



CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMMIA VALESKA FERREIRA MEMORIA

**CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
QUANTO A PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

TERESINA
2015

SAMMIA VALESKA FERREIRA MEMORIA

**CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
QUANTO A PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Carmen Viana Ramos

Área de concentração: Saúde da Família.
Linha de pesquisa: Formação de recursos humanos na atenção à saúde da família.

TERESINA
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

M533c MEMORIA, Sammia Valeska Ferreira

Condutas dos profissionais da estratégia saúde da família quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita / Sammia Valeska Ferreira Memoria. Orientador (a): Prof. Dr. Carmen Viana Ramos - Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2015.

75p.

(Pós-Graduação Stricto Sensu- mestrado profissional em saúde da família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI, 2015.

1. Condutas na prática médicos. 2. Estratégia saúde da família 3. Sífilis congênita.
I. Título.

CDD 837

SAMMIA VALESKA FERREIRA MEMORIA

CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
QUANTO A PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
DA SÍFILIS CONGÊNITA

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Data da Aprovação: 19 de Junho de 2015

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carmen Viana Ramos (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha (1ª Examinadora)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)



Profa. Dra. Eliana Campelo Lago (2ª Examinadora)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Suplente:



Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida
Centro Universitário UNINOVAFAPI

Há momentos na vida em que percebemos o quanto são importantes as pessoas que nos dão a razão para viver. A Deus e a meus Pais (João e Francisca) meu sincero muito obrigado. Aos meus irmãos e familiares por todos os momentos em que sempre presentes me mostraram a importância em persistir. E, em especial, ao meu pequeno príncipe Mateus Arcângelo Memoria e Silva.

AGRADECIMENTOS

Torna-se complexo e difícil em meio ao leque de pessoas que de perto e incessantemente acompanharam essa trajetória citar algumas em especial.

Muitas são as pessoas, as instituições a agradecer em decorrência da conclusão deste trabalho.

Sei que não foi fácil essa caminhada e, nem tão pouco, os obstáculos a superar. Esses, os quais não conseguiria transpor não fosse com o auxílio e o empenho de várias pessoas.

Então, agradeço a todas as pessoas que no desempenho de suas funções contribuíram para a concretização dessa jornada. Aos professores sempre capacitados e prontos a nos auxiliar.

Não posso deixar de agradecer aos meus familiares e amigos, que souberam compreender os momentos de angústia, ansiedade e se portaram presentes e sempre prontos a auxiliar.

À Professora Carmen Viana, sempre disposta a colaborar nos momentos mais oportunos, sendo exemplo profissional, como pessoa e especialmente como mãe. Um exemplo a seguir.

Agradeço a meu esposo pelo apoio e companheirismo em todos os momentos e jornadas vividos em nossas vidas.

Enfim, a todos aqui citados e ora não lembrados, meu sincero muito obrigada.

RESUMO

A sífilis congênita (SC) ainda é considerada um importante problema de saúde pública apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico e totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de seu parceiro é realizado de forma adequada. A pesquisa apresenta como objeto de estudo as condutas dos profissionais de saúde da estratégia Saúde da Família (ESF) no que tange à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita durante o pré-natal e acompanhamento do recém-nascido conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde - MS. O objetivo do estudo foi analisar as condutas dos profissionais da ESF que atuam na consulta pré-natal e no acompanhamento da criança quanto à prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança com SC. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo realizado em um município do Estado do Piauí, com 60 profissionais (35 enfermeiros e 25 médicos) que atuavam na ESF. A coleta deu-se por um questionário semiestruturado com três partes: a primeira abordou questões sobre a caracterização sociodemográfica e formação dos profissionais de saúde. Na segunda, questões relacionadas ao conhecimento dos profissionais sobre a sífilis na gestação (diagnóstico e tratamento) e a terceira relativa ao conhecimento sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da SC. Os dados foram processados no Microsoft Excel 2010 com base estatística de frequências absolutas e percentuais. Os resultados demonstraram que a maioria (56,5%) não recebeu qualquer treinamento sobre a SC. Quanto ao treinamento para sífilis na gestação, 31% afirmou não ter feito e 11% não informou. Dentre os que fizeram o treinamento, 15% participou há mais de 2 anos. A maioria (92%) solicita o VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) no pré-natal (1º e 3º trimestre). Quanto ao tratamento da sífilis durante a gestação, somente 27% utiliza o esquema da 3ª série, conforme recomendação do MS. Para os participantes do estudo a prevenção da SC é feita através da solicitação do VDRL (23%), pré-natal (37%), relação sexual segura (22,5%) e tratamento do parceiro (17%). Quanto ao tratamento para SC 16,5% considerou o VDRL como forma de tratamento e 83,5% a penicilina benzatina. Foram citadas dificuldades no acompanhamento dos pacientes com sífilis tais como: a marcação de exames (20%), a falta de capacitação (15,5%), a ausência de medicamentos (7,5%), a não realização de exames na UBS (61,5%), a não colaboração da mãe (50 %) e do parceiro (16,7%). Constata-se um despreparo dos profissionais no que tange às condutas de prevenção, diagnóstico e tratamento da SC, provavelmente relacionada à insuficiente qualificação recebida. Há necessidade de melhor formação para lidar com a SC através de programas destinados à capacitação continuada dos profissionais da ESF, visto a necessidade de uma atualização constante quanto às ações cotidianas desenvolvidas acerca da sífilis congênita. Além disso, outras medidas como a realização de um monitoramento das ações e elaboração de protocolos contribuiriam para redirecionar as condutas, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Condutas na Prática dos Médicos. Estratégia Saúde da Família. Sífilis Congênita.

ABSTRACT

Congenital syphilis (CS) is still considered a major public health problem, despite being a disease easily diagnosed and completely avoidable when the treatment of pregnant woman and her partner is carried out properly. The research has as object of study the behavior of health professionals of the Family Health Strategy (ESF) in relation to the prevention, diagnosis and treatment of congenital syphilis during prenatal care and monitoring of newborns, according to guidelines established by the Ministry of Health - MH. The aim of the study was to analyze the behavior of the FHS professionals working in prenatal consultation and monitoring the child and the prevention, diagnosis, treatment and monitoring of children with CS. It is a descriptive exploratory, quantitative study held in a city in the state of Piauí, with 60 professionals (35 nurses and 25 physicians) who worked in the FHS. The gathering of information was given by a semi-structured questionnaire with three parts: the first addressed questions about sociodemographic characteristics and training of professionals. In the second, issues related to the knowledge of professionals on the CS (diagnosis and treatment) and the third the knowledge of symptoms and CS treatment procedures. Data were processed in Microsoft Excel 2010, with statistical basis of absolute and percentage frequencies. The results showed that most (56.5%) received no training on CS. As for the training for syphilis during pregnancy, 31% claimed to have not done and 11% did not inform. Among those who have done the training, 15% participated for over two years. Most (92%) requests the VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) in prenatal (1st and 3rd quarter). As for the treatment of syphilis during pregnancy, only 27% use the scheme of 3rd grade as MS's recommendation. For the study participants the prevention of CS is done by request of the VDRL (23%), prenatal care (37%), safe sex (22.5%) and partner treatment (17%). As for treatment for CS, 16.5% considered the VDRL as a treatment. The difficulties were cited: marking exams (20%), the lack of training (15.5%), the absence of drug (7.5%), not performing tests at the SCP (61.5%), the lack of mother collaboration (50%) and partner (16.7%). There has been a lack of preparation of the professionals regarding the conduct of prevention, diagnosis and treatment of CS probably related by insufficient received qualification. There is need for better training to deal with the CS through programs for continuous training of the FHS professionals, given the need for constant update on the everyday actions developed about congenital syphilis. In addition, other measures such as carrying out a monitoring of actions and preparation of protocols contribute to redirect the conducts, according recommended by the Ministry of Health.

Keywords: Medical Conducts. Family Health Strategy. Congenital Syphilis.

RESUMEN

La sífilis congénita (SC) todavía se considera un problema de salud pública, a pesar de ser una enfermedad de fácil diagnóstico y completamente evitable en el tratamiento de la mujer embarazada y su pareja se lleva a cabo correctamente. La investigación tiene como objeto de estudio el comportamiento de los profesionales de la salud de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en relación con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la sífilis congénita durante la atención prenatal y el seguimiento de los recién nacidos, de acuerdo con las directrices establecidas por el Ministerio Salud - MS. El objetivo del estudio fue analizar el comportamiento de los profesionales del FSE de trabajo en consulta prenatal y seguimiento del niño y la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños con SC. Es un estudio descriptivo, exploratorio, cuantitativo realizado en una ciudad en el estado de Piauí, con 60 profesionales (35 enfermeras y 25 médicos) que trabajan en el ESF. La colección fue dada por un cuestionario semi-estructurado con tres partes: la primera dirigida preguntas sobre características sociodemográficas y formación de profesionales. En el segundo, las cuestiones relacionadas con el conocimiento de los profesionales sobre la SC (diagnóstico y tratamiento) y el tercero el conocimiento de los síntomas y los procedimientos de tratamiento de SC. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel 2010, con base estadística de las frecuencias absolutas y porcentuales. Los resultados mostraron que la mayoría (56,5%) no recibieron capacitación en SC. En cuanto a la capacitación para la sífilis durante el embarazo, el 31% dijo que no había hecho y el 11% no informar. Entre los que han hecho la formación, el 15% ha participado hace más de dos años. La mayoría (92%) solicita al VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) en prenatal (1º y 3º trimestre). En cuanto al tratamiento de la sífilis durante el embarazo, sólo 27% utiliza el esquema de 3º grado como la recomendación de el MS. Para los participantes en el estudio de la prevención de la SC se hace por petición del VDRL, (23%), la atención prenatal (37%), el sexo seguro (22,5%) y el tratamiento de la pareja (17%). En cuanto al tratamiento para SC 16,5% considera el VDRL como tratamiento y 83,5% de penicilina benzatina. Las dificultades fueron citados en el seguimiento de pacientes con sífilis como: programación de exámenes(20%), la falta de formación (15,5%), la ausencia de drogas (7,5%), no no realizar exámenes en UBS (61.5%), la falta de cooperación de la madre (50%) y su pareja (16,7%). Ha habido una falta de preparación de los profesionales con respecto a la conducta de prevención, diagnóstico y tratamiento de la SC probablemente relacionado con la calificación recibida insuficiente.

Hay necesidad de una mejor formación tratar con la SC a través de programas de formación continua de los profesionales de la ESF, dada la necesidad de actualización constante sobre las acciones diarias desarrolladas sobre la sífilis congénita. Además, otras medidas, como la realización de un seguimiento de las acciones y la preparación de protocolos contribuyen a redirigir las conductas, según lo recomendado por el Ministerio de Salud.

Palabras clave: Las prácticas médicas. Estrategia de Salud Familiar. La sífilis congénita.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNESNet	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica
RN	Recém-nascido
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informações de Agravos e Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais da estratégia saúde da família (ESF) de um município do Piauí.....	39
TABELA 2	Diagnóstico da sífilis na gestação e da sífilis congênita realizados pelos profissionais da ESF em um município do Piauí.....	40
TABELA 3	Prevenção, tratamento e notificação da sífilis congênita realizada por profissionais da ESF de um município do Piauí.....	41
TABELA 4	Dificuldades no processo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis congênita pelos profissionais da ESF de um município do Piauí.....	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Contextualização do Problema.....	11
1.2 Objetivos.....	13
1.2.1 Objetivo Geral.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	13
1.3 Justificativa.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 Sífilis congênita: conceituação, caracterização, prevalência, diagnóstico e tratamento.....	15
2.2 Estratégia Saúde da Família e Sífilis Congênita: formação, ação e educação permanente dos profissionais de saúde.....	21
3 METODOLOGIA.....	27
3.1 Tipo de Pesquisa.....	27
3.2 Local da Pesquisa.....	27
3.3 Participantes da Pesquisa e Amostragem.....	27
3.4 Técnica e Instrumento para Coleta de Dados.....	28
3.5 Análise dos Dados.....	29
3.6 Aspectos Éticos e Legais.....	29
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	31
4.1 Manuscrito – Condutas dos profissionais da estratégia Saúde da Família quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita.....	31
4.2 Produto – Informativo aos profissionais da estratégia Saúde da Família na conduta (prevenção, diagnóstico e tratamento) da sífilis congênita.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES.....	51
ANEXOS.....	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

Sífilis é uma das doenças sexualmente transmissíveis (DST) que podem ser transmitida durante o ciclo grávido-puerperal. Essa enfermidade, apesar do governo nos últimos anos implementar várias medidas epidemiológicas, continua sendo um problema de saúde pública por milhares de crianças, anualmente, serem infectadas (BRASIL, 2007).

Dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção através da transmissão vertical, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo-se para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna. Quanto aos desfechos, o aborto espontâneo, o feto não morto ou a morte perinatal estão presentes em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas (BRASIL, 2006).

