

## ARTIGO ORIGINAL

**Sífilis: abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal<sup>1</sup>****Syphilis: professional approach of family health during the prenatal****Sífilis: enfoque profesional de la salud de la familia durante el prenatal**Rudinei Robson de BITTENCOURT<sup>2</sup>  
Cecília Drebes PEDRON<sup>3</sup>**RESUMO**

Este artigo tem o objetivo de conhecer a abordagem dos profissionais de saúde frente ao diagnóstico de sífilis durante o pré-natal. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório. A coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada com dezessete profissionais de saúde que atuam em quatro unidades de saúde da família, de um município da grande Porto Alegre-RS. Neste município, a Secretaria Municipal da Saúde disponibiliza todos os recursos necessários para detecção, prevenção e tratamento da sífilis durante a gestação. São fornecidos manuais do Ministério da Saúde para a realização do pré-natal, disponibilizado exames para detecção e medicação para o tratamento. Entretanto, nota-se que os profissionais necessitam de capacitação quanto ao fluxograma de atendimento prestado aos usuários nos serviços especializados do município e na padronização da realização das consultas de pré-natal. Sabendo-se da existência da equipe multiprofissional, observou-se a necessidade de criação de um protocolo de atendimento nas unidades de saúde da família de forma a agilizar o processo de atendimento tornando-o padronizado e preciso.

**Descritores:** Sífilis; Cuidado pré-natal; Promoção da saúde.

**ABSTRACT**

*This article aims to understand the approach of health professionals facing the diagnosis of syphilis during prenatal care. This is a qualitative study and exploratory. Data collection was through semistructured interviews with seventeen health professionals who work in four health units in the family, a large municipality of Porto Alegre-RS. In this municipality, the Municipal Health provides all the features needed for detection, prevention and treatment of syphilis during pregnancy. Guides are provided by the Ministry of Health for the realization of prenatal tests available for detection and medication for treatment. However, note that professionals need training on the flowchart of care provided specialized services to users in the city and in the standardization of the consultations of prenatal care. Knowing the existence of the multidisciplinary team, there was the need to establish a protocol of care in family health units in order to expedite the service process making it standardized and accurate.*

**Descriptors:** Syphilis; Prenatal care; Health promotion.

**RESUMEN**

*Este artículo tiene como objetivo comprender el enfoque de los profesionales de la salud que enfrenta el diagnóstico de la sífilis durante la atención prenatal. Se trata de un estudio cualitativo y exploratorio. La recolección de datos fue a través de entrevistas semiestructuradas con diecisiete profesionales de la salud que trabajan en cuatro unidades de salud en la familia, un extenso municipio de Porto Alegre-RS. En este municipio, el Municipal de Salud proporciona todas las características necesarias para la detección, prevención y tratamiento de la sífilis durante el embarazo. Las guías se proporcionan por el Ministerio de Salud para la realización de exámenes prenatales disponibles para la detección y la medicación para el tratamiento. Sin embargo, tenga en cuenta que los profesionales necesitan una formación en el diagrama de flujo de la atención prestada a los usuarios de servicios especializados en la ciudad y en la normalización de las consultas de atención prenatal. Conocer la existencia de un equipo multidisciplinaria, hubo la necesidad de establecer un protocolo de atención en las unidades de salud de la familia a fin de acelerar el proceso de servicio por lo que es estandarizado y preciso.*

**Descriptores:** Sífilis; Cuidado prenatal; Promoción de la salud.

<sup>1</sup> Artigo apresentado para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem

<sup>2</sup> Graduando de Enfermagem, 8º semestre - ULBRA/Gravataí – RS. E-mail: rudineirs@gmail.com

<sup>3</sup> Professora orientadora da ULBRA Gravataí, Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFRGS. E-mail: cepedron@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

A sífilis é considerada um problema de saúde pública no Brasil, mesmo possuindo um tratamento e acessível no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), possui um alto índice de incidência, e se ocorrido na gestação, pode levar a criança à morte ou causar danos irreversíveis como fronte olímpica, palato em ogiva, rágades periorais, tibia em sabre, dentes de Hutchinson e molares em formato de amora, ceratite, surdez e retardo mental.<sup>1</sup>

A sífilis é uma patologia que tem a sua origem ainda obscura perante os historiadores, atualmente a proposição mais aceita é de que tenha surgido na América, sendo disseminada para o resto do mundo através das expedições marítimas.<sup>2-3</sup>

