



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES
COM SÍFILIS**

SOBRAL-CE

2014

KEILA MARIA CARVALHO MARTINS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES
COM SÍFILIS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família, modalidade profissional.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva

Coorientadora: Profa. Me. Maria Socorro Carneiro Linhares

SOBRAL-CE

2014

M341a

Martins, Keila Maria Carvalho

Avaliação da qualidade da assistência pré-natal de gestantes com sífilis/Keila Maria Carvalho Martins . -- Sobral, 2014.
95 f.

Orientadora: Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva

Coorientadora: Me. Maria Socorro Carneiro Linhares

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.

1. Sífilis. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3. Cuidado pré-natal. I. Silva, Maria Adelane Monteiro da. II. Linhares, Maria Socorro Carneiro. III. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

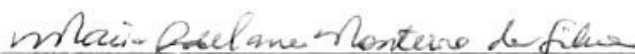
CDD 610

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM SÍFILIS

KEILA MARIA CARVALHO MARTINS

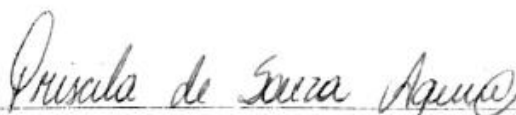
Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 29 de abril de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

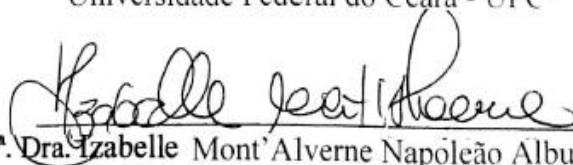


Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva
Presidente

RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA



Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino
Primeira Examinadora
Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof.^a Dra. Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque
Segunda Examinadora
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar meus passos, fortalecendo a cada dia a minha fé e resiliência diante dos obstáculos que surgiram no decorrer desta caminhada.

Aos meus pais, Socorro e Raimundo Nonato, exemplos de vida e superação, que me educaram com muito amor e incentivaram-me a lutar pelos meus sonhos. E que, apesar da distância, sempre estiveram prontos a me apoiar. Amo vocês e agradeço-lhes os ensinamentos e a vida.

Ao meu esposo, Alex, que me dá a honra de dividir sua vida comigo, incentivando sempre as minhas pesquisas, sendo minha fortaleza nos momentos difíceis e com seu amor me ajudou na construção desta pesquisa.

A minha irmã, Kelcy, grande amiga e confidente, que sempre me apoiou e torceu pelo meu sucesso nesta caminhada.

À Professora Adelane Monteiro, que além de orientadora, foi uma grande companheira, com sua paciência, com seu incentivo, com sua sabedoria, tendo sempre acreditado na minha capacidade em desenvolver esta pesquisa. Exemplo de vida, de superação, de inspiração e de profissional. Agradeço ao seu apoio e a sua disponibilidade na construção deste processo.

Aos meus colegas de mestrado pelas experiências, saberes e afetos compartilhados durante esses dois anos. Em especial, aos meus colegas: Socorro Teixeira, Raila Sousa, Francisco Meyel e João Sergio, pela amizade e apoio.

Às mulheres, que na experiência de sua gestação, contribuíram com suas percepções sobre assistência pré-natal vivenciada para melhoria da atenção às gestantes diagnosticadas com sífilis.

Aos enfermeiros e agentes comunitárias de saúde, profissionais que me acolheram nos Centros de Saúde da Família e que contribuíram para a coleta dos dados da pesquisa.

Às Professoras: Dra. Izabelle e Dra. Priscila, pela prontidão na composição da banca examinadora da pesquisa, pelas contribuições importantes e pelo tempo dedicado ao enriquecimento deste trabalho.

Aos profissionais do setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Sobral, pela disponibilização dos dados do SINASC e SINAN.

MARTINS, Keila Maria Carvalho, **Avaliação da Qualidade da Assistência Pré-natal em Gestantes com Sífilis**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, 94 p.

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis. Trata-se de um estudo avaliativo, desenvolvido nos Centros de Saúde da Família, do município de Sobral, que notificaram casos de gestantes com sífilis no ano de 2012. Participaram do estudo 13 mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação e 15 enfermeiros que ofertaram assistência pré-natal a essas gestantes. A coleta de dados foi organizada e fundamentada pelas proposições de Donabedian, a qual relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. Os resultados principais da estrutura foram: a maioria dos Centros de Saúde da Família foi avaliada com estrutura física satisfatória para a assistência pré-natal; recursos materiais e planta física foram considerados precários; os itens medicamentos, apoio laboratorial e os instrumentos de registro foram classificados como ótimos; os recursos humanos e o sistema de referência e contrarreferência foram considerados satisfatórios. No processo, a maioria dos Centros de Saúde da Família considerou a assistência pré-natal satisfatória, o que corroborou com os enfermeiros que avaliaram o processo como bom, envolvendo o acompanhamento pré-natal conforme o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e estratégias utilizadas para a garantia de uma assistência efetiva como a realização de campanhas educativas sobre a sífilis e estímulo à realização de exames VDRL. O Resultado foi avaliado pelas mulheres, revelando um acompanhamento pré-natal efetivo por envolver o bom acolhimento pelos profissionais de saúde, a garantia do agendamento das consultas, a facilidade e agilidade desses serviços. Conclui-se que este estudo forneceu uma descrição conjuntural da assistência pré-natal durante o ano de 2012, apontando limitações e potencialidades na assistência às gestantes com sífilis.

Palavras-Chave: Sífilis. Avaliação de Serviços de Saúde. Cuidado Pré-Natal. Enfermagem.

MARTINS, Keila Maria Carvalho, **Quality Evaluation of Prenatal Care in pregnant women with Syphilis**, 2014. Dissertation (Master degree in Family Health) – State University Vale do Acaraú. Sobral, 94 p.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the pre-natal quality of pregnant women with syphilis diagnosis. It is an evaluative study, developed in the Family Health Centers, of Sobral city, where there were notifications of syphilis during 2012. Thirteen women with syphilis diagnosis during pregnancy and fifteen nurses who assisted them and their pre-natal participated in the study. The data collection was organized and based by Donabedian propositions, relating structure, process and results dimensions. The main results of the structure were: most of the Family Health Centers were evaluated with a satisfactory physical structure for pre-natal care, material resources and physical plot were considered poor, medication, laboratory support and registration tools were classified as great, human resources and the system of reference and counter reference were considered satisfactory. During the process, most of the Family Health Centers considered pre-natal as satisfactory, similar result as the nurses who evaluated the process as good, involving prenatal care according to the protocol established by the Ministry of Health and strategies used to ensure effective assistance such as educational campaigns about syphilis and encouragement for carrying out VDRL examinations. The Result was evaluated by the women, revealing an effective pre-natal follow up by having a good reception by the health professionals, the guarantee of the consultations, the ease and speed of these services. It is concluded that this study provided a set of pre-natal care description during 2012, showing limitations and potentialities to the care of pregnant women with syphilis.

Keywords: Syphilis. Health Services Evaluation. Pre-natal Care. Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1– Coleta e Análise dos dados adotados para a avaliação da assistência pré-natal em gestantes com sífilis.....	32
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura Física dos Centros de Saúde da Família para assistência pré-natal. Sobral-CE, 2012.....	36
Tabela 2 – Recursos Humanos dos Centros de Saúde da Família Sobral-CE, 2012..	37
Tabela 3 – Recursos Materiais dos Centros de Saúde da Família. Sobral-CE, 2012.	40
Tabela 4 – Avaliação da estrutura dos Centros de Saúde da Família para assistência pré-natal prestada no município de Sobral-CE, 2012.....	43
Tabela 5 – Distribuição das gestantes diagnosticadas com sífilis de acordo com as variáveis sócio-demográficas e gineco-obstétricas. Sobral - CE, 2012.....	45
Tabela 6 – Avaliação do processo nos Centros de Saúde da Família considerando a assistência pré-natal prestada no município de Sobral. Sobral-CE, 2012.....	51
Tabela 7 – Caracterização dos enfermeiros que prestaram assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. Sobral – CE, 2012.....	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVO.....	14
2.1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	Sífilis como problema de Saúde Pública.....	15
3.2	Prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis no Brasil.....	18
3.3	Assistência pré-natal e a prevenção e o controle da transmissão vertical da sífilis.....	21
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Referencial Teórico-metodológico.....	25
4.2	Tipo do estudo.....	26
4.3	Local do estudo.....	27
4.4	Sujeitos do estudo.....	27
4.5	Procedimentos para coleta de dados.....	28
4.6	Organização e análise dos dados.....	30
4.7	Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
5.1	Avaliação da estrutura para assistência pré-natal às gestantes com sífilis.....	34
5.2	Avaliação do processo para assistência pré-natal às gestantes com sífilis.....	43
5.2.1	O olhar dos enfermeiros para a assistência pré-natal.....	52
5.3	Avaliação do resultado para assistência pré-natal às gestantes com sífilis.....	60
5.3.1	E sob o olhar das mulheres, se fortalece a assistência pré-natal.....	61
6	CONCLUSÕES.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	75
	Apêndices A: Questionário de Avaliação do Processo de Trabalho – Enfermeiros.....	75
	Apêndices B: Entrevista de Avaliação do Resultado – Usuárias.....	76
	Apêndices C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Enfermeiros.....	77
	Apêndices D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) –	

Usuária.....	78
Apêndices E: Discursos do Sujeito Coletivo – Enfermeiros.....	79
Apêndices F: Discursos do Sujeito Coletivo – Mulheres.....	83
ANEXOS.....	86
Anexo A: Formulário Adaptado de Avaliação da Estrutura - Centros de Saúde da Família.....	86
Anexo B: Formulário Adaptado de Avaliação do Processo de Trabalho – Prontuários e Fichas Perinatais.....	89
Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	92

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria transmitida predominantemente por meio do contato sexual. Quando não tratada, a doença pode evoluir atingindo os estágios: primário, secundário e terciário (SMELTZER; BARE, 2006). A transmissão da sífilis decorre de pequenas abrasões durante a relação sexual, quando a bactéria atinge o sistema linfático ou por via hematológica, atingindo os demais órgãos (sífilis adquirida).

A transmissão da sífilis pode ocorrer ainda através da placenta ao conceito, caracterizada como transmissão vertical. A transmissão por via transplacentária ao feto por gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas pode ocorrer durante qualquer estágio da gestação, sendo possível também a transmissão pelo canal do parto (sífilis congênita). A sífilis congênita pode ser classificada em recente e adquirida, diagnosticada até o segundo ano de vida; e tardia, quando diagnosticada do segundo ano de vida em diante (BRASIL, 2010a).

A sífilis acarreta uma série de implicações para a gestante levando a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos, tais como aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos. Mesmo após o tratamento, as mulheres que tiveram sífilis durante a gravidez continuam apresentando um risco maior de resultados como óbito fetal, perinatal ou neonatal, recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso, em comparação às mulheres sem a infecção (RODRIGUES, 2005).

Segundo CAMPOS *et al* (2010), existem atualmente no mundo cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis, onde 90% deles foram diagnosticados em países em desenvolvimento. Cerca de 500 milhões de mortes fetais ocorrem anualmente no mundo e são decorrentes de sífilis congênita. Saraceni *et al* (2005) apresentam estudos em lugares com situações epidemiológicas distintas, mas que demonstram a persistente participação da sífilis na mortalidade perinatal.

A sífilis na gestação configura-se uma doença de notificação compulsória desde 2005 no Brasil. Apesar disso, ainda existem elevadas taxas de subnotificação, o que compromete o diagnóstico da sífilis no país.

Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2011, o número total de casos notificados de gestantes com sífilis no Brasil foi de 14.321. Coube à Região Nordeste 3.359 (23,5%) dos casos, tendo o Estado do Ceará notificado 589 (4,6%) eventos sífilíticos em

gestantes. Nesse mesmo período, observou-se no Brasil uma taxa de incidência de sífilis congênita de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos com a Região Nordeste apresentando uma taxa de 3,8; e a Região Sudeste com 3,6, as quais apresentaram as maiores taxas durante esse ano. Com relação aos estados, o Rio de Janeiro apresentou 9,8 casos por 1.000 nascidos vivos; seguido pelo Ceará, 6,8; Sergipe, com 6,7; Alagoas, com 5,9; Rio Grande do Norte, com 5,4; e Pernambuco, com 4,9. Essas são as unidades da federação que apresentaram as maiores taxas de incidência (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde relatou ainda que, no ano de 2011, ocorreram 112 óbitos por sífilis congênita, correspondendo a um coeficiente de mortalidade de 3,9 por 100.000 nascidos vivos, tendo sido verificado um coeficiente de 4,6 para a Região Nordeste com 39 óbitos e ficando o Ceará com um coeficiente de 3,1, que corresponde a quatro óbitos (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, a sífilis em gestante e sua transmissão vertical ainda permanecem como um grande problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2006a). O Ministério da Saúde, desde o ano de 1993, no intuito de eliminar a sífilis congênita, recomendou o rastreamento da doença na gravidez por meio do exame sorológico VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) para diagnóstico, como rotina no 1º e 3º trimestres.

Segundo o relatório da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2011), o rastreamento da sífilis durante o pré-natal, baseado nas recomendações do Ministério da Saúde, consiste no acompanhamento da gestante e na solicitação do VDRL pelo profissional da saúde a ser realizado na primeira consulta de pré-natal e no início do terceiro trimestre.

A sífilis configura-se num agravo de saúde passível de eliminação desde que a mulher infectada pelo *Treponema pallidum* e seu parceiro sejam identificados e tratados adequadamente antes ou durante o pré-natal (CEARÁ, 2011).

Por meio dessa Política de Saúde Pública, o Ministério propõe a diminuição da incidência da sífilis em gestante e sua transmissão vertical em todos os níveis, desde o pré-natal, com a inserção do VDRL nos exames de rotina, até as maternidades, com a obrigatoriedade do mesmo exame laboratorial a todas as mulheres admitidas (BRASIL, 2006a).

Para a efetivação da qualificação das Redes de Atenção Materno-Infantil e à redução da taxa de morbimortalidade materno-infantil no país, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, sendo que esta envolve iniciativas que promovem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, bem como a ampliação de serviços e, com isso,

a garantia da realização dos testes rápidos para diagnóstico da sífilis nos serviços de saúde (BRASIL, 2012b).

Além do tratamento e seguimento da gestante e do parceiro, são importantes a documentação e o registro na caderneta da gestante dos resultados de sorologia, assim como a notificação dos casos. A realização do VDRL na admissão da paciente na maternidade, seja em decorrência do parto, curetagem pós-aborto ou qualquer intercorrência da gestação, é uma forma de rastreamento de casos que não foram identificados durante a gravidez. Com relação ao controle no tratamento, deve ser realizado o exame de VDRL mensalmente para investigação do declínio dos títulos (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2010b).

No município de Sobral, localizado na região Noroeste do Estado do Ceará, com 188.233 habitantes, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram registrados 37 casos de sífilis em gestante durante o ano de 2008, com a prevalência de 12,1; 34 casos em 2009 (10,8%); 48 casos durante o ano de 2010 (15,6%); 74 casos em 2011(23,2%); e 74 em 2012 (24,4%). Durante esse mesmo período, a sífilis congênita apresentou uma taxa de incidência em 2008 de 2,06; em 2009 de 0,9; em 2010 de 3,0; no ano de 2011, de 7,9; e no ano de 2012, com 10,5, acompanhando a tendência dos casos em gestantes (BRASIL, 2006b).

Percebe-se que houve um crescimento concomitantemente da sífilis em gestante e da sífilis congênita durante esse período, esse fato implica em uma situação de gravidade, já que o recomendado pelo Ministério da Saúde é um caso menor ou igual a um por 1000 nascidos vivos.

É importante ressaltar que, as ações de vigilância da sífilis em gestante e da sífilis adquirida foram intensificadas, respectivamente, a partir do ano de 2006 e do ano de 2008 no município de Sobral. Essas ações tardias de vigilância à saúde, tendo como consequência um acompanhamento também tardio da sífilis adquirida, resultando em situações de subnotificações ou sub-registros da doença na população do sexo masculino, podem ter contribuído para o aumento dos casos de sífilis em gestantes nos últimos anos e, consequentemente, na sua transmissão vertical (MESQUITA *et al*, 2012). Dessa forma, identifica-se uma necessidade de promover a capacitação dos profissionais de saúde com abordagem nos protocolos de atendimento à gestante para que fosse modificada essa situação.

Saraceni *et al* (2005) comunga do ponto de vista anterior ao perceber a dificuldade de investigação e notificação de casos de sífilis adquirida, fatores esses que sugerem a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais como ferramentas para o controle desse agravo. Ações de vigilância associadas à qualificação do pré-natal e da

assistência ao parto, bem como estratégias que permitam o esclarecimento da população em relação à sífilis, podem contribuir na redução da mortalidade perinatal.

Portanto, entende-se que a sífilis congênita pode ser controlada através do diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante durante a assistência pré-natal, sendo que seu aparecimento demonstra as limitações dos serviços de saúde, principalmente no que se refere à assistência prestada na atenção básica (MESQUITA *et al*, 2012).

Neste sentido, Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como um modelo de fortalecimento da atenção básica e de orientação para organização dos serviços, considerando os novos cenários epidemiológicos, configurando-se como organizadora dos serviços de saúde, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo e enfrentando de forma proativa os problemas de saúde-doença da população (BRASIL, 2006c). Logo, é uma estratégia fundamental no controle e na prevenção da sífilis através da promoção da assistência e do acompanhamento pré-natal, bem como no desenvolvimento de estratégias para diagnóstico e efetivação do seu tratamento, reduzindo assim, a sífilis congênita.

A ESF torna-se, então, ordenadora do cuidado, devendo vislumbrar a atenção pré-natal e puerperal prestada às gestantes com sífilis. Essa atenção deve ser fundamentada no desenvolvimento de ações de prevenção, de promoção da saúde, de diagnósticos e de tratamento dos problemas gerados durante esse processo (BRASIL, 2005a).

Assim, faz-se necessário promover uma assistência pré-natal de qualidade no âmbito da ESF, que vise aos cuidados em saúde com a própria gestante, o parceiro e a família, além de um bom acompanhamento e avaliação pelos profissionais de saúde, resultando no bem-estar materno e neonatal.

Araújo *et al* (2008) reafirmam, no tocante à qualidade da assistência pré-natal, a exigência de que os profissionais de saúde atuem com atenção especial no que tange aos registros no prontuário e no cartão da gestante. Essas anotações clínicas permitem o acompanhamento sistemático da gestante e subsidiam a atuação dos diversos profissionais de saúde envolvidos no atendimento. Dessa forma, as análises dos registros dos prontuários e do cartão da gestante tornam-se instrumentos para a avaliação da qualidade da assistência pré-natal.

A vivência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Sobral, proporcionou-me um campo de atuação no acompanhamento e na assistência às gestantes portadoras de sífilis e, embora estabelecendo vínculo de confiança com essas gestantes, houve algumas dificuldades no monitoramento e na realização do tratamento adequado. Diante dessa experiência, surgiram várias indagações sobre a qualidade da

assistência pré-natal na atenção básica e sobre a forma como está sendo executado o processo de trabalho do enfermeiro no acompanhamento pré-natal. Outra preocupação diz respeito à aplicação do Protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical por parte do enfermeiro na assistência à gestante. Questionou-se ainda a maneira como as gestantes percebem esses atendimentos de assistência pré-natal.

Nesse sentido, esse estudo se propõe a avaliar a qualidade da assistência pré-natal no que diz respeito à prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis, entendendo essa doença como uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) que pode ser controlada com sucesso por meio de ações e medidas de programas de saúde pública, em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. Não obstante os meios disponíveis para controlá-la, a sífilis continua sendo um grave problema para a saúde pública no Brasil, constituindo-se como um desafio para a Região Nordeste e interior do estado do Ceará.

O estudo contribuirá para que os profissionais da enfermagem ressignifiquem a atenção à saúde dessas mulheres, tornando possível conhecer melhor as dificuldades na prevenção da transmissão vertical de sífilis, bem como as necessidades dos profissionais de saúde durante o diagnóstico e tratamento da referida doença. O estudo possibilitará ainda a elaboração de medidas de organização dos serviços de saúde e de apoio a essas gestantes. Portanto, seus resultados servirão como instrumento de avaliação dos serviços na área de saúde e poderão contribuir para a construção de políticas de saúde para o município de Sobral, na região Norte do Estado do Ceará.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis no município de Sobral-CE, com enfoque na prevenção e controle da transmissão vertical.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a estrutura que as Unidades Básicas de Saúde dispõem para a assistência pré-natal e acompanhamento das gestantes com sífilis;
- Verificar a assistência prestada às mulheres com sífilis no pré-natal de acordo com o Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis;
- Investigar os limites e potencialidades inerentes ao processo de trabalho dos profissionais de saúde no acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis;
- Conhecer a percepção das gestantes diagnosticadas com sífilis sobre o acompanhamento recebido durante o pré-natal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sífilis como problema de Saúde Pública

A sífilis desafia a humanidade há séculos, acomete quase todos os órgãos e sistemas e, mesmo tendo um tratamento eficaz e de baixo custo, configura-se ainda como problema de saúde pública. No final do século XV na Europa, ela se disseminou rapidamente por todo o continente, transformando-se em uma das principais pragas mundiais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

É uma doença infectocontagiosa sistêmica, considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), ocorrendo por transmissão sexual e vertical, e por outros contatos íntimos (PASSOS, 2004). O contato com as lesões contagiantes (cancro duro e lesões secundárias) pelos órgãos genitais é responsável por 95% dos casos dessa enfermidade (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Possui evolução crônica e é causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria não cultivável *in vitro*, que tem o homem como único hospedeiro e que não sobrevive fora do tecido humano. Trata-se de uma espiroqueta de transmissão sexual e vertical, que pode produzir, respectivamente, a forma adquirida e congênita da doença (NORONHA *et al.*, 2006).