A sífilis é tida como uma pandemia. Em termos mundiais, aproximadamente um terço dos indivíduos expostos a um parceiro com sífilis adquirirá a doença (BRASIL, 2007). Na população geral estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis no mundo e que pelo menos meio milhão de crianças nasçam com a forma congênita da doença, e ainda, que a sífilis materna cause outro meio milhão de natimortos e abortos, caracterizando-se sobremaneira num grave problema mundial de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2005a).

O número de casos de sífilis congênita é expressivo. No Brasil, entre 1998 e junho de 2012, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN), 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. A Região Sudeste registrou 36.770 (45,9%) desses casos; o Nordeste, 25.133 (31,4%); o Norte, 6.971 (8,7%); o Sul, 6.143 (7,7%); e o Centro-Oeste, 5.024 (6,3%) (BRASIL, 2012).

Em 2011, foram notificados 9.374 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 4.083 (43,6%) na Região Sudeste, 3.188 (34,0%) na Região Nordeste, 908 (9,7%) na Região Sul, 801 (8,5%) na Região Norte e 394 (4,2%) na Região Centro-Oeste. Com relação à taxa de incidência de sífilis

congênita no Brasil, em 2011 observou-se uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, 3,8 e 3,6, respectivamente. Das Unidades Federativas, o Rio de Janeiro (9,8 por 1.000 nascidos vivos), Ceará (6,8), Sergipe (6,7), Alagoas (5,9), Rio Grande do Norte (5,4) e Pernambuco (4,9) apresentaram as maiores taxas de incidência em 2011. O Piauí apresentou a taxa de 2,1 por 1000 NV (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a sífilis apresenta-se epidemiologicamente como uma doença em ascensão, com cerca de 900 mil novas ocorrências registradas a cada ano. Estima-se que 3,5% das gestantes no país sejam portadoras da doença. O risco de transmissão vertical do treponema encontra-se entre os 50 e os 85% (BRASIL, 2005a).

Desconsiderando o número significativo de casos subnotificados, os indicadores podem refletir a baixa qualidade do pré-natal no Brasil e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez (SES - SP, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, a realização de um projeto de verificação da prevalência do HIV e sífilis em parturientes, confirmou que das mulheres que foram identificadas com sífilis em 2011, durante o pré-natal, apenas 11,5% tiveram seus parceiros tratados (BRASIL, 2012).

Brasil (2011) aponta ainda que aludindo esses dados a nível estadual, o Rio de Janeiro é o que tem a maior taxa de sífilis congênita - 9,8 ocorrências da doença a cada 1 mil recém-nascidos. O estado do Ceará é o segundo com (6,8) e Sergipe o terceiro com (6,7). O local com menor taxa de sífilis em recém-nascidos é o Piauí (0,8). Entretanto, esses dados podem refletir a subnotificação. Embora o Estado do Piauí aponte índices baixos de sífilis congênita, os dados podem omitir a realidade, em meio à desinformação, desinteresse e/ou preocupação com a enfermidade por parte dos profissionais e do próprio governo.

No município abordado no estudo, no ano de 2013 foram diagnosticados 24 (vinte e quatro) casos de sífilis congênita, sendo que destes, somente dezessete residiam no município. Ainda sobre a sífilis congênita, nove foi o número de casos notificados, implicando em 2,7 por 1000 nascidos vivos para o ano de 2011 (BRASIL, 2012). A literatura aponta que a formação recebido pelos profissionais de saúde não

os deixa aptos para atuarem na perspectiva da atenção integral à saúde, com foco na promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

Estudos como o de Brito e Ferreira (2003) demonstram que os profissionais de saúde desconhecem o esquema correto para o tratamento da sífilis na gestação, contribuindo para o aumento de casos da sífilis congênita. Tal fato evidencia falhas do serviço de saúde, particularmente na atenção pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da sífilis nesse período são medidas simples e bastante eficazes para a sua prevenção (BRASIL, 2006).

Sob esse enfoque, apresentadas as considerações, tem-se como objeto de estudo da pesquisa as condutas dos profissionais de saúde da estratégia Saúde da Família no que tange à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita durante o pré-natal e acompanhamento do recém-nascido, conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

1.2 Objetivos

1.2.1. Geral

Analisar as condutas dos profissionais da ESF que atuam na consulta pré-natal e no acompanhamento da criança quanto à prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança com sífilis congênita.

1.2.2 Específicos

- Caracterizar os participantes do estudo quanto aos indicadores sociodemográficos e de formação;
- Verificar o conhecimento dos profissionais que realizam a consulta de pré-natal e acompanhamento da criança na ESF sobre a prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis congênita;
- Identificar as dificuldades dos profissionais em relação a realização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis congênita.
- Elaborar um informativo de assistência à sífilis congênita para os profissionais de saúde da ESF.

1.3 Justificativa

A justificativa desse estudo se dá pela sífilis congênita (SC) ser considerada um grave problema de saúde pública que tem aumentado principalmente nos últimos anos. A assistência e tratamento inadequados são alguns dos principais fatores envolvidos nessa questão MAGALHÃES (2013).

Isso reflete a necessidade de uma maior atenção do sistema de saúde, enquanto ação voltada à prevenção, diagnóstico, controle, tratamento e acompanhamento dos casos de sífilis congênita. A importância da formação dos profissionais de saúde para lidar em seu cotidiano com a SC implica numa frequente formação desses para um maior aperfeiçoamento da prática profissional.

Políticas públicas e profissionais mais efetivas voltadas ao enfrentamento da sífilis na gestação poderiam melhorar a condução e o tratamento da doença, aliada a uma melhor qualidade na assistência pré-natal. Ações destinadas a uma maior atenção, acompanhamento e melhor tratamento da sífilis congênita poderiam direcionar melhores resultados quanto à doença.

Cientificamente, a realização desse estudo poderá servir de base para pesquisas posteriores, por poucos serem os trabalhos desenvolvidos na região acerca do tema, servindo para discussões e de incentivo a novos estudos sobre sífilis e sífilis congênita.

O interesse pelo tema emergiu em consequência da pesquisadora trabalhar numa unidade neonatal e perceber um aumento do número de casos diagnosticados de SC, bem como pela constante inquietação em saber como se encontra a formação e preparação dos profissionais de saúde para lidar no cotidiano com a sífilis congênita.

Assim, tem-se a importância da pesquisa pelas possibilidades que essa oferece de não só se realizar revisões bibliográficas, como atualizações de conhecimentos, servindo também como base e complemento a outras pesquisas relacionadas ao tema em questão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Sífilis Congênita: conceituação, caracterização, prevalência, diagnóstico e tratamento

O termo sífilis deriva do poema *Syphi I issivemorbusgal I icus*, de Girolamo Fracastoro, médico italiano e poeta nos séculos XV e XVI. No passado, a doença passou por diversos termos de cunho pejorativo, como mal espanhol, mal francês e mal italiano, pela desavença entre países rivais (AZULAY, 2004).

Segundo Avelleira e Bottino (2006) a sífilis é causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum* (da família dos *Treponemataceae*), transmitida sexualmente (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) através da placenta. Essa bactéria apresenta-se delgada, móvel, na forma de saca-rolha. Consegue atravessar membranas mucosas, espalhando-se por todo o corpo em poucas horas através da corrente sanguínea.

Magalhães (2013) afirma que as doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem um sério problema de saúde pública que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças.

O aumento das doenças sexualmente transmissíveis nas últimas décadas representa um enorme problema devido aos riscos para a gestante e o concepto. A gestante quando acometida por sífilis necessita de intervenção imediata para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical (BRASIL, 2006a).

Avelleira e Bottino (2006, p. 112) afirmam ainda:

[...] aproximadamente três semanas mais tarde (10 a 40 dias) surge a lesão primária no local da infecção, permanecendo de uma a cinco semanas, sumindo espontaneamente. Depois de seis semanas aparecem os sinais e sintomas da sífilis secundária que, sem tratamento, também desaparecem dentro de um mês. A sífilis primária e secundária, não sendo tratada, a doença clínica desaparece e os testes sorológicos se acusam negativos em cerca de 33% dos pacientes. Uma mesma porcentagem continua a apresentar testes sorológicos positivos e permanece assintomática, e outros 33% desenvolvem formas tardias de sífilis.

Brasil (2011) destaca que das diversas doenças transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis possui as maiores taxas de infecção (via transmissão vertical), variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo-se para 30% (fases latente tardia e terciária da infecção materna). Os resultados mostram que o aborto espontâneo, o feto natimorto ou a morte perinatal encontra-se em quase 40% das crianças infectadas a partir de mães não tratadas.

Ao adquirir sífilis durante a gravidez há a possibilidade de ocorrência de infecção assintomática ou sintomática nos recém-nascidos. Mais da metade das crianças infectadas são assintomáticas ao nascimento, surgindo os primeiros sintomas geralmente nos três meses iniciais de vida. Assim sendo, é fundamental a triagem sorológica da mãe na maternidade. Acreditava-se que a infecção do feto a partir da mãe com sífilis não ocorresse antes do 4º mês de gravidez. Hoje já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos na nona semana (BRASIL, 2005b).

Estima-se que anualmente dois milhões de casos de gravidez são afetados. Desses, cerca de 25% são natimortos ou abortos espontâneos e outros 25% de recém-nascidos têm baixo peso ou infecção grave, estando esses casos ligados a um maior risco de morte perinatal. No período de 1998 a 2007 foram notificados ao MS 41.249 casos em menores de um ano. Isso mostra a magnitude do problema, embora haja uma grande subnotificação desse agravo (SES-SP, 2008).

A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica pela Portaria n. 542 (22/12/1986). Por base nesta, a investigação de sífilis congênita desencadeia-se nas seguintes situações: crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial) diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério; e/ou toda pessoa menor de treze anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita (BRASIL, 2005).

Atualmente no Brasil o controle mais efetivo de sífilis congênita busca oferecer a toda mulher grávida uma assistência pré-natal adequada, o que implica: captação precoce da gestante para o início do pré-natal; realização de ao menos seis consultas com atenção integral qualificada; realização do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) no primeiro trimestre da gestação (primeira consulta), um por volta da 28ª semana e outro antes do parto direcionado à busca ativa a partir dos testes reagentes (recém-diagnosticadas ou em seguimento); instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica; documentação dos resultados

das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante; notificação dos casos de sífilis congênita (BRASIL, 2005a).

	Estágio	Droga e Dose	Terapia Alternativa*
Adulto em geral	Sífilis primárias (cancro duro)	- Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI via IM;	- Doxiciclina, 100mg 2x/dia ou tetraciclina 500mg 4x/dia, ambas por 14 dias;
	Sífilis secundária (lesões cutâneas não ulceradas) ou sífilis com menos de um ano de evolução	- Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI via IM, repetindo a mesma dose uma semana depois. Dose total: 7.200.000 UI;	- Doxiciclina, 100mg 2x/dia ou tetraciclina 500mg 4x/dia, ambas por 14 dias;
	Sífilis Terciária ou sífilis com mais de um ano de evolução ou duração ignorada	- Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI via IM, em três aplicações;	- Doxiciclina, 100mg 2x/dia ou tetraciclina 500mg 4x/dia, ambas por 28 dias;
	Neurossífilis	- Penicilina G Cristalina 2 a 4 milhões de Unidades, EV cada 4h por 10-14 dias;	- Penicilina procaína 2,4 milhões UI/IM/dia, mais probenecid 500mg/VO/4x/dia ambos por 10 a 14 dias.
Gestante	Sífilis na gestante	- Penicilina G Benzatina (dose de acordo com o estágio da doença)	- Extrato de Eritromicina 500mg VO, de 6/6 horas por 10 dias ou mais até a cura clínica (tetraciclina e doxiciclina são contraindicadas. Eritromicina não garante o tratamento do feto);
Criança	Neurossífilis congênita	- Penicilina G Cristalina 150 mil UI/kg/EV/dia, em 2 ou 3 vezes dependendo da idade, por 14 dias;	- não há terapia alternativa.
	Sífilis congênita	- Penicilina G Cristalina 100 a 150 mil UI/kg/EV/dia, em 2 frações para menores de 1 semana de vida ou em 3 frações para os maiores, por 7 a 10 dias; ou - Penicilina G Procaína 50 mil UI/kg/IM, uma vez por dia por 10 dias; - Penicilina G Benzatina** 50 mil UI/kg/IM, dose única.	- não há terapia alternativa.

Figura 1: Esquema terapêutico para sífilis

Fonte: Brasil (1999)

Para a prevenção da SC, além do exame VDRL (realizado nos 1º e 3º trimestres de gestação), recomenda-se o tratamento adequado e o controle de cura para gestantes e parceiros com diagnóstico positivo (BRASIL, 2012). Entretanto, alguns estudos apontam que estas recomendações não são cumpridas durante a assistência pré-natal, o que se expressa no diagnóstico de SC em crianças cujas mães foram assistidas nos serviços de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2005).