A sífilis é uma doença de disseminação mundial, que afeta cerca de 12 milhões de pessoas por ano no planeta, o seu reservatório é o ser humano contaminado, apresentando um período de incubação em torno de 10 a 90 dias e com uma média de 21 dias. A transmissão ocorre através do ato sexual sem uso de preservativo com um indivíduo infectado, ou por contato direto com mucosas ou pele do aparelho geniturinário com uma lesão sifilítica, por hemotransfusão, por inoculação acidental em profissionais da área da saúde e por via transplacentária, dando origem à sífilis congênita.<sup>4-6</sup>

Em 1995 o Brasil, assumiu o compromisso para erradicação da sífilis até o ano 2000, porém, mesmo possuindo um tratamento de baixo custo e acessível na rede pública, esta meta não foi atingida. Não conseguindo cumprir a meta acordada com a Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil.<sup>7</sup>

Com o não atingimento da meta proposta em 1995 o Ministério da Saúde do Brasil, passou a investir em manuais e protocolos para o atendimento durante o pré-natal, como o das Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, o manual técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. E foi criado o Dia Nacional de Combate à Sífilis em 17 de setembro de

2006, com o intuito de reduzir o número de casos no país.

A taxa média de mortalidade por sífilis congênita no Brasil de 2005 ficou em 2,5 casos por cada 100.000 nascidos vivos menores de 1 ano, um total de 77 óbitos declarados por sífilis congênita. Desse total 2,3% dos casos pertencem à região sul, somando um total de 9 óbitos. Os coeficientes mostram que a sífilis congênita se mantém como um grave problema de saúde pública, o que exige a implantação e implementação de medidas para o controle dos casos e posterior erradicação da doença no país.<sup>8-9</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde<sup>6</sup>, a sífilis não tratada durante o pré-natal causa consequências graves para a gravidez em 80% dos casos. Anualmente, calculam-se dois milhões de casos de gestações afetadas pela doença no mundo, sendo responsável por cerca de 25% de casos de natos-mortos ou abortos espontâneos e 25% dos neonatos tem baixo peso ao nascer ou infecção grave, favorecendo o aumento dos casos de morte pré-natal.

A transmissão da sífilis congênita pode ocorrer através do canal do parto se a criança entrar em contato com lesões sifilíticas no momento do nascimento ou durante a amamentação se a mãe apresentar lesão mamária decorrente da sífilis. Pode ser transmitida em qualquer fase da gestação, tendo um aumento percentual de 70 a 100% na fase primária e secundária da doença, pois nessa fase há uma proliferação do número de espiroquetas no sangue.<sup>1</sup>

Conseqüentemente aumentando a taxa de aborto espontâneo, natimorto ou morte pré-natal para 40% se a mãe não for tratada ou for inadequadamente tratada, com esquemas terapêuticos diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil durante o pré-natal. A sífilis materna e a sífilis congênita são geralmente subestimadas e subnotificadas pelos profissionais de saúde que realizam o pré-natal.<sup>1,6</sup>

O diagnóstico da sífilis congênita até dois anos de idade é considerado precoce e após essa idade é classificada como sífilis tardia, tendo outras classificações como o óbito fetal (natimorto) por sífilis, ou gerando o aborto por sífilis. Sua pesquisa para o diagnóstico da sífilis congênita ocorre por meio de testes sorológicos, sorologia não Treponêmica,

sorologia Treponêmica, estudo do líquido cefalorraquidiano, estudos de imagem e radiografia de ossos longos.<sup>1</sup>

Devido à elevada taxa de infecção por sífilis, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou uma diretriz para o controle da sífilis congênita, com o objetivo de contribuir para a implementação do diagnóstico e tratamento imediato dos casos de sífilis.<sup>1</sup>

Esta diretriz preconiza que o tratamento seja feito à base de penicilina, variando o esquema terapêutico conforme a fase em que a doença se encontra na gestação. Sendo assim, a sífilis materna tornou-se uma doença de notificação compulsória através da portaria n° 33, de 14 de julho de 2005.<sup>1,10</sup> Em 2004, foi realizado um estudo em todas as regiões do Brasil com mulheres de 15 a 49 anos de idade, na qual observou-se uma taxa de infecção de 1,6%, ou seja, cerca de 50 gestantes com sífilis.<sup>7</sup>

