

Artigo Original

Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo

Prevention of congenital syphilis in Fortaleza, Ceará: an evaluation of the structure and process

Maria Alix Leite Araujo¹, Valéria Lima de Barros², Heber José de Moura³, Ana Fátima Braga Rocha⁴, Marilene Alves Oliveira Guanabara⁵

Resumo

Objetivo: Avaliar a estrutura e o processo de trabalho dos profissionais de saúde para desenvolver as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará. **Métodos:** Pesquisa avaliativa desenvolvida de julho a outubro de 2011 em 89 unidades primárias. Foram avaliados os componentes de estrutura física, materiais e insumos, recursos humanos e estrutura organizacional e as unidades foram classificadas como satisfatórias e insatisfatórias. **Resultados:** Na classificação geral, descobriu-se que somente 47,2% das unidades foram consideradas insatisfatórias. A sala de coleta de sangue estava presente em 68,5%, profissional capacitado para atender casos de sífilis em 21,3% e apenas 16,9% das unidades aplicavam a penicilina benzatina em gestantes. **Conclusão:** No geral, as unidades primárias de saúde não se encontravam em condições estruturais e processuais para contribuir para o controle da sífilis congênita.

Palavras-chave: sífilis congênita; assistência pré-natal; avaliação em saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the work structure and process of healthcare professionals in order to develop actions for the prevention and control of congenital syphilis in Fortaleza, Ceará. **Methods:** This is an evaluation research conducted in 89 primary healthcare units between July and October, 2011. The components of physical structure, materials and inputs, human resources, and organizational structure were evaluated; then, the units were classified as satisfactory or unsatisfactory. **Results:** The general classification showed that only 47.2% of the units were found to be unsatisfactory. In all, 68.5% of the units had a blood-sampling room, 21.3% had professionals qualified to attend syphilis cases, and only 16.9% of the units administered benzathine penicillin to pregnant women. **Conclusion:** In general, primary healthcare units did not present structural and procedural conditions to help control congenital syphilis.

Keywords: congenital syphilis; prenatal care; health evaluation.

Trabalho realizado no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza (CE), Brasil.

¹Doutora em Enfermagem pela UNIFOR; Professora de Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR – Fortaleza (CE), Brasil.

²Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR; Professora Assistente I do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Picos (PI), Brasil.

³Estatístico pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Professor do Programa de Pós Graduação em Administração da UNIFOR – Fortaleza (CE), Brasil.

⁴Especialista em Saúde Pública pela UNIFOR; Mestranda em Saúde Coletiva da UNIFOR – Fortaleza (CE), Brasil.

⁵Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR; Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UNIFOR – Fortaleza (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Alix Leite Araujo – Rua São Gabriel, 300, apto. 1101 – Cocó – CEP: 60135-450 – Fortaleza (CE), Brasil – E-mail: mleite@unifor.br

Fonte de financiamento: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP/CNPq).

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A sífilis, quando ocorre durante a gestação, traz implícito o risco de transmissão vertical se a gestante não é tratada ou é inadequadamente, podendo desencadear quadros de sífilis congênita (SC), com graves sequelas perinatais. O controle da transmissão vertical é possível, considerando-se a existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento eficaz e de baixo custo¹. Ocorre que a SC permanece como um grande desafio à saúde pública em vários países, incluindo o Brasil.

Apesar de ser mais frequente na gestação do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a SC não tem a mesma visibilidade e mobilização para o seu controle. Entre os casos notificados no Brasil em 2011, 73,2% das mães realizaram pré-natal; destas, 86,6% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e 69,0% não tiveram seus parceiros tratados². Mesmo desconsiderando-se a subnotificação, esses indicadores apontam para a baixa qualidade do pré-natal e para a necessidade de reflexão e reestruturação da assistência dispensada às gestantes.

A assistência pré-natal constitui-se num momento importante para a adoção das medidas de prevenção e controle da SC. Por essa razão, o Ministério da Saúde (MS) a incluiu como indicador de qualidade da atenção pré-natal. Ademais, elegeu a Estratégia de Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, destacando entre as atividades desempenhadas pelas equipes o acompanhamento do pré-natal de baixo risco³.