Costa (2013, p. 153) ressalta ainda que “o descaso com a sífilis na gestação está promovendo o aumento do número de casos de SC, necessitando, portanto, de políticas públicas e ações eficazes para eliminar essa doença de fácil controle”.

Numa tentativa de amenizar e/ou reverter esse quadro, Costa (2013) propõe que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem realizar atividades de educação em saúde que tratem e motivem os métodos de prevenção da doença, tomando como parâmetro as ações recomendadas pelo Ministério da Saúde, desde o diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva até a notificação de todos os casos de sífilis congênita.

Segundo Brasil (2007) as estratégias de controle de sífilis congênita devem garantir que todas as gestantes recebam assistência pré-natal e que a triagem de sífilis seja incluída como rotina a todas as mulheres e a seus parceiros; seja realizado VDRL como rotina na primeira consulta na fase inicial da gestação, no início do 3º trimestre gestacional e no momento do parto; o tratamento esteja disponível a todas gestantes infectadas e a seus parceiros; os casos de sífilis materna e congênita sejam devidamente tratados e notificados à vigilância epidemiológica.

Em 2001 a Organização Mundial de Saúde – OMS determinou uma política para erradicação da sífilis congênita enquanto questão de saúde pública mundial, sugerindo a aplicação de quatro estratégias básicas a serem desenvolvidas pelos próprios países. Tais estratégias englobavam questões culturais, epidemiológicas e da atenção pré-natal a serem implantadas: empenho político e ações sustentáveis; melhoria do acesso e qualidade de serviços materno-infantis; garantia de tratamento adequado; diminuição das oportunidades perdidas de detecção precoce de mães e recém-nascidos (WHO, 2005).

Contudo, a implantação dessa política não tem sido suficiente para mudar a situação mundial desse quadro, apesar de se evidenciar que os países, inclusive o Brasil, atendem às recomendações estruturais e organizacionais recomendadas (HOSSAIN; BROUTET; HAWKES, 2007). Isso evidencia a necessidade de se voltar uma atenção especial também à qualidade da assistência pré-natal.

Em 2003 o Ministério da Saúde começou a desenvolver a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, institucionalizando a avaliação na esfera da atenção básica no SUS (Sistema Único de Saúde), a qual atribui aos municípios a responsabilidade pela garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades de saúde, provendo-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o desenvolvimento das ações propostas (BRASIL, 2006).

Acrescenta ainda Brasil (2012) que são atribuições da Atenção Básica a realização do diagnóstico sorológico pela solicitação de testes não treponêmicos e confirmatórios, quando disponíveis; Realização do teste rápido para sífilis quando disponível na unidade; Tratamento de adultos e gestantes com diagnóstico estabelecido de sífilis e de seus parceiros sexuais; Disponibilidade na unidade básica de penicilina G benzatina e outros insumos necessários; Acompanhamento clínico e laboratorial com testes não-treponêmicos mensais para definição de cura; Pesquisa da infecção treponêmica em todo portador de DST; Encaminhamento para referência dos casos de alergia comprovada à penicilina e de suspeita de sífilis terciária; Notificação de todas as gestantes com diagnóstico de sífilis.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que os RN nascidos de mães que apresentaram sífilis não tratada ou inadequadamente tratada na gravidez, mesmo que assintomáticos, devem realizar no período neonatal o exame sorológico para detecção da infecção, radiografia de ossos longos, hemograma e análise do líquido (BRASIL, 2007).

As consequências dessa doença para a criança são além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, a hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada. Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite (BRASIL, 2005b).

Costa (2013) diz que a dificuldade de acesso, a pouca informação e a baixa qualidade do pré-natal podem levar a inferir que muitas ainda são as mulheres que não o recebem. E, entre as que realizam as consultas de pré-natal e apresentam sorologia positiva para sífilis, existem aquelas que não pegam os resultados dos exames, aquelas que tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação confirmada, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado, e ainda as mulheres cujos parceiros não foram tratados concomitantemente durante a gravidez.

O Ministério da Saúde, buscando instituir a testagem das gestantes no decurso do pré-natal para HIV e sífilis estabeleceu em 2002 no SUS o Projeto Nascer Maternidades, o qual objetivava habilitar as equipes multiprofissionais das maternidades cadastradas no projeto, buscando reorganizar o processo de trabalho para melhoria da qualidade no atendimento à gestante, puérpera e ao recém-

nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita (BRASIL, 2005).

Costa (2013) ressalta que a sífilis congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, apesar de se tratar de doença de fácil diagnóstico e de ser totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de seu parceiro é realizado adequadamente.

Foi elaborado o Manual de Bolso intitulado “Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita” que objetiva contribuir para a implementação do diagnóstico e tratamento imediato dos casos de sífilis, materna e congênita, e da vigilância epidemiológica desejando reduzir os casos de transmissão vertical.

Versa o manual que a investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações: 1 - toda criança nascida de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial); 2 - diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério; 3 - todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

A sífilis congênita apresenta para efeito de classificação dois estágios: precoce, diagnosticada até dois anos de vida e tardia, após esse período. Os casos são definidos quando a gestante durante o pré-natal apresenta sinais clínicos e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado. O instrumento para notificação/investigação é a ficha de notificação padronizada, preenchida quando dos serviços de pré-natal, seguindo o mesmo fluxo dos outros agravos de notificação compulsória nacional.

Brasil (2005b) diz que o controle da sífilis congênita busca oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada seguindo o disposto no manual:

- a) captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- b) realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- c) realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, preferencialmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém-diagnosticadas ou em seguimento);
- d) instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- e) documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante;

e) notificação dos casos de sífilis congênita.

Atenção especial precisa ser dada as ações de diagnóstico e prevenção da sífilis congênita, principalmente no pré-natal e parto. Para tal, uma das diretrizes recomendadas é que essas ações precisam ser praticadas em toda a população, antes da gravidez.

Ressalta Costa *et al.* (2005) a constante ênfase à qualidade da atenção pré-natal na atenção básica, reiterando que se deve monitorar as ações de atenção a saúde. É, pois fundamental que os profissionais respeitem as singularidades da gestante com VDRL reagente, ressaltando-se que os serviços de pré-natal devem contar com profissionais preparados para garantir que as recomendações do Ministério da Saúde sejam efetivadas durante todo o pré-natal (BRASIL, 2012).

Entretanto, para que essas metas sejam atingidas, é necessário despertar e capacitar os profissionais frente às estratégias desenvolvidas diante a clientela, especialmente na atenção básica (BRASIL, 2012).

2.2 Estratégia Saúde da Família e Sífilis Congênita: formação, ação e educação permanente dos profissionais de saúde

Uma tentativa de melhorar a assistência à saúde da sociedade foi a implantação da estratégia Saúde da Família (ESF), em que os profissionais atuam estabelecendo uma relação diferenciada com a comunidade, mantendo um vínculo de acolhimento enquanto condição indispensável para a melhoria da qualidade do atendimento (SCHIMIT; LIMA, 2004; GOMES; PINHEIRO, 2005).

A estratégia Saúde da Família é uma das principais estratégias do Ministério da Saúde voltada a reorientar o modelo assistencial do SUS a partir da atenção básica. Busca reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enquanto proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadora. Implica na vigilância à saúde, na inter e multidisciplinaridade e na integralidade do cuidado à população que habita a região de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 2012).

A implantação dessa estratégia era vista como uma fase relevante na tentativa de reorganização dos serviços de saúde (inclusive na melhoria dos índices de SC), além de estabelecer uma relação próxima entre os profissionais e a

comunidade. Entretanto, os profissionais atuam baseando-se numa concepção biologicista e fragmentada do ser humano (COSTA *et al.*, 2005; DIAS *et al.*, 2006). Inclusive, em alguns lugares a assistência às gestantes não segue as exigências do Ministério da Saúde, em especial quanto às estratégias de prevenção da sífilis congênita (FIGUEIREDO, 2004; DANTAS, 2008; SUCCI *et al.*, 2008).

Dentre os objetivos da ESF, compreendem: assistência integral e contínua de boa qualidade à população, definindo a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; ação junto aos fatores de risco a que a população está exposta, humanizando as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo de confiança e contribuindo para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença (BRASIL, 2006).

A Unidade de Saúde da Família (USF) insere-se na atenção básica à saúde, devendo suas equipes proceder ao diagnóstico de saúde do território adscrito, apontando qual o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo as dificuldades de saúde predominantes e os riscos à comunidade, desenvolvendo, com a participação desta, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde, a substituição das práticas tradicionais de assistência (voltadas às doenças) por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde (SANTANA; CARMAGNANI, 2001). Este diagnóstico permite:

- Identificar os problemas de saúde prevalentes e as condições de risco desta população;
- Construir, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- Oferecer assistência integral na USF, na comunidade e no domicílio, além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e inter setoriais para o combate aos problemas de saúde.

Igualmente, para viabilizar suas ações, faz-se necessário a constituição de uma equipe multiprofissional (enfermeiro generalista, médico, um ou dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) (TEIXEIRA; COSTA, 2003; BRASIL, 2006).

Uma das maiores dificuldades na implementação da estratégia Saúde da Família refere-se a pouca oferta de profissionais para vivenciar essa nova realidade.

A ESF necessita para sua consecução de profissionais com formação generalista aptos a atuar efetivamente na complexidade dos cuidados da Atenção Básica, figurando na contramão da atual medicina intervencionista sofisticada (CAMPOS; BELISARIO, 2001).

O funcionamento das Unidades Saúde da Família ocorre devido a ação de uma ou mais equipes de profissionais responsáveis pela atenção à saúde da população de determinada região. Assim, cada equipe multiprofissional é responsável por uma área onde vivem entre 600 a 1000 famílias, num limite máximo de 4000 habitantes. As equipes realizam o cadastro das famílias através de visitas domiciliares. As informações coletadas, junto com outras fontes de informação, demonstram a realidade da população, seus principais problemas de saúde e seus hábitos de vida (BRASIL, 2007).

Os principais programas da atenção básica a serem executados pelas estratégias Saúde da Família destinam-se a: Atenção à Saúde da Criança (vigilância nutricional com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, promoção ao aleitamento materno; imunização - realização de esquema vacinal básico e busca ativa de faltosos; assistência às doenças prevalentes entre elas as diarreias em crianças menores de cinco anos; assistência e prevenção das patologias bucais com foco no desenvolvimento neurolinguístico e no processo de socialização da criança); Atenção à Saúde da Mulher (Pré-natal - diagnóstico de gravidez, cadastramento das gestantes com e sem riscos gestacionais, na primeira consulta. Vacinação antitetânica, avaliação no puerpério e atividade educativa de promoção à saúde; planejamento familiar com fornecimento de medicamento e orientação quanto a métodos anticoncepcionais; prevenção de câncer de colo e útero; prevenção de problemas odontológicos e levantamento de doenças bucais especialmente cáries e doenças gengivais). Vigilância em Saúde (Tuberculose, Diabetes, Hipertensão) (ARAÚJO, 2007).

É importante refletir que as ações da estratégia Saúde da Família devem ser vistas e desenvolvidas em conjunto com a comunidade para uma prestação de serviços de saúde mais eficazes, propiciando uma melhoria na saúde populacional. Em 2003, o Ministério da Saúde começou a desenvolver a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica institucionalizando a avaliação na esfera da atenção básica no SUS (Sistema Único de Saúde), a qual atribui aos municípios a responsabilidade pela garantia da infraestrutura necessária ao

funcionamento das unidades de saúde, provendo-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o desenvolvimento das ações propostas (BRASIL, 2006).

O cotidiano das ações da equipe da estratégia Saúde da Família leva à necessidade de uma educação permanente enquanto meio de auxílio no desenvolvimento das competências de gestão úteis na atenção básica. E numa maneira de diversificar as ações corriqueiras citam-se as ações de trocas de experiências e discussão de situações entre os membros da equipe, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras (BRASIL, 2012).

O alcance dos objetivos da estratégia Saúde da Família necessita de ações e serviços de saúde desenvolvidos por profissionais preparados, capazes de assumir novas funções e responsabilidades. A qualificação desses profissionais apresenta um conjunto de ações destinadas a contribuir com o atendimento das necessidades adjacentes e garantir a contínua formação profissional voltada ao treinamento e desenvolvimento da equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2007a).

Isso requer segundo Brasil (2007a) um saber e um fazer em educação permanente ligado à prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente emerge, então, das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Nisso, o modelo de atenção aponta a necessidade de transformação da execução dos serviços e processos de trabalho das equipes, exigindo de seus agentes (trabalhadores, gestores e usuários) melhor habilidade de análise, intervenção e autonomia na determinação de práticas transformadoras. Com isso, a educação permanente, além da dimensão pedagógica, deve ser vista enquanto “estratégia de gestão” capaz de possibilitar mudanças e melhorias à população.