Apesar de a sífilis congênita ser uma doença de notificação compulsória desde 1986, o número de casos está muito aquém do estimado. No período de 1998 a 2004 foram notificados apenas 24.448 casos de sífilis congênita, o que indica um alto de índice de sub-notificação, mostrando uma incidência de 1,3 casos/1000 nascidos vivos.<sup>7</sup> Cabe destacar que as doenças de notificação compulsória devem ser notificadas obrigatoriamente ao se identificar um caso suspeito, sendo essa obrigação inerente a qualquer profissional da área da saúde, pois é com base nestas informações epidemiológicas, que medidas são tomadas para o controle de casos futuros.<sup>11</sup>

Alguns estudos mostram que o alto índice de sífilis congênita está relacionada à inadequada assistência pré-natal, pois há muitos casos de mães que são tratadas com esquemas terapêuticos diferentes do preconizado pelo Ministério da Saúde entre outros fatores como o não tratamento do parceiro.<sup>12-14</sup>

Desta forma, torna-se de suma importância a implantação de medidas que visem a promoção, prevenção e controle da sífilis, por parte da sociedade, com o uso regular de preservativo durante o ato sexual, redução do número de parceiros, diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros, realização de testes do VDRL em mulheres que manifestem a intenção de engravidar.<sup>1</sup>

Conforme Ministério da Saúde<sup>15</sup>, houve uma redução da mortalidade infantil no período de 2002 a 2004 estando principalmente relacionada à expansão da Estratégia de Saúde da Família. A mortalidade por problemas relacionados ao pré-natal representa atualmente, o principal problema evento de mortes no primeiro ano de vida.

O Ministério da Saúde do Brasil tem investido em medidas que possibilitem a prevenção, tal como o encaminhamento e tratamento adequado dos casos de sífilis, através da criação de manuais e protocolos que objetiva o direcionamento das condutas dos profissionais de saúde para o adequado tratamento e prevenção dos casos.

As consultas de pré-natal de baixo risco, conforme o Programa Humanizado de Parto e Nascimento (PHPN), realizadas nos postos de saúde, tendem a reduzir os índices de mortalidade infantil e materna, sendo importante abranger o maior número de gestantes e qualificar o atendimento dos profissionais de saúde que realizam estas consultas de pré-natal.

O município onde foi realizado o estudo dispõe além do acompanhamento às gestantes nas unidades de atenção primária um serviço especializado para a realização de consultas de pré-natal especificamente para adolescentes contando com uma equipe multidisciplinar, como também o um centro especializado para atendimento especializado, que objetiva prestar assistência de saúde especializada para as doenças infectocontagiosas.

No município, houve um total de 23 casos de sífilis congênita notificados, do ano de 2000 até 2007, sendo que em 2006 foram 5 casos e em 2007 apenas 1 caso notificado, conforme dados do DATASUS.<sup>16</sup>

Sendo assim, a sífilis é uma doença com impacto importante tanto na mortalidade infantil como nas malformações e pode ser evitada e erradicada com uma adequada assistência de pré-natal, como já objetivada pelo Ministério da Saúde.

## OBJETIVO

Conhecer a abordagem dos profissionais de saúde da família frente ao diagnóstico de sífilis durante o pré-natal.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, sobre a abordagem dos profissionais de saúde da família perante o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal. Escolheu-se o estudo qualitativo por possibilitar a visão do processo como um todo, tornando os fenômenos observados variados e repletos de significados, diversificando de acordo com o ambiente e a participação do pesquisador o que tende a revelar realidades múltiplas.<sup>17</sup>

Assim, buscou-se compreender as múltiplas realidades quanto à abordagem dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas unidades de saúde da família, frente a um caso de sífilis durante o pré-natal.

O estudo foi realizado em quatro unidades de saúde da família, estas unidades caracterizam-se por serem órgãos públicos municipais, que atendem a população exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As unidades de saúde da família são constituídas de uma equipe multidisciplinar na qual são realizadas consultas de pré-natal de baixo-risco.

Atualmente o município dispõe de 12 unidades de saúde da família, trabalhando com, o modelo de estratégia de saúde da família, tendo sido escolhido para o estudo, quatro unidades que possuem uma vasta população de classe média a baixa, e por disporem de campo de estágio para a universidade. O que possibilita desta forma intervir posteriormente com os resultados deste estudo.