O contágio da sífilis ocorre por meio da relação sexual, possivelmente através de mucosa e pele através de solução de continuidade. Existem outras formas de transmissão mais raras e com menor interesse epidemiológico da sífilis adquirida que são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão sanguínea. Nesses casos, o risco de contágio varia de 10% a 60% conforme a maioria dos autores (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Noronha *et al* (2006) referem que, no Brasil, esta se configura epidemiologicamente como uma doença em ascensão, sendo que cerca de 900 mil novos casos dessa infecção são registrados a cada ano.

Nesse contexto, a incidência e a prevalência da sífilis variam conforme a distribuição geográfica, o entorno socioeconômico, o nível de desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde e a efetividade dos programas específicos de prevenção e controle locais (HOLANDA *et al*, 2011).

Ela é classificada como: sífilis adquirida, gestacional e congênita. A sífilis adquirida é de transmissão sexual, na área genitoanal, na quase totalidade dos casos. A gestacional ocorre em gestantes, podendo ocasionar aborto/natimorto ou má formação do feto

e, caso não seja tratada adequadamente, poderá ocorrer a Sífilis Congênita (SC), que é resultado da infecção do feto pela bactéria causadora da sífilis através da placenta (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde registra que a transmissão por via transplacentária (transmissão vertical) ao feto por gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas pode ocorrer durante qualquer estágio da gestação, sendo possível também a transmissão pelo canal do parto (sífilis congênita) (BRASIL, 2010a).

Segundo Silva e Sousa (2012), a transmissão vertical desta doença pode ocorrer em qualquer período da gravidez, sendo que, quanto mais recente for a infecção e maior a espiroquetemia, maior será o risco de contaminação fetal.

A taxa de transmissão vertical é elevada, sendo estimada em 70% a 100% na fase primária, 90% na fase secundária e 30% nas fases subsequentes (ALMEIDA; PEREIRA, 2007).

Nesse sentido, a sífilis torna-se um desafio para a saúde pública, acarretando uma série de implicações para a gestante, o que leva a desfechos negativos da gestação em mais de 50% dos casos, tais como aborto, natimortalidade, neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos, podendo ocasionar ainda prematuridade, recém-nascido com sífilis ou aparentemente saudável que poderá desenvolver sinais clínicos posteriormente (RODRIGUES, 2005).

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984, estabelecendo o desenvolvimento de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação, associadas à assistência integral à saúde da mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades que possam estar vinculadas a partir do perfil populacional das mulheres brasileiras (BRASIL, 1984).

Visando ao enfrentamento dos problemas associados à sífilis congênita, o Ministério da Saúde, no ano de 1993, estabeleceu um Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (SC), determinando uma meta de incidência menor ou igual a um caso por 1000 nascidos vivos de acordo com a proposta de controle estabelecida pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde (BRASIL, 2006d).

Para o controle da transmissão vertical da sífilis, é necessário estratégias que possam incentivar financeiramente os órgãos de saúde pública responsáveis pela assistência pré-natal, tais como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que foi

instituído pelo Ministério da Saúde, pela Portaria/GM Nº 569 no ano de 2000, o qual representa um instrumento importante para a organização e estruturação de redes assistenciais às gestantes nos municípios, fundamentado no princípio da regionalização e da hierarquização do sistema de saúde. Busca-se, nesse sentido, a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal por meio da adoção de medidas que garantam a melhoria do acesso e da qualidade no acompanhamento pré-natal, do parto e do puerpério (BRASIL, 2000).

Como reforço estratégico do controle da sífilis, em nível institucional, destacam-se as metas estabelecidas pelo Programa de Pactuação Integrada da Vigilância em Saúde do ano 2005, que visam à realização de VDRL durante o pré-natal e parto, baseada nos dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) e vinculada ao pagamento da Autorização de Internação Hospitalar do parto (AIH-parto) (BRASIL, 2000).

O Pacto pela Saúde, instituído em 2006, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), fortalece a gestão compartilhada nos diversos níveis de governo. De acordo com essa política de saúde pública, estados e municípios tornam-se responsáveis pelo desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas referentes à redução das taxas de transmissão vertical da sífilis, considerando a realidade local (BRASIL, 2007a).

Ressalta-se que uma das três dimensões instituídas pelo Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, cuja redução da mortalidade materna e infantil é uma das prioridades para a população brasileira (BRASIL, 2006e). Constitui-se como um dos componentes fundamentais para a execução desta prioridade a redução das taxas de transmissão vertical do HIV (Human Immunodeficiency Virus) e da sífilis (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu, ainda em 2006, as Diretrizes para Controle da Sífilis Congênita contendo as recomendações a serem seguidas pelos profissionais de saúde a fim de prevenir e eliminar a sífilis congênita, o que só se consegue por meio do estabelecimento de redes de atenção à saúde, as quais visam à integralidade das ações necessárias em todos os níveis de atenção.

O Ministério da Saúde, no seu *Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV e Sífilis*, objetiva contribuir na redução e eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública, assim como na diminuição das taxas de transmissão vertical. Dessa forma, o *Protocolo* constituiu-se numa fonte de literatura técnica que pode ser utilizada por todos os profissionais que prestam assistência a saúde materno-infantil, podendo resultar na melhoria da qualidade dessa assistência (BRASIL, 2007a).

Não obstante a ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, persiste um aumento significativo de incidência da sífilis congênita, sendo uma das causas principais da

morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Ressalta-se ainda que a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal considera na rotina da assistência pré-natal a realização de exames para sífilis, porém, averigua-se a falta de cumprimento dessa rotina preconizada ou, ainda, um tratamento inadequado (BRASIL, 2007a).

Diante desse problema, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, que envolve iniciativas que promovem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; no processo de fortalecimento das redes de atenção e regulação obstétrica no momento do parto; na qualificação técnica dos profissionais no âmbito da atenção primária e terciária; na melhoria da estrutura dos serviços de saúde envolvendo os Centros de Saúde da Família (CSF) e maternidades; na ampliação de serviços e profissionais; e na instituição de processos de humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2012b).

Nesse contexto, a Rede Cegonha trata-se de uma estratégia que objetiva a qualificação das Redes de Atenção Materno-Infantil e a redução da taxa de morbimortalidade materno-infantil no país. Portanto, estabelece a estruturação e organização da assistência materno-infantil por meio de parcerias com os municípios, os quais determinam suas diretrizes em seus serviços de saúde. Destacam-se ainda alguns dos princípios da Rede Cegonha a humanização do parto e do nascimento, o acolhimento da gestante e do bebê e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2012b).

Esses princípios estabelecidos na Rede Cegonha suscitam reflexões sobre a qualidade da assistência pré-natal que está sendo prestada pelos profissionais e pelos gestores de saúde nos municípios, e estimulam as mudanças nos serviços de saúde a fim de qualificar e melhorar o acesso à assistência pré-natal.

3.2 Prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis no Brasil

A sífilis em gestante e sua transmissão vertical permanecem como um grande problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2006a). Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido-puerperal, ela é a que tem as maiores taxas de transmissão (BRASIL, 2005a).

O rastreamento desta doença durante o pré-natal, baseado nas recomendações do Ministério da Saúde, consiste na solicitação e no acompanhamento do VDRL pelo profissional da saúde, realizado na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre. Desta forma, configura-se um agravo de saúde passível de eliminação desde que a

mulher infectada pelo *Treponema pallidum* e seu parceiro sejam identificados e tratados adequadamente antes ou durante o pré-natal (CEARÁ, 2011).

No que se refere à realização do VDRL no início do terceiro trimestre, permite que o tratamento da gestante diagnosticada com sífilis nessa fase da gravidez seja instituído e finalizado 30 dias antes do parto, sendo um intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero. Vale ressaltar que quando o teste é realizado no momento da internação do parto, possibilita o tratamento precoce da criança, além de interromper a evolução da sífilis e suas sequelas irreversíveis (BRASIL, 2005b).

O diagnóstico sorológico é realizado pelo VDRL e pelo FTA-abs (*Fluorescent Treponema Antigen Absorbent*), MHATp (Microhemoaglutinação para *Treponema pallidum*), TPHA (*Treponema pallidum Hemagglutination*) ou Elisa. O VDRL é o teste diagnóstico mais utilizado e se torna reativo a partir da segunda semana depois do aparecimento do cancro no caso de sífilis primária. Em geral, o VDRL está mais elevado na fase secundária da doença. Com o tratamento adequado a partir do primeiro ano de evolução da doença, os títulos tendem a diminuir gradativamente até a sua negatificação, podendo permanecer baixos por longos períodos (BRASIL, 2005a).

Portanto, é necessário, para o seguimento e acompanhamento das gestantes, que o VDRL seja realizado mensalmente e que o profissional da saúde esteja atento que a duração da gestação pode não ser suficiente para a sua negatificação.

Para tanto, nos casos de sífilis primária, o tratamento envolve a penicilina benzatina 2,4 milhões UI, aplicadas via intramuscular, em dose única (1,2 milhões, IM, em cada glúteo). Nos casos de sífilis secundária e latente recente, penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, repetida após uma semana, resultando numa dose total de 4,8 milhões UI. E, na sífilis latente tardia, terciária ou com evolução por tempo indeterminado, utiliza-se a penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, uma vez por semana durante três semanas seguidas, perfazendo uma dose total de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2005a).

Considera-se o tratamento inadequado para sífilis na gestante quando: o tratamento é realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; é incompleto, mesmo sendo feito com penicilina; é inadequado para a fase clínica da doença; é concluído com menos de 30 dias antes do parto; quando há ausência de documentação de tratamento anterior ou queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após terapêutica adequada, quando o parceiro não é tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível (BRASIL, 2006d).

Embora a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* tenha sido reduzida sensivelmente com a descoberta da penicilina na década de 1940, a partir da década de 1960 e, de maneira mais acentuada, na década de 1980, percebe-se uma tendência mundial no recrudescimento da sífilis na população em geral e, particularmente, nos casos de sífilis congênita (FIGUEIRÓ- FILHO *et al*, 2007).

A transmissão vertical da sífilis ocorre quando a gestante não foi adequadamente tratada onde há uma grande possibilidade do conceito ser infectado, especialmente se a doença estiver no estágio inicial, quando se torna mais contagiosa, assim sendo, a maioria das crianças que são afetadas apresenta sinais clínicos até os três meses de idade. Simões (2012) refere ainda que dados clínicos inespecíficos (gerais e comuns a outras infecções) foram encontrados, porém, existem sinais que, quando presentes, sugerem fortemente o diagnóstico.

A sífilis congênita tardia ocorre após o segundo ano de vida, correspondendo, geralmente, à sífilis terciária do adulto (BRASIL, 2007a). Portanto, caracteriza-se através de manifestações ósseas variadas, como fronte olímpica e tibia em lâmina de sabre, pelos chamados dentes de Hutchinson, nariz em sela, rágades (cicatrizes lineares periorais), paresia juvenil, ceratite intersticial, surdez por lesão do 8º nervo craniano e articulações de Clutton (derrames articulares indolores). Estas manifestações de sífilis congênita tornaram-se raras, na época, após o uso da penicilina para o controle da doença (SARACENI, 2005).

Nos casos de recém-nascidos de gestantes com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, é necessário acompanhar e realizar hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar e outros exames, quando clinicamente indicados. O diagnóstico de sífilis congênita é estabelecido por meio da avaliação da história clínica e epidemiológica da mãe, de estudos histopatológicos de placenta e cordão umbilical (BRASIL, 2007a).

Por isso, é importante que os profissionais de saúde promovam uma assistência pré-natal de qualidade que vise os cuidados em saúde com a própria gestante, o parceiro e a família, além do acompanhamento e manejo dessa grávida na maternidade resultando, assim, no bem-estar materno e neonatal.

3.3 A assistência pré-natal com enfoque na prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis na Atenção Básica

O acompanhamento pré-natal deve garantir o desenvolvimento da gestação, assegurando um parto de um recém-nascido saudável e sem impacto para a saúde da mãe envolvendo os aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b).

Para a garantia de uma assistência pré-natal efetiva, existe a necessidade de organizar os serviços de saúde, subsidiados pela integralidade e longitudinalidade do cuidado, além da articulação e apoio das redes de atenção à saúde.

É importante ainda que os profissionais de saúde que prestam essa assistência desenvolvam juntamente com a equipe dos CSF, estratégias de gestão do seu trabalho para efetivação da assistência pré-natal. Alguns aspectos devem ser considerados como a construção de vínculos com as gestantes e seus familiares, atividades de educação em saúde, seguimento dos protocolos referentes à assistência pré-natal, promoção da capacitação destes e que seja fortalecida a responsabilidade sanitária entre os profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde propõe os 10 passos a serem seguidos para a garantia do pré-natal de qualidade na Atenção Básica:

- 1º passo: iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação. Dessa forma, esse passo contribui para a captação precoce da gestante, além de otimizar intervenções, medidas e ações no acompanhamento da saúde da gestante caso seja necessário;
- 2º passo: garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
- 3º passo: toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo hábil dos resultados dos exames de rotina preconizados no atendimento pré-natal;
- 4º passo: promover a escuta qualificada da gestante e de seus acompanhantes, envolvendo os aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais;
- 5º passo: garantia do transporte público gratuito da gestante para a realização do atendimento pré-natal, se necessário;
- 6º passo: garantir o direito do(a) parceiro(a) de ser cuidado; com realização de consultas, de exames e de acesso a informações; antes, durante e depois da gestação;
- 7º passo: garantir a continuidade do cuidado com acesso à unidade de referência especializada se for necessário;
- 8º passo: estimular e informar sobre o parto fisiológico e seus benefícios;

9º passo: garantir a toda gestante o direito de se vincular ao serviço de saúde que será encaminhada para dar à luz, conhecendo e visitando-o previamente;

10º passo: informar a todas as mulheres sobre os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal, devendo dessa forma conhecer e exercer seus direitos (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que os profissionais de saúde desempenham atribuições necessárias durante todo o processo envolvendo a assistência pré-natal, como a territorialização, o mapeamento da área de atuação da equipe, a identificação das gestantes, a atualização contínua de informações, a realização do cuidado em saúde abrangendo o CSF prioritariamente, além do domicílio e de outros espaços comunitários.

Os profissionais de saúde devem exercer outras atividades associadas a ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações da equipe, ações que efetivem o controle social e participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012b).

Nesse contexto, é importante reconhecer que os profissionais de saúde que atuam na ESF tem um papel fundamental na garantia do atendimento pré-natal, principalmente os enfermeiros que são responsáveis pela maioria das consultas e do acompanhamento da gestante, constituindo, assim, uma relação estreita e de vinculação tanto com as gestantes como seus familiares ou outra pessoa mais próxima dela.

Nesse sentido, o enfermeiro torna-se um ator importante na garantia da assistência pré-natal já que possui em sua essência o cuidado, tendo como princípio de atuação o desenvolvimento de ações de atenção integral, de promoção da saúde, de prevenção de agravos, busca ativa e a notificação de doenças e agravos.

A consulta de enfermagem de pré-natal é uma atividade independente com objetivo de propiciar as condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria da sua qualidade de vida. Dessa forma, o enfermeiro pode acompanhar todo o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, em consonância com o Ministério de Saúde e com a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2012b).

Deste modo, é necessário que este profissional promova uma escuta qualificada em todas estas ações, identificando as necessidades dos usuários, proporcionando ainda um atendimento humanizado, possibilitando o vínculo que é fundamental para o estabelecimento de confiança e respeito na assistência pré-natal.

A consulta e o acompanhamento do enfermeiro devem garantir os 10 passos estabelecidos pelo Ministério da Saúde na garantia do pré-natal de qualidade. Deve, portanto, ter uma postura ética, desenvolver seu trabalho com competência técnica na perspectiva da

clínica ampliada que se fundamenta na assistência à saúde ao indivíduo de forma integral e holística.

De acordo com Cunha (2004), a construção da clínica ampliada deve ser fundamentada na transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito, não apenas o biológico, possam ser entendidos e trabalhados. Ela também deve ser capaz de lidar com as singularidades de cada indivíduo.

Para tanto, o Ministério da Saúde propõe que a Clínica Ampliada deve ser entendida pelos profissionais de saúde como compromisso com o sujeito doente visto de modo singular; com a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; com atuação na busca pela a intersectorialidade e reconhecimento dos seus próprios limites de conhecimento (BRASIL, 2004a).

Para isso, o enfermeiro deve realizar na consulta pré-natal uma escuta qualificada à gestante, buscando a construção de vínculo, a participação e autonomia da gestante, além de estabelecer uma assistência que envolva a interdisciplinaridade, compartilhando os mais diversos saberes envolvendo outros profissionais da ESF no acompanhamento pré-natal. Assim, ele poderá ainda exercer um papel educativo, contribuindo na coprodução do cuidado e na adoção de mudanças saudáveis da gestante, de sua família e comunidade.

O enfermeiro deve prestar uma assistência humanizada à mulher durante todo o período gestacional na atenção básica no âmbito do CSF. Deve então, no pré-natal de rotina, solicitar os exames complementares, realizar os testes rápidos e prescrever medicamentos que sejam estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, realizar orientações envolvendo a importância do pré-natal, aleitamento materno, sinais de trabalho de parto, dentre outros assuntos pertinentes à gestação.

Com relação às atividades que condizem com o controle da sífilis congênita na Atenção Básica, destacam-se: a normatização de condutas, envolvendo a capacitação de profissionais de saúde, a produção de campanhas de prevenção das DST; a implementação de triagem sorológica para sífilis nas mulheres admitidas para parto ou curetagem e da vigilância epidemiológica da sífilis congênita através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (BRASIL, 2006a).

As estratégias desenvolvidas na Atenção Básica no controle da sífilis na gestação e da sífilis congênita envolvem medidas mais efetivas e consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada.

Dessa forma, o Ministério da Saúde preconiza ações a serem realizadas na garantia do controle da sífilis congênita por meio de uma assistência pré-natal efetiva na atenção à gestante com diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2006a):

- a) captação precoce dessa gestante para o início do pré-natal;
- b) realizar no mínimo seis consultas de pré-natal com atenção integral qualificada;
- c) realizar o VDRL no primeiro trimestre da gestação, de preferência na primeira consulta, e um segundo teste em torno da 28ª semana;
- d) realizar o tratamento e o seguimento de forma adequada tanto para a gestante, quanto para seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- e) registrar em toda documentação os resultados das sorologias e do tratamento da sífilis, como o cartão da gestante;
- f) notificar todos os casos de sífilis congênita.

As medidas de controle que envolvem a realização do VDRL devem ser estabelecidas antes da gravidez, em consultas ginecológicas ou exames pré-nupciais, e na admissão na maternidade devido ao trabalho de parto, intercorrência durante a gravidez ou curetagem pós-aborto.

Estudo realizado com trinta enfermeiros apontam as dificuldades vivenciadas por estes diante da garantia de uma assistência pré-natal efetiva como espaço físico inadequado às consultas que impossibilita um bom atendimento e o tratamento adequado de intercorrências comuns da gravidez, a necessidade de reparos nos equipamentos, que interfere diretamente nas avaliações de rotina do pré-natal, insuficiência da referência e contrarreferência. Outro fator limitante é a inexistência de cursos e capacitações direcionados à assistência pré-natal, o que contribuiria para uma competência técnica de qualidade (CAMARGO; BORGES; MARTINS, 2014).

As dificuldades identificadas no cotidiano do enfermeiro na garantia de uma assistência pré-natal possibilitam uma reflexão sobre o papel e a responsabilidade dos gestores e da efetividade das políticas públicas na melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

É necessário, portanto, que se invista em capacitações e melhorias na estrutura dos CSF para que os enfermeiros possam desenvolver habilidades e atitudes na melhoria do atendimento pré-natal e na condução das situações de riscos e vulnerabilidade.

4 METODOLOGIA

4.1 Referencial Teórico-metodológico

Donabedian (1992) afirma que a qualidade dos serviços de saúde compreende três dimensões: 1) o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento juntamente com a tecnologia aplicada, de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos de acordo com as preferências de cada paciente; 2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes; e 3) as amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre. A partir da interação entre o cliente e profissional, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Para Donabedian (1990), a avaliação da qualidade objetiva determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência. Sendo que a monitorização da qualidade objetiva exercer vigilância contínua de forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

O referido autor desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

O estudo da *estrutura* avalia, especialmente, as características dos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros que se empregam na assistência à saúde. Desta maneira, considera aspectos como: medidas que se referem à organização administrativa; descrição das características das instalações, da equipe profissional disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência (DONABEDIAN, 1990).

A avaliação de *processo* descreve as atividades do serviço, realizando-se análise sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, com base em padrões aceitos e pré-determinados. Nesse sentido, a avaliação é orientada, principalmente, para a análise da competência dos profissionais no tratamento e acompanhamento dos problemas de saúde (DONABEDIAN, 1990).

A avaliação do *resultado* investiga o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. Descreve-se o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Os resultados de saúde podem ser atribuídos a muitos fatores, a sua medida e avaliação constituem-se no que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total (DONABEDIAN, 1990).

Acredita-se que a contribuição de Donabedian para a questão da avaliação dos serviços de saúde, especialmente na década de 60 e 70, foi importante para que hoje existisse um olhar mais ampliado em relação ao tema. Consideram-se as limitações do processo de avaliação dos serviços de saúde sob o ponto de vista apenas da redução de custos, devendo esta ser desenvolvida num enfoque multidimensional, envolvendo diferentes atores (SERAPIONI, 2009). Atualmente, os serviços de saúde tratam-se de estruturas mais complexas em que as diversas especialidades que atuam na área procuram interagir e o campo das ciências sociais e políticas ganha sua importância na garantia da subjetividade do processo avaliativo (BOSI; MERCADO, 2004).

Nesse contexto, o estudo norteou-se pelo do referencial de Donabedian, o qual propõe a avaliação dos serviços ou ações de saúde através da aplicação do estudo da estrutura, do processo e resultado no que diz respeito à qualidade da assistência pré-natal, implicando na investigação das ações referentes ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de gestantes com sífilis entre as medidas de prevenção e controle da transmissão vertical da doença.

