, a fim de que as pessoas busquem um melhor bem-estar, participação e representação social, tendo o empoderamento de suas ações. Essa atuação diferencia o modelo tradicional de educação, que tem como foco a prevenção da doença, tendo uma visão reducionista do indivíduo como um ser isolado, sem considerar os seus determinantes sociais de saúde. Já o novo modelo, é centrado no incremento da consciência crítica e no uso de novas metodologias visando à participação ativa dos usuários nesse processo (OLIVEIRA, 2005).

As ações de educação em saúde de forma construtiva e com a participação de todos os indivíduos envolvidos mostram-se como método efetivo para aquisição e compartilhamento de informações, possibilitando à clientela a execução de práticas favoráveis a sua saúde e seu bem-estar, porém de forma consciente, na qual as pessoas agem de forma crítica sobre fatores individuais e coletivos (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Com o objetivo de verificar as ações realizadas pelos profissionais de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde para o controle da sífilis congênita, foi disposta uma lista com tais ações nas quais os enfermeiros deveriam assinalar somente as que eles realmente realizam na sua prática, sendo sensibilizados a não considerar as ações que eles

acreditam serem importantes e relevantes, mas que na prática não realizam por diversos motivos pessoais ou do sistema de saúde. Dados demonstrados na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição do número e percentual de enfermeiros que atuam na ESF do município de Fortaleza-Ce quanto às ações realizadas para o controle da sífilis congênita. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Ações realizadas para contribuir com a prevenção da sífilis congênita (n=171)	Correta		Errada	
	N	%	N	%
Ações educativas	126	73,7	45	26,3
Diagnóstico em mulheres em idade reprodutiva	79	46,2	92	53,8
Captação precoce no pré-natal	152	88,9	19	11,1
Assistência pré-natal de qualidade e organizada	152	88,9	19	11,1
Solicitação do VDRL no 1º e 3º Trimestre	166	97,1	5	2,9
Convocação do(s) parceiro(s)	151	88,3	20	11,7
Encaminhamento para o médico instituir o tratamento da gestante e do(s) parceiro(s)	164	95,9	7	4,1
Preenchimento dos dados referentes ao VDRL e tratamento para sífilis no cartão da gestante	158	92,4	13	7,6
Notificação de todos os casos de sífilis na gestação	151	88,3	20	11,7

Quando questionados se realizavam ações educativas que abordem e incentivem as formas de prevenção da sífilis, a maioria 126 (73,7%) afirmou a sua realização. As ações de educação em saúde devem ser valorizadas e realizadas na prática por tratarem-se de estratégias que estimulam a autonomia dos usuários na promoção de sua saúde. No entanto, a literatura demonstra que a sua realização ainda está aquém do almejado. Em estudo realizado com 24 enfermeiros que atuavam na ESF da região Sul do Rio Grande do Sul, verificou-se que somente 66,7% dos participantes realizavam ações educativas (RAMOS *et al*, 2009).

Fato semelhante encontrado em outro estudo transversal realizado com 612 puérperas de dois Hospitais de referência de Recife, o qual verificou que apenas 36,9% das entrevistadas referiram ter participado de alguma atividade educativa e 44,8% disseram ter recebido algum tipo de orientação individual (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Demonstrando a necessidade dos enfermeiros assumirem essa função primordial da enfermagem, os gestores de saúde precisam reconhecer a importância dessas ações, incentivando e dando condições de trabalho para a sua realização.

Segundo o Ministério da saúde, a estratégia básica para o controle da transmissão das DST/HIV é a prevenção pelos meios que permitam atividades educativas que focalizem os riscos inerentes a uma relação sexual desprotegida, a mudança no comportamento e a adoção do preservativo (BRASIL, 2006f).

O processo de comunicação entre os profissionais de saúde e os clientes pode ajudar a mudar as atitudes e os comportamentos individuais. A orientação auxilia as pessoas a aplicarem as informações sobre o uso do preservativo e DST ao seu contexto de vida, a decidir usar ou não o preservativo, a desenvolver suas habilidades de comunicação e negociação e a aprender como utilizar adequadamente o preservativo (POPULATION INFORMATION PROGRAM, 2010).

Tais atividades de educação em saúde podem ser realizadas nos mais diversos cenários e níveis de atenção à saúde. No entanto, verifica-se que a prática atual de educação em saúde precisa vislumbrar algumas possibilidades de transformações. Havendo necessidade de inovações pedagógicas para permitir uma maior aproximação com as famílias para conhecer seu modo de vida e utilizar técnicas que permitam uma participação ativa na construção do conhecimento em saúde. Assim, a enfermeira tem de estar capacitada para produzir estas transformações, com vistas à promoção da autonomia dos sujeitos sociais, em busca do exercício de sua cidadania (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Quanto à realização do diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva, as respostas foram bem equiparadas, no entanto, a maioria 92 (53,8%) dos enfermeiros afirmou a sua não realização. Dentre estes, um número significativo justificou a ausência de tal ação, devido à impossibilidade de solicitação do teste de VDRL pelo enfermeiro em programas externos à assistência pré-natal no município de Fortaleza.

No entanto, vale destacar que segundo a portaria de nº 145/2012, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza normatiza a solicitação de exames complementares e de rotina pelos enfermeiros integrantes de equipes de saúde, a qual homologa que o enfermeiro poderá solicitar exames complementares, de rotina, de rastreamento e de seguimentos do paciente, desde que enquadrados nos Programas de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, tais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Programa de DST/ HIV/ AIDS, os quais contemplam o teste de VDRL (FORTALEZA, 2012).

Portanto, o enfermeiro tem respaldo através da Lei 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício destes profissionais para solicitarem exames, uma vez que a consulta de enfermagem oferece parâmetros para que o mesmo possa elaborar o diagnóstico de enfermagem sendo complementado com as referidas solicitações (BRASIL, 2001). A prática

supracitada, ainda é amparada pela Resolução COFEN 195/97 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro (COFEN, 2001) e a Resolução COFEN 271/02 que aprova a regulamentação das ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames (COFEN, 2002).

Vale salientar que as consultas ginecológicas correspondem a um momento ideal para os enfermeiros identificarem precocemente os sinais e sintomas da sífilis adquirida e solicitarem uma sorologia para comprovação da infecção, evitando dessa forma que muitas mulheres em idade reprodutiva engravidem já infectadas pelo *T.pallidum*, aumentando o risco de haver uma transmissão vertical posteriormente.

Uma vez que não houve o diagnóstico precoce nas mulheres em idade reprodutiva, outra medida de prevenção da transmissão vertical da sífilis que deve ser realizada por todos os profissionais da saúde é a captação precoce das gestantes no pré-natal, visto que um dos principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão da doença é a duração da exposição do feto ao *T.pallidum* no útero (BARSIL, 2006a). Portanto, o quanto mais precoce a gestante iniciar o pré-natal, mais rapidamente será solicitado o VDRL pelo profissional, chegará o seu resultado e realizará um tratamento adequado se necessário.

No presente estudo, verificou-se, quanto à assistência pré-natal, que a maioria 152 (88,9%) dos participantes afirmou realizar uma captação precoce das gestantes e promover uma assistência pré-natal de qualidade e organizada.

O Ministério da Saúde preconiza uma captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação, visando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas de promoção, de prevenção ou de tratamento. O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requerem cuidado permanente com o estabelecimento de vínculos solidários entre os profissionais de saúde e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção (BRASIL, 2006c).

Em estudo realizado com 2.353 gestantes atendidas em unidades de saúde da rede SUS do município do Rio de Janeiro observou-se o início tardio da assistência pré-natal, após o 4º mês de gestação, em aproximadamente 25% das gestantes. Dentre as principais razões para esse início tardio da assistência pré-natal, identificou-se o fato de não saber que estava grávida (40%), sendo relatadas também dificuldades de acesso ao serviço (27%) e questões pessoais (18%), tais como dúvidas em relação à manutenção da gravidez e dificuldades de assumir a gestação junto aos familiares. Além disso, a partir da análise bivariada, verificou-se que o início precoce da assistência pré-natal está associado à maior adequação das consultas, sendo a proporção de gestantes com número adequado de consultas três vezes maior em quem

iniciou acompanhamento pré-natal antes da 16^a semana. Tanto o início precoce quanto o número adequado de consultas estiveram associados a maior adequação de realização de exames, dentre eles o VDRL (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012).

Salienta-se que, outros estudos nacionais também encontraram problemas na captação precoce de gestantes, apesar de verificarem um aumento significativo, os índices ainda encontram-se desfavoráveis. Em estudo de séries temporais múltiplas com uma amostra de 370 gestantes no ano de 2002 e 1.200 gestantes no ano de 2004 observou-se a ocorrência de um aumento extremamente significativo do atendimento inicial no primeiro trimestre (29,7 versus 51,5%, $p < 0,001$). No entanto, 48,5% das gestantes ainda estão iniciando o seu pré-natal tardiamente (COUTINHO *et al.*, 2010).

Carvalho, Araújo (2007) verificaram a partir de uma análise simultânea da época de início do pré-natal e do número de consultas realizadas que apenas 38% das gestantes iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre e realizaram seis ou mais consultas ou número de consultas adequado à idade gestacional quando do término da gravidez.