O município possui uma população de 270.763 habitantes conforme estimativa de 2006/IBGE, conforme dados recebidos da coordenação da saúde da família do município, a soma da população cadastrada nas áreas de atuação das unidades onde foi realizado o estudo é de 35.816 habitantes, representando 13,23% da população do município. Sendo que a Estratégia em Saúde da Família do município atende um total de 62.017 habitantes, representando os campos de estudo 57,75% da cobertura das USF.

Atualmente, o município trabalha com Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tem por objetivo

orientar, prevenir, detectar e tratar patologias que acometem as mulheres ao longo das diversas etapas da vida, integralmente, em seus aspectos humanos e psicossociais. O público alvo são mulheres nos diferentes nos seus diferentes ciclos de vida, moradoras do município.

A população em estudo constituiu-se de 17 profissionais de saúde da família, sendo, oito médicos e nove enfermeiros. Que trabalham com a atenção primária em saúde nas equipes de saúde da família no município. Os critérios de inclusão para o estudo foram, ser médico ou enfermeiro atuar na estratégia de saúde da família, participando na realização das consultas de pré-natal e após concordar em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre esclarecido.

O número de informantes foi definido pelo critério de saturação de dados. Esta é uma forma que permite uma análise profunda dos dados, resultando numa maior compreensão do tema estudado.<sup>18</sup>

Os entrevistados foram classificados como informantes, tendo o seu nome substituído pela letra "I" de informante seguido de uma sequência numérica, aleatória que não caracteriza a sequência das entrevistas. Não se considerou relevante a separação da categoria profissional para a caracterização das falas, visto que as informações sobre a abordagem durante o pré-natal em caso de gestantes com sífilis se complementavam.

A coleta de dados ocorreu por intermédio de uma entrevista semiestruturada. Durante a coleta, as entrevistas foram gravadas com um tempo de duração entre quatro minutos e quatorze minutos com posterior transcrição dos dados para facilitar a análise dos dados. Serão guardadas por cinco anos com posterior destruição do material, conforme recomendação da Lei 9.610/98 dos Direitos Autorais.

A análise dos dados foi baseada na técnica de Análise de Conteúdo, do tipo temática, proposta por Bardin.<sup>19</sup> Este tipo de análise é utilizada em investigações qualitativas nos mais diversos âmbitos das ciências humanas.

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, os princípios éticos foram respeitados, garantindo o

anonimato e privacidade dos entrevistados, conforme determinações da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas foram realizadas após a aprovação da secretaria municipal de saúde do município e após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), protocolado no dia 14/08, sob nº. CEP-2008-434H.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo pesquisador, pela professora orientadora do presente trabalho e por cada um dos informantes. Este foi redigido em duas vias, sendo uma para o informante e outra para os pesquisadores. Neste termo, consta o objetivo deste estudo, a questão da voluntariedade para a participação da entrevista, a liberdade para a desistência do informante em qualquer etapa da pesquisa sem que houvesse qualquer dano ou penalização, bem como a preservação do anonimato dos informantes, conforme rege a Resolução 196/96.

## RESULTADOS

Os resultados emergiram de duas grandes áreas temáticas, consulta de pré-natal e abordagem dos profissionais de saúde da família frente ao diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, onde os profissionais expõem a sua realidade quanto na questão da sífilis na unidade onde trabalha, conforme segue abaixo.

### Consulta de pré-natal

O Ministério da Saúde objetiva que a atenção pré-natal e puerperal seja acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.<sup>20</sup>

Seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde sugere que a atenção prestada a gestante seja feita por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais.<sup>10</sup>

As unidades onde foi realizado o estudo possuem profissionais que trabalham no modelo de estratégia de saúde da família, as quais dispõem de agentes comunitários de saúde, médicos,

enfermeiros, técnico ou auxiliar de enfermagem. Podendo possuir equipes de saúde bucal, caracterizando-se por possuir uma equipe multiprofissional e multidisciplinar o que possibilitaria uma assistência integral à gestante.

Segundo os informantes as consultas de pré-natal, no município são realizadas por médicos e enfermeiros. Porém, não há uma padronização, quanto a essa rotina, pois em algumas unidades o médico realizava o pré-natal, em outras era realizada pelo médico e pelo enfermeiro através de interconsultas, a falta de consenso quanto a quem realiza o pré-natal fica evidenciado nas falas abaixo.