O estudo utilizou o referencial que permite avaliar os serviços ou ações de saúde que possam permitir uma assistência de qualidade aos usuários desses serviços.

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, sendo que, para Silva (2010), a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento das práticas sociais considerando a formulação de um pergunta não respondida ainda pela literatura.

De acordo com Serapioni (2009), a pesquisa avaliativa deve ser efetuada para que seus resultados e recomendações sejam realmente aplicados. Considera-se que, através da investigação detalhada de como está sendo realizada a assistência pré-natal das gestantes com sífilis, pode-se avaliar a qualidade das ações de saúde desenvolvidas no município de Sobral em relação à prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis.

Considerando que o estudo trouxe uma análise da assistência pré-natal, adotando tanto variáveis quantitativas, como qualitativas, decidiu-se utilizar as duas abordagens. Compreende-se que a abordagem quanti-qualitativa responde a indagações provenientes de cunho particular e que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; DESLANDES, 2002).

Marconi e Lakatos (2006) referem que a pesquisa quantitativa utiliza-se da objetividade, sistematização e quantificação dos conceitos, usando dados numéricos obtidos na investigação que serão apresentados em quadros, tabelas e medidas. Valendo-se ainda de modelos estatísticos para explicar os dados obtidos. Desta forma, simplifica a vida social dos fenômenos sacrificando a compreensão do significado em troca do rigor matemático.

No entanto, Minayo (2010) relata que a abordagem qualitativa determina uma aproximação fundamental entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, possibilitando o resgate dos motivos, das intenções, dos projetos dos atores, a partir dos quais, as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

4.3 Local do Estudo

O município de Sobral está localizado na porção Noroeste do Estado do Ceará, a 230 km da capital Fortaleza, por via da BR-222. O município está no meio de um entroncamento de vias BR-222, a CE-382, a CE-170 e a rede ferroviária. Compreende uma extensão territorial de 2.129 km² (SOBRAL, 2009). A cidade possui a quinta maior população do Estado, constituída de 188.233 habitantes segundo o Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), concentrando-se a maior parte na zona urbana.

O estudo foi desenvolvido em suas duas primeiras etapas nos Centros de Saúde da Família (CSF) que acompanharam gestantes diagnosticadas com sífilis no ano de 2012 e que prestaram assistência pré-natal.

4.4 Sujeitos do estudo

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN, 2013), foram notificados 74 casos de gestantes com sífilis em Sobral durante o ano de 2012, número que representa quase o triplo de mulheres diagnosticadas com a doença no ano de 2010. Esses 74 casos estão distribuídos em 19 CSF em 2012.

Foram constituídos como sujeitos do estudo 15 enfermeiros que realizaram o acompanhamento pré-natal dessas gestantes positivas para sífilis nos 19 CSF identificados no período da coleta de dados. Como critério de exclusão para o estudo, foi considerado a rotatividade desse profissional devido a mudanças na gestão de saúde, onde os referidos enfermeiros que realizaram o pré-natal dessas gestantes no ano de 2012 poderiam não permanecer no mesmo CSF no período da coleta.

Também fizeram parte do estudo 13 mulheres com diagnóstico de sífilis no ano de 2012, sendo incluídas aquelas que foram acompanhadas no pré-natal até no máximo do mês de junho de 2013 para garantia da averiguação da assistência pré-natal. Como critério de exclusão, foi utilizada a mudança de endereço para outro território ou outro município, e se a entrevistada não foi encontrada em sua residência durante o período de realização da entrevista. As mulheres que participaram do estudo foram selecionadas aleatoriamente através de sorteio. Foi utilizado o critério de representatividade das informações, de forma que cada CSF, que faz parte do estudo, tenha a representação de uma gestante.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Para a operacionalização desse estudo, a priori, foi realizado um levantamento epidemiológico no âmbito do setor de Vigilância em Saúde por meio do banco de dados do SINAN referente ao número de notificações de sífilis em gestantes registrados no município de Sobral durante o ano de 2012.

A coleta de dados foi realizada durante o período de novembro de 2012 a janeiro de 2013. O processo de coleta de dados desse estudo foi organizado em três etapas, fundamentada pelas proposições de Donabedian (1990), que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado, conforme apresentado a seguir:

1ª. Etapa: Avaliação da Estrutura

Nesta fase do estudo, foram identificados 15 CSF que apresentavam ainda enfermeiros que atuaram na assistência pré-natal durante o ano de 2012. Dessa forma, foram realizadas visitas aos referidos CSF, sendo entrevistados 15 enfermeiros para obtenção de dados relacionados à estrutura disponível para o acompanhamento pré-natal da gestante no município. Para o registro destes dados, utilizou-se um instrumento tipo formulário *check-list* (Anexo A), elaborado com base no instrumento de Rocha (2011), sendo adaptado para a assistência pré-natal na atenção à gestante com sífilis.

A avaliação da Estrutura do CSF se deu através da variável de cada item, observando uma pontuação de acordo com a seguinte chave: zero ponto para insatisfatório ou inexistente, quando não atende aos critérios; cinco pontos, quando forem parcialmente atendidos esses critérios; e dez pontos, quando forem totalmente atendidos os critérios de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998). Foram considerados:

- Planta física (máximo 70 pontos);
- Recursos humanos (máximo 80 pontos);
- Recursos materiais (máximo 140 pontos);
- Apoio laboratorial (máximo 130 pontos);
- Medicamentos essenciais (máximo 100 pontos);
- Referência e contrarreferência (máximo 20 pontos);
- Instrumentos de registro (máximo 30 pontos).

Através da soma total de pontos obtidos, sendo 570 pontos no máximo, os CSF foram classificados em ótimos (90% a 100% do total de pontos); satisfatórios (75% a 89,9%); precários (50% a 74,9%) ou insuficientes (49,9% e menos) (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

2ª. Etapa: Avaliação do Processo

Nessa fase, a coleta de dados se deu por meio da aplicação de um questionário (Apêndice A) a 13 enfermeiros que foram apontados como responsáveis pela assistência pré-natal das gestantes diagnosticadas com sífilis no ano de 2012, sendo que dois não se encontravam no CSF no momento da pesquisa. Essas informações de cunho qualitativo da avaliação, referente ao Processo, orientam principalmente a análise da competência dos profissionais de saúde na assistência pré-natal, assim como na investigação dos limites e das potencialidades inerentes ao processo de trabalho desses profissionais no acompanhamento pré-natal das gestantes com sífilis.

Foram coletados ainda os dados referentes ao processo da assistência pré-natal, sendo que esses dados foram obtidos através de 16 prontuários e fichas perinatais das gestantes diagnosticadas com sífilis em 2012, e três CSF não possuíam os prontuários dessas gestantes devido ao fato de não residirem mais nos territórios correspondentes aos centros, contendo informações sobre o acompanhamento pré-natal dessas gestantes. Para tanto, foi utilizado um formulário (Anexo B), o qual elaborado com base no instrumento de Siqueira (2004) que foi adaptado para a assistência pré-natal na atenção à gestante com sífilis, tendo como referência as diretrizes do Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a).

Entende-se que o formulário é um método de coleta de dados em que existe uma lista informal onde serão preenchidos pelo pesquisador os dados mediante observação ou interrogação, tendo a possibilidade de abranger perguntas complexas e uniformidade da interpretação dos dados (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2009).

A qualidade da assistência foi classificada como: Qualidade Insatisfatória <50%; Qualidade Regular 50 a <80%; Qualidade Satisfatória Percentual $\geq$ de 80%, de acordo com o Siqueira (2004). Entretanto, a classificação da qualidade do processo foi diferente da classificação da estrutura devido ao reconhecimento de riscos e de vulnerabilidades nos territórios, bem como das complexidades inerentes aos processos de trabalho do enfermeiro.

Essas informações possibilitaram a complementação da avaliação referente ao Processo devido à investigação de questões de cunho normativo, técnico-administrativo, político e organizacional. A aplicação desses formulários foi agendada previamente, considerando a disponibilidade dos participantes e a otimização do processo de coleta externo.

3ª. Etapa: Avaliação do Resultado

Já a dimensão de Resultado, relacionada à percepção das usuárias, foi baseada nos atributos do acompanhamento do pré-natal, os quais envolvem o seu acompanhamento pré-natal, o seu acolhimento na sala de espera e recepção e na acessibilidade na marcação de consultas.

Nessa fase, foi realizada uma entrevista semiestruturada (Apêndice B) com 13 mulheres diagnosticadas com sífilis no ano de 2012 e que foram acompanhadas no pré-natal até junho de 2013, a fim de colher dados qualitativos referentes aos resultados, sob a perspectiva da mulher enquanto usuária do serviço de saúde. As informações foram gravadas e transcritas após a autorização dos sujeitos. O instrumento envolveu ainda a coleta de dados relacionados ao nível de conhecimento das mulheres do estudo sobre a sífilis, sobre a realização de triagem sorológica e sobre a assistência pré-natal.

4.6 Organização e análise dos dados

Para o processamento dos dados quantitativos, foi utilizado o software *Microsoft Excell*, sendo que estes foram apresentados na forma de tabelas. Para a análise desses dados, foi utilizada a estatística descritiva para avaliar a frequência e a média das variáveis do estudo.

Com relação aos dados qualitativos oriundos das entrevistas dos enfermeiros (Apêndice E) e das mulheres (Apêndice F), o conteúdo foi lido, codificado, analisado e

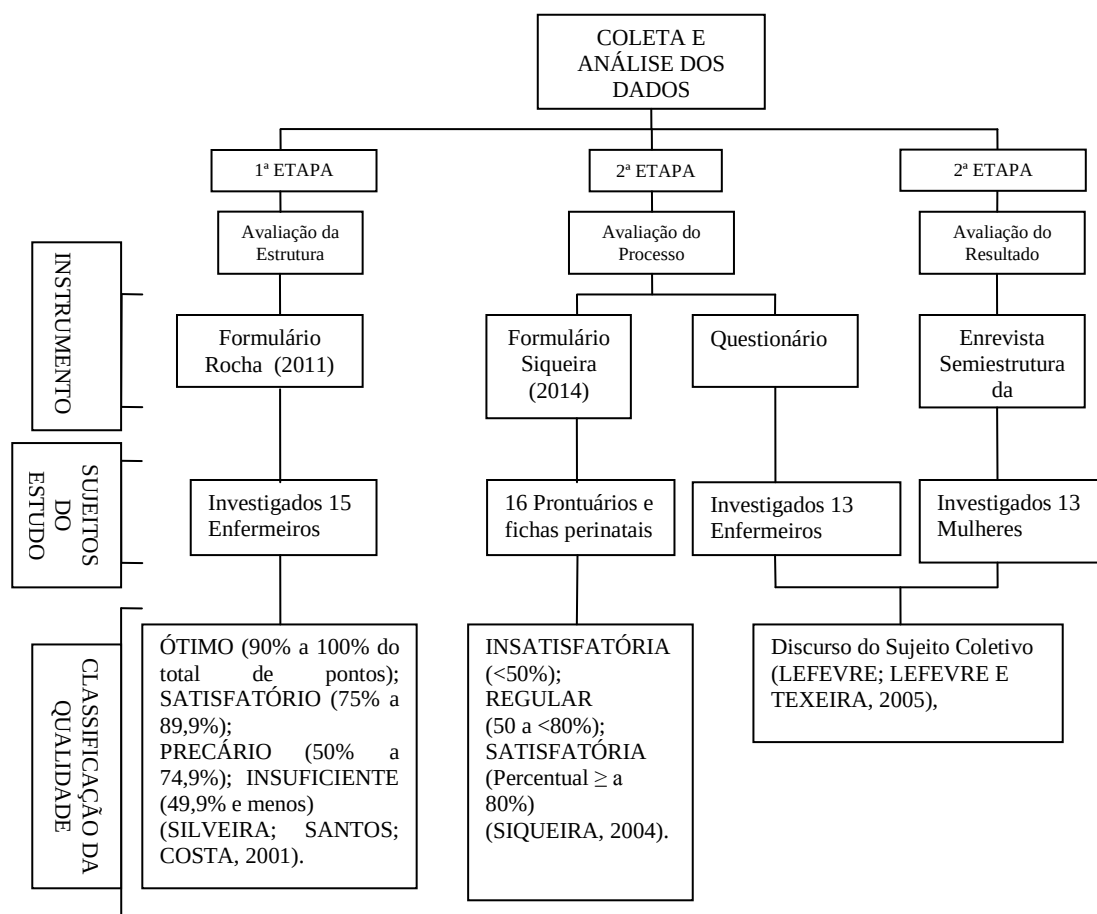
organizado através do referencial de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é definido como um processo de análise que utiliza a técnica de agrupamentos e categorização das falas sem triangulação ou modificação destas e, em seguida, sua respectiva análise.

Para tanto, o DSC configura-se como uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agrega depoimentos sem reduzi-los a quantidades, ele representa uma mudança significativa na qualidade, na eficiência e no alcance das pesquisas qualitativas porque permite que se conheça, com a segurança dos procedimentos científicos, em detalhe e na sua forma natural, os pensamentos, representações, crenças e valores, de todo tipo e tamanho de coletividade, sobre todo tipo de tema que lhe diga respeito (LEFEVRE; LEFEVRE; TEIXEIRA, 2005).

A análise dos instrumentos coletados foi fundamentada e organizada através do referencial de Discurso do Sujeito Coletivo, seguindo seis passos: 1 - identificação de cada resposta das expressões-chaves que podem ser pedaços ou transcrições literais do discurso; 2 - identificação das ideias centrais, que descreve de forma sintética e fidedigna o sentido de cada discurso analisado; 3 - identificação de ancoragens, que expressa a ideia dos discursos a partir das expressões-chaves; 4 - identificação e agrupamento das ideias centrais e/ou ancoragens de mesmo sentido ou equivalentes; 5 - denominação de cada grupo que expresse todas as ideias centrais e ancoragens de mesmo sentido; 6 – e, por fim, a construção do DSC, que consiste em um discurso-síntese composto pelas expressões-chaves que tem a mesma ideia central ou ancoragem (LEFEVRE; LEFEVRE; TEIXEIRA, 2005).

O Gráfico 1 condensa as informações anteriores, considerando todo o processo utilizado na coleta e na análise dos dados para a avaliação da qualidade da assistência pré-natal nos centros de saúde.

Gráfico 1 – Coleta e Análise dos dados adotados para a Avaliação da Assistência Pré-natal em Gestantes com Sífilis



4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Os procedimentos éticos dos sujeitos da pesquisa foram garantidos através dos princípios bioéticos postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde de: 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros; 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa; 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa; 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo.

A pesquisa foi submetida à Comissão Científica do município, onde foi autorizada a sua execução. Foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), tendo o parecer favorável à sua execução sob o N° 420.461 e CAAE N° 20964313.0000.5033 (Anexo C).

Para atender às exigências e à validade ética da pesquisa, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto para os enfermeiros (Apêndice C), como para as referidas gestantes (Apêndice D); com o objetivo de esclarecer os sujeitos da pesquisa sobre o estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A qualidade de um serviço de saúde está associada a vários contextos, sendo decorrente da combinação de diversos fatores. Por conseguinte, na medida em que se avalia a qualidade, acarreta-se um juízo de valor (LAMY FILHO; TONIAL, 2000). É fundamental a análise das conjunturas existentes que permeiam a avaliação de programas e serviços de saúde.

5.1 Avaliação da estrutura para assistência pré-natal às gestantes com sífilis

Na primeira etapa do estudo, foi avaliada a estrutura dos Centros de Saúde da Família, abrangendo desde a planta física, os recursos humanos, os recursos materiais, o apoio laboratorial, a disponibilidade de medicamentos essenciais, o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência e até o uso dos instrumentos de registro.

Os dados da Tabela 1 apresentam que 100% dos CSF possuíam bancos na sala de espera para o atendimento das gestantes no pré-natal, sendo que 12 (80%) CSF apresentaram assentos em quantidade insuficiente, havendo apenas 1 (6,7%) em más condições de uso, tornando-se, portanto, inadequado para as gestantes.

Quanto à existência de consultórios, 100% dos CSF possuíam consultórios individuais para a realização dos atendimentos de pré-natal, sendo que seis (40%) CSF foram considerados insuficientes por compartilharem num mesmo consultório atendimentos de pré-natal entre dois enfermeiros. Dentre os CSF, 9 (60%) deles apresentaram condições consideradas totalmente atendidas de higiene e ventilação, sendo que 5(33,3%) não apresentaram ventilação suficiente em todos os consultórios.

Para que se alcance uma assistência pré-natal de boa qualidade e efetiva, é necessária a existência de uma área física adequada para o atendimento da gestante e dos familiares nos CSF, devendo estes garantir condições adequadas de higiene e ventilação, além da privacidade, que é um fator essencial tanto nos atendimentos como nos exames clínicos ou ginecológicos (BRASIL, 2012b).

Os dados da Tabela 1 mostram que 100% dos CSF possuíam consultórios com pias para lavagem das mãos, todavia, 4 (26,7%) deles apresentaram em alguns de seus consultórios pias em mau funcionamento, havendo a necessidade de reparos técnicos.

Em estudo anterior, envolvendo a avaliação da qualidade da atenção pré-natal em 14 CSF no município de Sobral, constatou-se que 14% deles não dispunham de pia e 21% de

banheiro (XIMENES NETO, 2008). Com base na aludida tabela, conclui-se que houve uma considerável melhoria acerca desse item da estrutura, possibilitando, assim, uma higienização adequada das mãos para o controle de infecção.

A presença de luz individual suficiente foi verificada em 100% dos consultórios nos CSF para as atividades que exigem maior iluminação e 3 (20%) CSF relataram a necessidade de melhorar o número de lâmpadas. Em 1 (6,7%) CSF não há sistema para regular a temperatura ambiente e, em outros 7 (46,7%), esse sistema é precário em alguns consultórios, sendo que, nos outros 7 (46,7%), o ar-condicionado é o mais utilizado.

Apenas 3 (20%) CSF apresentaram uma sala disponível e adequada para realização de educação em saúde, sendo que 6 (40%) possuíam salas inadequadas devido ao diminuto tamanho, as quais possuíam precária ventilação. Os outros 6 (40%) CSF não possuíam salas próprias, realizando atividades em outros espaços. Resultado semelhante foi identificado em estudo desenvolvido em Fortaleza, o qual identificou que poucas unidades dispunham de lugar adequado para a realização de atividades de educação em saúde, improvisando dessa forma, locais indevidos, sem condições de conforto necessárias (ROCHA, 2011).

Resultados diferentes foram encontrados em outro estudo desenvolvido no município de Sobral, os quais apontaram que todos os CSF investigados não possuíam espaço para atividades de educação em saúde (XIMENES NETO, 2008). Neste sentido, ficou evidente que houve uma priorização das atividades de educação em saúde nos CSF, conforme demonstram os dados da Tabela 1.

É importante que sejam criados espaços de educação em saúde destinados ao pré-natal para que sejam garantidos as gestantes o compartilhamento de suas vivências e a consolidação de informações e assuntos essenciais e pertinentes sobre a gestação (BRASIL, 2012b).

As atividades de educação em saúde devem ser priorizadas na assistência pré-natal por se tratar de uma estratégia de comunicação/informação utilizada para que as gestantes possam expressar seus sentimentos e suas experiências sobre gravidez e sua vida.

Tabela 1. Estrutura Física dos Centros de Saúde da Família para assistência pré-natal. Sobral-CE, 2012.

ESTRUTURA FÍSICA	I		PA		TA	
	n	%	n	%	n	%
Há sala de espera com bancos para sentar	1	6,7	12	80,0	2	13,3
Existe sala de exame (consultório) individual	-	-	9	60,0	6	40,0
A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas	1	6,7	5	33,3	9	60,0
Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	-	-	4	26,7	11	73,3
Há luz individual suficiente para atividades que requeiram maior iluminação	-	-	3	20,0	12	80,0
Há sistema para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.)	1	6,7	7	46,7	7	46,7
Há sala disponível para atividades docente e ou educação em saúde	6	40,0	6	40,0	3	20,0

I- Inadequado ou insuficiente PA-Parcialmente Atendido TA-Totalmente Atendido

A assistência pré-natal deve ser, portanto, organizada para atender às reais necessidades das gestantes por meio da aplicação de conhecimentos técnicos e científicos e por meio da disponibilização dos recursos adequados ao seu bem-estar. A estrutura física do CSF deve ser funcional e adequada tanto para os profissionais de saúde, que precisam desempenhar a contento suas atividades, quanto para as gestantes, que precisam de condições favoráveis e agradáveis à gestação (BRASIL, 2012b).

Nesse contexto, evidenciou-se que a maior parte dos Centros de Saúde da Família, 6 (40%), foi classificada de precária estrutura física para a assistência pré-natal; sendo que apenas três (20%) foram considerados ótimos; 3 (20%), satisfatórios, e 3 (20%), insatisfatórios.

A Tabela 2 mostra que 14 (93,3%) CSF possuíam pelo menos um dos profissionais de saúde com Especialização em Ginecologia e/ou Obstetrícia para realização dos atendimentos de pré-natal, sendo que, em apenas 1 (6,7%), todos tinham especialização. Ressalta-se que 100% dos CSF contaram com o apoio do preceptor de obstetrícia no acompanhamento das gestantes de alto risco. Registre-se, ademais, que 100% dos CSF garantiram o atendimento pré-natal de no mínimo dois turnos por semana e garantiram ainda a condução do referido atendimento por médicos e enfermeiros, por meio de consultas alternadas.

A organização da assistência pré-natal com mais de um turno na semana possibilita o atendimento pré-natal ampliado e humanizado. Para isso, instituiu-se atualmente no município de Sobral a agenda flexível, garantindo as gestantes um atendimento diário, representando, assim, um avanço na assistência pré-natal.