A educação permanente, segundo Brasil (2012, p. 39),

[...] deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).

Moreno *et al.* (2008) afirmam que os treinamentos, quando ocorrem, geralmente são valorizados pelos profissionais. A ausência de atualizações em sua área de atuação pode comprometer diretamente o desempenho dos mesmos. A educação permanente é um aspecto relevante no desenrolar de uma boa prática (CORDEIRO *et al.*, 2009).

Entretanto, para que a capacitação possa apresentar resultados eficazes, faz-se necessário avaliar os serviços em sua essência, analisando até que ponto essa é incorporado às práticas profissionais, uma vez que geralmente os treinamentos e capacitações oferecidos têm uma natureza burocrática e prescritiva, via de regra não contribuindo de maneira satisfatória para a formação dos profissionais da estratégia Saúde da Família (SILVA, 2010).

Importante também na educação permanente dos profissionais da ESF segundo Brasil (2012, p. 39) “é o planejamento/programação educativa ascendente, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificando os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão”, o que possibilita a elaboração de ferramentas pautadas no diálogo entre as políticas públicas e as singularidades das comunidades e de seus moradores.

A formação e a educação profissional dos agentes devem ser contínuas, considerando as necessidades oriundas do cotidiano das equipes da ESF. A educação continuada, além do aprimoramento profissional, também é relevante no desenvolvimento do sentimento de equipe e na construção de vínculos com as pessoas atendidas (BRASIL, 2012).

Assim como o planejamento da equipe sobre as ações de saúde preza pela participação conjunta, o planejamento das ações educativas também precisa ser fundamentado nessa percepção. Recomenda-se o uso de meios audiovisuais, de informática e de telemática aplicada à saúde enquanto formas de pensar a educação permanente dos profissionais de saúde da ESF que atuam nesse modelo de assistência (BRASIL, 2007a).

Ressalta-se o fato de a sífilis congênita ser considerada uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da Portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 DOU. Seu controle necessita de atenção dos profissionais que trabalham na atenção básica, pois é nesse nível de assistência que ocorre o primeiro contato da mulher grávida com o serviço de saúde, momento para

solicitação precoce do exame de VDRL e os primeiros cuidados relacionados à prevenção da transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2012; BRASIL, 1986).

Isso implica na obrigatoriedade dos profissionais em se capacitar tecnicamente para a doença, quanto também para o contato com as gestantes com sífilis, respeitando as particularidades e as dificuldades dessas em seguir as recomendações para um tratamento adequado (BRASIL, 2012).

No âmbito da estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde (2007) recomenda que as gestantes devam receber assistência pré-natal sistemática e que passe a ser rotina no primeiro e terceiro trimestre de gestação dessas pacientes a triagem para sífilis nas unidades primárias de saúde. Entretanto, também Koffman e Bonadio (2005) observam em seus estudos uma inobservância da rotina preconizada.

Necessita-se, então, que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) estejam capacitados e dedicados em ofertar uma assistência de qualidade aos pacientes, bem como prezar pela prevenção da sífilis congênita e dos indicadores acerca da morbi-mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2007).

Costa (2013, p. 153) afirma que “lacunas no conhecimento dos profissionais acerca do manejo da sífilis na gestação podem comprometer um desfecho favorável em relação à prevenção e controle da SC”. Assim, identificar essas lacunas pode contribuir para a construção de planos de treinamento, apontando caminhos para uma assistência de qualidade em prol da prevenção da transmissão vertical desse agravo.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa. Segundo Figueiredo e Souza (2011) nesse tipo de estudo os dados são provenientes de um número de participantes cujas respostas são submetidas a análises estatísticas formais. Um processo de quantificação através de técnicas estatísticas com vistas a assegurar os resultados pela segurança em decorrência dos processos matemáticos (HOUSSAIN; BROUTET; HAWKES 2007).

Boente e Braga (2004) dizem que a pesquisa quantitativa busca aferir e analisar quantidades. Completa Oliveira (2001) sugerindo seu uso na descoberta de semelhanças entre certas variáveis e na verificação de relações causa-efeito.

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no município de Parnaíba-PI, cuja coleta dos dados ocorreu pela aplicação de um questionário aos profissionais (médicos e enfermeiros) que compõem as equipes da estratégia Saúde da Família.

A cidade conta atualmente com 40 (quarenta) Unidades Básicas de Saúde segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNESNet. A realizada no período de 25 de Março a 29 de Abril de 2015 alcançou as quarenta Unidades Básicas de Saúde.

3.3 Participantes da Pesquisa e Amostragem

A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que atuam na estratégia Saúde da Família no município. O universo da pesquisa foi constituído de 80 profissionais, 40 médicos e 40 enfermeiros.

Segundo Brasil (2011) a equipe de profissionais da Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A escolha pela participação de médicos e enfermeiros se deu por esses profissionais serem os responsáveis diretos na equipe pelas condutas relativas à sífilis congênita nos pacientes acompanhados pela ESF.

Como critérios de inclusão para participação do estudo foram considerados: o profissional de saúde estar na equipe da ESF há pelo menos um ano, desempenhar atividade profissional há pelo menos três anos e atuar na assistência a gestante e ao recém-nascido, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão foram considerados: estar afastado por férias ou licença, não aceitou participar do estudo.

A coleta se deu em meio às dificuldades na aplicação dos questionários. Na tentativa de minimizá-las a pesquisadora procurou estabelecer contato direto com os profissionais ao visitar as UBS. Pelo intenso fluxo de pacientes nas UBS, os participantes solicitavam que o questionário fosse deixado e recolhido depois. No dia posterior se retornava para recebimento do instrumento de coleta. Muitos profissionais devolveram o questionário somente na segunda ou terceira tentativas.

Dos quarenta profissionais médicos aptos a participar da pesquisa: oito se recusaram a participar da pesquisa informando que não tinham interesse e/ou tempo; dois estavam de férias; dois se encontravam de licença médica; uma UBS estava sem médico; um apresentava apenas dois anos no exercício da profissão; um médico estava a apenas seis meses atuando na ESF; e aqueles que se prontificaram a responder ao questionário totalizaram 25 profissionais.

Tratando dos quarenta profissionais de enfermagem possíveis a participar: dois se recusaram a participar por não terem interesse; um estava de férias; uma profissional encontrava-se de licença maternidade; e uma não tinha tempo de atuação apto a participar. Os profissionais que participaram efetivamente da coleta somaram trinta e cinco.

3.4 Técnica e Instrumento para Coleta de Dados

A técnica para produção de dados foi o questionário do tipo semiestruturado de perguntas abertas e fechadas com o objetivo de identificar o conhecimento e as condutas adotadas pelos profissionais na prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita frente às condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde - MS (APÊNDICE A). Esse questionário foi dividido em três partes. A primeira parte abordou questões relacionadas a caracterização sociodemográfica e formação dos profissionais: idade, sexo, formação do profissional, tempo de formação, tempo de

atuação na ESF e participação de cursos/treinamentos acerca das condutas preconizadas pelo MS no acompanhamento da sífilis.

Na segunda parte abordou-se questões relacionadas ao conhecimento dos profissionais sobre a sífilis na gestação, em especial, no que tange as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o tratamento e acompanhamento durante o pré-natal, além da prevenção da sífilis congênita. Apesar do tema do projeto ser a sífilis congênita, considera-se importante abordar questões relacionadas às condutas adotadas durante a gestação tendo em vista a importância que essas medidas têm na prevenção da sífilis em crianças.

A terceira parte do questionário tratou do conhecimento dos sintomas da sífilis congênita e das condutas adotadas na prevenção no diagnóstico e tratamento dessa patologia (APÊNDICE A). Esse questionário foi adaptado do utilizado por Dantas (2008) em seu estudo realizado junto a profissionais da ESF que atuam no pré-natal em municípios do Rio Grande do Norte.

3.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados no Microsoft Excel 2010 e posteriormente elaboradas frequências absolutas e percentuais. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos elaborados no Excel 2010 para posterior análise.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Para a realização da coleta dos dados foi realizada uma visita à Secretaria de Saúde do município com vistas a solicitar autorização da mesma para aplicação dos questionários junto aos profissionais (ANEXO A).

O estudo recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde para sua realização, bem como parecer favorável (nº 987.945) do CEP UNINOVAFAPI em 13/03/2015. Os sujeitos ao aceitarem participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), conforme prevê a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

A pesquisa poderia ocasionar desconforto para os profissionais da ESF pela possibilidade do constrangimento relacionado às perguntas realizadas durante a aplicação do questionário. Na tentativa de minimizar esse desconforto os

pesquisadores aplicaram os questionários em local privativo para não expor os participantes no momento da aplicação. Além disso, foram esclarecidos os objetivos e os benefícios da pesquisa. O participante poderia se recusar a participar do estudo a qualquer tempo durante a pesquisa sem qualquer penalidade.

Considerando a importância que a problemática da sífilis ocupa no cenário da saúde pública, tem-se como benefícios a pesquisa servir de subsídio para a construção de ações que poderão contribuir para o aprimoramento da assistência aos pacientes com sífilis pelas equipes da estratégia de Saúde da Família neste município. Além disso, foi elaborado um informativo que poderá contribuir com os profissionais no aprimoramento da assistência prestada à comunidade.

4 RESULTADOS

Condutas dos profissionais da estratégia Saúde da Família quanto a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita

Sammia Valeska Ferreira Memoria. Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família/UNINOVAFAPI. Teresina, PI, Brasil. E-mail: sammiamateus@yahoo.com.br.

Carmen Viana Ramos. Nutricionista. Doutora. Mestrado Profissional em Saúde da Família/UNINOVAFAPI. Teresina, PI, Brasil. E-mail: nutricarmen2@yahoo.com.br.

Eliana Campelo Lago. Odontóloga. Doutora. Mestrado Profissional em Saúde da Família/UNINOVAFAPI. Teresina, PI, Brasil. E-mail: elianalago@ig.com.br

4 – Silvana Santiago da Rocha. Enfermeira. Doutora. Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil. E-mail: silvanasantiago27@gmail.com

RESUMO

Esse estudo objetivou analisar as condutas dos profissionais da estratégia Saúde da Família quanto à prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis congênita. Participaram 60 profissionais de um município do Piauí. A coleta deu-se por um questionário semiestruturado tabulado através de frequências absolutas e percentuais. Os resultados demonstraram que 56,5% não receberam treinamento sobre a sífilis congênita e 31% sobre sífilis na gestação. O VDRL é solicitado por 92% no 1º e 3º trimestre do pré-natal. O tratamento da sífilis na gestação utilizando o esquema da 3ª série é realizado somente por 27% dos entrevistados. Desses, 16,5% consideraram o VDRL e 83,5% a penicilina benzatina como formas de tratamento para a sífilis congênita. Os profissionais não realizam as condutas preconizadas pelo ministério da saúde em meio às dificuldades estruturais existentes. Necessita-se de políticas públicas voltadas para uma formação continuada somada a adoção de protocolos clínicos e monitoramento das ações com vistas a melhorar a assistência prestada.

Descritores: Condutas na Prática dos Médicos; Estratégia Saúde da Família; Sífilis Congênita.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) ainda é considerada um importante problema de saúde pública apesar de se tratar de uma doença de fácil diagnóstico e de ser totalmente evitável quando o tratamento da gestante e de seu parceiro é realizado adequadamente^(1,2).

Dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010 estimam a ocorrência de 11 milhões de novos casos de sífilis por ano no mundo, sendo 2,4 milhões para a América Latina e Caribe. No Brasil, entre 1998 e junho de 2012, foram notificados no Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN), 80.041 casos de SC em menores de um ano de idade⁽³⁾.

Em 2011 foram notificados 9.374 novos casos de sífilis congênita, dos quais 3.188 (34,0%) na Região Nordeste. A taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil em 2011 foi de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que a região Nordeste apresentou a maior taxa 3,8. O Piauí apresentou a taxa de 2,1 por 1000 nascidos vivos. O município de Parnaíba, no Estado do Piauí, apresentou uma taxa de incidência de SC de 2,7 por 1000 nascidos vivos para o ano de 2011⁽⁴⁾.

A sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada desde que se realizem ações preventivas ainda no pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde - MS quanto à prevenção e tratamento, requerendo para tal capacitação profissional⁽⁵⁾.

Este trabalho tem como objetivo analisar as condutas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na consulta pré-natal e no acompanhamento da criança quanto à prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança com sífilis congênita em um município do Estado do Piauí. Os resultados poderão contribuir para uma melhor assistência e um tratamento mais eficaz da SC, bem como despertar para a necessidade contínua de capacitação e atualização dos profissionais da ESF.

METODOLOGIA

Estudo exploratório de natureza quantitativa realizado no município de Parnaíba, Estado do Piauí, no período de 25 de março a 29 de abril de 2015 com profissionais médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Participaram do estudo 60 profissionais de saúde da ESF lotados nas Unidades Básicas de Saúde - UBS. O referido município conta com 40 equipes de saúde da família, totalizando 80 profissionais (40 médicos e 40 enfermeiros).