Ao longo dos anos, busca-se a melhoria na qualidade da assistência pré-natal e, recentemente, foi lançado o programa Rede Cegonha⁴, que tem como um dos objetivos a redução da transmissão vertical da sífilis. Para tanto, se faz imperativo que os municípios organizem suas unidades de atenção primária à saúde (UAPS), dotando-as de instalações adequadas, equipamento, material e insumos mínimos, apoio laboratorial, instrumentos de registro, processamento e análise de dados, medicamentos essenciais, além de profissionais qualificados e em número suficiente, garantindo recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e assegurando acessibilidades e acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adscrita⁵.

Ressalta-se a importância do monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde, considerando que o Pacto pela Saúde propõe condições significativas à execução e efetivação das unidades do Sistema Único de Saúde e elege como prioridade a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis⁶. Portanto, a realização de avaliações periódicas permite identificar os entraves que possam comprometer a execução das ações, além de contribuir para a elaboração de estratégias exequíveis para desenvolvimento nos serviços.

Estudo de avaliação e análise de programas e serviços de saúde evidenciou que a estrutura das UAPS interfere na organização dos serviços e na qualidade da assistência prestada⁷. Outros estudos avaliativos realizados em municípios brasileiros também encontraram a qualidade da assistência pré-natal como inadequada⁸⁻¹⁰.

Este estudo, portanto, tem por objetivo avaliar a estrutura e aspectos do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família nas unidades de atenção primária à saúde de Fortaleza, identificando os pontos fortes e as fragilidades dos serviços, procurando contribuir com a elaboração de estratégias para a prevenção e o controle da sífilis na gestação e, conseqüentemente, da SC.

MÉTODOS

Pesquisa avaliativa realizada em Fortaleza-Ceará, município com população de 2.452.185 habitantes, e a capital de maior densidade demográfica do País¹¹. Administrativamente, é dividida em seis secretarias regionais (SR) que têm como função executar as políticas setoriais e as metas definidas como prioritárias para cada grupo populacional por meio de serviços articulados em uma rede de proteção social. A atenção primária possui 92 unidades, todas funcionando como Estratégia Saúde da Família. Três unidades não foram incluídas na pesquisa (duas estavam em reforma e uma havia sido fechada), totalizando assim, 89 unidades participantes do estudo.

Inicialmente, foi elaborado um *check list* utilizando como referência os seguintes documentos do Ministério da Saúde: Política Nacional de Atenção Básica¹²; Portaria nº 542/86, que inclui a sífilis congênita na lista de agravos de notificação compulsória¹³; Portaria Nº 33/05, que inclui a sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória¹⁴; Portaria nº 156/06, que dispõe sobre o uso da penicilina na atenção primária¹⁵; Manual de Pré-natal e Puerpério¹⁶; Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis¹⁷; Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde⁵; Guia Prático do Programa de Saúde da Família¹⁸; Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família¹⁹.

Com suporte nos documentos supracitados, foram definidos os componentes de Estrutura Física (EF), Recursos Materiais (RM), Recursos Humanos (RH) e Processos Organizacionais (PO), com suas respectivas variáveis consideradas necessárias à prevenção da SC nas unidades primárias.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2011 pela autora e três acadêmicas de Enfermagem previamente treinadas. A entrada no campo foi precedida de estudo-piloto com o objetivo de testar o instrumento. Os dados foram coletados durante visitas às unidades, sempre

com o acompanhamento do coordenador ou de um enfermeiro da unidade.

No componente EF, verificou-se a disponibilidade, compartilhamento dos espaços e condições de privacidade, como a presença de sala com porta e atendimento individualizado (consultório para atendimento pré-natal, sala de coleta de sangue, sala de administração de medicamentos e farmácia). Em relação aos RM e insumos, observou-se a disponibilidade, suficiência para uso/mês e condições de uso (seringas e agulhas hipodérmicas e descartáveis; medicamentos: penicilina G benzatina, cloreto de sódio a 0,9%, epinefrina, prometazina, fenoterol solução 0,5%; centrífuga; geladeira para armazenamento do sangue coletado; cilindro de oxigênio com válvula e manômetro em local de fácil acesso com saída para fluxômetro e umidificador; máscara plástica, cateter nasal, látex ou extensor).

Quanto aos RH, verificou-se a disponibilidade, quantidade e capacitação das equipes. Analisou-se a existência de equipes completas de Saúde da Família; equipe para administração de soluções parenterais e profissionais capacitados para atender casos de sífilis e de anafilaxia. Foram consideradas completas as equipes que reuniam os seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde.