O início tardio do pré-natal sugere o despreparo dos serviços de saúde para captar precocemente essas gestantes, o que pressupõe a sensibilização e conscientização da população quanto à importância do início precoce do pré-natal ou, ainda, a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde. Sabe-se que o início tardio e a realização de menor número de consultas podem dificultar o diagnóstico e o tratamento precoce de certas condições, tais como a sífilis na gestação, além de comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal que é a promoção da saúde (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

Vale salientar que, uma assistência pré-natal de qualidade não se restringe ao número de consultas de pré-natal realizadas, é importante considerar outros fatores que influenciam significativamente na sua qualidade, tais como a idade gestacional na primeira consulta pré-natal; o tempo despendido entre a solicitação dos exames e a chegada dos resultados; a interpretação dos resultados dos testes sorológicos e a correta instituição do tratamento, quando indicado; as avaliações subjetivas relacionadas com o conhecimento da paciente a respeito da gestação e suas possíveis complicações e a sua satisfação quanto à assistência pré-natal (GOUVEA *et al.*, 2012). Acrescidos da alteridade no cuidado, do aumento da oferta e do acesso aos serviços de saúde, o acesso a exames laboratoriais e a existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atenção (BRITO; JESUS; SILVA, 2009).

Logo, se faz necessário à ampliação do acesso ao início precoce da assistência pré-natal e a melhor utilização dos contatos com os serviços de saúde para a realização de cuidados efetivos em saúde, tanto em atendimentos individuais quanto coletivos (DOMINGUES, 2011). A intenção de se alcançar a eliminação da sífilis congênita do cenário da Saúde Pública deve se apoiar, ademais, na realização do acompanhamento pré-natal. Tornando-se prioritário não apenas a ampliação do acesso, mas também a qualificação da assistência pré-natal (SARACENI *et al.*, 2007).

Outro dado intrigante é que quase a totalidade dos enfermeiros 166 (97,1%) relatou a solicitação do exame de VDRL no 1º e no 3º trimestre da gestação em todas as gestantes acompanhadas. Fato discordante do encontrado na avaliação do conhecimento dos participantes quanto ao período preconizado pelo Ministério da Saúde para solicitação do teste, demonstrando que alguns profissionais desconhecem tal preconização, no entanto, realiza em sua prática. Esse fato permite inferir que tal ação pode estar baseada em conhecimentos empíricos, ou seja, o profissional realiza uma determinada ação porque os demais também realizam ou porque o gestor cobra a sua realização, mas o mesmo desconhece que o teste deve ser solicitado na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, pois a realização do VDRL no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero (BRASIL, 2006c). Além disso, a repetição do exame baseia-se na possibilidade da gestante se infectar no final da gestação ou se reinfectar após um tratamento que não contemplou o parceiro.

Em estudo realizado com 102 profissionais de saúde pré-natalistas do município de Rio de Janeiro observou que todos os profissionais referiram solicitar o VDRL na primeira consulta de pré-natal e apenas 5% não solicitavam o segundo exame. Entretanto, apenas 65% realizavam a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde, considerando o período gestacional da paciente (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012).

A partir de dois estudos realizados nos anos de 2002 e 2005 visando avaliar os indicadores básicos de saúde materno-infantil nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, identificou-se que o rastreamento para HIV e sífilis aumentou neste período. A proporção de gestantes que fez exame para detecção de HIV e sífilis duplicou, passando de 7% em 2002 para cerca de 15% em 2005 (CHRESTANI *et al.*, 2008).

Fato semelhante ao observado em estudo retrospectivo realizado com 36 mulheres com resultados de gravidez letal e sororreagentes ao teste de triagem VDRL, o qual identificou que 36,1% das mulheres não fizeram nenhuma consulta de pré-natal. Dentre as mulheres que

realizaram pelo menos uma consulta, 65,2% foram submetidas ao primeiro teste de VDRL e apenas 26,7% foram submetidas ao segundo (CASAL *et al.*, 2011). Demonstrando o déficit na cobertura e, principalmente, na qualidade da assistência pré-natal.

Quando questionados quanto à convocação do(s) parceiro(s) de uma gestante com sífilis, 151 (88,3%) dos participantes afirmaram a sua realização. E em relação ao encaminhamento da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s) para o profissional médico instituir o tratamento adequado de acordo com o estágio da doença, 164 (95,9%) relataram a realização de tal ação.

Quanto ao tratamento da sífilis na gestação, observou-se em estudo realizado em São Paulo com 45 mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita que em menos de 50% dos casos o tratamento da mãe, antes e após o parto, foi registrado como adequado (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007). Outra pesquisa realizada no hospital público em Novo Hamburgo com todos os casos de sífilis congênita no período de 2005 a 2007 evidenciou que 50% das gestantes não realizaram o tratamento durante o pré-natal, 37,5% realizaram-no e o tratamento foi incompleto em 12,5% das gestantes (BAZZANELLA; XAVIER, 2007).

Vale lembrar que, o tratamento adequado da sífilis na gestação é considerado toda terapêutica de acordo com o estágio da doença, realizado com penicilina G benzatina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. E apenas o tratamento materno pode reduzir, em muito, as complicações, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, sequelas nos bebês e óbito neonatal (BRASIL, 2006a).

Através de uma reunião de gestores municipais, cujo tema de pauta foi o atendimento obstétrico na rede de serviços da microrregião de Sumaré, pode-se inferir que a falta de tratamento oportuno das gestantes sugere o despreparo das equipes de saúde diante de um resultado positivo; ou deve-se a dificuldades para a pronta informação do resultado do exame, apenas disponível nos meses subsequentes ao pedido (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

Em relação ao tratamento concomitantemente do parceiro, o estudo do Programa Nacional de DST/AIDS revelou que somente 17,3% das gestantes no país têm o parceiro tratado para sífilis (SBDST, 2007). Em estudo realizado no hospital público em Novo Hamburgo, identificou-se que somente em 8,4% da amostra estudada os parceiros realizaram tratamento, 41,6% não realizaram tratamento e em 50% dos casos não continha as informações referentes ao tratamento do mesmo (BAZZANELLA; XAVIER, 2007).

Em estudo realizado em cinco maternidades públicas do município de Fortaleza com 58 parturientes com VDRL reagente verificou-se também a dificuldade e inadequação do tratamento dos parceiros, visto que somente 42,8% dos parceiros foram considerados adequadamente tratados. Onze (44,0%) não receberam tratamento, destes, sete (63,6%) se recusaram (por não se sentirem doentes, não acreditarem no tratamento e medo de injeção), dois tiveram o exame de VDRL negativo, um não fez o exame de VDRL e um alegou não ter tempo (CAMPOS *et al.*, 2012).

Tais achados refletem uma realidade preocupante, pois, através da não realização do tratamento do parceiro, a gestante, mesmo que tratada, é reexposta ao *Treponema*, impedindo a quebra da cadeia de transmissão da doença e reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical.

Destaca-se que, um dos critérios para definir tratamento inadequado para sífilis materna é a ausência de tratamento dos parceiros, incluindo os casos nos quais o tratamento materno e do parceiro não seguiu as diretrizes vigentes, ou quando não se tem informações disponíveis sobre o mesmo (BRASIL, 2007b). Para o Ministério da Saúde, o parceiro de uma gestante com sífilis deve ser convocado para a realização do tratamento e, ainda que este não compareça, deve ser “objeto” de busca ativa da equipe de vigilância epidemiológica ou da saúde da família da área de abrangência da sua moradia e ser considerado portador da doença, ainda que não apresente qualquer sintoma clínico, devendo receber o mesmo tratamento (BRASIL, 2006f).

Observou-se em estudo descritivo de corte transversal realizado com 1500 parturientes, que entre aquelas com resultado de VDRL positivo, somente 50% conseguiram levar o parceiro para participar do pré-natal e ser orientado quanto ao tratamento da sífilis, apenas um percentual ainda menor conseguiu que o parceiro fosse testado, dentre estes nem todos concordaram com o tratamento (MIRANDA *et al.*, 2009). As falhas de atendimento, diagnóstico e tratamento das gestantes são agravadas de modo importante pela elevada taxa de ausência do parceiro nesta abordagem. Não há como esperar tratamento e cura da sífilis na gestação quando um grande número de parceiros não é abordado pelo serviço de saúde, não se submete a exames para diagnóstico da doença, não realiza tratamento adequado e não faz exame laboratorial para controle de tratamento nos moldes preconizados para a gestante (DUARTE, 2007). Com isto, as gestantes portadoras dessas infecções vivenciam a ineficiência do tratamento, a reinfecção e a transmissão vertical.

Além disso, é comum a ausência dos homens nas unidades básicas de saúde, a qual é explicada pelas características de um atendimento pautado no enfoque materno-infantil.