*Eu estou falando da minha realidade, da minha equipe, é a médica assume tudo. É tudo, todo pré-natal praticamente é feito pelo médico! (I 2).*

*A gente faz interconsulta, o pré-natal aqui é uma vez para o médico uma vez para o enfermeiro (I 6).*

No município, os enfermeiros que realizam a consulta de pré-natal não podem solicitar os exames laboratoriais, devido à ausência de protocolo de atendimento necessitando então a paciente fazer uma nova consulta pelo médico para solicitar o exame como refere o Informante 6:

*A gente não tem protocolo de enfermagem aqui, quem solicita o VDRL é o médico, pode ser através de interconsultas, sempre que eu estou fazendo o pré-natal e chega uma mulher para fazer os exames laboratoriais fazemos interconsultas, e o médico pede os exames (I6).*

Como não há uma padronização no atendimento das consultas de pré-natal, ocorrem muitas divergências entre as condutas dos profissionais de uma mesma unidade ou de unidades diferentes. Tal fato pode ser observado no momento da solicitação de exames, que diferentemente do preconizado pelo Ministério da Saúde, muitas vezes os exames de VDRL, estão sendo solicitados em períodos inadequados. Pois, o Ministério da Saúde recomenda que o exame seja solicitado, no mínimo dois exames VDRL durante a gestação, um no início do pré-natal e outra pela 30ª semana de gestação e no momento da internação hospitalar. Seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria GM/MS nº 766/2004.<sup>20</sup> Entretanto, observou-se que esta recomendação não vem sendo seguida como regra por alguns profissionais da

rede básica de saúde, nas quais alguns seguem e outros não, conforme as falas abaixo.

*No pré-natal é para ser solicitado em todos os trimestres, primeiro, segundo e terceiro trimestre, mas a maioria das unidades e a gente solicita no primeiro trimestre e no último, porque o plano do governo, o SISPRENATAL, ele contempla que tenha no mínimo dois exames solicitado (I5).*

*[...] o exame é solicitado somente na primeira consulta (I12).*

Observou-se que a Secretaria Municipal de Saúde consegue dispor à rede básica de saúde um número adequado de exames de VDRL no pré-natal. Fato este que possibilita detecção precoce da sífilis durante o pré-natal com um tempo de retorno do resultado rápido para possível tratamento da gestante e seu parceiro.

#### **Abordagem dos profissionais de saúde da família frente ao diagnóstico de sífilis durante o pré-natal**

A leitura do VDRL, após o retorno para a unidade é feita normalmente pelo médico ou pelo enfermeiro. Havendo alterações vistas pelo enfermeiro a paciente é encaminhada para uma consulta médica na qual ele optará por refazer o exame ou fazer um encaminhamento para tratamento em outro.

Recomenda-se a utilização dos manuais e protocolos do Ministério para a realização das consultas de pré-natal de maneira humanizada e eficaz, para o combate a sífilis se faz imprescindível a necessidade da utilização do manual técnico de “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada e o manual de Diretrizes para controle da sífilis congênita” o que lhes permitirá uma padronização de conduta profissional.

Quando questionado aos informantes sobre a utilização de manuais do Ministério da Saúde para a realização de consultas de pré-natal, tal como para encaminhamento dos casos de sífilis durante a gestação, obtiveram-se diversas respostas. Muitos responderam que não utilizavam manuais para o tratamento ou encaminhamento dos casos, outros não sabiam identificar se o instrumento que tinham na unidade como guia pertencia ao manual e outras unidades conheciam e utilizava os manuais do Ministério da Saúde para a realização do pré-natal, conforme observa-se nas falas a seguir:

*Eu não sigo protocolo no município, eu não sei se tem este protocolo (I11).*

*Seguimos o protocolo do Ministério da Saúde de realização de pré-natal, porém o mesmo não é fornecido pela secretaria municipal de saúde (I14).*

*Na verdade gente tem uma folha aqui, que costume utilizar para me orientar, mas não sei se essa folha é do manual. Não temos o manual em si (I17).*

*A gente utiliza o manual que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, deixando o serviço homogêneo, na nossa equipe temos o habito de utilizar o manual, sendo o mesmo fornecido pela secretaria municipal de saúde (I13).*

A não utilização de protocolos ou fluxograma do Ministério por parte de alguns profissionais de saúde da família tende a revelar uma realidade complexa e com resultados variados. Onde os profissionais adotam condutas diferentes em casos semelhantes, sendo que não há uma concordância sobre o local onde a gestante e o parceiro são encaminhados ou tratados. As falas abaixo apontam com clareza esse problema de ausência na utilização de manuais do ministério e principalmente de um protocolo de atendimento no município.