Na PO, notou-se a realização, frequência, disponibilidade dos recursos e realização das seguintes atividades: coleta de sangue para VDRL; se a coleta era realizada na data de solicitação do exame; se o envio das amostras ao laboratório ocorria diariamente; o tempo de retorno dos exames; administração da penicilina na gestante; realização de atividades educativas individuais e coletivas sobre sífilis; possuir manuais, normas, protocolos e material educativo do MS sobre sífilis; dispor de atendimento pré-natal realizado por médicos e enfermeiros.

Posteriormente, foi solicitado a oito especialistas cujo critério de seleção era apresentar larga experiência, com mais de cinco anos de atuação na área de sífilis em gestantes e sífilis congênita, que avaliassem a importância de cada um dos componentes (EF, RM, RH, PO). Isto se deu mediante a aplicação da técnica *Analytic Hierarchy Process* (AHP)²⁰, atendendo aos critérios: “Igualmente Importante”, “Fracamente Mais Importante”, “Fortemente Mais Importante”, e “Extremamente Mais Importante”.

Com base em uma matriz de comparação binária gerada pela própria técnica AHP, estabeleceu-se peso para cada componente. Como o procedimento foi aplicado a oito profissionais, considerou-se a mediana dos valores atribuídos como representativa de todo o grupo.

Em seguida, aplicou-se a Análise Fatorial (AF) ao conjunto de variáveis associadas a cada componente, o que permitiu sintetizar as variáveis originais em uma só, denominada Fator. Assim, o conjunto original de variáveis foi substituído

por quatro fatores, cada um correspondente a uma dimensão. A medida geral de desempenho foi obtida mediante o produto dos fatores referentes às dimensões EF, RM, RH e PO pelos respectivos pesos, calculados por meio do AHP.

A análise foi realizada com a utilização do *software* SPSS (versão 18.1) e apresentadas em forma de tabelas de frequências. Mediante a realização do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS) verificou-se que a medida final de desempenho apresentou distribuição normal. Para aplicá-lo às unidades, foram adotados escores padronizados, denominados z-scores, que é a variável original transformada em uma distribuição normal, com média zero e desvio-padrão 1, o que os torna de mais fácil comparação. A variação deles, em geral, é de -3 a 3. Posteriormente, os intervalos de classificação das unidades foram definidos da seguinte forma: as unidades com desvio-padrão menor do que zero foram consideradas insatisfatórias, e satisfatórias aquelas com desvio-padrão igual ou maior do que zero.

O estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada “Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza, Ceará”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob o Parecer nº 072/2009.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 89 unidades primárias, todas atendendo na lógica da Estratégia Saúde da Família. Funcionavam nos dois turnos 51 unidades (57,3%), e em 38 (42,7%) havia o terceiro turno de atendimento. Todas possuíam área geográfica definida e 87 (97,7%) apresentavam o mapa de abrangência. Serviam de campo de estágio para atividades de ensino 62 (69,7%), e em 57 (64,0%) essas atividades eram para os cursos de Medicina e Enfermagem.

A Tabela 1 expressa a avaliação global dos componentes de estrutura e processo das unidades de saúde, por secretaria regional. No geral, 42 (47,2%) unidades foram classificadas como insatisfatórias para diagnosticar e tratar gestantes com sífilis.

Na Tabela 2, constam os dados referentes ao componente Estrutura Física. Em 77 (86,5%) unidades, a estrutura física foi considerada adequada (possuía birô, cadeiras para o usuário e o acompanhante, mesa de exame clínico, sonar e fita métrica). Em quatro unidades (4,5%), os consultórios de atendimento pré-natal eram compartilhados pelos profissionais no mesmo horário de atendimento. Das unidades que tinham sala para coleta de material biológico, 28 (46,0%) eram também usadas para realização de curativo, e dentre as unidades que possuíam sala de procedimentos, (local para a realização da medicação injetável), 62 (86,1%) eram de uso compartilhado com a sala de vacinação.

Quanto aos Recursos Materiais e insumos, destaca-se que 79 (88,8%) unidades tinham a penicilina G benzatina de 1.200.000 UI, e uma (1,2%) estava com a medicação fora do prazo de validade. Verificou-se que somente em 23 unidades (38,3%) o cilindro de oxigênio estava na sala de administração de medicamentos e em condições de uso (com válvula e manômetro com saída para fluxômetro e umidificador, carregado e dentro do prazo de validade) (Tabela 3).