Ademais, homens procuram por serviços que respondam com maior rapidez a suas demandas de saúde, como farmácias e prontos-socorros (FIGUEIREDO, 2005). Por isso, recomenda-se a abordagem interdisciplinar das famílias, para garantir o seguimento dos casos, adesão ao tratamento e controle da circulação do *Treponema pallidum* (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

Em relação ao preenchimento dos dados referentes ao VDRL e tratamento para sífilis no cartão da gestante, 92,4% (158) dos enfermeiros afirmaram o devido preenchimento. Vale salientar que essa ação simplória é de grande relevância na assistência pré-natal, principalmente tratando-se da sífilis na gestação, visto que as gestantes com VDRL reagente no município de Fortaleza são encaminhadas para tratamento em serviços de atenção à saúde de nível secundário ou terciário, visto a ausência de Penicilina G Benzatina nas unidades básicas. Logo, verifica-se a necessidade de haver uma referência e contra-referência funcionante e um registro adequado no cartão da gestante para que o profissional tenha conhecimento da sua sorologia e do seu tratamento e possa realizar um acompanhamento adequado. Além disso, o Ministério da Saúde institui que a ausência de documentação de tratamento anterior para sífilis constitui um tratamento inadequado para sífilis materna (BRASIL, 2006a). Salienta-se que a presença de um espaço específico para tais informações no cartão da gestante poderia contribuir para a melhoria dos registros dos profissionais.

A literatura mostra que, apesar de um aumento significativo do registro dos resultados de exames com o avançar da gravidez, a sua adequação ainda está aquém do esperado. Em estudo anteriormente citado verificou-se que o registro dos resultados dos exames atingiu um valor máximo de apenas 41% em gestantes com uma idade gestacional entre 28 e 33 semanas. Já nas gestantes com 34 a 37 semanas, quando já deveriam estar disponíveis os resultados dos exames da segunda rotina, observou-se uma queda da adequação, que não alcançou 20% nas gestantes a termo. Entre as gestantes com mais de 37 semanas, a maior proporção de registro da primeira rotina foi observada para a tipagem sanguínea e VDRL (próximo a 90%) e do VDRL e da glicemia na segunda rotina (36%) (DOMINGUES, 2011).

Fato que corrobora com estudo de séries temporais múltiplas, citado anteriormente, que identificou um aumento na adequação dos registros quanto à sorologia de VDRL de 11,1% no ano 2002 para 20,7% em 2004 (COUTINHO *et al.*, 2010).

Pesquisa realizada no ano de 2007 em São Paulo com 45 mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita identificou que 39 (86,7%) delas referiram seguimento de pré-natal; destas, 23 (59,0%) gestantes tiveram menos de cinco consultas de pré-natal

registradas. Ademais, os dados do pré-natal das gestantes infectadas pelo *Treponema pallidum* mostraram-se precários, tanto nas fichas de notificação como nos prontuários médicos dos hospitais: faltando informações sobre o início e número de consultas no pré-natal (mais de 50% sem informação), sem anotações claras sobre o tratamento materno após sorologia positiva ou sobre tratamento do parceiro (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007).

Em estudo realizado com 58 gestantes com VDRL reagente no parto ou durante a assistência pré-natal, observou-se que em 23 (39,7%) gestantes o cartão não trazia as informações necessárias e que em 17 (29,3%) casos a gestante não possuía o cartão. Esse fato pode estar relacionado à falta de qualidade no atendimento pré-natal. O correto preenchimento do cartão da gestante é fundamental para que os profissionais de saúde possam realizar com segurança o seguimento do tratamento da sífilis na gestante (CAMPOS *et al.*, 2010). Além disso, vale salientar que a ausência das fichas perinatais nas unidades básicas de saúde dificulta e colabora ainda mais com o déficit de informações importantes em relação ao pré-natal, visto que uma vez que essa gestante perca o cartão, os profissionais da saúde não terão nenhuma informação relevante para tomada de decisões e possíveis intervenções.

Carvalho, Araújo (2007) identificaram dentre as principais limitações metodológicas do seu estudo, a necessidade de utilização do cartão da gestante para obter informações sobre a atenção recebida durante o pré-natal, pois apesar da elevada proporção de mulheres que estavam de posse do cartão no momento da entrevista, as informações não estavam adequadamente registradas, havendo também uma proporção importante de falta de registro para algumas variáveis relevantes.

Além disso, em estudo anteriormente citado, verificou-se a necessidade de haver espaços definidos no cartão da gestante que contemplem dados relativos ao aconselhamento pré e pós-teste, bem como sobre o uso de preservativos, o que pode estimular o registro por parte dos profissionais da saúde (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012).

Logo, para uma adequada assistência pré-natal é fundamental uma atenção especial aos registros no prontuário e no cartão da gestante por parte dos profissionais de saúde, pois estes possibilitam o acompanhamento sistemático da gestante e subsidiam a atuação dos diferentes profissionais envolvidos no atendimento. Portanto, faz-se necessário treinamento continuado dos profissionais e uniformidade no registro, definindo-se informações mínimas a constarem nos prontuários. A qualidade dos registros reflete a assistência pré-natal dispensada e esforços precisam ser desenvolvidos para que os profissionais compreendam, valorizem e

efetivamente registrem as informações de forma correta, concisa e completa (ARAÚJO *et al.*, 2008).

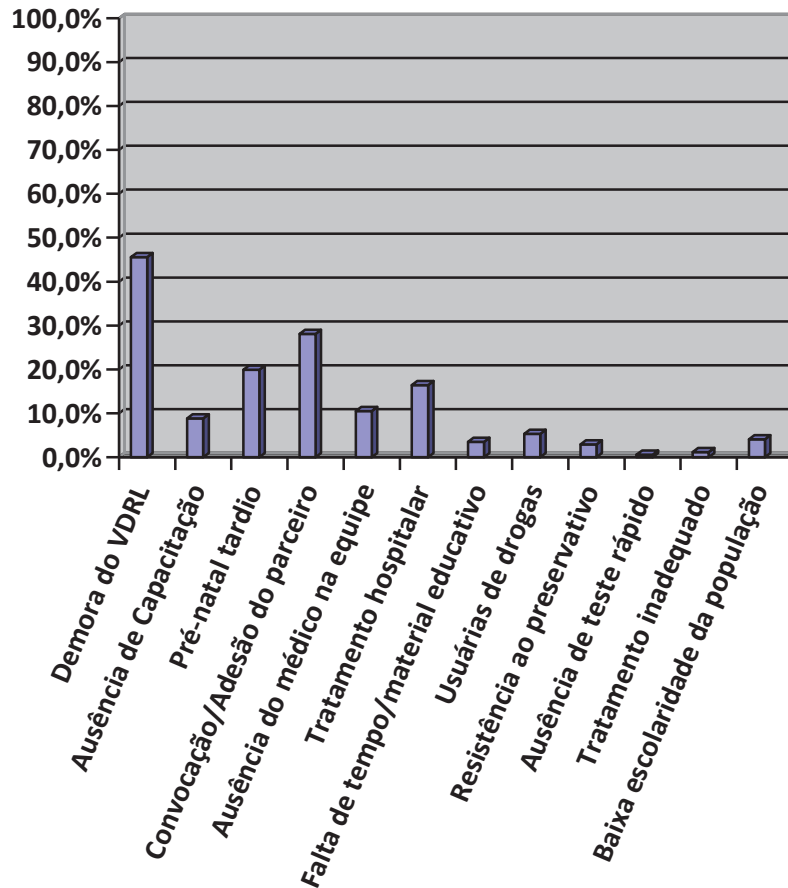
Quanto à notificação de todos os casos de sífilis na gestação, a maioria 151 (88,3%) dos enfermeiros referiu a realização de tal ação primordial para o controle da sífilis congênita. Vinte enfermeiros afirmaram não realizar a notificação da doença. Fato que corrobora com estudo semelhante realizado com 160 enfermeiros, o qual identificou que 13 (8,2%) afirmaram não realizar a notificação da sífilis na gestante e da sífilis congênita, visto desconhecerem tratar-se de doenças de notificação compulsória (ANDRADE *et al.*, 2011). Esse talvez seja um dos motivos da problemática da subnotificação no Brasil. A subnotificação associada à baixa qualidade dos registros dos casos notificados dificultam a elaboração de estratégias de controle da doença (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Vale salientar que, a vigilância epidemiológica para a eliminação da sífilis congênita não deve ser direcionada somente para a notificação compulsória da doença congênita, visto que nesse momento as ações serão basicamente voltadas para a redução das consequências para a criança exposta e já infectada, através de um tratamento oportuno e adequado.

Deve-se reforçar a importância da notificação de todos os casos de sífilis na gestação, evitando a subnotificação e possibilitando o conhecimento de fatores demográficos e a identificação de dificuldades no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença. Outra medida importante para a melhoria da vigilância epidemiológica é a criação de centros de vigilância hospitalares e ambulatoriais e o treinamento específico de funcionários para este fim, possibilitando buscas ativas com mais eficiência (KOMKA; LAGO, 2007). Além disso, a partir do conhecimento do perfil epidemiológico da doença e das lacunas existentes para o seu controle, pode-se planejar medidas e tratamento, prevenção e controle, assim como criar e implementar políticas de saúde pública que visem eliminar a sífilis congênita.

Em relação à avaliação das principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros durante a assistência à saúde de uma gestante que o impedem de agirem eficazmente no controle da sífilis na gestação, a maioria 78 (45,6%) afirmou que a principal lacuna na assistência pré-natal é a demora dos resultados dos exames de VDRL, visto que o resultado dos exames em tempo oportuno é essencial para a adoção dos protocolos disponíveis. Acrescido a isso, muitos referiram também a dificuldade de convocar o(s) parceiro(s) e a sua adesão ao tratamento 48 (28,1%), assim como o início tardio do pré-natal 34 (19,9%), o qual impossibilita uma assistência completa, integral e de qualidade. Dados demonstrados no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição do percentual de enfermeiros segundo as principais dificuldades relatadas que os impedem de atuar efetivamente no controle da sífilis congênita. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.