*Não utilizo protocolo ou fluxograma do Ministério, estas pacientes são encaminhadas para alto risco (I1).*

*Como a gente não tem protocolo é feito tratamento simples, chegou é feito exame de pré-natal se dá positivo é feito o tratamento (I3).*

*Eu não sei se seguimos algum manual do Ministério, porque a gente nunca teve nenhum caso, e não temos o protocolo, mas a principio acho que seria encaminhado para o CEAC (I4).*

Desta forma, pode-se observar que poucos foram os casos identificados nas equipes de saúde da família e diversas foram às ações exercidas pelas equipes. Desconheciam ou não utilizavam o protocolo do Ministério, encaminhavam a paciente a outros centros de tratamento especializados sem critério para este envio, o que evidencia o desconhecimento das condutas adequadas para o encaminhamento e tratamento dos casos.

Era sabida a necessidade de tratamento ao parceiro, entretanto, não se notava uma postura ativa para que o mesmo comparecesse ao serviço. Em alguns casos a gestante era encaminhada para a realização de um pré-natal de alto risco no CEAC ou em outras instituições especializadas.

O Ministério da Saúde por intermédio da Portaria N° 156, de 19 de janeiro de 2006, determina através de seu artigo 1° 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, segundo esquemas padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde. Por ser a única droga efetiva no combate à sífilis, e por apresentar uma baixa taxa de reações anafiláticas, que são raras ocorrendo entre 0,5 a 1/100.000 casos tratados.

As gestantes devem ser encaminhadas para um serviço especializado ou instituição hospitalar caso a doença apresente-se na fase secundária. Então, recomenda-se que a primeira dose seja feita nestas instituições, devido a possibilidade de desenvolvimento da Reação de Jarish-Herxheimer.<sup>1</sup>

Alguns estudos mostram que o alto índice de sífilis congênita está relacionada à inadequada assistência pré-natal, porque existem muitos casos onde a gestante é tratada de maneira inadequada durante o pré-natal. Com esquemas diferentes do preconizado pelo Ministério da Saúde entre outros fatores como o não tratamento do parceiro.<sup>12-14</sup> Mesmo com a possibilidade de realizar busca ao parceiro através dos agentes comunitário de saúde, alguns profissionais mostraram-se indecisos, quanto à conduta com o parceiro, podendo gerar um tratamento inadequado, conforme pode-se observar nas falas abaixo.

*Se possível faço busca, se dá pra abordar o parceiro então é melhor, se não dá a gente aborda pelo menos só ela (13).*

*Não realizamos busca do parceiro, a gente fornece na receita a indicação para o tratamento dos dois (112).*

*O parceiro estava viajando e em nenhum momento a gente teve acesso a ele, solicitamos por intermédio da que ele viesse a unidade, em todas as consultas dela foi feita à solicitação, mas ele não compareceu (116).*

Em todas as unidades de saúde da família, onde foi realizado o estudo, os profissionais informaram que possuem grupos de gestante onde abordam temas diversos, incluído prevenção de DST's e promoção da saúde. E algumas unidades realizam trabalhos com a comunidade e com os adolescentes nas escolas.

*A gente faz bastantes grupos, atividades com adolescentes, faz o grupo de gestante, a nossa dificuldade esta em captar elas pra fazer o grupo, fazemos bastante atividades com adolescente nas escolas, os grupos com adolescente funciona bem, porque eu eu pego muito pouco caso aqui de DST's, mesmo em não gestante eu nunca peguei uma paciente com VDRL positivo, várias vezes acabo solicitando....é um bom sinal (117).*

*Nós temos o grupo de gestante, onde fala-se sobre a importância do uso de preservativo mesmo durante a gestação, associado a um método anticoncepcional, porque as casadas muitas vezes com companheiro fixo acham que não precisam usar, acham que é só usar o anticoncepcional e é o suficiente (14).*