Na Tabela 4, elencam-se os achados do componente Recursos Humanos. Apesar de 100% das unidades disporem de equipes de Saúde da Família, 39 (32,6%) encontravam-se com todas as

equipes completas (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Havia profissionais capacitados para atender casos de sífilis em 19 unidades (21,3%) e em cinco (5,6%) para atender casos de anafilaxia.

A Tabela 5 traz os dados do Processo Organizacional das unidades. Das 61 (68,5%) que realizavam a coleta do sangue para o exame de VDRL, em apenas duas (2,2%) a solicitação e a coleta ocorriam no mesmo dia. Em nenhuma unidade o retorno do exame ocorria no período de até sete dias e somente 15 (16,9%) administravam a penicilina G benzatina.

Tabela 1. Avaliação geral das unidades primárias de saúde segundo Secretaria Regional. Fortaleza (CE), 2011. n=89

Classificação	Classificação Geral das Unidades												Total	
	I		II		III		IV		V		VI		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Insatisfatória	12	92,3	3	30,0	6	37,5	6	50,0	12	66,7	3	15,0	42	47,2
Satisfatória	1	7,7	7	70,0	10	62,5	6	50,0	6	33,3	17	85,0	47	52,8
Total	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0

Tabela 2. Avaliação do componente Estrutura Física das unidades primárias de saúde segundo Secretaria Regional. Fortaleza (CE), 2011. n=89

Componente	Estrutura Física das Unidades												Total	
	I		II		III		IV		V		VI		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Consultório	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0
Sala para coleta	5	38,5	8	80,0	8	50,0	4	33,3	17	94,5	19	95,0	61	68,5
Procedimentos	4	30,8	9	90,0	16	100,0	12	100,0	11	61,2	20	100,0	72	80,8
Farmácia	11	84,6	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	19	95,0	86	96,6

Tabela 3. Avaliação do componente de recursos materiais das unidades primárias de saúde segundo a Secretaria Regional. Fortaleza- CE, 2011. n=89

Componente	Recursos Materiais das Unidades												Total	
	I		II		III		IV		V		VI		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Seringa e agulhas	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0
Penicilina G benzatina	8	61,5	10	100,0	15	93,8	12	100,0	14	77,8	20	100,0	79	88,8
KCl a 0,9%	9	69,2	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	85	95,5
Epinefrina	-	-	4	40,0	3	18,8	5	41,7	-	-	3	15,0	15	16,9
Prometazina	-	-	6	60,0	11	68,8	4	33,3	5	27,8	10	50,0	36	40,4
Fenoterol solução 5%	-	-	5	50,0	2	12,5	4	33,3	-	-	4	20,0	15	16,9
Centrífuga	1	7,7	-	-	5	31,2	3	25,0	-	-	-	-	9	10,1
Geladeira	2	15,4	-	-	2	12,5	1	8,3	1	5,6	3	15,0	9	10,1
Cilindro de O ²	6	42,6	10	100,0	13	81,2	5	41,7	8	44,4	18	90,0	60	67,4
Máscara plástica	4	30,8	3	30,0	16	100,0	9	75,0	6	33,3	14	70,0	52	58,4
Cateter nasal	3	23,1	10	100,0	11	68,8	6	50,0	6	33,3	10	50,0	46	51,7
Latex ou extensor	4	30,8	10	100,0	13	81,2	8	66,7	7	38,9	18	90,0	60	67,4

Tabela 4. Avaliação do componente de Recursos Humanos das unidades básicas de saúde segundo a Secretaria Regional. Fortaleza (CE), 2011. n=89

Componente	Recursos Humanos das Unidades												Total	
	I		II		III		IV		V		VI		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Equipes completas	5	38,5	2	20,0	2	12,5	6	50,0	10	55,6	14	70,0	39	32,6
Capacitação em sífilis	1	7,7	3	30,0	1	6,2	2	16,7	4	22,2	8	40,0	19	21,3
Equipe administração de solução parenteral	5	38,5	5	50,0	16	100,0	12	100,0	10	55,6	6	30,0	54	60,7
Capacitação anafilaxia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	25,0	5	5,6