Fato que condiz com estudo de Domingues, Hartz, Leal (2012), que também identificou como principais dificuldades para o manejo da sífilis o início tardio do pré-natal, a demora no resultado dos exames e problemas na abordagem dos parceiros. Vale destacar que não é uma dificuldade percebida somente pelos profissionais da saúde. Em estudo transversal realizado com 612 puérperas identificou-se que 13,5% das entrevistadas apontaram a demora na entrega dos resultados dos exames laboratoriais o aspecto mais negativo da assistência pré-natal (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

É evidente que um dos principais pontos críticos para assegurar a qualidade da assistência pré-natal é a realização dos exames complementares, dentre eles o VDRL. No entanto, ainda verifica-se uma deficiência quanto aos mesmos, podendo estar relacionada a não solicitação desses exames, a dificuldade na realização ou na obtenção dos resultados ou, ainda, o não registro dos resultados no cartão da gestante pelos profissionais de saúde.

Tal realidade também está presente em outros países. Na Colômbia verificou-se dentre os fatores que influenciam na persistência da sífilis na gestação e congênita o acesso tardio ao pré-natal, o desconhecimento da população sobre o impacto da enfermidade no feto e neonato, a deficiência no cumprimento da vigilância epidemiológica, a dificuldade de convocar os parceiros sexuais e a falta do sistema de referência e contra-referência eficazes que possibilitem o controle do tratamento da gestante e de seu parceiro (VANEGAS-CASTILLO *et al.*, 2011).

Em relação à abordagem do parceiro, têm sido observadas dificuldades quanto à identificação dos parceiros e sua adesão à realização do tratamento. Isso pode estar relacionado a várias razões, como o horário de trabalho não compatível com o funcionamento dos serviços de saúde, o desconhecimento sobre a doença e as consequências para o conceito, o fato de não acreditar ser portador de uma DST, a sua ausência do local de origem no momento, a falta de orientação pelos profissionais de saúde, dentre outras (MESQUITA *et al.*, 2012).

Em estudo anteriormente citado, foram identificadas as seguintes dificuldades para a convocação e tratamento dos parceiros: o não comparecimento ao serviço (52,7%), a falta de local de referência para seu tratamento (17,5%), dificuldades para conversar com o parceiro (40,1%) e para orientar sobre questões relacionadas às DST (15,4%). Essa dificuldade referida pelos enfermeiros revela uma dinâmica dos serviços que não favorece a atenção à saúde dos homens, com mecanismos frágeis de contato, ausência de referências bem estabelecidas e profissionais pouco capacitados para esse atendimento, delegando-se, em muitos casos, às próprias gestantes, a difícil tarefa de comunicar o diagnóstico de uma DST ao seu parceiro (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012).

Em estudo semelhante realizado com 102 profissionais da saúde do município do Rio de Janeiro, verificou-se que metade dos profissionais apresentou uma conduta em relação aos parceiros que não seria a mais adequada, ou não abordando (0,3%), ou enviando pedido de exames (44,6%) ou tratamento (3,5%) por meio da gestante (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Quanta à melhoria da assistência pré-natal, principalmente em relação ao seu início precoce, torna-se necessário a ampliação do acesso ao diagnóstico da gravidez; a melhor organização dos fluxos assistenciais nos serviços, diminuindo barreiras de acesso às práticas consideradas benéficas para os desfechos perinatais; e, possivelmente, a ampliação de serviços de planejamento familiar, evitando gestações não desejadas. Além disso, é fundamental a realização de trabalhos educativos visando aumentar a percepção das mulheres sobre a importância dessa assistência (DOMINGUES, 2011).

Um número significativo de enfermeiros 28 (16,4%) referiu que a realização do tratamento para sífilis no ambiente hospitalar dificulta o controle da doença. Observa-se que, em Fortaleza, as unidades de saúde não estão realizando sistematicamente a administração da penicilina, sendo uma das alegações o risco de reação anafilática e o fato das unidades não possuírem suporte para reverter esses casos de emergência. Entretanto, a literatura ressalta que casos de anafilaxia à penicilina representam um evento raro (BRASIL, 2006a). Isso gera dificuldade para o tratamento na medida em que as gestantes têm que se deslocar para os hospitais para administrar o medicamento. Além disso, existe uma deficiência na referência e contra-referência e no registro no cartão da gestante quanto ao tratamento, dificultando ainda mais o seu acompanhamento e o controle da transmissão vertical.

Fato que não é vivenciado em outros municípios, como é o caso do Rio de Janeiro, onde o tratamento das gestantes com sífilis é realizado na própria unidade de saúde, não havendo relato de dificuldades na aplicação de penicilina G benzatina (DOMINGUES *et al.*, 2012). Demonstrando mais uma vez que é exequível a sua administração na atenção básica.

Os participantes do estudo destacaram como dificuldade no controle da sífilis congênita, a ausência de capacitações envolvendo a temática, a qual foi referida por 15 (8,8%) enfermeiros e a ausência de médicos na equipe da ESF relatada por 18 (10,5%) enfermeiros. Quanto à ausência de médico na equipe, verificou-se a partir de um estudo realizado com 14 profissionais e 118 usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de dois municípios de Minas Gerais, que dentre as principais deficiências relacionadas à ESF estão a falta de médicos especialistas na unidade (75,4%) e o número reduzido de profissionais na equipe (61%) (RONZANI; SILVA, 2008).

Dentre outras dificuldades relatadas, porém com menor frequência, têm-se a baixa escolaridade da população atendida 7 (4,1%), o número crescente de usuários de drogas 9 (5,3%) e a resistência ao uso do preservativo 5 (2,9%), os quais estão fortemente relacionados, visto que o baixo nível de instrução torna o indivíduo mais vulnerável às mazelas sociais, dentre elas as drogas e as DST, devido à falta de conhecimento e informações ou a incapacidade de assimilá-las. Dentre os fatores de risco para a sífilis durante a gestação, pode-se destacar ser HIV positivo, ter baixa escolaridade, não usar preservativo e usar drogas ilícitas (BRASIL, 2003a).

A baixa escolaridade é frequente e observa-se uma maior incidência da sífilis na gestação e a sua transmissão vertical entre as mulheres com ensino fundamental incompleto (BRITO; JESUS; SILVA, 2009; ROSÁRIO *et al.*, 2012). Verifica-se que pouca escolaridade dificulta a interação entre o profissional e a mulher grávida, exigindo uma abordagem

diferenciada e individualizada, de modo que as informações possam ser compreendidas mais facilmente (ROSÁRIO *et al.*, 2012). Em estudo realizado em três províncias da Bolívia verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o baixo nível de instrução da mãe com a incidência da sífilis na gestação, triplicando o risco de adquirir a doença (REVOLLO *et al.*, 2007).

Em relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde é citado que o nível de instrução do indivíduo tem efeito na percepção do problema de saúde e na adesão à terapia (BRASIL, 2008).

Estudos verificam a despreocupação ou a pouca importância que as parturientes possuem com relação às complicações e desfechos negativos para a sua saúde ou a do seu concepto advindas da ausência do tratamento ou do tratamento incompleto da sífilis na gestação (GOUVEA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2010b).

Fato demonstrado em um estudo de caso realizado com uma gestante de 20 anos, estudante com diagnóstico de sífilis, a partir do qual se verificou que esta tinha conhecimento da patologia, mas não conseguia assimilar a gravidade da mesma. A sua preocupação restringia-se ao que poderia ver e sentir, ou seja, a sintomatologia da doença. Havendo um “conflito” durante a fase de tratamento, visto que os profissionais de saúde objetivavam a cura da doença e a preservação da saúde da mãe e do feto, contrapondo-se aos anseios da gestante, que desejava sanar o “incômodo” da doença, representado por dor e odor. Não demonstrando uma preocupação maior com os malefícios que tal patologia pudesse determinar em si e em seu concepto. Levando-a ao abandono do tratamento antes de completar o esquema terapêutico e possibilitando a transmissão vertical da doença (GOUVEA *et al.*, 2012).

Em estudo realizado com 54 enfermeiros que atuam na ESF do município de Olinda verificou-se a partir de suas falas que a pobreza e a ignorância são as principais barreiras enfrentadas por eles para a realização do tratamento das gestantes e de seus parceiros. A primeira é a principal causa que impede o acesso aos serviços de saúde. Quanto à segunda, conforme os informantes, o medo e o desconhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis motivam os usuários a recusar o tratamento das infecções (BRITO; JESUS; SILVA, 2009).

Além disso, 2 (1,2%) enfermeiros reconheceram como dificuldade para o controle da sífilis na gestação o tratamento inadequado da gestante. Corroborando com estudo realizado no município de Fortaleza, o qual verificou que dentre as 21 gestantes infectadas pelo *T. pallidum*, todas as mulheres tratadas receberam um tratamento inadequado, sendo que o

tratamento não foi realizado em 19,0% e, em 42,9%, a informação sobre o tratamento era ignorada (ASSUNÇÃO-RAMOS; RAMOS JÚNIOR, 2009).