Somente em 1 (6,7%) CSF foi identificado que não há agentes comunitários de saúde (ACS) suficientes para o acompanhamento de todas as gestantes, ocasionando, assim, em áreas de assistência sem cobertura pela ESF. Foi mostrado em estudo realizado em Fortaleza que muitas grávidas residiam em áreas descobertas por ACS, logo, estavam susceptíveis a não serem acompanhadas durante a gestação e a não realizarem o atendimento pré-natal (ROCHA, 2011).

De acordo com a Tabela 2, 93,3% dos CSF dispunham de auxiliares de enfermagem em quantidades suficientes, trabalhando em todos os turnos, o que engloba os dias de atendimento pré-natal, sendo os responsáveis pela acolhida, pela triagem das gestantes e pela verificação da altura; sendo a aferição da pressão arterial atribuição do enfermeiro no consultório durante o pré-natal.

Em relação aos encaminhamentos para outros especialistas, 100% dos CSF conseguiram efetivamente encaminhar sem dificuldades as gestantes, em caso de necessidade. Em 4 (26,7%) CSF existiam funcionários administrativos, porém, estes não auxiliavam no preenchimento dos papéis referentes ao acompanhamento pré-natal, cuja tarefa cabe ao próprio enfermeiro que presta aludida assistência. Vale lembrar que tal atribuição (preenchimento de formulários) gera uma sobrecarga de suas atividades profissionais. Identificou-se ainda que 4 (26,7%) CSF possuíam funcionários administrativos que eram responsáveis por uma parte do preenchimento desses papéis referentes ao acompanhamento pré-natal. Em 100% dos CSF havia faxineiros trabalhando em todos os turnos, sendo que em 1 (6,7%) foi relatado ser insuficiente a quantidade de tais profissionais.

Tabela 2. Distribuição de Recursos Humanos dos Centros de Saúde da Família. Sobral-CE, 2012.

RECURSOS HUMANOS	I		PA		TA	
	n	%	n	%	n	%
Os (as) pré-natalistas são especialistas em Ginecologia e/ou Obstetrícia	-	-	14	93,3	1	6,7
Há atendimento pré-natal no mínimo 01X por semana (ou 02 turnos)	-	-	-	-	15	100,0
Há médicos e enfermeiros na condução do pré-natal	-	-	2	13,3	13	86,7
Há ACS responsável pelas gestantes inscritas no programa de pré-natal	-	-	1	6,7	14	93,3
Há Auxiliar de Enfermagem trabalhando nos dias de pré-natal	-	-	1	6,7	14	93,3
Dispõe de encaminhamento para outros especialistas quando necessário	-	-	-	-	15	100,0
Há funcionário administrativo para auxiliar no preenchimento dos papéis	4	26,7	4	26,7	7	46,7
Há um faxineiro por turno todos os dias	-	-	1	7	14	93

I- Inadequado ou insuficiente PA-Parcialmente Atendido TA-Totalmente Atendido

Conclui-se então, em relação à avaliação dos recursos humanos encontrados na maioria dos CSF, 9 (60%) classificaram-se como satisfatórios para assistência pré-natal.

Quanto aos materiais necessários para um atendimento pré-natal, a Tabela 3 demonstra que muitos estavam disponíveis nos CSF, sendo que 14 (93,3%) CSF possuíam mesas e cadeiras; e apenas 1 (6,7%) apresentava a necessidade de reparos destas e aquisição de novos equipamentos, mesmo atendendo parcialmente os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No caso de lixeira para material usado, 13 (86,7%) CSF atingiu totalmente os critérios, sendo que 2 (13,3%) apresentaram em quantidade insuficiente, classificando-se como parcialmente atendido.

Em relação aos espelhos, mesa ginecológica, material para coleta de exame colpocitopatológico e foco de luz, 12 (80%) CSF apresentaram alguns de seus consultórios com esses materiais, havendo a necessidade de equipar os demais para melhoria da assistência pré-natal na avaliação/exames gineco-obstetras. Dessa forma, classificaram-se como parcialmente atendido.

Dentre os exames básicos recomendados pelo Programa de Humanização do Pré-natal, encontra-se o exame colpocitopatológico, sendo que este deve ser realizado de maneira adequada por meio de equipamentos e insumos específicos (BRASIL, 2010b).

Em relação à balança para adulto, 12 (80%) CSF não a possuíam em seus consultórios, sendo classificado com insatisfatório e, devido a isso, as gestantes eram pesadas em salas de procedimentos. Essa situação pode ocasionar uma demora no atendimento pré-natal, em face do deslocamento da gestante dentro do CSF. A presença de balança em cada consultório contribuiria para uma otimização do atendimento pré-natal, sendo necessária para avaliação nutricional e monitoramento do ganho de peso gestacional.

Foi identificado ainda que 4 (26,7%) CSF não tinham em seus consultórios os aparelhos de esfigmomanômetro e estetoscópio clínicos, classificando-se como insatisfatório. Identificou-se que 4 (26,7%) CSF apresentou em seus consultórios de forma parcial os aparelho de esfigmomanômetro e 5 (33,3%) possuía parcialmente o estetoscópio clínico. Ambos os casos foram classificados dessa forma devido os enfermeiros responsáveis pela aferição da pressão arterial da gestante realizarem tal procedimento com seus próprios aparelhos. É necessário, portanto, que estes materiais sejam disponibilizados em todos os consultórios para garantir a qualidade da assistência pré-natal. Em situação semelhante, a fita métrica inelástica estava em falta em 1 (6,7%) CSF, nessa situação, também o enfermeiro utilizou sua própria fita para verificação da altura uterina na gestante. O gestograma ou disco obstétrico também faltava em 3 (20%) CSF, neste caso, o enfermeiro utilizou o seu próprio material ou identificou a idade gestacional através de cálculos e por meio do calendário.

Essas situações de carência descritas pelos enfermeiros são bastante delicadas e requerem uma reorganização dos serviços de saúde para além do fornecimento desses materiais, vislumbrando a garantia de uma assistência pré-natal efetiva por parte desses profissionais.

Foi apontado que 7 (46,7%) CSF possuíam estetoscópio de Pinard ou Sonar Doppler; sendo que 8 (53,3%) apresentaram um número insuficiente e havendo, durante o período investigado, a necessidade tanto de manutenção dos que já existiam quanto o aumento do número de Sonar Doppler, classificando-se como parcialmente atendido.

A Tabela 3 apresenta ainda que 9 (60%) CSF dispunham dentro dos consultórios de roupas de cama e camisolas limpas e 6 (40%) deles apresentaram em quantidade insuficiente destas, sendo classificados como parcialmente atendido. Foi considerado ainda que existiam efetivas manutenção e reparo dos equipamentos e instrumentos utilizados em 4 (26,7%) CSF, embora 10 (66,7%) reconheceram que era necessária a agilidade desses processos.

Estudos anteriores mostraram que a maioria dos CSF estava provida de equipamentos e insumos mínimos necessários para a realização de um exame físico adequado de acordo com a padronização exigida pelo Ministério da Saúde (XIMENES NETO, 2008; SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Conforme a Tabela 3, a avaliação referente aos recursos materiais indispensáveis para uma assistência pré-natal efetiva foi classificada como precária, na maioria dos CSF, 9 (60%), havendo a necessidade de melhorias na quantidade e na manutenção dos materiais para garantia da assistência pré-natal. Apenas 1 (6,7%) dos CSF estava completamente equipado, sendo classificado como ótimo, 3 (20%) CSF foram considerados satisfatórios, porém 2 (13,3%) foram identificados como insuficientes.

Para que a assistência pré-natal seja efetivada e suas práticas sejam desenvolvidas é necessário que nos CSF, especificamente em cada consultório, seja garantida a existência dos equipamentos e dos instrumentais mínimos necessários para a realização do atendimento pré-natal (BRASIL, 2012b).

Tabela 3. Distribuição dos Recursos Materiais dos Centros de Saúde da Família. Sobral-CE, 2012.

RECURSOS MATERIAIS	I		PA		TA	
	n	%	n	%	N	%
Mesa e cadeiras	-	-	1	6,7	14	93,3
Mesa ginecológica	-	-	12	80,0	3	20,0
Foco de luz	-	-	12	80,0	3	20,0
Balança para adulto (peso/altura)	12	80,0	2	13,3	1	6,7
Esfigmomanômetro	4	26,7	4	26,7	7	46,7
Estetoscópio clínico	4	26,7	5	33,3	6	40,0
Estetoscópio de Pinard/Sonar Doppler	-	-	8	53,3	7	46,7
Fita métrica flexível e inelástica	1	6,7	5	33,3	9	60,0
Espéculos	1	6,7	12	80,0	2	13,3
Material para coleta de exames colpocitológico	1	6,7	12	80,0	2	13,3
Gestograma ou disco obstétrico	3	20,0	4	26,7	8	53,3
Roupa de cama e camisola limpa	-	-	6	40,0	9	60,0
Lixeira para material usado	-	-	2	13,3	13	86,7
Existe efetiva manutenção e reparo dos equipamentos e instrumental utilizados	1	6,7	10	66,7	4	26,7

I- Inadequado ou insuficiente PA-Parcialmente Atendido TA-Totalmente Atendido

Quanto à avaliação referente ao apoio laboratorial mínimo, 100% dos CSF garantiram a execução dos exames necessários para o acompanhamento pré-natal, sendo que a maioria deles, 13 (86,7%), foi considerada como ótima.

Verificou-se em outro estudo que todos os exames complementares, incluindo os laboratoriais e o de imagem (ultrassonografia obstétrica), foram disponibilizados para a gestante durante a assistência pré-natal na rede básica (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Os exames de Teste de Coombs indireto, Teste de Tolerância Oral à Glicose (TTOG), urocultura com antibiograma, ultrassonografia obstétrica (US) e TPHA foram considerados exames garantidos pelos CSF, embora esses exames não sejam coletados no próprio CSF. Dessa forma, as gestantes foram encaminhadas para um laboratório de referência do município para realizá-los. Ressalta-se que atualmente no município o TTOG é realizado no próprio CSF pelos profissionais de saúde que foram capacitados para a coleta do mesmo, reverberando na facilitação do acesso e qualidade dessa assistência.

Vale ressaltar que 14 (93,3%) CSF pesquisados configuravam-se postos de coleta para os exames laboratoriais, sendo que apenas 1 (6,7%) encaminhava as gestantes para laboratório de referência por não ter estrutura física adequada para coleta e também devido à proximidade do mesmo. É importante destacar que houve um período de tempo durante o ano avaliado em que alguns CSF ficaram sem realizar o Hemograma Completo (HC), bem como a falta de coletores de urina para garantia do Sumário de Urina (SU). Com relação ao exame

colpocitológico, 2 (13,3%) CSF relataram que a quantidade insuficiente de enfermeiros prejudicou a realização do aludido exame no acompanhamento das gestantes.

O Ministério da Saúde recomenda para uma assistência pré-natal efetiva a garantia do apoio laboratorial dos exames de rotina citados anteriormente e da realização de testes rápidos no próprio CSF (BRASIL, 2012b). Em face de tal recomendação, atualmente os testes rápidos para sífilis e HIV estão sendo realizados em todos os CSF no município de Sobral.

Os CSF possuíam as medicações recomendadas para as gestantes em quantidades suficientes, como sulfato ferroso, ácido fólico, analgésicos, antitérmicos, insulina, anti-hipertensivos, antibióticos e medicações para tratamento de corrimentos vaginais. Apenas em 7 (46,7%) CSF foi identificada a falta de alguns desses medicamentos em certas ocasiões, como no caso da insulina, devido à falta de matéria-prima para sua produção, nacionalmente. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo, no qual a maioria dos CSF garantiram os medicamentos, sendo que em apenas três CSF faltaram os remédios para o tratamento de DST (XIMENES NETO, 2008).

A maioria dos CSF, correspondendo a 14 (93,3%), foi classificada como ótima no que tange à disponibilidade de medicamentos básicos durante a gravidez. É essencial para a assistência pré-natal efetiva que seja garantido e disponibilizado nos CSF os medicamentos básicos para tratamento e prevenção de doenças comuns na gestação, evitando, assim, intercorrências e complicações durante a mesma.

No que diz respeito ao encaminhamento das gestantes para outros serviços de saúde, envolvendo os sistemas de referência e contrarreferência, no município de Sobral, a maioria dos CSF, 9 (60%), foi classificada como satisfatória, embora notificando dificuldades no recebimento de contrarreferência; porém, 2 (13,3%) foram identificados como precários em razão da situação agravante de inexistência de contrarreferência. Foi ainda relatado que as informações referentes às situações de encaminhamentos e da continuidade do cuidado das gestantes se deram por meio do depoimento das mesmas e através do contato dos profissionais dos CSF com as demais instituições.

Apenas 4 (26,7%) CSF obtiveram uma classificação ótima referente ao sistema de referência e contrarreferência, envolvendo desde o encaminhamento da gestante para outros centros de especialidades até o encaminhamento às unidades hospitalares.

Considerando a situação de cada gestante em consonância com o protocolo local, deve ser garantido às gestantes o acesso a outras redes assistenciais de acordo com a organização locorregional da linha de cuidado materno-infantil. Torna-se possível devido a pactuações das formas de referência e contrarreferência entre a Rede de Atenção Básica e as

demais redes assistenciais, sendo importante a garantia de acesso aos equipamentos do sistema de saúde (BRASIL, 2012b).

A assistência pré-natal adequada envolve ainda a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar e regulatório, além da qualificação da assistência ao parto, os quais são os grandes determinantes dos indicadores de saúde materno-infantil capazes de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012b).

Quanto à utilização dos instrumentos de registro necessários para o acompanhamento pré-natal, revelou-se que a maioria dos CSF, 13 (86,7%), foi classificada como ótima, sendo que apenas 2 (13,3%) CSF foram considerados precários no tocante aos aludidos instrumentos em virtude da falta de material em algumas ocasiões.

O Ministério da Saúde recomenda a utilização do cartão ou caderneta da gestante, e todos os CSF no município de Sobral os utilizam na rotina de acompanhamento pré-natal fazendo uso ainda da ficha perinatal incluída no prontuário e do mapa diário para registro de atendimento da gestante.

A Tabela 4 condensa as informações anteriores, considerando todos os parâmetros utilizados para a avaliação da estrutura dos centros de saúde, bem como a sua classificação de adequação dos CSF no município de Sobral. De acordo com a mesma, os itens recursos materiais e planta física foram considerados os aspectos mais problemáticos, com 9 (60%) CSF e 6 (40%) CSF classificados como precários, respectivamente.

A Tabela 4 evidencia ainda que o município de Sobral foi avaliado com a estrutura física satisfatória, correspondendo à maioria de 10 (66,7%) CSF para a assistência pré-natal. Estudo realizado em 2004 também identificou resultados semelhantes correspondendo a um percentual satisfatório de 85% para a avaliação da estrutura de todos os CSF da ESF (SIQUEIRA, 2004).

Resultados aproximados foram encontrados em estudo desenvolvido em Fortaleza, em 2010, sendo a avaliação da estrutura considerada ótima em 40% das unidades de saúde, satisfatória em 50% e precária em apenas 10% das unidades que realizavam pré-natal devido a deficiências na estrutura física (ROCHA, 2011).

Tabela 4. Avaliação da estrutura dos Centros de Saúde da Família para assistência pré-natal prestada no município de Sobral. Sobral-CE, 2012.

Estrutura	*Classificação							
	Ótima		Satisfatória		Precária		Insatisfatória	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Planta Física	3	20,0	3	20,0	6	40,0	3	20,0
Recursos Humanos	6	40,0	9	60,0	-	-	-	-
Recursos Materiais	1	6,7	3	20,0	9	60,0	2	13,3
Apoio Laboratorial	13	86,7	2	13,3	-	-	-	-
Medicamentos Essenciais	14	93,3	1	6,7	-	-	-	-
Sistema de Referência e Contrarreferência	4	26,7	9	60,0	2	13,3	-	-
Instrumentos de Registro	13	86,7	-	-	2	13,3	-	-
ESTRUTURA	4	26,7	10	66,7	1	6,7	-	-

*De acordo com Silveira *et al.*, 2001.

A avaliação da assistência pré-natal precisa ser permanente e para tanto deve identificar os problemas de saúde inerentes à gestação, além do desempenho do serviço. Necessita-se orientar a mudança de estratégias de ação e de organização do serviço a fim de melhorar a qualidade da assistência pré-natal (BRASIL, 2012b).

5.2 Avaliação do processo para assistência pré-natal às gestantes com sífilis

Na segunda etapa do estudo, foi avaliado o processo da assistência pré-natal através da análise dos prontuários e fichas perinatais das gestantes diagnosticadas com sífilis.

Foram avaliados 16 prontuários e fichas perinatais referentes às gestantes diagnosticadas com sífilis durante o ano de 2012. Conforme o instrumento utilizado, foram analisados e organizados os dados através dos seguintes tópicos: 1 - dados sociodemográficos; 2 - dados gineco-obstétricos; 3 - dados gerais da assistência pré-natal; 4 - dados da assistência pré-natal com atenção à gestante com sífilis.

Os dados sociodemográficos apresentados na Tabela 5 evidenciaram que a média de idade das gestantes foi de 25 anos. Em relação ao estado civil, a maioria era gestante casada, 7 (43,75%). No quesito de escolaridade, identificou-se que a maioria das gestantes, 8 (50%), possuía o ensino fundamental completo.

Os dados referentes à profissão mostraram que grande parte das gestantes, 6 (37,5%), era trabalhadora do lar; 3 (18,75%) eram estudantes; 1 (6,25%) cozinheira; 1 (6,25%) operária de empresa de sapatos; 1 (6,25%) foi registrada como autônoma e 4 (25%)

não possuíam registro de profissão no prontuário. Esses dados apontam para uma população de baixo poder aquisitivo.

Não foi possível analisar a situação da renda familiar, condições de moradia e condições de saneamento básico, bem como outras informações necessárias ao acompanhamento pré-natal devido à inexistência de registro nos prontuários.

Contudo, um estudo realizado no município do Rio de Janeiro, entre os anos de 1999 a 2000, evidenciou que as mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação correspondiam a baixos níveis socioeconômicos e à baixa escolaridade, sendo que a literatura associa esses fatores à positividade sorológica para sífilis (SARACENI; LEAL, 2003).

Os antecedentes gineco-obstétricos coletados demonstram que a maioria das gestantes, 8 (50%), teve de 2 a 3 gestações, sendo que 5 (31,25%) eram primigestas e 3 (18,75%) tiveram 4 ou mais gestações. Com relação ao número de partos, 6 (37,5%) gestantes eram primíparas e 5 (31,3%), nulíparas. Casos de aborto foram identificados em 3 (18,3%) gestantes, sendo que em uma das mulheres pesquisadas havia um histórico de recorrência (3 abortos). Em estudo similar, registrou-se que as perdas fetais de primeiro e segundo trimestres podem estar associadas à sífilis, já que o aborto é configurado como um dos desfechos esperados (SARACENI; LEAL, 2003).

Durante o período da gravidez, 2 (12,5) gestantes apresentaram quadro de infecção urinária e 3 (18,75%) tiveram diagnóstico de DST em algum momento da vida, sendo que duas delas adquiriram sífilis anteriormente.

Nesse sentido, a maioria dos casos de DST recorrentes pode ser causada em razão de uma multiplicidade de parceiros ou um parceiro único que não recebeu tratamento, assim sendo, deve-se fortalecer na assistência pré-natal ações de educação em saúde envolvendo orientações sobre a sífilis e seu tratamento.

Tabela 5. Distribuição das gestantes diagnosticadas com sífilis de acordo com as variáveis sociodemográficas e gineco-obstétricas. Sobral - CE, 2012.

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Faixa Etária (anos)		
10-14	1	6,3
15-19	1	6,3
20-29	10	62,5
30-39	4	25,0
Estado Civil		
Casadas	7	43,8
Solteiras	5	31,3
União Estável	4	25,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	1	6,3
Ensino fundamental completo	8	50,0
Ensino médio incompleto	2	12,5
Ensino médio completo	4	25,0
Ensino superior incompleto	1	6,3
Profissão		
Do lar	7	43,8
Estudante	3	18,8
Cozinheira	1	6,3
Operária	1	6,3
Sem registro	4	25,0
Variáveis Gineco-obstétricas		
Número de gestações		
1	5	31,3
2	5	31,3
3	3	18,8
4 ou mais	3	18,8
Número de partos		
0	5	31,3
1	6	37,5
2	4	25,0
3	1	6,3
Abortos		
Sim	3	18,8
Não	13	81,3
Morte neonatal precoce		
Sim	1	6,3
Não	15	93,8
Histórico de Infecção Urinária		
Sim	2	12,5
Não	14	87,5
Hipertensão Anterior		
Sim	1	6,3
Não	15	93,8
Histórico de DST		
Sim	3	18,8
Não	13	81,3

É necessário que os profissionais de saúde reflitam sobre suas práticas na assistência pré-natal. Machado, Haddad e Zoboli (2010) afirmam que é preciso mudanças nas questões que envolvem assistência à saúde agregada ao uso de tecnologias leves como a

comunicação, acolhimento, respeito e valorização das experiências e necessidades individuais.

Os dados que envolvem a assistência pré-natal mostraram que a maioria das gestantes, 14 (87,5%), realizou 6 ou mais consultas pré-natais e apenas 2 (12,5%) realizaram de 4 a 5 consultas durante a gravidez. Todas as gestantes realizaram consultas pré-natais com o profissional médico e enfermeiro, sendo ainda encaminhadas ao atendimento pré-natal de alto risco ou à preceptorial de obstetrícia que funciona nos próprios CSF.

Resultados diferentes foram encontrados em estudo realizado em Sobral-CE, no ano de 2009, envolvendo a avaliação da assistência pré-natal, e demonstraram que a cobertura de gestantes com pelo menos seis consultas atingiu 64,39% (SIQUEIRA, 2010).