Foram considerados como critérios de inclusão para participação no estudo: estar na equipe da ESF há pelo menos um ano, desempenhar atividade profissional há pelo menos três anos e atuar na assistência a gestante e ao recém-nascido, além da assinatura do TCLE. Como critérios de exclusão foram considerados: estar afastado por férias ou licença, não aceitar participar do estudo.

A técnica de produção dos dados foi o questionário do tipo semiestruturado adaptado do utilizado por Dantas (2008) em estudo realizado com profissionais da ESF que atuavam no pré-natal em municípios do Rio Grande do Norte. O referido instrumento continha informações sociodemográficas e de formação dos profissionais, questões relacionadas ao conhecimento dos profissionais sobre a sífilis na gestação, e outras

acerca do conhecimento dos sintomas da SC, condutas adotadas na prevenção, diagnóstico e tratamento dessa patologia.

Os dados coletados foram tabulados no Microsoft Excel 2010, tendo como base estatística frequências absolutas e percentuais. Os resultados foram apresentados em tabelas ou gráficos elaborados no programa Excel e posteriormente analisados.

O estudo recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde para sua realização, com parecer favorável do CEP UNINOVAFAPPI sob nº 987.945 em 13/03/2015. Os sujeitos ao aceitarem participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme prevê a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Participaram 60 profissionais de saúde da estratégia Saúde da Família do município em estudo, sendo 35 enfermeiros e 25 médicos atuantes nas UBS. Dos profissionais lotados nas unidades de saúde, 10 se recusaram a participar do estudo, alegando falta de tempo ou de interesse (16%). Os outros motivos para não participação: 7,5% estavam de licença ou férias; 3,7% não cumpriam o critério de inclusão relativo ao tempo de atuação na ESF maior que 1 ano ou tempo de formação maior de três anos; 1 UBS se encontrava sem o profissional médico. Os dados sociodemográficos e de formação estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do Piauí, 2015

CATEGORIA PROFISSIONAL VARIÁVEIS	ENFERMEIRO		MÉDICO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SEXO						
Feminino	34	56,5	5	8,5	39	65
Masculino	1	1,5	20	33,5	21	35
IDADE (em anos)						
Até 30	07	11,5	02	3,5	09	15
31 a 50	27	45	15	25	42	70
+ 50	02	3,5	05	8,5	07	11,5
Não informou	01	1,5	01	1,5	02	3,5
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF (em anos):						
Até 5	07	11,5	11	18,5	18	30
+ de 5	26	43	12	20	38	63

Não informou	02	3,5	02	3,5	04	07
FEZ TREINAMENTO SOBRE SÍFILIS NA GESTAÇÃO						
Sim (até 2 anos)	12	20	11	18,5	23	39
Sim (há mais de 2 anos)	04	6,5	05	8,5	09	15
Sim (não informou)	06	10	03	05	09	15
Não	13	21	06	10	19	31
FEZ TREINAMENTO SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA						
Sim (até 2 anos)	05	09	10	16,5	15	25
Sim (há mais de 2 anos)	05	09	02	3,5	07	11,5
Sim (não informou)	02	3,5	02	3,5	04	07
Não	23	39	11	18,5	34	56,5

Fonte: Pesquisa direta

No que se refere ao sexo, observa-se que a maioria (65%) dos profissionais é do sexo feminino e enfermeiras (56,5%). No que se refere aos médicos, a maioria (33,5%) são homens. Quanto a idade dos profissionais, 15% apresentam idade até 30 anos, 70% entre 31 e 50 anos. Com idade superior a 50 anos observou-se 11,5% dos profissionais e 3,5% não informaram a idade. Referente ao tempo de atuação, a maioria dos profissionais (63%) possui mais de cinco anos de atuação na ESF (Tabela 1).

Sobre a formação desses profissionais de saúde, no que diz respeito a participação em treinamentos sobre sífilis na gestação, 69% afirmaram ter frequentado treinamentos sobre o tema. Contudo, 31% não fizeram qualquer tipo de treinamento e 15% dos que fizeram foi há mais de dois anos. Quanto a SC, a maioria (56,5%) afirmou não ter recebido qualquer treinamento (Tabela 1).

Tabela 2 – Diagnóstico da sífilis na gestação e da sífilis congênita realizado pelos profissionais da ESF em um município do Piauí, 2015

SÍFILIS NA GESTAÇÃO	Fr	%
CONHECE OS SINTOMAS DA SÍFILIS		
Sim	59	98,5%
Não	1	1,5%
SOLICITA O VDRL NO PRÉ-NATAL		
Sim	60	100%
Não	00	00%
QUANDO SOLICITA O VDRL		
1º e 3º trimestre	55	92%
1º trimestre	05	8%
DIAGNÓSTICO SÍFILIS – GESTAÇÃO		

Sim	31	51,5
Não	29	48,5
DIAGNÓSTICO SÍFILIS CONGÊNITA		
Sim	11	18,5
Não	49	81,5

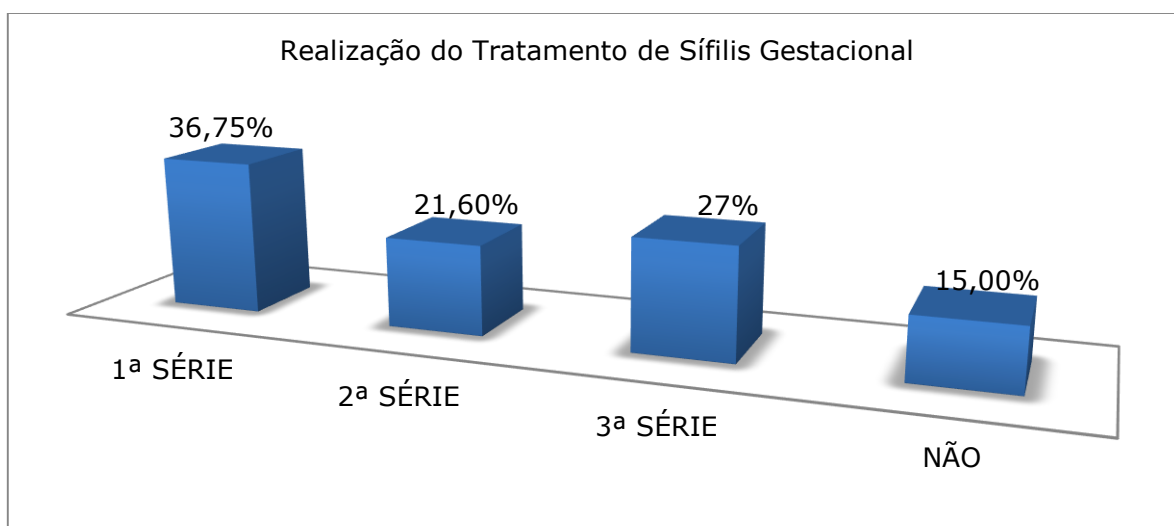
Fonte: Pesquisa direta

Na Tabela 2, ao se questionar sobre o conhecimento dos sintomas da sífilis na gestação, 98,5% informaram conhecer os sintomas e 100% deles disseram solicitar o exame VDRL no pré-natal. Tal afirmação é ratificada ao informarem que solicitam o exame VDRL no 1º e 3º trimestre da gestação (92%) e alguns solicitam somente no 1º trimestre (8%).

Quanto a realização do diagnóstico da sífilis na gestação na UBS em que atuam (Tabela 2), a maioria (51,5%) informou ter casos diagnosticados (31 casos). Acerca da SC, informaram ter diagnosticado 18,5%, representando 11 casos. Ressalta-se que 81,5% disseram não ter diagnosticado nenhum caso de SC.

No Gráfico 1, ao serem questionados como realizariam o tratamento da sífilis durante o pré-natal (medicamento-dose-intervalo de tempo), os mesmos assim informaram para a 1ª série, 2ª série e 3ª série, respectivamente, 36,75%; 21,60%; 27% e 15% não souberam ou não informaram.

Gráfico 1 – Tipo de tratamento prescrito pelos profissionais da ESF de um município do Piauí, 2015



Fonte: Pesquisa direta

Na Tabela 3 a maioria dos profissionais diz ter conhecimento das formas de prevenção da SC, apontando as seguintes ações: VDRL (23,%), pré-natal (37%), relação sexual segura (22,5%) e tratamento do parceiro (17%).

Apesar de geralmente os casos de SC não serem tratados nas UBS, na Tabela 3, os participantes do estudo (83,5%) disseram utilizar a penicilina Benzatina 2.400.000 no

tratamento da SC dentro da UBS. Entretanto, 16,5% apontaram o VDRL como uma medida de tratamento. E, quanto aos exames no âmbito do pré-natal, informaram solicitar os seguintes exames: sorológico (48%), hemograma (30%); ossos longos (15,5%), liquor (6,5%).

Tabela 3 – Prevenção, tratamento e notificação da sífilis congênita realizada por profissionais da ESF de um município do Piauí, 2015.

CARACTERÍSTICA	Fr	%
FORMAS DE PREVENÇÃO		
VDRL	26	23,5
Pré-natal	41	37
Relação Sexual Segura	24	22,5
Tratamento do Parceiro	19	17
TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA UBS		
VDRL	01	16,5
Penicilina Benzatina 2.400.000	05	83,5
EXAMES REALIZADOS NO PRÉ-NATAL		
Sorológico	56	48
Hemograma	35	30
Ossos longos	18	15,5
Liquor	08	6,5
NOTIFICAÇÃO DE SC		
Sim	54	90
Não	06	10
<i>Profissionais que realizam a notificação</i>		
Enfermeiro	41	57,5
Médico	22	31
Não respondeu	08	11,5

Fonte: Pesquisa direta

Quanto ao processo de notificação dos casos realizado na unidade, os resultados observados na Tabela 3 evidenciam que é feito pela maioria dos participantes (90%), geralmente pelo enfermeiro (57,5%), seguido dos médicos (31%).

A Tabela 4 apresenta que muitos dos profissionais (83,5%) dizem não ter dificuldades no diagnóstico da SC. Destes, 16,5% afirmaram ter dificuldades e os motivos apontados foram: 80% pelo fato do diagnóstico não ser realizado na UBS e outros 20% fazem alusão à dificuldade em marcar a realização de exames.

Segundo a Tabela 4, 78,5% dos participantes informaram não ter dificuldades na realização do tratamento de sífilis congênita. Dos 21,5% que disseram ter dificuldades, a maior alegação (61,5%) foi justamente pelo tratamento não ser realizado na UBS,

seguido da falta de capacitação dos profissionais (15,5%) e de medicamentos (7,5%), e ausência de colaboração da mãe (15,%).

Tabela 4 – Dificuldades no processo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis congênita pelos profissionais da ESF de um município do Piauí, 2015.

DIFICULDADES	Fr	%
DIAGNÓSTICO		
Sim	10	16,5
Não	50	83,5
<i>Causas das dificuldades</i>		
Não realizado na UBS	08	80
Dificuldade na marcação de exames	02	20
TRATAMENTO		
Sim	13	21,5
Não	47	78,5
<i>Causas das dificuldades</i>		
Não realizado na UBS	08	61,5
Falta de capacitação profissional	02	15,5
Falta de medicamentos	01	7,5
Colaboração da mãe	02	15,5
ACOMPANHAMENTO		
Sim	12	20
Não	48	80
<i>Causas das dificuldades</i>		
Não realizado na UBS	02	16,65
Falta de capacitação profissional	02	16,65
Colaboração da mãe	06	50
Colaboração do parceiro	02	16,7

Fonte: Pesquisa direta

Quanto ao acompanhamento, conforme a Tabela 4, 80% dos participantes não sentem dificuldades e outros 20% alegaram ter dificuldades por o acompanhamento não ser realizado na UBS (16,65%) e pela falta de capacitação dos profissionais (16,65%), além da falta de colaboração da mãe (50%) e do parceiro (16,7%).

DISCUSSÃO

Tratando dos aspectos socioeconômicos dos profissionais de saúde participantes do estudo, as características apresentadas encontram-se dentro do esperado quanto à variável sexo, mais enfermeiras do que enfermeiros e mais profissionais médicos do que médicas. Ressalta-se uma menor desproporção entre os sexos quando se observa a categoria de médicos.

Este achado está condizente com uma pesquisa nacional realizada por Machado⁽⁶⁾ que afirma haver na ESF uma predominância do sexo masculino na medicina, 44% dos profissionais são do sexo feminino. Já na enfermagem, 90,9% são enfermeiras, em detrimento ao número de enfermeiros. Percebe-se assim uma maior proporcionalidade entre os médicos. Já na enfermagem a desproporção exposta segue o cenário nacional.