Apenas um enfermeiro destacou a falta da disponibilização de teste rápido para a sífilis nas UBS como dificuldade para o controle da doença na gestação. O Teste Rápido para Sífilis (TRS) é um exame treponêmico bastante prático e de fácil execução, que disponibiliza o resultado em torno de 10 a 15 minutos. No entanto, ainda não há uma disponibilização do teste na atenção básica. Segundo dados do Ministério da Saúde, ações estão sendo propostas e realizadas visando à implantação do teste rápido de sífilis na rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo é eliminar a transmissão da doença de mãe para filho, até o ano de 2015 (BRASIL, 2012). A inserção do teste rápido na atenção básica será uma estratégia diferencial no controle da sífilis congênita, visto que solucionará a barreira da demora dos resultados do VDRL, possibilitando medidas imediatas frente um caso de sífilis na gestação.

Embora os testes rápidos tenham um custo unitário mais elevado do que os demais testes de triagem, principalmente do VDRL, há de se considerar os outros custos envolvidos na testagem convencional, tais como materiais de consumo, profissionais e transporte das amostras. Além disso, deve-se somar a esses, os custos de internações relacionados aos casos de sífilis congênita não evitados e o custo social de óbitos e sequelas decorrentes desse agravo (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Outra dificuldade apontada pelos enfermeiros foi a falta de tempo e de material educativo 6 (3,5%) para a realização de uma consulta adequada, integral, humanizada e de qualidade. Sabe-se que é real a superlotação das unidades básicas de saúde e a falta de insumos necessários para um atendimento de qualidade. No entanto, cabe ao enfermeiro assumir o seu papel de educador em saúde e por meio de estratégias educativas eficazes e condizentes com a realidade e com os determinantes sociais de sua clientela, estimular a autonomia dos usuários e capacitá-los para que os mesmos tornem-se sujeitos ativos na promoção de sua saúde. Além disso, o enfermeiro precisa valorizar não apenas as tecnologias duras, mas reconhecer a eficácia da utilização de tecnologias leves, tais como o diálogo, a escuta ativa e o compartilhamento de experiências e informações.

Diante das dificuldades percebidas pelos enfermeiros em relação ao controle da sífilis na gestação, pode-se afirmar que para melhor adequação das ações de controle da transmissão vertical da doença, esforços devem ser direcionados para ampliar o acesso ao pré-natal, tanto ao início precoce quanto ao número mínimo de consultas; fortalecer as estruturas laboratoriais ou buscar alternativas de testagem sorológica, tais como os testes rápidos,

visando disponibilizar oportunamente o resultado dos exames; capacitar profissionais de saúde para ações de aconselhamento e manejo clínico; aumentar a oferta de ações educativas, tanto para as gestantes como para a população geral; e desenvolver ações para inclusão da população masculina nos serviços de saúde, com benefícios que certamente extrapolam o controle das DST (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012).

No Brasil, embora as ações e intervenções para o controle da sífilis congênita estejam preconizadas e recomendadas pelo Ministério da Saúde, as dificuldades da rede de saúde em prover acolhimento, aconselhamento e diagnóstico laboratorial da infecção, bem como a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal e a variável qualidade do pré-natal, ainda aquém do desejável, resultam no cenário atual de elevada taxa de sífilis congênita, enquadrando-o como um problema de saúde prioritário. Sendo necessário, portanto, o envolvimento das áreas técnicas da atenção básica, da mulher, da criança e DST/AIDS, além da sociedade civil em todos os níveis de atuação, e a inclusão do tema na agenda dos gestores, pois a sífilis congênita é um agravo que tem diagnóstico e tratamento disponíveis e eficazes (SÃO PAULO, 2008).

O Estado de São Paulo vem contribuindo significativamente para a redução da transmissão vertical da sífilis através de estratégia inovadora, tal como o Programa Estadual de DST/AIDS (PEDST/AIDS-SP), que apoia a ampliação e manutenção das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis na rede de serviços (atenção primária, unidades de referência, maternidades) gerenciada diretamente pelo estado e municípios. Apostando na municipalização e no fortalecimento da participação social, através da ampliação do debate nos vários segmentos da sociedade envolvidos com esse enfrentamento, diminuindo o estigma em relação às DST. Uma vez que esses agravos tornem-se mais visíveis como um problema para a população em geral e para os profissionais de saúde, isso pode contribuir para o tão almejado alcance da eliminação da transmissão vertical da sífilis (SÃO PAULO, 2008).

6.5 Associação entre os componentes do inquérito CAP

A adequabilidade do conhecimento, da atitude e da prática foram associadas entre si por meio do teste Qui-quadrado. Tal associação foi realizada para identificar a influência de cada componente nos desfechos dos demais.

Tabela 10 – Associação entre a adequabilidade do conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2012.

Variáveis	Total	Atitude Adequada		Prática Adequada	
		N(%)	p	N(%)	P
Conhecimento adequado	115	112(65,5)	0,451	110(64,3)	0,001
Atitude adequada	166	--	--	158(92,4)	0,000

* Teste Qui-quadrado

Na tabela 10, verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento e a prática ($p=0,001$), bem como entre a atitude e a prática ($p=0,000$), o que permite concluir que o conhecimento e uma atitude positiva acerca da sífilis na gestação interferem significativamente na prática dos enfermeiros. Destacando-se mais uma vez, a importância de se investir em estratégias que visem capacitações e atualizações de forma contínua para promover uma prática baseada no conhecimento técnico-científico e evitar o tecnicismo da profissão.

Embora não se tenha observado uma associação estatisticamente significativa entre a realização de capacitação relacionada direta ou indiretamente com a sífilis e uma prática mais adequada, como visto na tabela 6, a literatura evidencia a importância e o diferencial de uma capacitação contínua para que os profissionais assumam uma prática adequada. Logo, a equipe de saúde precisa ser continuamente capacitada, como prevê o Pacto pela Saúde, através da educação permanente, feita pelo sistema de saúde pública, a qual pode utilizar uma variedade de estratégias para o seu desenvolvimento, dentre elas a elaboração de material didático, a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, dentre outros (BRASIL, 2006g).

Essa capacitação permanente dos profissionais destaca-se como de fundamental importância, principalmente porque as ações direcionadas à eliminação da sífilis congênita dependem, invariavelmente, da qualificação na assistência à saúde, que é dependente diretamente do profissional que realiza o acompanhamento pré-natal. Logo, os mesmos devem estar preparados para realizar o manejo adequado da sífilis na gestação e não perder a oportunidade ímpar de detectar e tratar a doença o mais precocemente possível evitando assim a sua forma congênita.

No presente estudo, verificou-se que alguns profissionais foram classificados como tendo um conhecimento inadequado ou irregular, tal realidade pode contribuir significativamente para o não controle da sífilis congênita, visto que o déficit no conhecimento interfere na prática desses profissionais, impedindo-os de implementar as medidas de controle da doença segundo a preconização do Ministério da Saúde. Além disso, uma vez que os próprios profissionais desconhecem as particularidades da doença e a suas repercussões na gestação, impossibilita-se de haver uma sensibilização das gestantes e dos seus parceiros quanto à importância do tratamento de ambos evitando a transmissão vertical.

Frente ao exposto, verifica-se a necessidade de maiores investimentos por parte do Governo, gestores e profissionais da saúde em capacitações, atualizações, cursos e outras estratégias que visem uma educação continuada dos profissionais. E a partir desse maior comprometimento com a melhoria do conhecimento dos profissionais quanto à temática, espera-se uma melhoria na sua prática, visando um atendimento integral, humanizado, baseado em conhecimentos técnico-científicos e colaborando para o controle da sífilis congênita e a sua tão idealizada erradicação.

7 CONCLUSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros, verificou-se uma idade média de 37,5 anos, com a predominância do sexo feminino, sendo que a maioria concluiu o ensino superior em instituições públicas, é especialista, formado há cerca de 12 anos, atuando na ESF em média de 9 anos e tendo realizado alguma capacitação sobre a temática.

A utilização da metodologia CAP permitiu traçar um diagnóstico da população estudada, na qual se identificou o que os enfermeiros que atuam na ESF do município de Fortaleza sabem, pensam e como agem frente ao controle da sífilis na gestação. Além disso, foi possível a identificação das reais lacunas do conhecimento, crenças e padrões de comportamento que podem facilitar ou dificultar na sua participação ativa no controle da sífilis congênita.

Diante deste fato, verificou-se que em relação ao conhecimento dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação, a maioria foi classificada como tendo um conhecimento adequado. No entanto, vale ressaltar que um número significativo de enfermeiros teve conhecimento inadequado e regular. O maior déficit no conhecimento foi percebido quanto às formas de transmissão da doença, os estágios, as manifestações clínicas da doença e a ocorrência da Reação de Jarish-Herxheimer durante o tratamento de uma gestante com sífilis secundária.

Em relação à atitude e prática, observou-se que a maioria dos participantes tinham crenças e opiniões adequadas e as colocavam em prática adequadamente. Dentre as ações assinaladas correspondendo à prática adequada diante do manejo da sífilis, verificou-se um maior déficit na prática em relação a não investigação e diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva.