Conforme estudo desenvolvido em unidades de saúde no município de Pelotas - RS, foi encontrada uma média de consultas por gestante de 5,3; no mesmo estudo, a média da idade gestacional no início do pré-natal ficou em 17,8 semanas (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Segundo a recomendação do Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério, deve-se iniciar o pré-natal logo que diagnosticada a gestação objetivando fortalecer a adesão da mulher ao acompanhamento gestacional e visando também diagnosticar em tempo hábil os fatores de risco (BRASIL, 2007a). Em contraposição a essa recomendação, foi identificado apenas 12,5% de mulheres que não realizaram um número adequado de consultas, uma vez que o preconizado pelo Ministério da Saúde é o mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre.

Com relação ao registro das informações, a maioria das fichas perinatais, 15 (93,75%), foi preenchida parcialmente, inexistindo registro de explicação referente à importância da caderneta ou cartão de pré-natal para as gestantes. A ficha perinatal deve conter todas as informações referentes à saúde da gestante, ao desenvolvimento do bebê, resultados de exames, tratamentos e medicações. Essas informações são essenciais para a assistência pré-natal e contribuem para a promoção da saúde materno-infantil e para a redução de sua mortalidade. Entretanto, o profissional de saúde que presta essa assistência deve priorizar o registro de todas as informações inerentes ao acompanhamento da gestante.

Para uma assistência pré-natal efetiva é necessário que haja o registro das informações em prontuário, no cartão da gestante, incluindo o preenchimento da ficha perinatal com o intuito de registrar a história clínica perinatal, as intercorrências, bem como as urgências e emergências que necessitem de avaliação hospitalar. A ficha perinatal se

configura como um instrumento de coleta de dados utilizado pelos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal nos CSF, devendo conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério (BRASIL, 2012b).

Quanto ao início do pré-natal nos CSF, 13 (81,3%) gestantes começaram o atendimento até o primeiro trimestre, sendo que todas as gestantes tiveram seus atendimentos subsequentes agendados. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo desenvolvido no ano de 2002 que identificou que 83% das gestantes iniciaram os atendimentos no primeiro trimestre (SIQUEIRA, 2004). Corroborando com isso, o estudo desenvolvido em Sobral no ano de 2009, identificou que a cobertura de primeira consulta até o quarto mês atingiu 81,99% das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SIQUEIRA, 2010). No entanto, resultados diferentes foram identificados no estudo realizado em 26 unidades de saúde em Pelotas, onde cerca de 46% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 41% no segundo e 13% no terceiro, havendo ausência da informação sobre a idade gestacional em 5% dos registros (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Diante disso, o Ministério da Saúde preconiza que a consulta de pré-natal deve ser iniciada o mais precoce possível até o primeiro trimestre de gravidez, devendo ainda ser regular para que todas as avaliações propostas pelo calendário de consultas sejam realizadas. O total de consultas pré-natal deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com o acompanhamento intercalado entre os profissionais de saúde médico e enfermeiro. É necessário que tanto o cartão da gestante como a ficha perinatal sejam completamente preenchidos (BRASIL, 2012a).

Os dados referentes ao exame físico evidenciaram que foi medida a altura em 14 (87,5%) gestantes na primeira consulta pré-natal, sendo que em 15 (93,8%) delas foi verificada a altura uterina (AU) em todos os atendimentos de pré-natal. A altura do fundo uterino no abdome se torna palpável após a 12^a semana, devendo ser medida inicialmente a partir desse período no atendimento pré-natal (BRASIL, 2012b).

Já em relação à verificação do peso, todas as gestantes foram pesadas durante a primeira consulta, sendo a maioria, 14 (87,5%), pesada em todas as consultas. Quanto ao estado nutricional, o estudo mostrou que não foi calculado o ganho de peso do bebê em nenhuma das gestantes e apenas em 3 (18,75%) gestantes houve registro do ganho ponderal no gráfico de curva de índice de massa corporal de acordo com a semana de gestação.

A verificação da pressão arterial (PA) em todas as consultas foi realizada em 14 (87,5%) gestantes, sendo que em 2 (12,5%) delas foi registrada pelo enfermeiro, na ficha perinatal, a falta de esfigmomanômetro. Foi relatada ainda a pesquisa de edemas em 15

(93,75%) gestantes. No primeiro atendimento pré-natal, registrou-se tanto a data da última menstruação (DUM) quanto a idade gestacional (IG) em 15 (93,75%) gestantes. Destaca-se ainda que em todas as consultas pré-natais realizadas foi anotada a idade gestacional (IG). Observou-se resultados semelhantes em estudo no município de Sobral, em 2002, em que 100% das gestantes foram verificadas a PA em todos os atendimentos de pré-natal e em 91% delas foi pesquisada a presença de edemas (SIQUEIRA, 2004).

Apesar dos esforços das políticas de saúde pública no que tange à ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, tem-se mantido uma elevada incidência de sífilis congênita, bem como do aumento da hipertensão arterial sistêmica, que são as principais causas da morbimortalidade perinatal no Brasil (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que esses fatores (sífilis e hipertensão arterial sistêmica) apontam para as fragilidades da assistência pré-natal, o que leva os profissionais de saúde a refletir sobre sua atuação, vislumbrando um acompanhamento clínico de excelência a fim de mudar esse contexto.

Foram examinadas as mamas de apenas 6 (37,5%) gestantes, o que representa um percentual insatisfatoriamente preocupante. Foram evidenciados resultados mais satisfatórios em outro estudo, no qual se identificou um aumento considerável desse índice: 75% das gestantes realizaram o exame das mamas durante o atendimento pré-natal (SIQUEIRA, 2004). Nesse contexto, questiona-se o alcance de um resultado baixo, já que o exame das mamas deve constituir-se em uma rotina do atendimento pré-natal com a finalidade de se detectar anormalidades das mamas e prepará-las para o aleitamento materno.

Durante as consultas, na maioria das gestantes, 15 (93,75%), foram realizadas tanto a palpação obstétrica como a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, por meio do aparelho Sonar-Doppler, depois que estes se tornaram audíveis após a 10ª - 12ª semana.

A orientação da realização da palpação obstétrica é que deve ser feita anteriormente a medida da altura uterina, devendo iniciar pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície. As identificações da situação e da apresentação fetal são realizadas através da palpação obstétrica, distinguindo, assim, os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal (BRASIL, 2012b).

O Protocolo de Atenção à Gestante de Baixo Risco aponta como procedimentos indispensáveis a avaliação nutricional, a medida da pressão arterial, a medida da altura uterina, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, o registro dos movimentos fetais, a verificação da presença de edema, o exame ginecológico e a coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas (BRASIL, 2012b).

O controle de vacinação foi registrado em apenas 14 (87,5%) gestantes, correspondendo a uma cobertura vacinal insatisfatória em face do risco do tétano neonatal, sendo considerada ainda uma situação inadequada devido à ausência de registro atual ou de registro de imunidade anterior. A maioria das gestantes, 13 (81,25%), foi encaminhada para atendimento odontológico. Pode-se, então, pensar que essas ações importantes (vacinação e atendimento odontológico) para a assistência pré-natal não tenham sido registradas pelos profissionais de saúde no prontuário e na ficha perinatal em virtude da grande demanda de atendimentos dos CSF, mesmo fazendo parte da rotina pré-natal no município de Sobral.

A promoção da saúde bucal na gestante implica no seu bem-estar, podendo influenciar na saúde do bebê, tornando-se um procedimento indispensável a ser garantido pelos profissionais de saúde que acompanham as gestantes.

O aconselhamento de DST e AIDS foi registrado em apenas 4 (25%) gestantes. A prática do aconselhamento se apresenta como um instrumento importante no diagnóstico da sífilis, bem como no diagnóstico da infecção pelo HIV e demais DST para a qualidade da saúde.

O fornecimento de medicamentos, quando necessário, foi identificado em todas as gestantes, concluindo-se que esse procedimento configurou-se uma garantia à saúde ao longo da gestação, gerando, assim, qualidade da assistência pré-natal e efetivação do tratamento da sífilis em gestantes.

Com relação aos exames laboratoriais e de imagem, foram solicitados na primeira consulta a todas as gestantes os exames de tipagem sanguínea com fator Rh, anti-HIV, TPHA e ultrassonografia (US) até a 20ª semana de gestação. A maioria das gestantes realizou duas vezes hemograma completo, 13 (81,25%); VDRL, 15 (93,75%); glicemia em jejum, 13(81,25%); Papanicolau, 14 (87,5%) e US após a 20ª semana, 14 (87,5%). Já o exame de sumário de urina foi solicitado duas vezes em 12 (75%) gestantes e não houve registro de US morfológico em nenhuma das gestantes.

É necessário que os profissionais de saúde solicitem os exames necessários para o bom acompanhamento pré-natal e que os serviços de saúde garantam os resultados dos mesmos em tempo hábil, até para a tomada de decisões. No que concerne à realização do exame do VDRL, é fundamental que ele seja realizado no início do pré-natal o mais precoce possível e no último trimestre da gestação de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde.

Uma das estratégias utilizadas na qualificação e ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis para as gestantes no pré-natal é o fortalecimento da estruturação das

redes assistenciais às DST com a implantação do teste rápido do diagnóstico sífilítico, permitindo a adoção de condutas imediatas na prevenção e transmissão vertical da doença (BRASIL, 2007a).

Para avaliação da assistência pré-natal das gestantes diagnosticadas com sífilis foram identificados os seguintes critérios: tratamento, seguimento e controle da cura. Todas as gestantes foram tratadas com Penicilina Benzatina e as doses administradas obedeceram às recomendações do Ministério da Saúde no tocante à dosagem e aprazamento.

Um dos desafios vivenciados pelos enfermeiros da ESF envolve a questão do tratamento do parceiro da gestante, sendo este um dos aspectos preocupantes, pois o presente estudo evidenciou que apenas 10 (62,5%) parceiros receberam tratamento. O controle da cura mensal através do VDRL foi realizado em 13 (81,25%) gestantes, no entanto 3 (18,75%) delas não conseguiram concluir o tratamento com 30 dias antes do parto. Em 11 (68,75%) gestantes foi observada a redução das titulações do VDRL após tratamento. De acordo com o Protocolo para prevenção da transmissão vertical da Sífilis, apenas 8 (50%) gestantes foram consideradas tratadas adequadamente.

Não houve registros de atividades de educação em saúde ou palestras em prontuários ou fichas perinatais das gestantes. Os dados referentes às orientações sobre a gravidez, parto e puerpério durante as consultas pré-natais só estavam presentes nos prontuários de 6 (37,5%) gestantes. Havia ainda registros específicos sobre orientações quanto aos sinais de trabalho de parto em 2 (12,5%) gestantes.

Deve-se, portanto, alertar sobre o impacto da sífilis com a realização de mais campanhas educativas. Já a assistência à gestante com sífilis deve ser mais efetiva, envolvendo os profissionais de saúde por meio de equipes multidisciplinares, como os profissionais de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

As informações que envolvem as vivências das gestantes, suas experiências e seus conhecimentos devem ser compartilhadas com os profissionais de saúde, criando, assim, um ambiente de mútua confiança. A adoção de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é essencial, visto que as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e percepções a respeito da gravidez e sobre outros assuntos que abrangem a saúde da criança, da mulher e da família (BRASIL, 2012b).

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam construir espaços de educação em saúde buscando formar grupos de gestantes que possam trocar experiências e construir novos saberes, podendo utilizar-se dos equipamentos sociais identificados em seu território.

É primordial o estabelecimento de vínculos entre o profissional de saúde e a gestante para que isso se reverbere em uma interação construída com base na confiança e no respeito, o que resulta em uma assistência pré-natal de qualidade, sendo necessária a realização de atividades de educação em saúde e orientações durante o pré-natal no intuito de estimular o cuidado e a promoção da saúde materno-infantil.

De acordo com a análise dos prontuários e das fichas perinatais, a assistência pré-natal apresentou algumas fragilidades caracterizadas pela deficiência nos seus preenchimentos, não sendo constatadas atividades educativas a serem desenvolvidas nos CSF.

Houve registro de visitas do ACS mensalmente em apenas 2 (12,5%) gestantes, representando uma grave deficiência do sistema. Outra fragilidade percebida foi a ausência de registro das visitas pelo ACS nos prontuários. O Ministério da Saúde define como atribuição do ACS a realização de visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhando tanto o processo de aleitamento como o do planejamento familiar (BRASIL, 2012b).

A tabela a seguir demonstra os parâmetros utilizados para a avaliação do processo nos centros de saúde de acordo com a classificação da qualidade da assistência pré-natal no município de Sobral.

Tabela 6. Avaliação do processo nos Centros de Saúde da Família para assistência pré-natal prestada no município de Sobral. Sobral-CE, 2012.

Proporção dos pontos obtidos	PROCESSO		
	Classificação*	N	%
> de 80%	Satisfatória	2	12,5
50% a <80%	Regular	14	87,5
< de 50%	Insatisfatória	-	-

*De acordo com Siqueira, 2004.

De acordo com a tabela anterior, a maioria dos CSF apresentou a avaliação do processo da assistência pré-natal como regular no município de Sobral.

A assistência à gestante no pré-natal apresenta muitas fragilidades, entretanto a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal compreende a importância da realização de exames para diagnóstico da sífilis, porém se questiona o acompanhamento da rotina pré-natal na atenção à gestante com sífilis devido ao seu tratamento inadequado e do seu parceiro ou o não tratamento do parceiro (BRASIL, 2007a).

Conclui-se, portanto, que é importante que se discuta, em todos os espaços e níveis de atenção à saúde, a assistência pré-natal que está sendo prestada às gestantes em um contexto geral, pois, embora tenha sido evidenciada uma boa cobertura de atendimentos de pré-natal, situações de riscos e vulnerabilidades podem se apresentar, bem como problemas surgidos no período gestacional podem agravar essa situação (FIGUEIREDO *et al*, 2012).

Para tanto é necessário que se considere as ações de rotina do pré-natal na identificação e no tratamento de doenças passíveis de prevenção e que o profissional esteja preparado para essas situações e problemas ligados à sífilis e sua transmissão vertical.

5.2.1 O olhar dos enfermeiros para a assistência pré-natal

A dimensão da análise do Processo voltou-se para o trabalho dos enfermeiros da ESF em assistência pré-natal, abordando suas percepções a respeito do acompanhamento pré-natal prestado no município de Sobral, suas vivências e dificuldades enfrentadas no cotidiano, bem como as potencialidades desse processo de trabalho.

A partir da análise das respostas dos questionários preenchidos pelos enfermeiros, foram elaboradas três temáticas referentes às questões sobre a assistência pré-natal prestada no município de Sobral, no que tange à atenção para com as gestantes diagnosticadas com sífilis no ano de 2012, o que resultou na construção das categorias de análise, organizadas através do conteúdo expresso no DSC.

Os resultados foram apresentados através das temáticas e dos discursos de 13 enfermeiros que atuaram na ESF, sendo que esses DSC possuem tamanhos variados, envolvendo um ou vários sujeitos, todos do sexo feminino.

A Tabela 7 demonstra o perfil dos enfermeiros investigados, sendo que os dados referentes à faixa etária apontam que a maioria era > 30 anos, espelhando um perfil etário de maturidade profissional.

Em relação ao tempo de formação, a maioria apresentava > 10 anos de graduação, demonstrando, assim, um quadro profissional com experiência.

No aspecto referente a cursos de pós-graduação, 6 (46,2%) enfermeiros relataram ter concluído a Especialização em Saúde da Família, sendo que 2 desses profissionais possuíam também Especialização em Obstetrícia concomitantemente. O estudo evidenciou ainda que 5 (38,4%) enfermeiros possuíam especialização em outras áreas. Ressalta-se que apenas 2 (15,4%) ainda não possuíam curso de pós-graduação. Outro estudo realizado no Distrito Sanitário Leste e Distrito Sanitário Campinas – Centro do município de Goiânia-

Goiás – com trinta enfermeiros da Estratégia Saúde da Família revelou que 53,3% tinham pelo menos um curso, sendo mais frequente o de Saúde da Família (56,7%), resultado, portanto, superior ao percentual mostrado nesta pesquisa (CAMARGO; BORGES; MARTINS, 2014).

A educação continuada é compreendida com um processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações de cunho técnico-científicas pelo trabalhador (BRASIL, 2009a). O fato de os enfermeiros em sua maioria já possuírem cursos de pós-graduação levamos a concluir que eles consideram a educação continuada como um aspecto importante para a sua competência e atuação profissional.

Com relação ao tempo de atuação do enfermeiro na ESF, os dados da pesquisa (Tabela 7) mostraram que a maioria, 9 (69,2%), atua há mais de 10 anos. Disso, conclui-se que aludidos profissionais possuem experiência na assistência pré-natal em face do período de tempo de atuação na ESF.

A prevalência da idade dos enfermeiros entre 30 a 35 anos, associada à prevalência do tempo de formação e do tempo de trabalho, que correspondem de 10 a 14 anos, pressupõe que se trata de profissionais de saúde com experiência de vida e com maturidade profissional, o que lhes possibilita tomada de decisões embasadas em uma concepção crítica e reflexiva do seu processo laboral.

Tabela 7. Caracterização dos enfermeiros que prestaram assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. Sobral - CE, 2012.

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Faixa Etária (anos)		
20-29	2	15,4
30-39	5	38,5
40-49	3	23,1
50-59	2	15,4
60-65	1	7,7
Tempo de Formação (anos)		
1-4	2	15,4
5-9	1	7,7
10-14	6	46,2
15-19	2	15,4
25-29	1	7,7
30-34	1	7,7
Pós-graduação		
Saúde da Família	6	46,2
Obstetrícia	2	15,4
Outros	3	23,1
Nenhuma	2	15,4
Tempo de atuação na ESF (anos)		
1-4	2	12,5
5-9	2	12,5
10-14	7	43,8
15-19	1	6,3
30-34	1	6,3

Os dados referentes à assistência pré-natal às gestantes diagnosticadas com sífilis mostraram que 100% dos enfermeiros relataram notificar todos os casos de sífilis adquirida e congênita, demonstrando que se utilizou o Protocolo para a prevenção e transmissão da sífilis congênita.

Temática 1. As potencialidades da assistência pré-natal na atenção às gestantes diagnosticadas com sífilis

Na percepção dos enfermeiros, foi possível identificar como potencialidade na assistência pré-natal a garantia da estrutura, sendo referida pelo DSCE1 a existência de consultórios e de aparelhos para a realização do pré-natal em bom estado, a garantia de recursos humanos, além do suporte de medicamentos durante o pré-natal e puerpério.

Nesse contexto, o DSCE1 abordou ainda o acompanhamento pelo preceptor de obstetrícia e o encaminhamento para o alto risco no município de Sobral como sendo ações fundamentais para a garantia da atenção às gestantes com diagnóstico de sífilis.

Estudo realizado em Goiânia, abrangendo 30 enfermeiros que atuaram na ESF do Distrito Sanitário Leste e do Campinas-Centro, apontou que a maioria dos enfermeiros relatou que o CSF dispunha de uma boa estrutura física para o atendimento pré-natal (CAMARGO; BORGES; MARTINS, 2014).

Através do DSCE1 foi reconhecido um avanço na assistência pré-natal em virtude da implementação pela gestão municipal do teste rápido como estratégia para diagnóstico da sífilis em todos os CSF.

A realização de testes rápidos no CSF, envolvendo o apoio laboratorial na garantia da realização dos exames de rotina da assistência pré-natal, contribui para a efetividade dessa assistência (BRASIL, 2012b).

O DSCE1 evidenciou ainda a garantia dos insumos, o apoio laboratorial disponível durante os cinco dias da semana e a garantia da realização de exames de imagem como US para avaliação fetal no 3º trimestre como positivamente presentes no processo de assistência às gestante com sífilis.

Corroborando com isso, o Ministério da Saúde preconiza a realização dos exames de rotina com resultados em tempo hábil e a organização dos serviços de saúde, como princípios do Programa Rede Cegonha, estratégia que tem por finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil em todo país (BRASIL, 2012b).

Como potencialidade referente ao processo da assistência pré-natal, foi reconhecido nos discursos dos enfermeiros o acompanhamento/seguimento na atenção à gestante com diagnóstico de sífilis. Desse modo, o DSCE2 complementa o DSCE1, quando evidenciou, para além do diagnóstico da doença, a importância da abordagem ao parceiro, o seguimento eficaz, o controle através do exame de VDRL mensalmente e o tratamento adequado como procedimentos essenciais para a prevenção da sífilis congênita.

O DSCE2 expressou sentimentos de felicidade e satisfação diante do atendimento pré-natal de qualidade subsidiado pelo protocolo. Em consonância com outro estudo realizado com 30 enfermeiros em dois distritos sanitários no município de Goiânia, a maioria desses profissionais relatou que a instituição contratante oferecia cursos e capacitações para o desenvolvimento de sua competência profissional, reverberando em incentivo para o seu crescimento profissional (CAMARGO; BORGES; MARTINS, 2014). Reconheceu ainda a

visita familiar, a construção de vínculos comunitários e o conhecimento da população adscrita como fatores que facilitam o acompanhamento e o tratamento da doença.

A visita domiciliar é considerada um instrumento de sensibilização da gestante e de seu parceiro quanto aos riscos e complicações inerentes à sífilis, bem como a importância do tratamento adequado.

Já o DSCE3 enfocou, como potencialidade, a realização do pré-natal de acordo com Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de sífilis, envolvendo a capacitação dos enfermeiros na abordagem às mulheres e gestantes com VDRL positivo. Reconheceu a educação permanente e as capacitações na abordagem à sífilis como algumas das satisfações que permeiam o processo da assistência pré-natal oferecido para a realização do pré-natal, havendo a necessidade de promoção de mais atividades dessas principalmente para os enfermeiros recém-chegados no município. Verbalizou ainda que é preciso abordar novamente o impacto da sífilis com mais campanhas educativas.