Estudo realizado na cidade de Montes Claros, Minas Gerais⁽⁷⁾ reforça que o aspecto da feminização entre os profissionais da ESF, é semelhante ao encontrado na literatura, revelando ser a feminização das profissões uma tendência na área da saúde, bem como, dos profissionais das equipes de saúde da família.

A maioria dos profissionais apresenta idade entre 31 e 50 anos. Os estudos^(6,7) de âmbito nacional apontam que na ESF há uma predominância de profissionais na faixa etária de 30 a 49 anos. A maioria possui uma idade que reflete certa experiência profissional pelos anos de profissão. Destarte, acredita-se que tais profissionais possuam formação adequada para atuarem em seu cotidiano no diagnosticar, tratar e acompanhar os casos de SC. Outro estudo⁽⁸⁾ realizado nas dez principais cidades do Estado do Mato Grosso menciona que há uma predominância de profissionais na faixa etária com idade até trinta anos. Quanto ao tempo de atuação dos participantes aponta que a maioria dos profissionais possui mais de cinco anos de atuação na ESF.

A maioria informou não ter participado de nenhum treinamento sobre SC. Fato preocupante por refletir carência de informações e capacitação para lidar com a doença. Um terço dos profissionais não recebeu qualquer treinamento sobre SC e, dos que tiveram treinamento, esses ocorreram há mais de dois anos, representando uma desatualização e carência de treinamentos para os profissionais, implicando em ações não preconizadas pelo MS.

O Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾ ressalta a importância e as contribuições dos treinamentos para melhorar a qualificação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, fortalecer a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

A maioria dos profissionais diz ter conhecimento das formas de prevenção da SC, apontando as seguintes ações: VDRL, pré-natal, relação sexual segura e tratamento do parceiro. Quanto à prevenção da SC, além da orientação de realização do exame VDRL, feito no primeiro e terceiro trimestres de gestação, orienta-se também o tratamento adequado e acompanhado, acrescido do controle de cura às gestantes e a seus respectivos parceiros com notificação positiva⁽⁹⁾. A falta de conhecimento adequado sobre as formas de prevenção da SC observado no presente estudo torna-se preocupante e pode refletir no aumento dos casos dessa doença junto a clientela assistida.

As estratégias de controle da SC devem garantir que todas as gestantes recebam assistência pré-natal e que a triagem de sífilis seja incluída como rotina a todas as mulheres e aos parceiros; seja realizado VDRL como rotina na primeira consulta na fase

inicial da gestação, no início do 3º trimestre gestacional e no momento do parto; o tratamento esteja disponível a todas as gestantes infectadas e a seus parceiros; os casos de sífilis materna e congênita sejam devidamente tratados e notificados à vigilância epidemiológica⁽¹⁰⁾.

Os profissionais, acerca da sífilis na gestação e sífilis congênita informaram possuir uma segurança para realização do diagnóstico. Tal afirmação é ratificada ao informarem quando solicitam o exame VDRL (1º e 3º trimestre da gestação).

Entretanto, tais recomendações não são realizadas no decurso do pré-natal^(5,11-12). Embora os profissionais investigados no estudo apontem para a prescrição do VDRL, é provável que no cotidiano as práticas preconizadas não sejam de fato executadas regularmente em virtude das dificuldades apontadas pelos profissionais para diagnosticar, tratar e acompanhar os casos de SC.

Embora geralmente os casos de SC não sejam tratados nas UBS, uma minoria de profissionais apontou o VDRL e penicilina Benzatina 2.400.000 no tratamento da SC dentro da UBS. E, quanto aos exames no âmbito do pré-natal, informaram o exame sorológico, hemograma; ossos longos, liquor. Ressalta-se que, diferente do que eles apontaram como ações no tratamento, o VDRL é tido pelo MS como etapa de diagnóstico e não de tratamento da SC⁽¹⁰⁾. Sobre o tratamento, recomenda o MS que esse deverá ser feito com penicilina G cristalina ou penicilina G procaína.

Buscando conhecer as ações desenvolvidas pelos profissionais no tratamento à gestante com sífilis, verificaram-se aspectos relacionados a medicamento-dose-intervalo de tempo. Ao serem questionados sobre qual tratamento prescrever, observou-se que a maioria dos profissionais não prescreveu o que preconiza o MS.

Pelas dificuldades estruturais relatadas pelos próprios profissionais, é provável que a realização do diagnóstico implica num risco quanto à tipologia da SC e, por conseguinte, do esquema medicamentoso. Assim, preconiza o MS⁽¹⁰⁾ a utilização do 3º esquema, opção não escolhida por muitos dos profissionais. A opção de muitos foi pelo primeiro esquema e outros preferiram na dúvida não optar.

Essa questão retrata o escasso treinamento e atualização aos quais os profissionais são submetidos. Um terço deles não teve qualquer treinamento sobre sífilis na gestação e, dos que tiveram treinamento, alguns foi há mais de dois anos. As consequências são as ações de tratamento expostas por eles divergentes do que orienta o MS. No caso do tratamento medicamentoso, alguns optaram por não responder como procedem. O que os leva a tal atitude? Desconhecimento do tratamento adequado? Porque não o fazem? A falta de segurança oriunda de uma qualificação insuficiente quanto a SC pode ser consequência das poucas ações governamentais.

A maioria disse utilizar doses divergentes das recomendadas pelo MS, implicando em possíveis perdas de cura para a gestante e, consequentemente, prevenção da SC. Os

medicamentos prescritos devem oferecer benefícios no tratamento dos pacientes. Esquemas inadequados podem ocasionar concentrações insuficientes ou subterapêuticas que mascaram a análise do fármaco escolhido; ou se em excesso, podem gerar uma toxicidade medicamentosa⁽¹³⁾.

A maioria dos profissionais diz ter conhecimento das formas de prevenção da SC e das ações a serem executadas no tratamento. Pelas informações tem-se que os profissionais de saúde que atuam junto às gestantes da ESF desenvolvem condutas satisfatórias segundo preconiza o MS⁽¹⁰⁾. Há de se ressaltar que as ações dentro do que se espera não são praticadas pela maioria dos participantes, reflexo da carência de estratégias de saúde pública, de qualificação e atualização desenvolvidas a esses profissionais pelos poucos treinamentos oferecidos.

Ratifica essa questão, o fato de na região Nordeste os treinamentos e capacitações acerca da Saúde da Mulher apresentarem uma abrangência de menos da metade dos profissionais atuantes na ESF e somente um terço dos que atuavam nas UBS⁽¹⁴⁾. É justamente essa deficiência que implica nas dúvidas, incertezas e falhas na execução dos tratamentos. A formação recebida pelos profissionais da saúde é incipiente e não os possibilita uma atuação dentro de uma perspectiva desejada pelo MS⁽¹⁴⁾. Estudo⁽¹⁵⁾ realizado no Rio Grande do Norte apontou a carência de conhecimentos dos profissionais quanto ao esquema adequado para o tratamento da sífilis na gestação, ocasionando assim um aumento nos casos de SC.

A notificação é realizada na maioria das vezes pelo enfermeiro, embora seja realizada também pelo médico. No cotidiano dos participantes quem assume a responsabilidade de notificar a maioria dos casos de SC é o enfermeiro, divergindo da determinação do MS de que a notificação é compulsória e de responsabilidade do profissional que diagnosticar a doença⁽¹⁰⁾.

Os participantes do estudo dizem não ter dificuldades no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da SC. Mas há aqueles que se reportaram ao fato desses não serem realizados na UBS, além da dificuldade em marcar exames. A carente capacitação dos profissionais e a constante falta de medicamentos, além da ausência de colaboração da mãe e do parceiro também foram citadas pelos participantes. A pobreza e a ignorância são os maiores entraves na realização do tratamento das gestantes e de seus parceiros, especialmente pelo medo e a falta de conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis⁽¹⁶⁾.

Estudo realizado em Belo Horizonte com profissionais de saúde apontou que os poucos casos diagnosticados devem-se em muito a não realização do exame VDRL (1º e 3º trimestres), às poucas consultas de pré-natal realizadas, demoras e atrasos na entrega dos exames, não retorno das gestantes com os resultados dos exames e a não

busca dessas gestantes ao abandonarem o pré-natal. Soma-se a isso a não instituição de tratamentos adequados⁽¹⁷⁾.

E é justamente essa subnotificação um dos fatores que comprometem as ações governamentais voltadas a tratar essa questão de saúde pública que é a sífilis na gestação, onde a falta de capacitação dos profissionais aliada à deficiência estrutural só aumentam as disparidades entre objetivos pretendidos e resultados alcançados quanto ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis congênita.

Constata-se, então, o desconhecimento sobre o tema e a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, de supervisão, elaboração de protocolos e desenvolvimento de um programa de capacitação continuada destinados a uma melhor qualificação, evitando-se assim condutas não condizentes com o preconizado pelo MS.

CONCLUSÕES

A maioria dos profissionais não realiza as condutas preconizadas pelo MS, em especial no que tange as ações de tratamento, implicando num risco à saúde dos pacientes e no comprometimento de todo o tratamento instituído. Acresce o fato de os profissionais considerarem a solicitação do VDRL como uma ação relativa ao tratamento, quando se trata de uma etapa diagnóstica, revelando um desconhecimento e um despreparo para lidar com o problema da sífilis.

Os resultados apresentados no presente estudo mostram que os profissionais não realizam as condutas preconizadas pelo MS, necessitando eles de uma melhor formação para lidar com as questões relacionadas à sífilis na gestação e congênita.

O número de casos notificados pode refletir subnotificação, o que implica em consequências graves à população, em especial pelas escassas políticas governamentais e estruturas de trabalho vivenciadas pelos profissionais em seu cotidiano.

Com isto, espera-se que os achados apresentados possibilitem ações de saúde pública destinadas a uma melhoria da prevenção, diagnóstico, controle, tratamento e acompanhamento dos casos de sífilis congênita no município, consequência de um processo de formação continuada dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, associada à realização do monitoramento das ações e à elaboração de protocolos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Balira R, Mabey D, Weiss H, Ross DA, Chagalucha J, Watson-Jones D. The need for further integration of services to prevent mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Mwanza City, Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015;130 (suppl1):51-7.

2. Angoori GR. Early congenital syphilis. Indian J Paediatr Dermatol [Internet] 2015 [cited 2015 Jun 21];16:75-7. Available from: <http://www.ijpd.in/text.asp?2015/16/2/75/152127>.
3. WHO. World Health Organization. Progress report, 2010. [cited 2015 mai. 11]. Available from: http://www.who.int/eproductivehealth/topics/rtis/GlobalData_cs_pregnancy.pdf.
4. _____. Boletim Epidemiológico: sífilis. Ano I - nº 1. ISSN: 1517-1159. 2012.
5. Mesquita KO, Lima GK, Filgueira AA, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. DST-J Bras Doenças Sex Transm [Internet] 2012. [cited 2015 Jun 21]; 24(1): 20-7.
6. Machado MH. Programa Saúde da Família no Brasil– algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Souza MF. Os sinais vermelhos do PSF. 2th ed. São Paulo, Ed Hucitec, 2002.
7. Fonseca FF, Almeida LC, Alves JP, Souza SSS, Lopes MC, Carneiro JA, et al. Caracterização sociodemográfica e ocupacional de trabalhadores da estratégia saúde da família. Gestão e Saúde [Internet] 2014. [cited 2015 Jun 21]; 5(spec):2465-78. Available from: http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/929/pdf_1
8. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 Sep [cited 2015 June 21] ; 22(9): 1881-1892. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900019>.
9. Taylor MM, Ebrahim S, Abiola N, Kinkodi DK, Mpingulu M, Kabuayi JP, et al. Correlates of syphilis seropositivity and risk for syphilis-associated adverse pregnancy outcomes among women attending antenatal care clinics in the Democratic Republic of Congo. International journal of STD & AIDS.[Internet].2014 Sep [cited 2015 June 21];14(1). Available from: <http://std.sagepub.com/content/early/2014/01/15/0956462413518194.full.pdf+html>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
11. Callander D, Baker D, Chen M, Guy R. Including syphilis testing as part of standard HIV management checks and improved syphilis screening in primary care. Sexually transmitted diseases [Internet]. 2013 Sep [cited 2015 June 21]; 40(4): 338-40. Available from: http://journals.lww.com/stdjournal/Abstract/2013/04000/Including_Syphilis_Testing_as_Part_of_Standard_HIV.17.aspx

12. Chaves J, Bassani DCH, Ghignatti B, Derlan CB, Koepp J, Possuelo L. Sífilis congênita: análise de um hospital do interior do estado do RS. *Revista da AMRIGS* [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 June 21]; 58(3): 187-92. Available from: <http://www.amrigs.com.br/revista/58-03/003.pdf>.
13. Wannmacher L, Fuchs FD. Processos Farmacocinéticos. In: *Farmacologia Clínica – Fundamentos da Terapêutica Racional*. 3th ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2004.
14. Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife* [Internet]. 2007 [cited 2015 June 21]; 7 (1): 75-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a09v7n1.pdf>.
15. Brito RS, Ferreira AKO. Prevenção da sífilis congênita em um município do Rio Grande do Norte. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Internet*. 2003 [cited 2015 June 21];4(1):30-5. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/863>.
16. Brito ESV, Jesus SB, Silva MRF. Sífilis congênita como indicador da qualidade da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. *Rev. APS* [Internet]. 2009 [cited 2015 June 21];12(1): 62-71. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/229/189>.
17. Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Feb [cited 2015 June 21] ; 18(2): 499-506. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320130002000>

4.2 Produto – Informativo aos profissionais da estratégia Saúde da Família na conduta (prevenção, diagnóstico e tratamento) da sífilis congênita



INFORMATIVO Sífilis na Gestação e Congênita

É uma doença ven rea geralmente transmitida por contato sexual e mucosas.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, poderá ocorrer abortamento espontâneo, morte fetal, prematuridade, feto hidrópico, recém-nascidos sintomáticos (manifestação clássica), recém-nascidos assintomáticos (apenas sorologia positiva).