Houve uma associação estatisticamente significativa entre a instituição de graduação e a atitude dos enfermeiros e entre a autoclassificação positiva em relação ao conhecimento acerca da sífilis na gestação com a prática adequada. Verificou-se também uma associação estatisticamente significativa entre o conhecimento e a prática, bem como entre a atitude e a prática.

Dentre as principais lacunas e dificuldades percebidas pelos enfermeiros que os impedem de agir efetivamente no controle da sífilis congênita, as mais frequentes foram: a demora dos resultados dos exames de VDRL, visto que o resultado dos exames em tempo

oportuno é essencial para a adoção dos protocolos disponíveis; a dificuldade de convocar o(s) parceiro(s) e a sua adesão ao tratamento, assim como o início tardio do pré-natal.

A metodologia CAP também permite identificar as necessidades, problemas e barreiras na execução de programas ou intervenções, assim como direcionar possíveis soluções para melhorar a qualidade e acessibilidade dos serviços. Logo, a partir da identificação das dificuldades descritas acima, destaca-se que a partir do presente estudo pode-se verificar que apesar de sua relevância para o meio científico e assistencial, ainda não é possível concluir quais os reais fatores que determinam a ocorrência nas lacunas existentes na assistência pré-natal, visto tratar-se de um estudo no qual os próprios profissionais avaliam a sua prática, favorecendo a sua avaliação positiva e/ou uma supervalorização da mesma. Sendo necessário, portanto, a realização de estudos com abordagem qualitativa que permitam uma avaliação direta e realista da assistência pré-natal prestada pelos enfermeiros da atenção básica do município de Fortaleza.

Frente ao exposto, destaca-se a importância do reconhecimento da sífilis congênita como um importante problema de saúde pública por todas as esferas do governo, pelos profissionais da saúde e pela população em geral, com o objetivo de por em práticas as políticas públicas de saúde voltadas para o seu controle e criar novas políticas mais eficientes. A participação do profissional da saúde é primordial, principalmente do enfermeiro, visto que a partir de suas ações adequadas baseadas no conhecimento técnico-científico podem interferir diretamente no controle da sífilis congênita, a partir de uma assistência pré-natal de qualidade, integral e humanizada. Além disso, deve-se destacar a importância do enfermeiro assumir o seu papel de educador em saúde e sensibilizar a população quanto à relevância do controle dessa doença.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, fev. 2012.
- AMORIM, M. M.; ANDRADE, E. R. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. **Perspectivas online**, v. 3, n. 9, p. 93-110, 2009.
- ANDRADE, R. F. V.; LIMA, N. B. G.; ARAÚJO, M. A. L.; SILVA, D. M. A.; MELO, S. P. 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.
- ARAÚJO, E. C.; COSTA, K. S. G.; SILVA, R. S.; AZEVEDO, V. N. G.; LIMA, F. A. Z. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Rev. Paraense Med**, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006.
- ARAÚJO, M. A. L.; SILVA, D. M. A. S.; SILVA, R. M.; GONÇALVES, M. L. C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 4-9, 2008.
- ARBO, R. C.; BIANCHI, D. Programa: Grupo de Gestantes Gravidez Saudável, Parto Humanizado. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Bom Progresso, 2009.
- ASSUNÇÃO-RAMOS, A. V.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Transmissão vertical de doenças: aspectos relativos ao Vírus da Imunodeficiência Humana e ao *Treponema pallidum* em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 194-203, abr./jun. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Projeto de eliminação da sífilis congênita. **Manual de assistência e vigilância epidemiológica**. Brasília, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 94.406, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo (SP): COREN-SP; 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Série F: Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2003a.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. (Res. CNS nº 196/96 e outras). 2. ed. Brasília, 2003b.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e diretrizes. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação: Tocantins**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006c.

_____. 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). Brasília, 2006d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0156_19_01_2006.html>. Acesso em: 05 set. 2012.

_____. 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, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006g.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília, 2007a.

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

_____. Ministério da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. 1-216. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Ano VII - nº 1 - 27^a - 52^a - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 / Ano VII - nº 1 - 01^a - 26^a - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo de Comunicação. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Teste rápido de sífilis congênita será incluído em programa para gestantes do SUS Brasília, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/04102012.pdf>. Acesso em: < 27 nov. 2012.

BACKES, D.; ERDMANN, A.; SILVA, M.; PRADO, M. The practice of teaching and learning about nursing management within the web of human interactions. *Online Brazilian Journal Nursing, North America*, 6, apr. 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/659/155>>. Acesso em: 12 Nov. 2012.

BAZZANELLA, D. F.; XAVIER, F. L. R. **Prevalência de casos de sífilis congênita em recém-nascidos vivos, relacionada à adesão ao tratamento materno durante o pré-natal**. 2007. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Feevale, Instituto de Ciências da Saúde, Novo Hamburgo, 2007.

BRENNNA, S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 909-914, 2001.

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

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

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; ANDRADE, R. F. V.; GONÇALVES, M. L. C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, set. 2012.

CAMPOS, J. E. B.; PASSOS, F. D. L.; LEMOS, E.A.; FERREIRA, A. W.; SÁ, C. A. M.; SILVA, L. G. P.; ASENSI, M. D. 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.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set, 2006.

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

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

CASAL, C. A. D.; SILVA, M. O.; COSTA, I. B.; ARAÚJO, E. C.; CORVELO, T. C. O. Molecular detection of *Treponema pallidum* sp. *pallidum* in blood samples of VDRL seroreactive women with lethal pregnancy outcomes: a retrospective observational study in northern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 4, p. 451-456, jul-ago. 2011.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION (US). Congenital Syphilis - United States, 2003 – 2008. *Morb Mortal Wkly Rep*, v. 59, n. 14, p. 413-17, 2010.

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

CORDEIRO, H.; ROMANO, V. F.; SANTOS, E. F.; FERRARI, A.; FERNANDES, E.; PEREIRA, T. R.; PEREIRA, A. T. S. 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.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. In: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo (SP): COREN-SP; 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução 271/2002. Regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro (RJ): COFEN; 2002.

COSTA, C. C. Avaliação da incidência da sífilis congênita no Estado do Ceará, 2010. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

COUTINHO, T.; MONTEIRO, M. F. G.; SAYD, J. D.; TEIXEIRA, M. T. B.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Monitoring the prenatal care process among users of the Unified Health Care System in a city of the Brazilian Southeast. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.32, n. 11, p. 563-569, nov. 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M. Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV, 2011. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 12, n. 3, p. 269-280, jul./set., 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C.; SARACENI, V.; LAURIA, L. M. Manejo da sífilis na gestação: Conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

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

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, p. 171-174, 2007.

ESPÍNDOLA, P. S.; LEMOS, C. L. S.; REIS, L. B. M. Perfil do profissional de nível superior na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 367-375, out./dez., 2011.

FERNANDES, R. C. S. C.; FERNANDES, P. G. C. C.; NAKATA, T. Y. Análise de casos de sífilis congênita na maternidade do hospital da sociedade portuguesa de beneficência de campos. **Rev. DST – J bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 157-161, nov. 2007. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-530220>>. Acesso em: 10 oct. 2011.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul./dez. 2005.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, p. 105-109, 2005.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Atenção Básica. **Informe do Programa de Saúde da Família**. Fortaleza, ago. 2009.

FORTALEZA. PORTARIA nº 145/2012 de 07 de maio. Diário Oficial do Município nº 14.785. Dispõe sobre a normatização da prescrição/transcrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares e de rotina pelos enfermeiros integrantes de equipes de saúde. Fortaleza, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2008.

GALBAN, E.; BENZAKEN, A. S. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. **Rev. DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 3-4, p. 166-72, 2007.

GIL, C. R. R. Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção, 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

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

GOUVEA, T. V. D.; FARIA, P. F. M.; NASCIMENTO, A. V. S.; FIRMO, F. H. C.; SANTOS, D. D. G. Sífilis na Gravidez: Relato de (Des)Caso. **Rev Flu Med**, n. 36-77, v. 1-2, p. 36-39, 2012.

GRANGEIRO, G. R.; DIÓGENES, M. A. R.; MOURA, E. R. F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 105-111, 2008.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, Jun. 2010.

KALIYAPERUMAL, K. **Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study**. AECS Illumination, v.4, n.1, p.7-9, jan-mar, 2004.

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

LEOPARDI, C. L. C. B.; NIETSCH, E. A.; GONZALES, R. M. B. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, S. G.; MACEDO, L. A.; VIDAL, M. L.; SÁ, M. P. B. O. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n. 6, p. 630-36, 2009.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por Enfermeiros no Brasil. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 12, n. 2, p. 273-277, 2009.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGEL, M. S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, Oct. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Oct. 2011.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-8, jul-set. 2006.

MELO, S. P. Avaliação do manejo do recém nascido com sífilis congênita em Fortaleza-ce. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2008.

MENEZES, M. L. B.; MARQUES, C. A. S.; LEAL, T. M. A.; MELO, M. C.; LIMA, P. R. Neurosífilis congênita: ainda um grave problema de saúde pública. **Rev. DST – J bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 3-4, p. 134-138, nov. 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista19-3-2007/4.pdf>. Acesso em: 11 oct. 2011.