A Educação Permanente (EP) é compreendida como norteadora de novas práticas que direcionam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, proporcionando, assim, ações coletivas de desenvolvimento aos trabalhadores de saúde, partindo dos principais problemas identificados pelas equipes no seu cotidiano de trabalho (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, torna-se necessário que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros promovam orientações sobre a sífilis durante a rotina do atendimento pré-natal, tanto para as gestantes quanto para seus parceiros. Portanto, vislumbra-se essencial a garantia de espaços nos CSF para a organização de grupos de gestantes no intuito de orientações sobre assuntos e temáticas pertinentes à gestação.

A educação em saúde é entendida como um processo educativo que envolve a construção de conhecimentos em saúde que objetiva a apropriação temática pela população, contribuindo dessa forma para o desenvolvimento da autonomia das pessoas no seu cuidado (BRASIL, 2009a).

Nessa perspectiva, além do espaço para atividades de educação em saúde, o enfermeiro deve ter essa visão pedagógica, visando responsabilizar a gestante com o diagnóstico, o cuidado, o acompanhamento e o tratamento da sífilis.

A competência dos profissionais de saúde na assistência pré-natal das gestantes diagnosticadas com sífilis foi abordada no DSCE4, em que se enalteceu o trabalho do ACS na busca ativa dos casos resistentes ao tratamento da doença, além de enfatizar o papel do comprometimento médico na assistência prestada.

O DSCE4 reconheceu ainda que a melhoria da assistência pré-natal passa também pela competência dos profissionais, refletida nos vínculos estabelecidos com os usuários, na seriedade do labor profissional, na disciplina, na resiliência e no amor à profissão.

Conforme o Ministério da Saúde (2004b, p. 7): “Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários”.

Percebe-se, então, que os enfermeiros, no seu cotidiano de trabalho, procuram atuar com humanização, assumindo além dessa postura política uma postura para com o cuidado horizontalizado, aproximando seu “olhar” do “olhar” da gestante.

Temática 2. Os limites da assistência pré-natal na atenção às gestantes diagnosticadas com sífilis

Os limites da assistência pré-natal vivenciados pelos enfermeiros no cotidiano do seu trabalho são relevantes para o desfecho de uma assistência de qualidade, sendo identificados tanto fragilidades envolvendo a estrutura como o processo.

No que se refere às limitações da estrutura, o DSCE1 apontou como limite dessa assistência a dificuldade do recebimento da contrarreferência da atenção terciária nos cuidados do recém-nascido e puérpera diagnosticados com VDRL positivo, assim como mostrou falta de esclarecimentos sobre o tratamento, exames realizados e a continuidade do cuidado em outros atendimentos especializados.

O DSCE2 inferiu ainda, como dificuldade de adesão ao tratamento da sífilis, a falta de preocupação das gestantes e parceiros adolescentes no que tange à doença, seus riscos e complicações, traduzindo-se, assim, em resistência ao tratamento, tendo como desfecho a sífilis congênita. Ressalta-se ainda que a maioria das gestantes com sífilis está inserida em um contexto socioeconômico precário, vivendo, portanto, em situações de risco e vulnerabilidade. É o caso das gestantes com parceiros presidiários ou com múltiplos parceiros, dificultando a adesão ao pré-natal e ao tratamento da sífilis, o que resulta na continuidade da cadeia de transmissão da doença, comprometendo negativamente as ações e a atuação dos enfermeiros. Essa situação também foi evidenciada no DSCE2.

Existem agravantes a esta situação, relatados ainda no DSCE2, relacionados à resistência de algumas gestantes no que tange à realização dos exames de diagnóstico no pré-natal, resultando, assim, em tratamentos tardios ou inadequados. Além disso, constatou-se uma dificuldade de adesão do parceiro das gestantes ao tratamento da doença, o que pode ser

imputado às queixas deles referentes ao tratamento doloroso ligado à aplicação de antibióticos, ocasionando atraso nas dosagens de Penicilina Benzatina com intervalo maior que sete dias.

O DSCE3 trouxe elementos importantes para as discussões da efetividade da assistência prestada relacionadas à estrutura, envolvendo vários aspectos como intercorrências no laboratório devido à demora dos exames, áreas descobertas tanto pelos enfermeiros como pelos ACS e equipes sem médicos para atendimentos. Identificou ainda que no ano de 2012 quase não houve educação permanente para os profissionais de nível superior, mesmo tendo sido um ano em que ingressaram novos profissionais na ESF.

Foi abordado pelo DSCE4 o número de salas em quantidade insuficiente para o atendimento dos profissionais de saúde, gerando a falta de privacidade no pré-natal em alguns CSF, dessa forma o profissional de saúde compartilha com outro o mesmo consultório para os atendimentos. Em consonância com outro estudo realizado no Distrito Sanitário Leste e Distrito Sanitário Campinas - Centro do município de Goiânia, abrangendo 30 enfermeiros responsáveis por equipe de saúde da família, 36,6% dos enfermeiros sugeriram a necessidade de adequação dos consultórios, com ampliação dos mesmos e com a aquisição de equipamentos e materiais para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal (CAMARGO; BORGES; MARTINS, 2014).

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento deve garantir a privacidade e a confidencialidade da assistência prestada, desse modo a área física deve ser adequada para o atendimento da gestante e de seus familiares nos CSF, sendo importante nas consultas e nos exames clínicos e ginecológicos (BRASIL, 2012b).

O acompanhamento pré-natal tem por objetivo garantir o desenvolvimento da gestação, evoluindo para um parto de um recém-nascido saudável, o que envolve desde os aspectos psicossociais às atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b). Nesse sentido, torna-se importante e fundamental uma estrutura adequada para que se tenha uma efetiva assistência pré-natal.

As dificuldades inerentes ao processo da assistência pré-natal na atenção à gestante com sífilis constaram no DSCE3, na forma da existência de territórios com áreas de riscos sociais, envolvendo ainda um número elevado de atendimentos referentes à demanda espontânea nos CSF, prejudicando as ações que envolvem a busca ativa dos casos de sífilis e a prevenção da transmissão vertical. A demanda espontânea nos CSF está diretamente relacionada com organização do serviço de saúde, podendo ocasionar uma sobrecarga e uma fragilidade na assistência prestada pelos enfermeiros.

Temática 3. A percepção da assistência pré-natal prestada às gestantes com sífilis no município de Sobral

A avaliação da assistência pré-natal, no que diz respeito ao processo, foi considerada pelo DSCE1 como excelente, envolvendo o acompanhamento dos enfermeiros que seguem o Protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e que realizam ações como a busca ativa dos casos resistentes à sífilis e fazem o seguimento do recém-nascido.

O DSCE2 considerou o processo de assistência pré-natal como bom e efetivo devido ao desempenho dos profissionais que fazem o acompanhamento pré-natal das gestantes diagnosticadas com sífilis, ressaltando o compromisso e a responsabilidade dos mesmos no acompanhamento de todos os casos, sendo identificado ainda o apoio multiprofissional e das referências existentes no município para o acompanhamento pré-natal.

No DSCE3, foi evidenciada a percepção dos enfermeiros acerca da assistência pré-natal prestada às gestantes com sífilis referente à estrutura como satisfatória devido ao suporte laboratorial e à disponibilidade da medicação para tratamento.

O DSCE4 identificou como estratégia de organização dos serviços para a melhoria da atenção às gestantes com sífilis os registros de informações utilizadas no acompanhamento do pré-natal pelos profissionais de saúde. Sendo ainda relatada a existência da educação permanente envolvendo a sífilis.

O DSCE5 referiu ainda a realização de campanhas educativas sobre a sífilis em outros espaços além do CSF, como nas ruas e nas escolas, a fim de disseminar conhecimentos acerca da problemática da doença para a população. Referido discurso registrou a necessidade de campanhas contra DST/AIDS e campanhas de incentivo à realização de exame de VDRL para o diagnóstico da sífilis. E como sugestão a criação de comissões intra-CSF que acompanhem os casos de resistência.

Estudo similar, realizado no município do Rio de Janeiro, objetivando a identificação de doenças maternas durante o atendimento pré-natal e a promoção de campanhas para a detecção da sífilis, emitiu um alerta para os profissionais da saúde, considerando que as ações realizadas na rotina de pré-natal não estavam solucionando a problemática da sífilis congênita nos CSF investigados. Essas campanhas mostraram-se bem sucedidas, na medida em que seus resultados foram alcançados, ratificando a necessidade de adoção das mesmas como políticas públicas de saúde (SARACENI *et al*; 2005).

O DSCE2 referiu o apoio da rede municipal através dos profissionais do Programa Trevo de Quatro Folhas. Esse programa, implantado desde o ano de 1997 no município de

Sobral com a finalidade de fortalecimento de ações de promoção da saúde materno-infantil, contribuiu para a redução da mortalidade materna, perinatal e infantil (SOUSA *et al*; 2012). Por seu turno, o DSCE4 abordou, como estratégia diferenciada, o Comitê de Mortalidade Infantil existente no município de Sobral, sugerindo, ainda, a criação de uma comissão direcionada ao estudo da sífilis.

Diversas estratégias têm sido desenvolvidas na busca da resolutividade dos problemas associados à sífilis, para além do acesso ao pré-natal e da garantia do número de consultas adequadas na atenção básica.

Nesse sentido, a institucionalização dos Comitês de Mortalidade Materno-infantil faz-se necessária, sendo reconhecida no município de Sobral como estratégia de política de saúde pública, visando à redução da morbimortalidade materno-infantil. Assim sendo, os Comitês objetivam ainda melhorar a qualidade da notificação e da investigação dos óbitos maternos.

5.3 Avaliação do Resultado para Assistência Pré-natal às Gestantes com Sífilis

A análise do resultado foi subsidiada através da percepção das gestantes no que tange aos atributos do acompanhamento do pré-natal, como acolhimento na sala de espera/recepção, acessibilidade na marcação de consultas e barreiras geográficas. Além disso, foram colhidas informações relacionadas ao nível de conhecimento das mulheres sobre a sífilis, a realização de triagem sorológica e sua percepção acerca da assistência pré-natal.

A satisfação do usuário é entendida como um método de pesquisas de avaliação em saúde que se utiliza de distintas dimensões, o qual envolve desde o campo do cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações dos serviços (SHIMIZU; ROSALES, 2008).

A análise das entrevistas foi fundamentada e organizada através do referencial de Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE; TEIXEIRA, 2005) e seguiu os mesmos passos da análise do processo referente aos enfermeiros, descritas no capítulo anterior. Os resultados estão apresentados através de três temáticas que envolvem os discursos de 13 mulheres que foram diagnosticadas com sífilis na gestação durante o ano de 2012.

5.3.1 E sob o olhar das mulheres, fortalece-se a assistência pré-natal.

A percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal recebida na atenção básica, especificamente nos CSF, assume uma importância essencial para o processo de avaliação dessa assistência, além de contribuir para a implementação de estratégias e ações de promoção da saúde materno-infantil.

Temática 1. A percepção sobre o atendimento pré-natal

As mulheres relataram bom o acompanhamento pré-natal, porém este poderia ser melhorado em alguns aspectos conforme retratado no DSCM1, tais como a necessidade de visitas do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para orientar sobre os cuidados na gestação. Pode-se apreender nesse discurso que o acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado importante para as gestantes e para o seu cuidado, devendo ser estabelecidos vínculos e visitas domiciliares regulares.

Como uma das atribuições a serem desenvolvidas na assistência pré-natal, o ACS deve realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, envolvendo tanto elas como seus familiares. O ACS deve ainda, durante as visitas, promover orientações sobre cuidados em saúde e nutrição, como também sobre cuidados higiênicos e sanitários. Além disso, durante as visitas no período gestacional e puerperal, o ACS deve estabelecer um bom acompanhamento com as gestantes, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto com o intuito de monitorar a mulher e o recém-nascido (BRASIL, 2012b).

A Política Nacional da Atenção Básica tem como fundamentos o desenvolvimento de vínculos, a responsabilização entre as equipes de saúde e a população, a garantia da continuidade do cuidado e de sua longitudinalidade e o acesso universal aos serviços de saúde que são caracterizados como porta de entrada (BRASIL, 2007b).

As mulheres evidenciaram também no DSCM1 que há necessidade de melhorar o acolhimento na recepção dos CSF, uma vez que tal acolhimento acontece a qualquer hora e pode ser realizado por qualquer profissional, tornando-se um desafio no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que envolve organização dos processos de trabalhos e de humanização.

O acolhimento configura-se como um arranjo tecnológico que busca assegurar o acesso dos usuários aos serviços de saúde no intuito de promover uma escuta qualificada e

uma resolutividade dos problemas. É entendido como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe, pois exige que esta reflita sobre o conjunto de ofertas, em termos de serviços de saúde, que estão à disposição em consonância com as necessidades da população (BRASIL, 2008).

Estudos realizados com 46 profissionais da Estratégia Saúde da Família, no município de Fortaleza, abordando as concepções desses profissionais sobre o acolhimento, evidenciou que estes têm a missão de receber todos os usuários da CSF, sendo o acolhimento considerado como uma estratégia de receber o usuário com orientações, com escuta e com resolutividade de problema. Relatou, ainda, que o acolhimento, como porta de entrada para o paciente na unidade, visa ao atendimento do usuário, desde sua entrada até sua saída. Além disso, o discurso dos profissionais evidenciou o acolhimento como uma estratégia de organização dos serviços de saúde (MONTEIRO, 2012).

Para tanto, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, subsidiada pelos conhecimentos técnico-científicos, pelos meios e pelos recursos disponíveis adequados a cada caso (BRASIL, 2010b).

Na fala do DSCM1, notou-se o desejo da garantia da realização de dois exames de ultrassonografia obstétrica a fim de melhorar a assistência pré-natal.

Nesse sentido, o bom acompanhamento pré-natal envolve a garantia da realização de exames complementares durante a gravidez, dentre eles, na primeira consulta, deve ser solicitada a ultrassonografia obstétrica para a verificação da idade gestacional e para a verificação de intercorrências clínicas obstétricas. Caso não se verifique intercorrências clínicas obstétricas, o período ideal para a realização da ultrassonografia obstétrica seria em torno de 16 a 20 semanas de gestação, momento em que se pode detectar malformações fetais e proceder-se ao cálculo da idade gestacional (BRASIL, 2012b).

O DSCM2 revelou que as usuárias consideraram o acompanhamento pré-natal excelente por ser adequado, envolvendo o bom acolhimento pelos profissionais de saúde, a garantia do agendamento das consultas e a agilidade dos atendimentos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência pré-natal adequada envolve a detecção das situações de risco e a respectiva intervenção precoces, além de um sistema ágil de referência hospitalar com regulação dos leitos obstétricos, sendo fundamentais a vinculação da gestante à maternidade, a qualificação da assistência ao parto humanizado com direito à acompanhante, a ambiência e as boas práticas de acolhimento com classificação de risco. Esses determinantes da assistência pré-natal estão relacionados aos indicadores de

saúde da mãe e do bebê e possuem o potencial de diminuir os riscos e as principais causas de mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2012b).

O acolhimento é estabelecido através da Política Nacional de Humanização como uma postura ética de atenção e gestão dos CSF (BRASIL, 2012b). Logo, o acolhimento estabelece relações de reciprocidade e compromisso entre os profissionais de saúde e os usuários, gerando assim um cuidado integral. O acolhimento é essencial para a construção de vínculo com as gestantes.

Nesse sentido, o acolhimento, como prática cotidiana dos profissionais dos serviços de saúde, deve ir além da relação de vínculo promovendo atitudes profissionais humanizadas, na medida em que vê as gestantes como sujeitos corresponsáveis pela sua saúde, valorizando seu discurso, garantindo sua privacidade, evitando constrangimentos e incentivando a presença de seus parceiros no atendimento pré-natal.

Em estudo realizado com usuários sobre a sua percepção do atendimento dos profissionais de saúde em uma Unidade de Saúde no município de São Sebastião, no Distrito Federal, evidenciou uma postura atenciosa e de carinho, tanto da parte dos profissionais que atenderam na recepção como dos profissionais que realizaram atendimentos clínicos, demonstrando assim a relação da humanização do cuidado como essência do trabalho. (SHIMIZU; ROSALES, 2008).

No que se refere ao acompanhamento e agendamento das consultas de pré-natal, o DSCM2 trouxe à luz a questão da facilidade e agilidade desses serviços, resultando em agendamentos de fácil e rápido acesso. O Ministério da Saúde estabelece o acompanhamento periódico e contínuo de todas as gestantes, devendo assegurar o seu seguimento durante toda a gestação com intervalos preestabelecidos; mensalmente, até a 28ª semana; quinzenalmente, da 28ª até a 36ª semana e semanalmente, no termo. Esse acompanhamento deve ser realizado tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios, sendo importante a garantia do mesmo até o momento do pré-parto e parto (BRASIL, 2012b).

Notou-se no DSCM3 que o bom acompanhamento pré-natal deve trazer os seguintes benefícios: promoção da saúde materno-infantil e atendimento odontológico.

O acompanhamento pré-natal deve atuar diretamente na promoção da saúde e na prevenção, detecção e tratamento de doenças, assegurando uma gravidez tranquila e um recém-nascido saudável.

A assistência pré-natal consiste em uma avaliação dinâmica das situações de risco, com identificação de problemas a fim de se tomar medidas e ações necessárias, dependendo

de cada problema, de forma a evitar e impedir um desfecho desfavorável tanto para a gestante como para o recém-nascido (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde afirma que a detecção da sífilis em gestante é realizada através de exames laboratoriais, devendo estes serem garantidos pelo serviço de saúde tanto no primeiro trimestre como no terceiro trimestre de gravidez (BRASIL, 2012b).

A atenção básica deve garantir a realização do diagnóstico sorológico (através da solicitação de testes não treponêmicos) e a realização do teste rápido para sífilis, incluindo o manejo e tratamento das gestantes e de seus parceiros, sendo perceptível no DSC3 que o CSF garantiu toda essa assistência, conseguindo controlar a transmissão vertical da sífilis nessas gestantes.

Outro fator de suma importância que deve ser garantido na assistência pré-natal é o acompanhamento odontológico, considerado pelas mulheres no DSCM3 como um dos benefícios do pré-natal.

O Ministério da Saúde refere como uma das atribuições do profissional responsável pela saúde bucal a avaliação da saúde bucal da gestante, levando em consideração a necessidade e a possibilidade de tratamento, relacionando ainda os cuidados indicados em cada período da gravidez. Cabe também a esse profissional a orientação da mulher e seu de companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal (BRASIL, 2012b).

No DSCM4, foi evidenciado que o pré-natal não foi muito bom devido às dificuldades vivenciadas pelas gestantes durante este período.

Um dos empecilhos indicados nos discursos diz respeito à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, no entanto um dos dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica abordado no Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco envolve a garantia de transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, além da garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários (BRASIL, 2012a).

Um estudo realizado em um município no Distrito Federal abordou o olhar dos usuários sobre o atendimento prestado na ESF, em que os mesmos apontaram, em relação à organização de serviços, a existência de dificuldades de acesso em termos de transportes (SHIMIZU; ROSALES, 2008).

Nesse sentido, deve-se considerar alguns dos princípios orientadores da Política Nacional de Atenção Básica, como a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado. Portanto, são necessários a garantia do acesso aos serviços de saúde, a adequação da estrutura envolvendo área física da CSF, os recursos humanos e os recursos materiais e técnicos necessários.

Temática 2. Participação em ações e/ou atividades direcionadas à sífilis no centro de saúde da família durante o acompanhamento pré-natal

A segunda temática, abordando a assistência pré-natal, envolveu a realização de algum tipo de ação e/ou atividade de educação em saúde direcionada às gestantes sobre a sífilis no CSF, durante o acompanhamento pré-natal.

O DSCM1 relatou que não houve participação nas atividades coletivas de educação em saúde. Nesse discurso, nota-se que houve apenas as orientações durante o acompanhamento pré-natal que envolveram o tratamento e a realização de exames. Especificamente na questão das atividades de educação em saúde direcionadas às gestantes, não houve atividades pedagógicas desenvolvidas no CSF, porém foi citada a ocorrência de campanhas sobre AIDS, planejamento familiar, DST e trabalho de parto.

Porém, o DSCM2 afirmou que houve participação em muitas atividades de educação em saúde e que elas aconteciam rotineiramente duas vezes por mês, contando ainda com o apoio do ACS.

Em contraposição aos discursos anteriores, o DSCM3 evidenciou que não há lembrança de participação em qualquer tipo de atividade de educação em saúde relacionada à sífilis. A Política de Atenção Básica define como características do processo de trabalho das equipes de saúde o desenvolvimento de ações educativas a fim de interferir no processo de saúde-doença da população (BRASIL, 2006c).

É de suma importância a promoção de atividades grupais direcionadas às gestantes nos CSF, onde os profissionais de saúde abordarão temáticas sobre o cuidado pré-natal através de educação em saúde para garantia de um acompanhamento de qualidade.

Dessa forma, a educação em saúde se fortalece como uma prática em que os usuários são reconhecidos como sujeitos construtores do seu saber, favorecendo assim sua autonomia nos processos de cuidado.

Temática 3. Orientação sobre sífilis durante o atendimento pré-natal

Com relação a essa temática, as mulheres relataram no DSCM1 que receberam orientações, porém já não se lembravam das informações prestadas por terem sido repassadas pelos profissionais de saúde no início da gravidez; tornando-se, necessário, portanto, um processo de educação e orientação continuado, que implique em uma aprendizagem mais significativa.

A ESF, entendida como proposta de reorganização da atenção básica, reconhece a necessidade de reorientação das práticas de saúde, envolvendo ainda a renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população (ALVES, 2005).

Em oposição ao primeiro discurso, o DSCM2 confirmou que foram recebidas orientações sobre a prevenção, tratamento e controle da sífilis, forma de transmissão e complicações.

Percebe-se nesse discurso conhecimentos acerca das DST e reconhece a sífilis como uma delas, sendo transmitida através da relação sexual, da transmissão vertical, além das complicações da doença caso não haja tratamento. Identificou-se ainda como complicações na criança a má formação, a cegueira, problemas no cérebro e manchas.. Há ainda um reconhecimento do preservativo masculino como meio de prevenção à infecção da doença. Nesse discurso, pode-se concluir que as orientações advindas tanto das atividades de educação em saúde como do atendimento pré-natal foram eficazes, já que promoveram o conhecimento sobre a sífilis.

O Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis afirma que as orientações sobre os riscos da infecção pelo *T. pallidum* através da transmissão sexual devem ser reforçadas a fim de que as mulheres infectadas e seus parceiros evitem relações sexuais durante o tratamento. Orienta ainda a utilização de preservativos, garantindo assim práticas sexuais seguras durante o período de tratamento (BRASIL, 2007a).

O discurso aborda ainda o conhecimento sobre o tratamento para sífilis, sendo relatada a aplicação de três doses de Penicilina Benzatina com intervalo de uma semana, tanto na gestante como no seu parceiro, além da possibilidade de complicações para a criança caso o tratamento não seja realizado adequadamente. Abordou-se ainda a questão do tratamento inadequado da gestante devido à precariedade de tratamento de seu parceiro, tendo a mesma concluído seu tratamento em nível hospitalar.

Outro aspecto evidenciado no discurso é o conhecimento dos exames laboratoriais solicitados no pré-natal, tais como HIV, VDRL, hemograma completo, sumário de urina, TTGO. O DSCM2 relatou ainda o conhecimento acerca da realização do VDRL como instrumento de controle da infecção da sífilis. Nesse discurso, apreende-se que as mulheres possuíam conhecimentos acerca dos exames solicitados no pré-natal e que possivelmente foram provenientes de orientações realizadas na rotina do atendimento pré-natal.

No que se refere ao exame VDRL para diagnóstico da sífilis, é necessário o controle de cura mensal com a realização do exame, sendo considerado como resposta adequada ao tratamento o declínio das titulações.

O bom acompanhamento pré-natal consiste em procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames pela equipe de saúde, devendo estes serem solicitados durante a primeira consulta de pré-natal (BRASIL, 2012b).

Já o DSCM3 destaca que não foram recebidas orientações sobre a sífilis durante o pré-natal, sendo necessário, portanto, que assuntos importantes referentes à gravidez e à saúde da mulher e da criança sejam indagados pelos profissionais durante o atendimento. Considera-se ainda que informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Dessa maneira, o Ministério da Saúde considera que essa possibilidade de interação de experiências e conhecimentos é a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2012b).

Considera-se ainda relevante que as informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Dessa maneira, o Ministério da Saúde considera que essa possibilidade de interação de experiências e conhecimentos é a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2012b).

Foi registrada ainda pelas mulheres ainda nesse discurso, uma sensação de constrangimento, no que tange aos questionamentos sobre a doença. Deve-se, portanto, ser estabelecido um vínculo entre o usuário e o profissional de saúde no intuito de potencializar as relações no atendimento pré-natal, reduzindo assim sentimentos de medo e vergonha e promovendo a autonomia e a responsabilização do cuidado.

Segundo o Ministério da Saúde (2009b, p.16), “Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se responsabiliza por esses cuidados”.

O vínculo é entendido pelo profissional de saúde como o compromisso com a saúde das pessoas, que o procuram ou são por ele procuradas, sendo que o vínculo é estabelecido quando esse movimento, tanto do usuário como do profissional, se encontra. Torna-se terapêutico quando contribui para o desenvolvimento da autonomia das pessoas (BRASIL, 2009b).

Portanto, torna-se necessário que assuntos importantes referentes à gravidez e à saúde da mulher e da criança sejam indagados pelos profissionais durante o atendimento pré-natal, para além de um mero repasse de informações, mas que tenha um significado para essas mulheres, reverberando assim na qualidade das ações de educação em saúde.

6 CONCLUSÕES

É importante considerar a avaliação de programas e serviços de saúde como imprescindível para a melhoria da qualidade da assistência prestada na atenção básica.

A avaliação da qualidade da estrutura da assistência prestada às gestantes com sífilis no município de Sobral, conforme os critérios definidos neste estudo, foi considerada satisfatória em sua classificação geral. Os itens apoio laboratorial, medicamentos essenciais e instrumentos de registros foram avaliados como ótimos. Os recursos humanos e o sistema de referência e contrarreferência foram classificados como satisfatórios. Todavia, foram categorizados como precários a planta física e os recursos materiais, evidenciando deficiências na garantia de uma assistência pré-natal efetiva.

Na avaliação do processo, considerando a assistência pré-natal, 87,5% dos CSF foram classificados como regular no município de Sobral. Contudo, 12,5% deles se sobressaíram e alcançaram a classificação satisfatória. A avaliação da assistência pré-natal, no que diz respeito à percepção do enfermeiro quanto ao processo, consideraram aspectos como suporte laboratorial e disponibilidade da medicação para tratamento da sífilis como bons e acompanhamento pré-natal, conforme o Protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, como excelente. Foram relatadas, ainda, as dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho do enfermeiro, trazendo elementos importantes para as discussões: intercorrências laboratoriais, áreas descobertas pelo ACS e equipes de saúde da família incompletas, problemas esses que dificultam o acompanhamento da gestante, a busca ativa de casos de sífilis e a prevenção da transmissão vertical da doença. É importante destacar as estratégias utilizadas para garantir uma assistência pré-natal efetiva, tais como realização de campanhas educativas sobre a sífilis, campanhas de incentivo para a realização de exame VDRL, Programa Trevo de Quatro Folhas e o acompanhamento por parte do Comitê de Prevenção à Mortalidade Materno-infantil do município.

A avaliação dos resultados foi fundamentada na percepção das mulheres sobre seu acompanhamento pré-natal, revelando, na maioria dos discursos, um acompanhamento efetivo por envolver o bom acolhimento pelos profissionais de saúde, a garantia do agendamento das consultas e a facilidade e agilidade desses serviços.

Logo, conclui-se que é importante que se discuta a problemática da atenção à saúde durante a assistência pré-natal às gestantes com sífilis tanto em nível municipal quanto global. Embora tenha sido evidenciada uma boa cobertura de atendimentos de pré-natal,

situações de riscos e vulnerabilidades podem se apresentar, bem como problemas ocasionados no período gestacional que podem agravar a situação.

Este estudo forneceu uma visão conjuntural da assistência pré-natal durante o ano de 2012, apontando suas limitações e suas potencialidades na assistência às gestantes com sífilis. Desse modo, é imprescindível que gestores e profissionais de saúde direcionem o seu olhar e o seu agir para essa assistência e fortaleçam as estratégias identificadas neste estudo para a melhoria da qualidade desse serviço de saúde prestado no município de Sobral, traduzindo-se em políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis, contribuindo, dessa forma, com a promoção da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- ALMEIDA, M. F. G; PEREIRA, S. M. Caracterização Epidemiológica da Sífilis Congênita no Município de Salvador, Bahia. **DST – J bras Doenças Sex Transm**. 2007; 19(3-4):144-156.
- ARAÚJO, M. A. L. *et al*. Análise da Qualidade dos Registros nos Prontuários de Gestantes com Exame de VDRL Reagente. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol**. 2006;81(2):111-26.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. organizadores. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Editora Vozes, Petrópolis, 2004, 607p.
- BRASIL. Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos**. 3.ed. Brasília: MS, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – Sífilis**. Ano I - Nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestante, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis - Manual de Bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

CAMARGO, J. S. O. ; BORGES, D. M. C.; MARTINS, C. A. M. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem no Pré-Natal: Perfil e Perspectivas dos Enfermeiros da Região Leste de Goiânia**. Disponível em:
http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pibic/trabalhos/JULIANE_.PDF
Acesso em: 15/04/2014.

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

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Situação da Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza: Secretaria do Estado do Ceará, 2011.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6ª edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Campinas, SP: [s.n.], 2004. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2004.

DONABEDIAN, A. **Evaluation de la calidad de la atención médica**. In: White KL, editor. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington (USA): Organización Panamericana de la Salud: OPAS-Public; 1992.

DONABEDIAN, A. **La dimensión internacional de la evaluación y garantía**. Roma: Nuova Italia, 1990.

FIGUEIREDO, P.P. *et al* . Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jan.-fev. 2012; 20(1).

FIGUERÓ-FILHO *et al* . Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **DST. Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2007; 19; 3-4.

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

LAMY FILHO, Fernando; TONIAL, Sueli R. **Avaliação da qualidade na área da saúde: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no sistema único de saúde**. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000. p.13-15.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE Ana Maria Cavalcante; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul; Edus. 2005.

MACHADO, Eliara Pilecco; HADDAD, Jerusa Gomes Vasconcellos; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Revista - Centro Universitário São Camilo** - 2010;4(4):447-452.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** 6. ed. 7. reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

MESQUITA, K. O. *et al* . Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal. **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2012;24(1):20-27 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F. (orgs.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MONTEIRO, A.M.T. *et al* . Acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos ESP**, Ceará 6(1): 42-53, jan./jun. 2012.

NORONHA, A. C. C. *et al* . Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 2006; 18(3):190-193.

PASSOS, Mauro. **Doenças sexualmente transmissíveis.** 4.ed., Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

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

RODRIGUES, C.S. **Sífilis na Gestação e Puerpério: Oportunidades estratégicas para sua prevenção e controle, Brasil, 2000.** Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.

SARACENI, V. *et al* . Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 21(4):1244-1250, jul-ago, 2005.

SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 19(5):1341-1349, set-out, 2003.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais.** Junho, 2009: 65-82.

SHIMIZU, H.E.; ROSALES, C. A Atenção à Saúde da Família sob a Ótica do Usuário. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2008, setembro-outubro; 16(5).

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HART, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (orgs). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

SILVA, M. A. M ; SOUSA, A. J. C. **Prevenção de sífilis em gestantes da Zona Norte do Estado do Ceará: Avaliação do uso de tecnologias em saúde no pré-natal**. Sobral, 2012. *In mimes*.

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

SIMÕES, A. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2012.

SIQUEIRA, D.A. **Assistência Pré-natal em Sobral-Ceará: processo, resultado e impacto em 2005-09**. 2010. Dissertação de Conclusão de Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza. 2010.

SIQUEIRA, D.A. **Avaliação da Qualidade do Pré-natal na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família com Caráter de Residência). Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral. 2004.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOBRAL, Secretaria de Assistência a Saúde/ DAB-DATASUS-SIAB. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Sobral, 2009.

SOUSA, F. J. S. *et al*. Programa Trevo de Quatro Folhas: uma Ação Efetiva para a Redução da Mortalidade Infantil em Sobral – Ceará. **SANARE**, Sobral, V.11. n.1.,p. 60-65, jan./jun. – 2012.

XIMENES NETO, F. R.G *et al* .Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 set-out; 61(5): 595-602.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário de Avaliação do Processo de Trabalho – Enfermeiros.

Questionário

Nº _____

Idade: _____

Quanto tempo de graduação: _____

Quanto tempo atua na ESF? _____

E nesse município? _____

Tem alguma especialização/pós-graduação? _____ qual? _____

Notifica todos os casos identificados de sífilis congênita? _____

Segue o Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis? _____

1. Quais as potencialidades na assistência pré-natal na atenção a gestante com diagnóstico de sífilis no seu território?
2. Quais os limites na assistência pré-natal na atenção a gestante com diagnóstico de sífilis no seu território?
3. Você está satisfeito com a assistência oferecida para a realização do pré-natal das gestantes com sífilis? Por que?
4. Como você percebe a assistência pré-natal prestada a gestante com diagnóstico de sífilis no seu município?

Apêndice B – Entrevista de Avaliação do Resultado – Usuárias.

Entrevista

1) Como você considera que foi o seu acompanhamento pré-natal?

Considerar nessa pergunta os aspectos de como foi o acolhimento dessa gestante na sala de espera e na recepção, como foi o agendamento das consultas para o pré-natal e o tempo de espera para a consulta, qual a dificuldade dessa gestante para realizar seu pré-natal devido à distância onde você mora e os benefícios que o pré-natal trouxe para sua saúde durante a gravidez.

2) Durante o pré-natal você recebeu orientações sobre sífilis? Quais?

3) Foi orientada sobre a forma de transmissão da doença? E as complicações que a doença pode trazer? Fale um pouco sobre elas.

4) No pré-natal você recebia orientações sobre os exames que estavam sendo solicitado que você realizasse? Você saberia dizer quais são?

5) Foi realizada algum tipo de ação/atividade na Unidade de Saúde da Família durante o seu acompanhamento pré-natal direcionada a sífilis? Se sim, você participou de alguma delas? Como eram organizadas?

Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Enfermeiros

TCLE

Caro profissional de saúde,

Sou do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é: **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ**. Neste estudo pretende-se: avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis no município de Sobral-CE, com enfoque na prevenção e controle da transmissão. Assim, venho através desta solicitar a sua colaboração participando da entrevista sobre aspectos do acompanhamento pré-natal e das ações de prevenção e controle da transmissão vertical no município em que atua. Dou-lhe a garantia que as informações que estarei obtendo serão para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado.

Terá acesso as informações concedidas por você e aos resultados da pesquisa como um todo. Caso tenha alguma dúvida ou reclamação sobre esse trabalho, poderá dirigir-se pessoalmente à responsável pela pesquisa, Keila Maria Carvalho Martins, na Rua Profa. Francisca Félix, nº 368-A - Telefone: (88) 9903-4804, e/ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, que se localiza na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Campus Derby – Telefone: (88) 3677-4255.

Esse estudo poderá contribuir para formulação de estratégias no processo de prevenção e controle da sífilis em gestantes e consequentemente na transmissão vertical da sífilis no município de Sobral do Estado do Ceará.

Diante disso, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisador

Participante

Consentimento Pós – informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende avaliar as ações de saúde no pré-natal para a prevenção e controle de sífilis na nossa região, cujo título é: **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ** realizada pela pesquisadora Keila Maria Carvalho Martins. Compreendi seus propósitos concordo em participar da pesquisa, e estou ciente que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador

Participante

Apêndice D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Usuária

TCLE

Cara senhora,

Sou do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Estou desenvolvendo um estudo para avaliar as ações de saúde no pré-natal para a prevenção de sífilis na nossa região.

Para isso, estou solicitando sua contribuição nesse estudo. Nesta entrevista conversaremos sobre vários assuntos, como por exemplo: como foi o seu acompanhamento pré-natal, o que é sífilis, quais as formas de transmissão da doença e os riscos que podem trazer para o bebê.

Gostaria de deixar claro que seu nome não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangido, envergonhado, durante essa nossa entrevista, você tem o direito de pedir para interrompê-lo, sem causar prejuízos.

Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento.

Caso queira reclamar sobre esse trabalho, poderá dirigir-se pessoalmente ao responsável pela pesquisa, Keila Maria Carvalho Martins, na Rua Profa. Francisca Félix, nº 368-A - Telefone: (88) 9903-4804, e/ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, que se localiza na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Campus Derby – Telefone: (88) 3677-4255.

Diante disso, gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Pesquisador

Participante ou responsável legal (no caso de adolescente)

Consentimento Pós – informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende avaliar as ações de saúde no pré-natal para a prevenção de sífilis na nossa região, cujo título é: **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ** realizada pela pesquisadora Keila Maria Carvalho Martins, compreendi seus propósitos e, concordo em participar da pesquisa, e estou ciente que em qualquer momento posso retirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, ____ de _____ de 2013.

Pesquisador

Participante ou responsável legal (no caso de adolescente)

Apêndice E - Discursos do Sujeito Coletivo – Enfermeiros

Temática 1: As potencialidades da assistência pré-natal na atenção às gestantes diagnosticadas com sífilis.	
Idéias Centrais	DSC
Garantia da estrutura para a atenção a gestante com diagnóstico de sífilis	DSCE1 – Insumos, US para avaliação fetal no 3º trimestre e laboratório disponível 5 dias na semana, acesso e agilidade dos exames laboratoriais com VDRL + a tempo para intervenção. Sim, estou satisfeita com a estrutura oferecida. É muito satisfatória, sendo as salas e os aparelhos para realização do pré-natal em bom estado. Além de não faltar medicação. Temos o que precisamos em se tratando de atenção primária. O acompanhamento pelo preceptor de obstetrícia, alto risco e de enfermagem; assim como o acesso a medicação para tratamento. Atualmente contamos com teste rápido de sífilis, o que facilita resultado e diagnóstico precoce. Enfim, temos um bom suporte para isso de estrutura física e de pessoal.
O acompanhamento e seguimento na atenção a gestante com diagnóstico de sífilis	DSCE2 – A visita domiciliar, ter vínculo com a comunidade e conhecer a população adscrita ajuda na implementação de um tratamento, assim a potencialidade para a atenção pré-natal de gestantes com sífilis no meu território é identificar, fazer a abordagem ao parceiro, acompanhamento e seguimento eficaz do tratamento, assegurar o tratamento no tempo certo, manter o exame de VDRL mensalmente e, portanto, tratar precocemente as mesmas para prevenir o diagnóstico no RN com sífilis congênita. Sinceramente sou muito feliz com o acompanhamento e seguimento da gestante com sífilis, pois no início de minha vida profissional sofri muito para realizar atendimento de qualidade, além do protocolo utilizado nessa assistência.
Educação em Saúde e conhecimento sobre a sífilis/Capacitação profissional	DSCE3 - Realizamos pré-natal de acordo com protocolo do pré-natal com seguimento da sífilis congênita e adquirida e para tanto, os enfermeiros são capacitados na abordagem às mulheres/gestantes com VDRL + em como orientar sobre a doença no pré-natal, além da capacitação da equipe em ter conhecimento sobre a doença e não somente os profissionais de nível superior. Além do município manter mais educação permanente e capacitação dos profissionais, principalmente os novatos.
Compromisso dos profissionais de saúde	DSCE4 - O comprometimento dos ACS na busca ativa dos casos com visitas semanais, apoio e comprometimento médico. O vínculo que temos com as pessoas, o trabalho sério, a disciplina, a coragem de realizar os procedimentos em tempo, que muitas vezes ultrapassam nossos limites, mas o amor rompe todas as barreiras. Assim fica tudo bem mais fácil, amo meu trabalho, vivo e respiro e agradeço a Deus.

Temática 2 – Os limites da assistência pré-natal na atenção às gestantes diagnosticadas com sífilis.	
Idéias Centrais	DSC
Dificuldade na garantia da atenção integral.	DSCE1 - A falta de contrarreferência da atenção terciária nos cuidados do RN e puérpera com VDRL positivo. Há dificuldade da contrarreferência do hospital que realiza o parto para esclarecer tratamento realizado (Rx dos ossos longos e antibióticos), bem como falta de agendamento no momento oportuno para oftalmologista/neurologista.
Dificuldades no tratamento	DSCE2 - Os limites e dificuldades estão mais relacionados a adesão do parceiro ao tratamento e ao segmento e algumas gestantes são resistentes a fazer os exames diagnóstico no pré-natal, e assim tratadas tardiamente ou não tratada. Portanto, a grande dificuldade é fazer com que as gestantes e seus parceiros façam adesão ao tratamento da doença, pois alguns não aceitam o tratamento; além de alguns serem adolescentes, e não se preocupar com a saúde, mesmo explicando os riscos (às vezes elas não conhecem o parceiro, ou o parceiro se recusa a realizar o exame VDRL). Muitas gestantes possuem companheiros presidiários e/ou fugitivos, o que dificulta também o tratamento para evitar nova infecção da mesma.. Logo, devido às dificuldades para as pessoas para aceitar o tratamento corretamente, é preciso ficar atrás das mesmas. O empecilho dos casos tratados inadequadamente é trabalhar com pacientes vulneráveis, a queixa do tratamento doloroso, o atraso nas doses maior que 7 dias de intervalo da Penicilina Benzatina, múltiplos parceiros, a não adesão ao pré-natal, a não colaboração (não sabe da importância/riscos) da infecção e a não quebra da cadeia de transmissão, ou seja, não utilização do preservativo. Enfim, é interessante citar ainda que a maioria das gestantes com sífilis estão num contexto social precário que compromete o tratamento e seguimento, esse problema comprometem negativamente as ações em saúde.
Dificuldades na gestão e organização dos serviços	DSCE3 - Neste período de 2012, muitos impasses surgiram como: intercorrências no laboratório para resultado dos exames que demoravam muito, faltas de profissionais enfermeiros, pois por diversas vezes, várias áreas ficaram descobertas, áreas sem ACS para cobertura e equipes incompletas de médico para atendimento, o que dificulta busca ativa e acompanhamento. Além das áreas de riscos, com demanda muito elevada, sendo a população/usuário de difícil adesão, pois não realizavam os exames solicitados. Foi um ano sem quase educação permanente para profissionais de nível superior, sabendo a transição de muitos profissionais novatos no sistema e sem experiência. Também possuímos uma demanda massacrante de atendimento, o que, por vezes pode deixar a desejar a busca ativa mais dentro do território, não apenas esperar na UBS, para evitar transmissão vertical.