A transmissão materna poderá ocorrer em qualquer fase gestacional.

Apresenta-se em três estágios:

1  Cancro Duro (dividido em fase primária e secundária): **PRIMÁRIA**, caracterizada pela lesão rosada ou ulcerada, pouco dolorosa, com bordas endurecidas, fundo limpo e sem pus. **SEGUND RIA**, cerca de 90 dias após o cancro duro, período em que surgem erupções de pele, chamadas ros olas sifil ticas.

2  Sífilis Latente: vai do início do 2  ano após o contágio até o final do 4  ou 5  ano. Após o desaparecimento espontâneo das ros olas sifil ticas, não surgirão mais sintomas da doença pelos próximos 3 ou 4 anos. Chamada "fase do silêncio".

3  Sífilis Tardia: Nesta fase da doença não tratada aparecem finalmente suas lesões mais graves, muitas vezes irreversíveis, mesmo que o paciente inicie agora o tratamento e obtenha cura no sentido de eliminar o *treponema pallidum*.

Outras formas de transmissão da doença são as transfusões de sangue contaminado ou da mãe infectada para o filho em qualquer fase da gesta o ou no momento do parto (sífilis congênita).

Prevenção da Sífilis Congênita

- exame VDRL (realizado nos 1  e 3  trimestres de gesta o)
- tratamento adequado
- o controle de cura para gestantes e parceiros com diagnóstico positivo

INFORMATIVO

Sífilis na Gestação e Congênita

A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, mediante o acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes positivas, incluindo o tratamento do parceiro.

A notificação é feita pelo preenchimento e envio da ficha de notificação e investigação epidemiológica de caso de sífilis congênita, que deve ser preenchida pelo médico ou outro profissional de saúde no exercício de sua função e digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Diagnóstico

- Solicitar VDRL
- Hemograma
- Liquor
- RX de ossos longos

Tratamento

Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura			
Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (Sorologia)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

† 1 série = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo
 ** Preconiza o MS a utilização do terceiro esquema quando não se sabe a fase da sífilis na gestação



Sammia Valeska & Dra. Carmen Viana

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incidência de SC tem aumentado principalmente nos últimos anos. Acredita-se que a assistência e tratamento inadequados refletem a necessidade de uma maior atenção do sistema de saúde enquanto ação voltada à prevenção, diagnóstico, controle, tratamento e acompanhamento dos casos de sífilis congênita.

Torna-se importante a formação dos profissionais de saúde para lidar em seu cotidiano com essa questão, necessitando ser constante um maior aperfeiçoamento da prática profissional. É fundamental uma reestruturação nas políticas e estratégias de capacitação dos profissionais para uma melhor assistência prestada pela atenção básica no acompanhamento da gestante e da criança.

É necessária uma maior atenção dos profissionais quanto à prescrição medicamentosa, pois a realização de um tratamento inadequado pode comprometer todo o tratamento instituído. Assim, tanto enfermeiros como médicos, enquanto profissionais responsáveis pelo tratamento dos pacientes devem se preocupar com suas ações cotidianas, especialmente a notificação dos casos.

Os profissionais não apresentaram conhecimento necessário para lidar no cotidiano com a sífilis na gestação e congênita. Expressivo número de profissionais não realizam adequadamente os protocolos preconizados, reportando a carente oferta de capacitações/treinamentos pelos órgãos competentes a esses profissionais, realidade típica do interior do país.

Há uma necessidade constante de treinamentos e capacitações àqueles que atuam na ESF, em especial pela configuração atual de um crescimento representativo de casos notificados e subnotificados da doença. Tal questão associa-se às dificuldades vivenciadas pelas equipes das UBS, as quais comprometem o desenvolvimento seguro, completo e assistido à comunidade. Somam-se a isso questões de ausência de medicamentos, dificuldade em realizar exames, pouca colaboração das mães e de seus parceiros.

Por outro lado, acredita-se que uma maior inclinação na construção de vínculos dos profissionais com a ESF contribuiria para um estreitamento das relações com a própria comunidade, e, por conseguinte, com o cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med**, Belém, v.20, n.1, p.47-51, mar, 2006.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a Consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, mar./abr, 2007.

ARAÚJO, M. L. *et al.* Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.

AVELLEIRA, J. C. R. BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Na. Bras. Dermatol**, v.81, n.2, p.111-26, 2006.

AZULAY, M. M. Treponematoses. In: Azulay e Azulay. **Dermatologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Revista Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.9, n.2, p.23-31, jul./dez, 2004.

BOENTE, A.; BRAGA, G. **Metodologia científica contemporânea para universitários e pesquisadores**. Rio de Janeiro: Brasport, 2004.

Brasil. DOU. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Portaria no 542/1986. Dispõe sobre a sífilis congênita como doença de notificação compulsória, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ações em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada humanizada**; Manual Técnico. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Dados epidemiológicos Aids**. Boletim Epidemiológico. Aids e DST; 2(1):26-31. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Manual de bolso. Brasília; Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes, Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Boletim Epidemiológico**: sífilis. Ano I - nº 1. ISSN: 1517-1159. 2012a.

BRITO, R. S.; FERREIRA, A. R. Prevenção da Sífilis Congênita em um município do Rio Grande do Norte. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.4, n.1, p-30-35, jan./jun. 2003.

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

BOENTE, A; BRAGA, G. **Metodologia científica contemporânea para universitários e pesquisadores**. Rio de Janeiro: Brasport, 2004.

CAESQUI, AM; SPINELLI, MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1881-1892, set, 2006.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. In: **Interlace Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.5, n.9, p. 133-141. 2001.

CORDEIRO, H., *et al.* Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis - Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009.

COSTA, A. C., *et al.* Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

COSTA, C. C. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 1, p.152-9. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/reeusp>. Acesso em: Fevereiro de 2015.

DANTAS, J. C. **Condutas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na Estratégia Saúde da Família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento**

da gestante com sífilis. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2008.

DIAS G., *et al.* Avaliação do cuidado a saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva**, 2006. Disponível em. Acesso em 22 de Março de 2015.

FIGUEIREDO, E. N. **Qualidade da assistência no pré-natal pautada nos estudos das sífilis e sífilis congênita em unidades básicas de saúde do Município de São Paulo.** [Tese] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.

FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, S. R. G. **Como elaborar projetos, monografias e teses:** da redação científica à apresentação do texto final. ed. 4, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

FONSECA, F.F.; LIMA, C.A. *et al.* Caracterização sócio demográfica e ocupacional de trabalhadores da estratégia saúde da família. In: **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.5, ed. Especial, p. 2465-78. 2014

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.287-301, mar./ago, 2005

HOSSAIN, M.; BROUTET, N.; HAWKES, S. The Elimination of Congenital Syphilis: A Comparison of the Proposed World Health Organization Action Plan for the Elimination of Congenital Syphilis With Existing National Maternal and Congenital Syphilis Policies. **Sexually Transmitted Diseases**, v.34, n.7, Jul, 2007.

KOFFMAN, M. D; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, 5 (Supl 1), dez, 2005.

LIMA, M. G *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.499-506, 2013. [Citado 2015 mar]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/21.pdf>.

MACHADO, M. H. Programa Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Souza, M. F. **Os sinais vermelhos do PSF**. 1. Ed, São Paulo, Editora Hucitec. 2002.

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

MORENO, C. M. C., *et al.* Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, p. 671-675, 2008.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica.** São Paulo: Pioneira, 2001.

PICCINI, R. X et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.7, n.1, p.75-82, jan./mar, 2007.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev. Saúde Pública** 2008, v. 42, n.4, p.768-72.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, p.33-53, jan./jul, 2001.

SARACENI, V et al. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.3, p.263-273, jul./set, 2005.

SERRUYA, SJ et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.4, n.3, p. 269-279, jul./set, 2004.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez, 2004.

SILVA, A. C. M. A., et al. A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.

SUCCI, R. C. M., et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, dez. 2008.

TEIXEIRA, C. F.; COSTA, E. A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas**. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

WANNMACHER, L; FUCHS, FD. Processos Farmacocinéticos. In: **Farmacologia Clínica – Fundamentos da Terapêutica Racional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2004.

WHO. World Health Organization 2005. Gender and Reproductive Rights. What is a rights-based approach? Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/rights.html>. Acesso: Maio de 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário nº _____ Data da coleta dos dados: ____ / ____ / ____

Código de identificação: _____ Unidade de saúde _____

1ª Parte: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Sexo: () M () F Idade: _____ Profissão: _____

Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF): _____

Participou de algum treinamento/capacitação em relação ao atendimento a gestante com sífilis: () Não () Sim. Há quanto tempo? _____

Participou de algum treinamento/capacitação em relação ao atendimento a criança com sífilis congênita: () Não () Sim. Há quanto tempo? _____

Aqui na sua unidade existe algum caso diagnosticado de sífilis na gestação?
() Não () Sim. Caso sim, quantos? _____

Aqui na unidade existe algum caso diagnosticado de sífilis congênita em crianças?
() Não () Sim. Caso sim, quantos? _____

2ª Parte: SÍFILIS NA GESTAÇÃO*Conhecimento, condutas de prevenção, diagnóstico e tratamento*

1. Você conhece os sinais/ sintomas característicos da sífilis? () Não () Sim.

2. Você solicita o VDRL durante as consultas no pré-natal? () Não () Sim.
Caso sim, em qual(is) semana(s) gestacional(is)? _____

Conhecimento de condutas de tratamento

3. Como você realizaria o tratamento da sífilis durante pré-natal (medicamento-dose-intervalo de tempo)?

() 1 série* / Dose total: 2.400.000 UI IM / Dose única

() 2 séries (2.400.000 UI IM/série) / Dose total: 4.800.000 UI IM / intervalo de 1 semana

() 3 séries / Dose total: 7.200.000 UI IM / intervalo de 1 semana

4. Após confirmado sífilis durante o pré-natal é instituído tratamento e segmento adequados dos parceiros?

() Sim () Não

5. É realizado controle de cura para gestantes e parceiros com diagnóstico positivo?

() Sim () Não

3ª Parte: SÍFILIS CONGÊNITA*Conhecimento de condutas de prevenção, diagnóstico e tratamento*

6. Você sabe qual(is) a(as) maneira(s) de prevenir a sífilis congênita?

() Não () Sim

Se sim, quais?

7. O tratamento de sífilis congênita é realizado na unidade básica?

() Não () Sim

Se sim, qual?

8. São realizados no período neonatal os seguintes exames:

() exame sorológico

() radiografia de ossos longos

() hemograma

() análise do líquido

Dificuldades

9. Em seu serviço, você encontra ou já encontrou, alguma dificuldade para realização do diagnóstico da sífilis congênita?

() Não () Sim. Quais?

10. Em seu serviço, você encontra ou já encontrou, alguma dificuldade para realização do tratamento da sífilis congênita?

() Não () Sim. Quais?

11. Em seu serviço, você encontra ou já encontrou, alguma dificuldade para realização do acompanhamento da sífilis congênita?

() Não () Sim. Quais?

Notificação

12. Caso você atenda uma criança com sífilis congênita, este caso é notificado?
() Não () Sim. Por quem? _____

Experiência assistencial

13. Você já detectou caso de sífilis congênita durante a sua atuação na ESF?
() Não () Sim
14. Você já tratou algum caso de sífilis congênita durante a sua atuação no ESF?
() Não () Sim
15. Você já acompanhou alguma criança com sífilis congênita durante a sua atuação no ESF?
() Não () Sim

Obrigada!

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a), você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário da pesquisa **CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA**. O(A) Senhor(a) precisa decidir se quer participar ou não como sujeito da pesquisa. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sujeito de pesquisa é o (a) participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa, no caso de decidir participar da pesquisa, assine duas vias deste documento, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável. Toda e qualquer informação individual será mantida em sigilo, sendo divulgada apenas em publicações acadêmicas e científicas.