Cabe salientar a importância da manutenção de estratégias que abranjam educação em saúde para a comunidade, através de educação permanente, que instiguem os usuários a buscar uma melhora na qualidade de vida. Pois não adiante termos um tratamento eficaz se não houver uma população que adote medidas protetoras da saúde, somente assim será possível o combate à sífilis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se, neste estudo, a constatação de que mesmo a sífilis sendo uma doença secular e um problema de saúde pública, o município, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, está conseguindo ofertar os recursos necessários para detecção precoce e prevenção da sífilis durante a gestação. Fato evidenciado pelo fornecimento de manuais do Ministério da Saúde para a realização do pré-natal e número suficiente de exames para diagnóstico precoce da sífilis.

É notável que os profissionais necessitem de capacitação quanto às suas funções e tipo de pacientes que são atendidos nos serviços especializados do município, pois durante a entrevista alguns informantes, mostravam-se inseguros quanto a que unidade especializada encaminhar os usuários do serviço.

Sobressaiu-se um problema comum nas unidades de saúde onde foi realizado o estudo, a falta de padronização na realização das consultas de pré-natal quanto às condutas, que se modificam muito de equipe para equipe de uma mesma unidade de saúde, tal como de uma unidade para a outra.

Durante o estudo, salientou-se a dificuldade da equipe quanto à conduta adotada para o tratamento da gestante e do parceiro, pois muitos profissionais não sabiam como tratar a gestante e o parceiro ou nem mencionaram o parceiro durante a entrevista. Assim como nenhum profissional sequer mencionou algo sobre a notificação compulsória dos casos de sífilis da gestante e sífilis congênita.

Mesmo o município fornecendo os manuais para a realização das consultas de pré-natal, alguns profissionais alegam desconhecer a sua existência e não utilizando-o, para a realização das consultas. Muitos utilizam os centros especializados, de maneira indiscriminada sem critérios para envio para o mesmo, sendo que só seria necessário se a paciente apresentar-se na fase secundária para realização da primeira dose de penicilina.

O tratamento e o acompanhamento poder ser feito exclusivamente pela unidade de saúde, durante a fase primária, diminuindo assim a demanda dos serviços de atenção secundária e terciária, liberando-os para atender pacientes de maior complexidade.

Sendo assim, ficou evidente a necessidade de investimento em capacitações e a importância da criação de um protocolo de atendimento nas unidades de saúde da família do município, para que ocorra um atendimento padronizado e efetivo que venha em propósito da erradicação da sífilis no mundo conforme proposto pela OMS.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília; 2006.
2. Carrara SA. Geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 1996;3(3):391-408.
3. Azulay RD. História da Sífilis. *An Bras Dermatol*. 1988;63(1):3-4.
4. Philippi MLS, Arone EM. *Enfermagem em doenças transmissíveis*. 7a ed. São Paulo: Editora Senac; 2004.
5. Freitas F, Menke CH, Passos EP, Rivoire WA. *Rotinas em Ginecologia*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Organização Mundial da Saúde. *Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008.
7. Komka M R, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. *Sci Med*. 2007;17(4):205-11.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. *Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso*. 2a ed. Brasília; 2006.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Boletim Epidemiológico - AIDS e DST*. Ano IV - nº 1 - 27<sup>a</sup> - 52<sup>a</sup> - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006, Ano IV - nº 1 - 01<sup>a</sup> - 26<sup>a</sup> - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007. Brasília; 2007.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília; 2006.
11. Verdi M, Boehs AE, Zampieri MFM. *Enfermagem na Atenção Primária de Saúde: Saúde Coletiva e Saúde da Criança*. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP. 2005;1:261-2.
12. Lorenzi DRSD, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-Natal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(10):647-52.
13. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1999;32(6):605-11.
14. Donalisio MR, Freire JB; Mendes ET. *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 Saude*. 2007;16(3):165-73.
15. Ministério da Saúde (BR). *Saúde da Criança. Redução da Mortalidade Infantil [internet]*. Brasília; 2008 [acesso em 2008 Maio 10]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cida dao/visualizar\\_texto](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cida dao/visualizar_texto).



16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

17. Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: De Casa; 2000.

18. Pedron CD. Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implantação e práticas de atendimento [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

19. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.

20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília; 2006.

Data da submissão: 2011-07-21

Aceito: 2011-12-12

Publicação: 2012-06-30

---