MENEZES, V. C. R. A. O conhecimento de profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica do distrito federal sobre os atributos conceituais de promoção a alimentação saudável propostos pelo guia alimentar da população brasileira. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MENDONÇA, G. F. Educação em saúde, um processo educativo. In: Encontro Estadual de Experiências de Educação e Saúde. Porto Alegre, 1982.

MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K.; FILGUEIRA, A. A.; FLÔR, S. M. C.; FREITAS, C. A. S. L.; LINHARES, M. S. C.; GUBERT, F. A. Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo, 1996.

MIRANDA, A. E.; ROSETTI FILHO, E.; TRINDADE, C. R.; GOUVÊA, G. M.; COSTA, D. M.; OLIVEIRA, T. G.; FRANÇA, L. C.; DIETZE, R. Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 42, n. 4, p. 386-391, 2009.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A.. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2012.

NAUD, P.; MATOS, J. C.; HAMMES, L. S.; STUCZYNSKI, J. V.; CHAVES, E. B. M. Doenças sexualmente transmissíveis. In: FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 440-461.

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789248595851_por.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2010.

PEDROSA, M. Atenção integral á saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev. Bras. Med. Fam. Com.**, v.1, n. 3, p. 72-80, 2005.

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.

POPULATION INFORMATION PROGRAM. Center for Communication Programs. Preservativos. 2010. Disponível em: <<http://www.boasaude.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4464>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

PORTUGAL. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Pathfinder International. Lisboa, Jun. 2002.

RAMOS, C. S.; HECK, R. M.; CEOLIN, T.; DILÉLIO, A. S.; FACCHINI, L. A. Perfil do enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude*, v. 8 (suplem.), p. 85-91, 2009.

REVELES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 245-250, 2007.

REVOLLO, R.; TINAJEROS, F.; HILARI, C.; GARCÍA, S. G.; ZEGARRA, L.; DÍAZ-OLAVARRIETA, C.; CONDE-GONZÁLEZ, C. J. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia. **Salud pública Méx**, v. 49, n. 6, p. 422-428, 2007.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARAES, M. D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 3, Sept, 2004.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROSÁRIO, S. S. D.; LUSTOSA, K. G. P.; CARVALHO, L. C. S. R.; FERNANDES, A. P. N. L.; OLIVEIRA, K. K. D.; MONTEIRO, A. I. Surveillance of syphilis in pregnancy, a watchful look at the reported cases in epidemiological surveillance. **J Nurs UFPE on line**, v. 6, n. 3, p. 497-503, Mar. 2012.

SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008.

SARACENI, V.; VELLOZO, V.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das Campanhas para a Eliminação da Sífilis Congênita no Município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 4, p. 419-424, 2005a.

SARACENI, V.; VELLOZO, V.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teoricológico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Inf.**, v. 5. supl. 1 p. 33-41, 2005b.

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

SILVA, A. C. M. A.; VILLAR, M. A. M.; CARDOSO, M. H. C. A.; WUILLAUME, S. M. A. Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saude Soc*, v. 19, n. 1, p. 159-69, 2010a.

SILVA, M. R. F.; BRITO, E. S. V.; FREIRE, L. C. G.; PEDROSA, M. M.; SALES, V. M. B.; LAGES, I. Percepção das mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. **Rev APS**, v. 13, n. 3, 2010b.

SILVA, D. M. A. Conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza-ce (Mestrado em Saúde Coletiva) - Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2010.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 98-105, jan./fev. 2011.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; TAVARES, T. S.; MARTINS, A. C. S. Oferta dos cursos de graduação em enfermagem no estado de Minas Gerais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS – SBDST. **Qualidade da notificação da sífilis é discutida em reunião em Brasília** [online] 2007. Disponível em: <<http://www.dstbrasil.org.br/noticias.asp?codigo=117>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p. 153–8, 2008.

SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA JUNIOR, A.; MIRANDA, A. E.; PAZ, L. C. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 19, n. 3-4, p. 128-133, 2007.

TAYRA, A.; MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; PAZ, L. C.; RAMOS JR, A. N. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **Rev. DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n. 3-4, p. 111-9, 2007.

TRIGUEIRO, J. S.; SILVA, A. C. O.; GÓIS, G. A. S.; ALMEIDA, S. A.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D. Percepção de enfermeiros na educação em saúde na tuberculose. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, n. 4, p. 660-666, 2009.

ULYSSES FILHO, D. **Introdução à bioestatística para simples mortais**. São Paulo: Negócio Editora; 1999.

VALDERRAMA, J.; ZACARÍAS, F.; MAZIN, R. Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: un problema grave de solución sencilla. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 16, n. 3, 2004.

VANEGAS-CASTILLO, N.; CÁCERES-BUITRAGO, Y. N.; JAIMES-GONZÁLEZ, C. A.; ÁNGEL-MULLER, E.; RUBIO-ROMERO, J. A. Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en un hospital público en Bogotá, 2010. **Rev.fac.med.unal**, Bogotá, v. 59, n. 3, Set. 2011.

VIEIRA, A. A. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys, 2008. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596176_eng.pdf>. Acesso em: 06 set. 2012.

XIMENES, I. P. E.; MOURA, E. R. F.; FREITAS, G. L.; OLIVEIRA, N. C. Incidência e Controle da Sífilis Congênita no Ceará. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 9, n. 3, p. 74-80, jul./set.2008.

APÊNDICE A

INQUÉRITO CAP SOBRE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___ Nº _____

NOME: _____

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: _____

SER: _____

I. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

1. Idade (em anos completos): _____
2. Sexo: 1() Masculino 2() Feminino
3. Instituição de Graduação: _____
4. Tempo de Graduação: _____
5. Escolaridade: 1()Curso de especialização 2() Residência 3()Mestrado
4()Doutorado 5()Outro: _____
6. Tempo de atuação em ESF: _____
7. Realizou alguma capacitação em sífilis direta ou indiretamente? 1 () Sim 2() Não
8. Qual a carga horária da capacitação: _____

II. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA QUANTO À SÍFILIS NA GESTAÇÃO:

CONHECIMENTO

9. Classifique a si mesmo quanto:

Alternativa	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim
Conhecimento sobre sífilis na gestação				
Capacidade de suspeitar do diagnóstico de sífilis na gestação				

10. Acerca da sífilis na gestação, assinale com V (verdadeiro) ou F (falso) as opções abaixo:
 - () O agente etiológico da sífilis é uma bactéria chamada *Treponema vaginalis*.
 - () A transmissão vertical da sífilis só ocorre no último trimestre da gestação independente do estágio clínico da doença materna.
 - () As formas de transmissão da sífilis é através das relações sexuais desprotegidas, contato direto com lesões mucocutâneas, transfusão sanguínea, via transplacentária, infecção paranatal e leite materno.
 - () Aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas terminam em aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal.
 - () A sífilis primária ou cancro mole caracteriza-se por uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente múltipla, dolorida, fundo liso e brilhante, podendo ser acompanhada de adenopatia regional.
 - () As lesões características da sífilis secundária são pápulas cutâneas as quais sugere o diagnóstico quando localizadas na região palmo-plantar.

Espaço reservado para o pesquisador

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

- () A fase da sífilis latente recente e tardia é caracterizada pela ausência de sinais e sintomas específicos, no entanto, estão presentes artralguas, febrículas, cefaleia e adinamia.
- () Os sinais e sintomas da sífilis terciária surgem logo após a infecção, caracterizando-se por acometimento neurológico, doença cardiovascular e comprometimento articular.
- () Quanto aos testes sorológicos para diagnóstico da sífilis na gestação o VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) é um teste treponêmico, logo é mais específico do que sensível.
- () As principais desvantagens do VDRL é a possibilidade de reações cruzadas com outras doenças tais como lúpus, artrite reumatoide e hanseníase. E os resultados falso-negativos pelo excesso de anticorpos, fenômeno conhecido como efeito prozona.
- () O quadro clínico, o manejo diagnóstico e terapêutico da sífilis na gestação é diferente do período não gestacional.
- () Considera-se tratamento adequado, todo tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com eritromicina, finalizado pelo menos 15 dias antes do parto, sem haver necessidade do tratamento do parceiro concomitantemente.
- () A droga de escolha para o tratamento da sífilis na gestação é a Penicilina G Benzatina, sendo necessário dose única (2.400.000UI) em caso de sífilis primária
- () As gestantes na fase secundária da doença devem realizar a primeira dose do tratamento em ambiente hospitalar devido à possibilidade de desenvolvimento da Reação de Jarish-Herxheimer e risco potencial para abortamento.
- () Deve-se recomendar evitar relações sexuais durante o tratamento ou manter práticas sexuais protegidas.