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, cujo objetivo é analisar as condutas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam na consulta pré-natal e no acompanhamento da criança quanto a prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento da criança com sífilis congênita.

Será adotada como procedimento de coleta de dados, a aplicação de um questionário estruturado, contendo perguntas abertas e fechadas.

A pesquisa poderá trazer algum desconforto ou constrangimento para o senhor (a) em virtude das perguntas que serão realizadas, na tentativa de minimizar esta situação as entrevistas serão realizadas em local e horário adequado para o senhor (a), e em local privativo para não expô-lo no momento da entrevista. Além disso, serão esclarecidos os objetivos e os benefícios da pesquisa. Será assegurado o anonimato e sigilo das informações, além de garantido o respeito à privacidade e liberdade de participar ou declinar de sua participação na pesquisa no momento que desejar sem nenhum ônus aos sujeitos. Compromisso e garantia de acesso: em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela presente pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Considerando a importância que a sífilis congênita tem como problema de saúde pública na atualidade, como benefícios vislumbram-se que a pesquisa sirva de subsidio para a construção de ações, que poderão contribuir para o aprimoramento da assistência as gestantes e crianças acompanhadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família neste município. Além disso, será elaborado um protocolo que poderá contribuir como aprimoramento no processo da assistência prestada pelos profissionais desse município.

Este estudo tem como pesquisadora responsável: Carmen Viana Ramos (e-mail: nutricarmen2@yahoo.com.br) e pesquisadora participante: Sammia Valeska Ferreira Memoria (e-mail: sammiamateus@yahoo.com.br)

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa da UNINOVAFAPI: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123. Bairro Uruguai, CEP: 64073-505. Teresina - Piauí. Fone: (86) 2106-0738 / Fax: (86) 2106-0740.

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos

CPF: 386.902.843 – 20

Pesquisadora responsável

Sammia Valeska Ferreira Memoria

CPF: 977.944.063 -15

Pesquisadora participante

PÓS-CONSENTIMENTO

Eu, (qualificação completa com nome, número de identidade, cpf, endereço, telefone(s) e, se houver, e-mail), abaixo assinado, concordo em autorizar minha participação como sujeito de pesquisa no projeto de pesquisa intitulado *Condutas dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto a Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Sífilis Congênita*, que tem como pesquisador principal Carmen Viana Ramos e pesquisadora participante Sammia Valeska Ferreira Memoria. Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o projeto de pesquisa, tudo em conformidade com o estabelecido na

Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, que discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo como sujeito de pesquisa e sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a continuar participando da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o meu consentimento. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do projeto de pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a ausência (e ou presença) de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa em qualquer tempo. Concordo, **voluntariamente**, em participar deste projeto de pesquisa.

Teresina, _____ de _____ de 2015.

Nome e Assinatura do participante ou responsável

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C

Declaração do(s) Pesquisador(es)

Teresina ____/11/ 2014.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI (CEP-UNINOVAFAPI)

Nós, Carmen Viana Ramos e Sammia Valeska Ferreira Memoria, pesquisadores responsáveis pela pesquisa intitulada **“CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA”** declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/2012, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade da aluna Sammia Valeska Ferreira Memoria, aluna do Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o sujeito de pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Profa. Dra. Carmen Viana Ramos
CPF: 386.902.843 – 20
Pesquisadora responsável

Sammia Valeska Ferreira Memoria
CPF: 977.944.063 - 5
Pesquisadora participante

APÊNDICE D**Carta de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa**

Teresina, ____ de Novembro de 2014.

Ilma Sra. Francisca Tereza Coelho Matos

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Cara Professora,

Envio-lhe o projeto de pesquisa intitulado: **CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA**, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Folha de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa ao CEP, para a apreciação por esse Comitê.

Confirmando que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo normativo da Resolução 466/2012 do CNS, e de que as normas ali constantes devem ser cumpridas incondicionalmente.

Confirmando também:

- 1- Que esta pesquisa ainda não foi iniciada;
- 2- Que não há participação estrangeira nesta pesquisa;
- 3- Que comunicarei ao CEP-UNINOVAFAPI os eventos adversos ocorridos com o sujeito de pesquisa;
- 4- Que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-UNINOVAFAPI;
- 5- Que retirarei por minha própria conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-UNINOVAFAPI.

Atenciosamente,

Pesquisadora Responsável:

Nome: Carmen Viana Ramos

CPF: 386.902.843 – 20

Instituição: Centro Universitário Uninovafapi

Área: Saúde

Mestrado em Saúde da Família

ANEXOS

ANEXO A



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNÁIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
PARNÁIBA - PIAUÍ

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro em quem interessar possa que estamos de acordo com a realização do estudo intitulado "CONDUTA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A PREVENÇÃO, DETECÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA.", sob a Orientação da **Prof. Dra. Carmem Viana Ramos**, e pesquisadora **Sammia Valeska Ferreira Memoria**, Enfermeira, mestranda do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ podendo iniciar-se nesta instituição de saúde.

Declaro ter lido e concordar com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12, estou ciente da co-responsabilidade como instituição co-participante no compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos participantes recrutados para a pesquisa, garantindo a sua integridade moral.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos da Resolução CNS 466/12, dentre outros:

7. Garantia da confidencialidade, anonimato e não utilização das informações em prejuízo de outros;
8. Emprego de dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
9. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e comunidade onde foi realizado.

Parnaíba, 10 de Novembro de 2014.

Geane Xavier de Santana Farias
Geane Xavier de Santana Farias
Gerente Administrativa e de Recursos Humanos
Atenção Básica

Geane X. de Santana Farias
Gerente Adm. e de Recursos Humanos
Atenção Básica

ANEXO B

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDUTAS DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A PREVENÇÃO, DETECÇÃO E TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Pesquisador: Carmen Viana Ramos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41693314.0.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 987.945

Data da Relatoria: 13/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal que será realizado no município de Parnaíba-PI, cuja coleta dos dados ocorrerá por meio de entrevistas junto aos profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família. A população do estudo será composta pelos profissionais de saúde, médicos e enfermeiras, que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Parnaíba-Piauí. Tendo conhecimento que no referido município atuavam 39 equipes da ESF, calculamos que a população do estudo será constituída de 78 profissionais, ou seja, 39 médicos e 39 enfermeiras. Considerando o tamanho da população optou-se por trabalhar com a população total de 78 profissionais. Como critérios de inclusão para participação do estudo será considerado: o profissional estar na equipe da ESF há pelo menos um ano, desempenhar atividade profissional há pelo menos cinco anos e atuar na assistência a gestante e ao recém nascido, além da assinatura do TCLE. Como critérios de exclusão serão considerados: está há menos de 1 ano atuando na equipe da ESF do município, experiência profissional menor que 5 anos, não está atuando na assistência a gestante e a criança, não assinar o TCLE. A técnica utilizada para produção de dados será a entrevista do tipo estruturado com perguntas abertas e fechadas com o objetivo de identificar o conhecimento e as condutas profissionais adotadas pelos profissionais na prevenção, detecção e tratamento da sífilis congênita, relacionando as condutas preconizadas pelo

Endereço: Rua Vitorino Orthógenes Fernandes, 8123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (88)2108-0738

Fax: (88)2108-0740

E-mail: cep@uninovaepi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 937.945

Ministério da Saúde. Os dados serão digitados e processados no Programa SPSS, versão 17. A análise dos dados se baseará na estatística descritiva, com frequências absolutas e percentuais. Os dados das questões abertas serão categorizados segundo similaridade do seu conteúdo e quantificados. As tabelas e gráficos serão elaborados no Excel.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: analisar as condutas dos profissionais da ESF que atuam na consulta pré-natal e no acompanhamento da criança quanto a prevenção, detecção, tratamento e acompanhamento da criança com sífilis congênita.

Secundários: identificar o conhecimento acerca da sintomatologia da sífilis congênita dos profissionais que atuam na realização da consulta de pré-natal e acompanhamento da criança na ESF; verificar as ações dos profissionais que realizam a consulta de pré-natal e acompanhamento da criança na ESF sobre a prevenção, detecção, tratamento e acompanhamento da sífilis congênita; relacionar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde da ESF no acompanhamento das gestantes e crianças com sífilis seguindo a recomendação do Ministério da Saúde; elaborar um protocolo de assistência à sífilis congênita para os profissionais de saúde da ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa poderá ocasionar desconforto para os profissionais da ESF pela possibilidade de haver constrangimento relacionada as perguntas que serão realizadas durante a entrevista. Na tentativa de minimizar esse desconforto os pesquisadores farão as entrevistas em local privativo para não expor os participantes no momento da entrevista.

Benefícios: a pesquisa terá benefícios indiretos pois servirá de subsídio para a construção de ações, que poderão contribuir para o aprimoramento da assistência aos pacientes com sífilis pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família neste município. Além disso, será elaborado um protocolo que poderá contribuir como aprimoramento no processo da assistência aos pacientes envolvidos e aos profissionais do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um Estudo relevante para a saúde pública, pois poderá contribuir para o aprimoramento da assistência aos pacientes com sífilis pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família assim como subsidiar a construção de ações para melhorar o processo da assistência aos pacientes envolvidos

Endereço: Rua Vitorino Orthógenes Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (88)2108-0738 Fax: (88)2108-0740 E-mail: cep@uninovaefpi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 987.945

e aos profissionais do município estudado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa segue as recomendações da Resolução do CNS 466/12, portanto encontra-se aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que protocolo de pesquisa está aprovado porque encontra-se elaborado de acordo com as recomendações da Resolução do CNS 466/12.

TERESINA, 17 de Março de 2015

pp.

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO C

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA ELETRONICA DE ENFERMAGEM

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) (ISSN 1518–1944) criada em 1999 é um periódico de acesso livre e gratuito, publicado trimestralmente pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (Brasil), apenas disponível na versão eletrônica no sítio da internet <http://www.fen.ufg.br/revista/>. Tem como missão disseminar o conhecimento científico, revisto por pares, desenvolvido por pesquisadores e trabalhadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem brasileira e estrangeira.

O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde, da Enfermagem e de áreas correlatas.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, artigos de revisão sistemática, revisão integrativa e editorial.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da Revista.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa, pela Comissão Editorial, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do conteúdo do texto à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na etapa preliminar, os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peerreview*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres

encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão Editorial que atenta para o cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão Editorial o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil indicar o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para a composição editorial e fechamento do número.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc;
- Formulário de submissão para cada um dos autores (conforme modelo)
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF, com tamanho máximo de um megabyte (1 MB) para cada arquivo, e enviados pelo sistema de submissão como “Documentos suplementares”.

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

COMPOSIÇÃO DO TEXTO

Para a composição do texto a Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

Artigos Originais: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras.

Artigos de Revisão: Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras.

Editorial: destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O

conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

Para a contagem do número de palavras deve-se considerar o conteúdo textual a partir da introdução até o final da conclusão, retirando-se o resumo e as referências.

Introdução: texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa em razão de lacunas do conhecimento identificadas, e a sua justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

Métodos: definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.

Discussão: deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e

lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana, tamanho 10;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Título: deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, **apenas** no idioma que foi escrito o texto na íntegra. A tradução dos títulos e resumos (português, inglês e espanhol) deverá ser feita após a aprovação do artigo para publicação, quando também será orientada a versão do texto em inglês.

Textos encaminhados em inglês ou espanhol e aprovados para publicação, deverão ser traduzidos para o português e seus resumos apresentados em outras dois idiomas.

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem

utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações: são permitidas, no máximo, quatro tabelas ou figuras que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. Os títulos de tabelas e figuras devem conter informações precisas, indicando local do estudo e ano a que se referem os dados. As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo.

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.
- Quando são enviadas fora das normas , acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. ⁽¹⁻³⁾; quando intercalados utilize vírgula ex. ^(2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no

ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na PubMed Journals database ou o título abreviado usado na Scielo.

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo publicado em periódico científico:

Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad Saude Publica. 2008;24(9):2131-40.

Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(esp):20-8

Artigo publicado em periódico científico, volume com suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.

Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002:1-6

Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:

Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009;27(5):963-75.

Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:

Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en los recién nacidos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

Reis LN, Carmo BP, Miaso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva*. In press 2009.

Livro, com único autor:

Demo P. Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

Brigh MA, editor. *Holistic nursing and healing*. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Livro com tradutor:

Stein E. Anorectal and colonic diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível em formato eletrônico:

Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Monografia

Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Dissertação:

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

Tese:

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

Trabalhos em anais de evento científico:

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.

Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Cannabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain, 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

Trabalhos em anais de evento científico:

Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em

Enfermagem, 2002, São Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico:

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Base de dados online:

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – .Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

Legislação:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

Legislação, disponível na internet:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Matéria de jornal:

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal , disponível na internet:

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível em: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Texto / Homepage da Internet:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [acesso em: 10 fev 2014]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Disponível

em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [acesso em: 10 fev 2014].

Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível

em:<http://www.datasus.gov.br>.