Tabela 5. Avaliação do componente Processo Organizacional das unidades básicas de saúde segundo a Secretaria Regional. Fortaleza (CE), 2011. n=89

Componente	Processo Organizacional das Unidades													
	I		II		III		IV		V		VI		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Realiza coleta de sangue para o VDRL	5	38,5	8	80,0	8	50,0	4	33,3	17	94,4	19	95,0	61	68,5
Solicitação e coleta do VDRL ocorrem no mesmo dia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	10,0	2	2,2
Envio diário da amostra ao laboratório	5	38,5	8	80,0	8	50,0	4	33,3	17	94,4	19	95,0	61	68,5
Retorno do exame de VDRL em até sete dias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Administra penicilina na gestante	-	-	3	30,0	4	25,0	3	25,0	-	-	5	25,0	25	16,9
Realiza palestras/reuniões	2	15,4	4	40,0	10	62,5	2	16,7	6	33,3	8	40,0	32	36,0
Realiza ações educativas individuais	2	15,4	5	50,0	12	75,0	9	75,0	5	27,8	12	60,0	45	50,6
Possuía material educativo sobre sífilis	1	7,7	2	20,0	3	18,8	2	16,7	6	33,3	4	20,0	18	20,2
Atende pré-natal	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0
Pré-natal realizado por médico	13	100,0	10	100,0	15	93,8	11	91,7	17	94,4	18	90,0	84	94,4
Pré-natal realizado por enfermeiro	13	100,0	10	100,0	16	100,0	12	100,0	18	100,0	20	100,0	89	100,0

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a Estrutura Física, Recursos Materiais e Humanos e o Processo Organizacional das UAPS de Fortaleza, Ceará, e constatou que, na análise geral, somente pouco mais da metade das unidades foram consideradas em condições satisfatórias para atender gestantes com sífilis.

De 2009 a 2011, um estudo que avaliou a estrutura, o processo e o resultado da atenção pré-natal na rede primária de saúde de Fortaleza mostrou que, apesar dos bons resultados com relação à estrutura, os reflexos nos indicadores de processo e resultados não foram positivos²¹. Vale ressaltar que os aspectos considerados na avaliação da estrutura das unidades de saúde diferiram daqueles avaliados neste estudo, impossibilitando uma comparação entre eles.

As deficiências na qualidade da assistência pré-natal à gestante com sífilis^{9,22-23} reforçam a necessidade de se refletir sobre os processos de trabalho em saúde, especialmente da atenção pré-natal, uma vez que somente a qualificação desta ação possibilitará a redução da transmissão vertical da sífilis.

Analisando os resultados da avaliação geral entre as SR do Município, foi possível observar diferenças na classificação, notadamente entre aquelas das SR I e V, que aparecem como insatisfatórias em 92,3 e 66,7% das unidades, respectivamente, exatamente as SR que expressam as menores rendas médias pessoais do Município²⁴.

Destaca-se, portanto, o fato de que apenas 68,5% das unidades tinham sala para coleta de material biológico, sendo essa a maior deficiência do componente de estrutura física. Nessas unidades, a coleta de sangue para a realização do exame de VDRL ocorria diariamente, entretanto, de gestantes previamente agendadas. As amostras coletadas eram encaminhadas aos laboratórios de referência (público ou privado) para leitura. As gestantes, portanto, necessitavam retornar várias

vezes à unidade somente para conseguir acesso ao exame de VDRL, circunstâncias que podem ser responsáveis pelo atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento.

O comparecimento necessário à unidade de saúde para agendamento, coleta de sangue e tratamento, torna-se dispendioso, compromete o acesso e, conseqüentemente, o controle da SC. Muitos usuários do Sistema Único de Saúde têm baixo poder aquisitivo²⁵, não dispendo de condições financeiras para o transporte. Evidencia-se ainda a existência de cotas de exames, e que estas não são suficientes para atender a demanda, situação evidenciada também em Rio Grande (RS)²⁶. Facilitar o acesso ao diagnóstico deve ser uma prioridade, considerando que um estudo multicêntrico realizado em 24 estados brasileiros demonstrou que somente 26,9% das gestantes avaliadas haviam sido testadas para sífilis²⁷.