11. Cite qual(is) é o momento correto para solicitação do VDRL na gestação segundo o Ministério da Saúde. Pode-se assinalar mais de uma opção:
 () 1º Trimestre () 2º Trimestre () 3º Trimestre

PONTUAÇÃO: _____

Conhecimento: () Adequado () Inadequado

ATITUDE:

12. Em sua opinião, as ações de educação em saúde voltadas para as mudanças de comportamento sexual são:

() Sempre necessárias () Desnecessárias () Pouco necessárias () Não tem opinião

13. Quanto à solicitação de dois testes de VDRL na gestação, você acredita que:

() É sempre necessário () É desnecessário () É pouco necessário () Não tem opinião

14. Eu acredito que a convocação do parceiro de uma gestante com sífilis:

() É sempre necessária () É desnecessária () É pouco necessária () Não tem opinião

15. Eu acredito que o tratamento do parceiro de uma gestante com diagnóstico de sífilis:

() É sempre necessário () É desnecessário () É pouco necessário () Não tem opinião

16. Em relação ao preenchimento da ficha de notificação/investigação da sífilis na gestação, você acredita que:

() É sempre necessário () É desnecessário () É pouco necessário () Não tem opinião

Espaço reservado
para o pesquisador

11 _____

12 _____

13 _____

Atitude: () Adequado () Inadequado

PRÁTICA:

17. As ações de educação em saúde quanto à importância da realização do VDRL como forma de controle da sífilis na gestação são realizadas durante as consultas de pré-natal?

1() Sempre 2() Às vezes 3() Nunca

18. Na sua prática você solicita o teste de VDRL em qual(is) trimestre(s) da gestação? Pode-se assinalar mais de um item:

1() 1º trimestre 2() 2º trimestre 3() 3º trimestre 4() Não solicita

19. Marque a(as) ação(ões) que você realiza com o objetivo de prevenir a sífilis congênita?

() Atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da sífilis;

() Realização do diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva;

() Captação das gestantes para início precoce do pré-natal;

() Realização de uma assistência pré-natal de qualidade e organizada;

() Solicitação do VDRL no 1º e 3º trimestre da gestação;

() Convocação do(s) parceiro(s);

() Encaminhamento para o médico instituir o tratamento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s);

() Preenchimento de todos os dados referentes ao VDRL e tratamento no cartão da gestante;

() Notificação de todos os casos de sífilis na gestação;

20. Diante do parceiro de uma gestante com sífilis que rejeita a realização do tratamento, o que você faria?

() Não realizar o tratamento e documentar a recusa no prontuário e no cartão da gestante;

() Sensibilizá-lo e orientá-lo quanto à importância da realização do tratamento para evitar a transmissão vertical da doença;

() Realizar o tratamento sem a autorização do mesmo;

() Outra _____

21. Quais as dificuldades enfrentadas que o impede de atuar efetivamente no controle desta doença?

22. Você como Enfermeiro da atenção básica, recebeu no último ano, alguma gestante com diagnóstico de sífilis?

1 () Sim 2() Não

Quantas? _____

Dentre as acompanhadas, houve algum caso de sífilis congênita?

1 () Sim 2() Não

Espaço reservado
para o pesquisador

17 _____

18 _____

19 _____

20 _____

21 _____

22 _____

Prática: () Adequado () Inadequado

APÊNDICE B

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO-POP

Antes de entregar o questionário para o enfermeiro responder, as bolsistas deverão preencher a data da entrevista e o número do questionário, o qual iniciará a partir do número 1 até 171. Além disso, durante o preenchimento do questionário o enfermeiro será orientado a não realizar nenhum tipo de consulta a manuais do ministério da saúde, livros, dentre outras fontes.

1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL:

Tais dados serão respondidos pelos próprios enfermeiros:

Nome: o enfermeiro deverá escrever o seu nome completo e de forma legível.

Idade: o enfermeiro deverá escrever a sua idade em anos completos.

Sexo: o enfermeiro deverá assinalar a opção 1, caso trata-se do sexo masculino ou a 2 se feminino.

Instituição de graduação: o enfermeiro deverá escrever o nome da instituição de ensino superior que concluiu a sua graduação em enfermagem.

Tempo de graduação: o enfermeiro deverá escrever o tempo de formado expresso em anos.

Escolaridade: o enfermeiros deverá assinalar a opção 1 caso seja especialista, 2 caso tenha realizado residência em enfermagem, 3 caso seja mestre, 4 doutor e 5 para outras titulações.

Tempo de atuação em ESF: o enfermeiro deverá escrever o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família expresso em anos.

Realizou alguma capacitação relacionada direta ou indiretamente com a sífilis: o enfermeiro deverá assinalar a opção 1 caso tenha realizado alguma capacitação ou 2 caso a resposta seja não.

Qual a carga horária: o enfermeiro deverá escrever a carga horária do curso de capacitação relacionado com a sífilis expresso em horas.

2. CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA QUANTO À SÍFILIS NA GESTAÇÃO

CONHECIMENTO:

Com o objetivo de se avaliar o conhecimento dos enfermeiros, os mesmos deverão responder da 9ª até a 11ª questão. Na 9ª questão, o enfermeiro deverá realizar uma auto-avaliação quanto ao seu conhecimento sobre sífilis na gestação e a sua capacidade de suspeitar do diagnóstico de sífilis na gestação, devendo assinalar uma das seguintes opções: Muito bom, Bom, Regular e Ruim. Já a 10ª questão, a qual é composta por 15 assertivas, o enfermeiro deverá lê-las e preencher com V, caso a afirmação seja verdadeira e F se falsa. Na 11ª questão, o enfermeiro deverá assinalar um ou mais itens relacionados ao momento correto para solicitação do VDRL na gestação segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde. Deverá assinalar a opção 1, caso considere o momento adequado para a solicitação do VDRL o 1º trimestre da gestação, a opção 2, se considerar o 2º Trimestre, a opção 3 caso considerar o 3º Trimestre.

ATITUDE:

Para avaliar a atitude do enfermeiro como adequada ou inadequada, o mesmo deverá responder as questões 12 a 16, as quais são compostas por afirmações em relação às ações de educação em saúde, solicitação do VDRL, convocação e tratamento do parceiro e preenchimento da ficha de notificação/investigação da sífilis na gestação. Após a leitura destas afirmações o enfermeiro deverá expressar a sua opinião assinalando aos seguintes itens: Sempre necessários; Desnecessários; Pouco necessários ou Não tem opinião.

PRÁTICA:

Com o objetivo de se avaliar a prática dos enfermeiros, os mesmos deverão responder as questões 17 a 22.

Na questão 17, o enfermeiro deverá assinalar a opção 1 quando considerar que as ações de educação em saúde quanto à importância da realização do VDRL durante o pré-natal são realizadas SEMPRE, ou seja, em todas as suas consultas; a opção 2, quando considerar que ÀS VEZES as realiza; e a opção 3 quando considerar que NUNCA realiza tais ações.

Na questão 18, o enfermeiro deverá assinalar uma ou mais opção que condizer com a sua prática em relação à solicitação do teste de VDRL. Deverá assinalar a opção 1, caso solicite no 1º trimestre da gestação, a opção 2, se solicita no 2º Trimestre, a opção 3 caso solicite no 3º Trimestre e a opção 4 caso nunca solicite, podendo assinalar mais de um item.

Na questão 19, o participante deverá assinalar somente os itens que descreverem a(s) ação(es) que são realizadas durante a sua assistência com o objetivo de prevenir a sífilis congênita.

Na questão 20, o enfermeiro deverá assinalar a opção que condiz com a sua prática caso um parceiro de uma gestante com sífilis rejeite a realização do tratamento, podendo assinalar uma das seguintes opções: não realizar o tratamento e documentar a recusa no prontuário e no cartão da gestante; sensibilizá-lo e orientá-lo quanto à importância da realização do tratamento para evitar a transmissão vertical da doença; realizar o tratamento sem a autorização do mesmo ou outra ação, devendo especificá-la.

Na questão 21, o enfermeiro deverá citar as principais dificuldades enfrentadas que o impede de atuar efetivamente no controle da sífilis congênita.

Na questão 22, o enfermeiro deverá assinalar a opção 1 caso tenha atendido alguma gestante com diagnóstico de sífilis no último ano, e a opção 2 caso a resposta seja negativa. Para as respostas afirmativas, deverão escrever a quantidade de gestantes. E assinalar a opção 1 caso tenha algum caso de sífilis congênita em sua área adstrita, e a opção 2 se não haver nenhuma caso da doença.

APÊNDICE C**Universidade Federal do Ceará****Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE**

Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza – CE / CEP: 60430-160

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS ACERCA DA
SÍFILIS NA GESTAÇÃO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Caro enfermeiro (a):

Estou o (a) convidando a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo avaliar o que você sabe, pensa e faz sobre a sífilis na gestação. Além disso, pretendo coletar algumas informações sobre a sua história profissional. Neste sentido, solicito sua permissão para aplicar um questionário com o (a) senhor (a). O tempo previsto para nosso encontro será de vinte minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização da minha pesquisa, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar sua autorização a qualquer momento e não participar do estudo. Finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la (o). O estudo não lhe trará nenhuma despesa e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistada). Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará por meio do telefone (85)3366-8338. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Camila Chaves da Costa
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448.
E-mail: milinha_ita@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade a minha participação na pesquisa. Eu li cuidadosamente este termo e após sua leitura fiz perguntas sobre o conteúdo e recebi as devidas explicações. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do participante_____
Assinatura do pesquisador_____
Assinatura do profissional que aplicou o TCLE

ANEXO A



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 146/12

Fortaleza, 11 de maio de 2012.

Protocolo COMEPE nº: 81/12

Pesquisador responsável: Camila Chaves da Costa.

Título do Projeto: "Conhecimento atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação".

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 10 de maio de 2012.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Leonardo A. Silva Peres
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEP/UFCE