Dificuldades na estrutura da atenção a gestante com diagnóstico de sífilis	DSCE4 - Salas insuficientes para os profissionais, pois o pré-natal acaba não sendo reservado, temos que dividir o consultório com outro profissional que também realiza consulta (ao nosso lado), pois faltam salas para os profissionais de enfermagem atenderem. Dessa forma, a privacidade é zero. Logo, a estrutura física não dispõe de privacidade das pacientes.
Temática 3: A percepção da assistência pré-natal prestada às gestantes com sífilis no município de Sobral.	
Categorias de análise	DSC
Excelente, devido o acompanhamento prestado pelos enfermeiros.	DSCE1 - Excelente com relação ao acompanhamento por parte da enfermagem, onde os enfermeiros seguem o protocolo estabelecido pelo MS, com busca ativa das faltosas e parceiros, com a realização de exames. Asseguramos o diagnóstico precoce e US para avaliação fetal no 3º TRIM, o seguimento do RN e puérpera.
Boa e efetiva, devido à assistência pré-natal prestada.	DSCE2 - A atenção pré-natal prestada as gestantes com sífilis é boa e considero ainda, efetiva. O pré-natal é oferecido com um bom desempenho do profissional. É realizado com um olhar diferenciado, pois vejo compromisso e responsabilidade por parte dos profissionais em acompanhar todos os casos. Tem que ser monitorado todos os meses o VDRL da gestante para que não aumente a titulação no sangue e que não possa ser transmitida para o bebê. Além de estarem preparados e capacitados para trabalhar com sífilis, e de apoiarem os processos. Procuramos ainda, seguir todo um fluxo para garantir uma adequada assistência a essas pacientes e a serem feitas busca ativa e visitas dos casos de resistência, portanto o tratamento é garantido e o acompanhamento/seguimento dos casos é rigoso. Temos ainda muito apoio da equipe, dos profissionais do “Trevo”, do NASF/Residentes e da coordenação da Atenção Básica, visto ainda os apoios e referencias existentes no município para acompanhamentos.
Satisfatória, devido à estrutura e suporte disponibilizados.	DSCE3 - Satisfatória, pois dá o suporte de laboratório, oferecimento de testes rápidos na UBS, laboratório disponível com resposta hábil e medicação disponível para tratamento. Além da capacitação dos profissionais para tal demanda.
Gestão e Organização do serviço	DSCE4 - As estratégias são a organização do serviço e a existência da educação permanente envolvendo a sífilis. Além da utilização de mapas mensais de controle, mapas de notificação da Vigilância para monitoramento e planejamento de entrega do mapa pontualmente em data específica bimestralmente. O monitoramento através de livros, planilhas de registro mensais. Destaco ainda o Comitê de mortalidade infantil, a Comissão para estudo da Sífilis e Oferecimento de testes rápidos na UBS.
Assistência pré-natal	DSCE5 - O desenvolvimento de ações na UBS sobre o assunto,

referente acompanhamento, seguimento e tratamento da sífilis.	ao	a realização de campanhas educativas nas ruas, escolas para aumentar conhecimento da população a essa situação de risco. Além de campanhas contra DST/AIDS e sífilis e de campanhas para realização de exame VDRL. Logo, a utilização de grupos e espaços da UBS para esclarecer sobre o assunto, sendo que durante o grupo de gestante é abordado o tema, e entre outros temas importantes à gestação. E como sugestão a criação de comissões intra-UBS que acompanhem os casos de resistência.
--	----	---

Apêndice F - Discursos do Sujeito Coletivo – Mulheres

Temática 1: A percepção sobre o atendimento pré-natal.	
Categorias de análise	DSC
Bom, mas poderia melhorar o acompanhamento pré-natal	DSCM1 - Foi bom, o que poderia melhorar né.. é mais o comparecimento dos agentes de saúde de vim saber como a gente tá, se tá precisando de alguma coisa. Além disso, pode melhorar o atendimento na recepção... Às vezes, eu chegava lá e não tinha uma pessoa pra me atender logo. E por fim, o que eu acho que poderia melhorar é a questão das ultrassom, porque aí no posto a pessoa só tem direito a uma, geralmente você ganha no início da gravidez, quando você tem condições de pagar faz outra; mas quando não, fica só com uma mesmo.
Excelente, porque garante um acompanhamento pré-natal adequado.	DSCM2 - Foi ótimo. O atendimento no posto é excelente. O agendamento das consultas era fácil, rápido. Eu ia no balcão marcar. As minhas consultas não demoravam, era marcadas todo mês, de 15 em 15 dias e depois uma semana. Eram quase sempre mensais. Não esperava muito, por eu ser gestante era logo atendida, às vezes eu chegava na hora e o médico não demorava. Eu fui bem recebida, fui bem acompanhada, me trataram bem. As pessoas me tratava bem. Aqui quando eu chego todo mundo me trata bem. Toda hora tinha gente aqui me apoiando e muita coisa eu ganhei. Gostei muito do meu pré-natal, as enfermeiras são gente boa e todas as pessoas dali do posto.
Bom, porque o pré-natal trouxe benefícios.	DSCM3 - Foi bom porque trouxe muitos benefícios, pois quando você faz o pré-natal tem a oportunidade de acompanhar todo o desenvolvimento da criança e de você se cuidar, favorecendo tanto a mãe quanto a criança. Logo, é pra saber como a criança tá. Assim, cuidaram de mim, do meu bebê de e da doença que eu nem sabia que eu tinha. Foi detectada uma pequena infecção no meu sangue, até isso daí eu não sabia, mas ajudou, graças ao pré-natal. Então, eu descobri uma coisa que eu não tinha ai eu fui medicada, graças a Deus agora eu tô bem. Tudo foi bom, todo o acompanhamento, ter as consultas ativas, assim ter né, a garantia das coisas, do ultrassom, o atendimento da enfermeira foi ótimo e da doutora também. Foi bom eles, profissionais, tá falando com a gente.. Foi bom o atendimento odontológico e o acompanhamento na hora de ter meu bebê. Enfim tive mais experiências.
Não foi muito bom devido às dificuldades vivenciadas durante o pré-natal	DSCM4 - Não foi muito bem, tive dificuldades de locomoção, de sair da minha casa pra ir pras consultas. Eu sempre ia de topic ou então de moto-táxi e isso as vezes eu ficava incomodada devido tá grávida, às vezes na topic nunca ninguém cedia lugar pra mim sentar, ai quando não tinha espaço eu ia em pé. Não era fácil a marcação das ultrassom. O agendamento das consultas às vezes era difícil porque todo mês era uma enfermeira nova, ai demorava pra marcar. Assim... já é no termo da agente de saúde né, ela não vinha, tinha o dia eu

	perdia a consulta por causa da agente de saúde que não vinha deixar o dia de ir pro pré-natal, eu perdia por conta da agente de saúde. Então, as consultas demoravam, tanto pro médico como para o enfermeiro. Não me senti bem recebida no posto porque é quente, não tinha espaço, né, onde nós ficava era um cantinho assim, tinha um monte de grávida, tinha que subir uma escada só faltava ficar lá em cima, horrível e quente.
Temática 2: Participação em ações e/ou atividades desenvolvidas no centro de saúde da família durante o acompanhamento pré-natal direcionadas a sífilis.	
Categorias de análise	DSC
Não participou de atividade de educação em saúde	DSCM1 - Não participei. Participei só do tratamento mesmo por conta do enfermeiro e eu fiz os exames e deu positivo, né? Aí fiz o tratamento. Tive orientações só assim durante o pré-natal e ele me explicava o que poderia acontecer, mas reunião não. Eu me lembro que teve uma campanha sobre a AIDS que eu participei né, que todas as gestantes participaram dessa campanha. Participei, aqui no posto também no dia que eu fui fazer a palestra da minha ligação. Participava do grupo de gestantes, tinha ginástica para na hora do parto, explicação na hora do parto um monte de coisa. Participei em outro posto de um grupo. porque eu fiquei lá só uns dias, aí fui pro grupo de lá, foi sobre dsts. Teve uma dinâmica, aí passaram um balão com algumas perguntas sobre dsts explicando sintomas e reações.
Sim. Participou de atividade de educação em saúde.	DSCM2 -Participei de muitas. Participei de todas. A ACS ia me pegar em casa todas às vezes. Era pra dizer como era para fazer no dia do pré-natal, sobre a minha gravidez e sobre a doença que eu tava. As palestras aconteciam umas duas vezes por mês.
Não lembra se participou de alguma atividade de educação em saúde.	DSCM3 - Nem me lembro mais, não lembro de nenhuma.
Temática 3: Orientação sobre sífilis durante o atendimento pré-natal.	
Categorias de análise	DSC
Sim. Foi orientada, mas não lembra.	DSCM1 - Fui orientada, mas não lembro, pois foi no começo da gravidez. Assim, fiz só o tratamento. A enfermeira me mostrou né, os detalhes das coisas, mas não lembro nem das complicações para a criança. Fiz todos os exames, tudo direitinho, pra gestante é mais fácil. Então, tirava sangue. Fazia exame só pra saber se ainda tava com a doença.
Sim. Foi orientada sobre a prevenção, tratamento e controle da sífilis.	DSCM2 -Fui orientada sobre o tratamento e sobre as doenças sexualmente transmissíveis eu fui orientada o pré-natal todo. Assim quando eu peguei meu exame eu já sabia, eu pesquisei o que era e como seria o tratamento, Então eu já sabia quando fui pra enfermeira e a minha preocupação era com a criança. Eu já tinha um conhecimento, mas ela me explicou. Assim, durante o tratamento não poderia ter relação sexual e se tivesse seria com camisinha. Não era pra ter relação sem camisinha. Fiz o tratamento, lembro que eu tratei com penicilina, da sífilis é o

	para tomar benzetacil. Tomei 3 doses de duas, assim uma em cada lado, três semanas, eu e meu esposo. Disseram que se eu não fizesse o tratamento, meu neném poderia nascer cego né, que ele poderia ter alguma complicação, principalmente poderia nascer cego, se eu não fizesse o tratamento. Era pra me prevenir sobre não ter relação com outra pessoa, ou com meu marido, ele não fez tratamento. Eu tomei a medicação até perto de ganhar a neném, aí também lá no hospital eu fiz o tratamento. Fui orientada sobre os exames realizados no pré-natal. Eram muitos exames, vários tipos de exame para saber como eu estava e o bebê, tudo para o pré-natal. Lembro dos exames de sangue. Foi pedido HIV, VDRL para sífilis, hemograma completo. Sumário de urina pra saber se você tá com infecção urinária. Fiz um pra diabetes, o TTGO. Sei que um desses exames apareceu uma pequena infecção no sangue e tive de fazer vários exames pra saber se tá muito ou pouco a infecção. Enfim, foram muitos exames.
Não foi orientada.	DSCM3 - Soube o que eu tinha, mas saber assim o que era mesmo...não. Bom, disseram que eu tava, né com sífilis, mas assim não me explicaram o que era, né?! Fiz o tratamento bem direitinho, mas eu queria saber o que era aquilo ali. Eu fui saber realmente já depois por outras pessoas. Não, falaram não, mas deve ser transmitida pelo sexo, né? E eu vi num papel lá que o bebê pode nascer cego, morrer. Não fui orientada, eu sentia vontade de perguntar, mas me sentia constrangida, com vergonha de perguntar.

ANEXOS

Anexo A- Formulário adaptado de Avaliação da Estrutura - Centros de Saúde da Família (Rocha, 2011)

FORMULÁRIO

ESF: _____ CÓDIGO: _____

I PLANTA FÍSICA

1. Há sala de espera com bancos para sentar	00	05	10
2. Existe sala de exame (consultório) individual	00	05	10
3. A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas	00	05	10
4. Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	00	05	10
5. Há luz individual suficiente para atividades que requeiram maior iluminação	00	05	10
6. Há sistema para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.)	00	05	10
7. Há sala disponível para atividades docente e ou educação em saúde	00	05	10
TOTAL DA PLANTA FÍSICA	MÁX.70		

II. RECURSOS HUMANOS

08. Os (as) pré-natalistas são especialistas em Ginecologia e/ou Obstetrícia	00	05	10
09. Há atendimento pré-natal no mínimo 01X por semana (ou 02 turnos)	00	05	10
10. Há médicos e enfermeiros na condução do pré-natal	00	05	10
11. Há ACS responsável pelas gestantes inscritas no programa de pré-natal	00	05	10
12. Há Auxiliar de Enfermagem trabalhando nos dias de pré-natal	00	05	10
13. Dispõe de encaminhamento para outros especialistas quando necessário	00	05	10
14. Há funcionário administrativo para auxiliar no preenchimento dos papéis	00	05	10
15. Há um faxineiro por turno todos os dias	00	05	10
TOTAL DE RECURSOS HUMANOS	MÁX.80		

III. RECURSOS MATERIAIS

Em cada consultório onde é feita a consulta pré-natal existe:

16. Mesa e cadeiras	00	05	10
17. Mesa ginecológica	00	05	10
18. Foco de luz	00	05	10
19. Balança para adulto (peso/altura)	00	05	10
20. Esfigmomanômetro	00	05	10
21. Estetoscópio clínico	00	05	10
32. Estetoscópio de Pinard/Sonar Doppler	00	05	10
23. Fita métrica flexível e inelástica	00	05	10
24. Espéculos	00	05	10
25. Material para coleta de exames colpocitológico	00	05	10
26. Gestograma ou disco obstétrico	00	05	10
27. Roupa de cama e camisola limpa	00	05	10
28. Lixeira para material usado	00	05	10
29. Existe efetiva manutenção e reparo dos equipamentos e instrumental utilizados	00	05	10
TOTAL DE RECURSOS MATERIAIS	MÁX.140		

IV. APOIO LABORATORIAL MÍNIMO

Na unidade é garantida a realização dos seguintes exames de rotina

30. Hemograma completo	00	05	10
31. Grupo sanguíneo e fator Rh	00	05	10
32. VDRL	00	05	10
33. Teste de Coombs indireto	00	05	10
34. Glicemia de jejum	00	05	10
35. TTOG	00	05	10
36. Sumário de urina	00	05	10
37. Urocultura com antibiograma	00	05	10
38. Ultra-sonografia	00	05	10
39. Papanicolau	00	05	10
40. Teste anti-HIV	00	05	10
41. TIG	00	05	10
42. TPHA	00	05	10
TOTAL DE APOIO LABORATORIAL	MÁX.130		

V. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A medicação dispõe dos medicamentos abaixo segundo normas

43. Antiácidos	00	05	10
44. Sulfato ferroso	00	05	10
45. Ácido fólico	00	05	10
46. Penicilina Benzatina	00	05	10
47. Analgésicos	00	05	10
48. Antitérmicos	00	05	10
49. Insulina	00	05	10
50. Anti-hipertensivos	00	05	10
51. Antibióticos	00	05	10
52. Remédios para o tratamento de corrimento vaginal	00	05	10
TOTAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	MÁX.100		

VI. SISTEMA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Sempre que necessário, individualmente há:

53. Sistema de referência funcionante	00	05	10
54. Sistema de contrarreferência funcionante	00	05	10
TOTAL DE INSTRUMENTOS DE REGISTRO	MÁX. 20		

VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Em cada consulta realizada, individualmente há:

55. Cartão da gestante (ou caderneta)	00	05	10
56. Ficha perinatal	00	05	10
57. Mapa de registro diário	00	05	10
TOTAL DE INSTRUMENTOS DE REGISTRO	MÁX.30		

ESTRUTURA	Total de Pontos	Pontos Obtidos	Obtidos Proporção
I. PLANTA FÍSICA	70		
II. RECURSOS HUMANOS	80		
III. RECURSOS MATERIAIS	140		
IV. APOIO LABORATORIAL	130		
V. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	100		
VI. SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	20		
VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO	30		
TOTAL GERAL	570		

Anexo B - Formulário adaptado de Avaliação do Processo de Trabalho – Prontuários e Fichas Perinatais (Siqueira, 2004)

Formulário

1 Dados sócio-demográficos

Iniciais: _____

Estado Civil: () Solteira () Estável () Casada

Idade: _____ Procedência: _____

Profissão: _____

Renda Familiar:

() Menos de 1 salário mínimo () 2 salários mínimos

() 1 salário mínimo () Mais de 2 salários

Escolaridade:

() Analfabeta

() Ensino fundamental I completo

() Ensino médio completo

() Ensino fundamental I incompleto

() Ensino médio incompleto

() Ensino fundamental II completo

() Superior completo

() Ensino fundamental II incompleto

() Superior incompleto

Etnia: Branco () Pardo () Negro () Mulato () Indígena () Amarelo ()

A casa em que você reside é: () Emprestada ou cedida; () Própria ou em pagamento;

() Alugada. (Valor do Aluguel R\$ _____); () Própria já quitada

Forma de abastecimento da água: () rede geral () Poço ou nascente () Outra

Possui rede elétrica: () SIM () NÃO

Possui saneamento: () SIM () NÃO

Tipo de casa: () Taipa () alvenaria () Outro _____

Quem mora com você? () Moro sozinho; () Filhos; () Moro com Pai; () Irmãos; () Moro

com Mãe; () Outros parentes; () Esposa, marido, companheiro; () Amigos ou colegas;

Município em que realizou o pré-natal:

2 Dados Gineco-obstétricos

Gesta _____ Para: _____ Aborto: _____ Vaginal: _____ Cesárea: _____

Quantos filhos vivem: _____

Teve algum natimorto: _____

História de Infecção Urinária _____

Hipertensão Anterior _____

História de DST _____

3) Formulário checklist geral –pré-natal

Realizou 4-5 consultas	05	
Realizou 6 ou mais consultas	10	
Foi registrado explicação da caderneta da gestante	10	
A caderneta foi preenchida parcialmente	05	
A caderneta foi preenchida completamente	10	
Iniciou suas consultas no 1º trimestre, até 17 semanas	10	
As consultas subseqüentes eram sempre agendadas (ver maioria)	10	
Foi medida a altura na 1ª consulta	10	

Foi pesada na 1ª consulta	10	
Foi pesada em todas as consultas	10	
Foi calculado e/ou informado se houve ganho de peso (seu)	10	
Foi calculado e /ou informado se houve ganho de peso do bebê	10	
Foi verificado a P.A em todas as consultas	10	
Foi pesquisada a presença de edemas	10	
Foi registrada a IG e DPP na primeira consulta	10	
Foi registrada a IG em todas as consultas	10	
Foram examinadas as mamas	10	
Foi orientada quanto ao aleitamento materno	10	
Foi medida a AU em todas as consultas depois que esta se tornou palpável	10	
Foi feita a palpação obstétrica (manobras)	10	
Foram auscultados os BCF's em todas as consultas depois que estes se tornaram audíveis	10	
Foi registrado o controle de vacinação	10	
Foi aconselhada quanto ao atendimento odontológico	10	
Foi realizado aconselhamento de DST e AIDS	10	
Foi solicitado Hemograma 02 vezes	10	
Foi solicitado Hemograma 01 vez	05	
Foi solicitado tipagem sanguínea e fator Rh 01 vez	10	
Foi solicitado VDRL 02 vezes	10	
Foi solicitado VDRL 01 vez	05	
Foi solicitado sumário de urina 02 vezes	10	
Foi solicitado sumário de urina 01 vez	05	
Foi solicitado glicemia de jejum 02 vezes	10	
Foi solicitado glicemia de jejum 01 vez	05	
Foi solicitado Papanicolau	10	
Foi solicitado teste anti-HIV 01 vez	10	
Foi solicitado TPHA		
Foi solicitado US até 20ª semana ou na 1ª consulta	10	
Foi solicitado US após 20ª semana	10	
Foi solicitado US morfológica	10	
Foram fornecidos medicamentos quando necessários	10	
A sífilis foi tratada com Penicilina Benzatina	10	
As doses administradas de Penicilina Benzatina obedeceram as recomendações do MS, no tocante a dosagem e aprazamento	10	
O parceiro foi tratado para sífilis.	10	
Foi realizado controle de cura mensal da gestante por meio do VDRL	10	
O parto deu-se após 30 dias da conclusão do tratamento	10	
Observou-se redução das titulações após o tratamento	10	
Foi realizado algum tipo de palestra	10	
Foram registradas orientações, tiradas as dúvidas existentes, conversado sobre a gravidez, parto e puerpério	10	
Foi orientada quanto aos sinais de trabalho de parto	10	
Recebeu visita domiciliar do ACS todo mês	10	
Havia consulta agendada até o parto	10	
Fez o pré-natal com o médico e com o enfermeiro	10	

Fez o pré-natal apenas com o médico ou apenas com o enfermeiro	05	
Foi referida ao pré-natal de alto risco no caso de necessidade ou não foi referida por não necessitar	10	
TOTAL DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	470	

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	Total de Pontos	Pontos Obtidos	Proporção
TOTAL GERAL	470		

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ.

Pesquisador: KEILA MARIA CARVALHO MARTINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20964313.9.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 420.461

Data da Relatoria: 02/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo será desenvolvido em 18 Centros de Saúde da Família que notificaram casos de gestantes com sífilis no ano de 2012, onde serão investigadas as estruturas dos referidos CSF, as gestantes com sífilis e os profissionais de saúde que ofertaram a assistência pré-natal a essas gestantes. A abordagem da avaliação será quanti e qualitativa. O processo de coleta de dados está organizado em três etapas, fundamentada pelas proposições de Donabedian, e que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. Os dados referentes à Estrutura serão coletados por meio de formulário checklist baseado no instrumento de Rocha (2011). Na etapa do Processo, a coleta se dará por meio da aplicação de um questionário aos profissionais de saúde (enfermeiro) apontados como responsáveis pela assistência pré-natal das referidas gestantes, sendo utilizado ainda dados obtidos através dos prontuários e fichas perinatais das gestantes com sífilis através do formulário elaborado por Siqueira (2004), tendo como referência as diretrizes do Protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis do Ministério da Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Pesquisa com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes diagnosticadas com sífilis no município de Sobral-CE no ano de 2012, com enfoque na prevenção

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 420.461

e controle da transmissão vertical.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não apresenta riscos para os participantes. O estudo contribuirá para que profissionais de saúde ressignifiquem a atenção à saúde dessas mulheres, sendo possível ainda, conhecer melhor as dificuldades na prevenção da transmissão vertical de sífilis, bem como as necessidades dos profissionais de saúde durante o diagnóstico e tratamento da sífilis, possibilitando a elaboração de medidas de organização dos serviços de saúde e de apoio a essas gestantes. Portanto, os resultados servirão como instrumento de avaliação dos serviços de saúde e poderão contribuir para a construção de políticas de saúde para os municípios da região e do Estado do Ceará.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, apresentando boa contextualização do objeto de investigação e rigor metodológico na elaboração de cada etapa do processo de coleta e análise das informações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto incluiu os Termos de apresentação obrigatórias conforme exigências éticas.

Recomendações:

Enviar relatório final ao CEP através da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências. Recomendamos a aprovação do protocolo de pesquisa, uma vez que não apresenta implicações éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto apresentado e discutido na reunião do CEP do dia 09/10/2013 sendo classificado como aprovado.

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 420.461

SOBRAL, 09 de Outubro de 2013

Assinador por:
Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com