Como estratégia para facilitar o acesso ao diagnóstico, o MS preconiza como rotina a triagem sorológica com o teste rápido na primeira consulta de pré-natal e no início do terceiro trimestre de gestação³⁻⁴. Embora tenha se notado aumento da proporção de unidades que realizaram pelo menos um teste sorológico para sífilis de 2002 a 2004²⁸, é possível observar que a proporção de gestantes que realizam os dois exames é ainda muito baixa e, em geral, inferior ao número de solicitações para a detecção da infecção pelo HIV^{29,30}.

As unidades demonstravam carência de profissionais com muitas equipes de Saúde da Família incompletas, especialmente pela falta do médico. Ocorre que, no geral, as unidades exibiam mais de uma equipe que prestavam assistência àquelas que estivessem incompletas. Por esse motivo, a maioria das unidades tinha consultas de pré-natal realizadas por médico e enfermeiro. Essa situação pode sobrecarregar a agenda dos profissionais, atrasando a frequência e dificultando o acesso das gestantes às consultas de pré-natal.

Apenas 16,9% das unidades administravam a penicilina G Benzatina. O temor advindo da possibilidade de eventos adversos,

entre os quais a reação anafilática, bem como a carência dos recursos necessários ao atendimento de tal ocorrência, aparece como justificativa para a não realização desse procedimento. As unidades se limitam a entregar a medicação e encaminhar as gestantes para os hospitais. Tal situação é injustificável, uma vez que as reações anafiláticas são raras³¹.

Chama a atenção o baixo percentual de unidades com profissionais capacitados em sífilis (21,3%). A educação permanente dos profissionais que atuam no pré-natal deve ser realizada em intervalos regulares e por meio de supervisão continuada em serviços. No caso da sífilis, apesar da disponibilidade de tratamento simples e de baixo custo, a compreensão e diagnóstico da infecção expressam certa complexidade, o que pode dificultar o manejo por parte dos profissionais.

Poucas unidades realizavam atividades educativas no âmbito individual e coletivo. Acredita-se que as atividades de Educação em Saúde podem se revelar como espaço para compartilhar experiências e socializar saberes. Ademais, identificou-se indisponibilidade de protocolos, normas e

diretrizes do MS para eventuais consultas pelos profissionais, bem como de material educativo sobre a sífilis para distribuição durante as atividades de Educação em Saúde. A ausência dessas publicações nas unidades de saúde não é um fato isolado, sendo também observado em outra região do País³².

Pode-se concluir que o controle da SC passa necessariamente pelas ações desenvolvidas na atenção primária, considerada a porta de entrada do sistema de saúde. As condições estruturais e o processo de trabalho encontrados nessas unidades podem dificultar o bom desempenho dos profissionais nos cuidados prestados à clientela.

■ AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP/CNPq pelo financiamento da pesquisa.

■ REFERÊNCIAS

- World Health Organization. The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Geneva: World Health Organization, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 27 de Junho de 2011, Seção 1, p. 109, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(3):3579-86.
- Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(4):789-800.
- Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(3):425-37.
- Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(Suppl 1):1347-57.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Contagem da população. [cited 2013 Dec 06] Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 542 de 22 de Dezembro de 1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827, 1986.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 15 de Julho de 2005, Seção 1, p. 111, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 156 de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 de Janeiro de 2006, Seção 1, p. 54, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Pré-natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. [cited 2014 Aug 21] Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Saaty TL. Theory and Applications of the Analytic Network Process: Decision Making with Benefits, Opportunities, Costs, and Risks. Pittsburgh: RWS Publications; 2005.

21. Rocha RS, Silva MGC. Assistência pré-natal na rede básica de Fortaleza-CE: Uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. *Rev Bras Promoc Saude*. 2012;25(3):344-55.
22. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):147-157.
23. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(6):1109-20.
24. Brasil. Governo do Estado do Ceará. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Perfil Municipal de Fortaleza. Informe nº 42, 2012. [cited 2014 Aug 20]. Available from: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/informe%2042-ultimaversao.pdf>
25. Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros, AJ. Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595-603.
26. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2614-22.
27. Rodrigues CS, Guimarães MD, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):851-8.
28. Succi RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16(6):986-92.
29. Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1747-55.
30. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Pereira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(2):203-12.
31. Galvão TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, Pereira MG et al. Safety of benzathine penicillin for preventing congenital syphilis: a systematic review. *PLoS ONE*. 2013;8(2):e56463.
32. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Xavier AL, Costa AF. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(1):569-81.

Recebido em: 04/04/2014
Aprovado em: 06/08/2014