

SÍFILIS CONGÊNITA COMO INDICADOR DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE OLINDA (PE), BRASIL

Congenital syphilis as an indicator for assessing the prenatal care in the city of Olinda (PE), Brazil

Ederline Suélly Vanini de Brito¹, Suzane Brust de Jesus², Maria Rejane Ferreira da Silva³

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal no município de Olinda, utilizando-se como indicador a sífilis congênita (SC). Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal. Como fontes de dados, foram utilizadas as fichas de notificação epidemiológicas e de investigação dos casos de SC, disponíveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), dos anos de 2005, 2006 e 2007, como também um questionário, contendo perguntas abertas e fechadas, o qual serviu para entrevistar os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família e dois técnicos da Vigilância epidemiológica. Os dados foram digitados em Excel e analisados no SPSS 13. Foram registrados 234 casos de SC. A maior proporção de SC incide entre as mulheres maiores de 20 anos, com menos de 8 anos de estudo e 83,25% delas realizaram o pré-natal. Tanto as mulheres (90,0%) como os seus parceiros (92,0%) foram inadequadamente tratados. 46 enfermeiros (85,2 %) responderam ao questionário. A maioria era do sexo feminino e as médias de idade, de anos de formado e de tempo de trabalho na unidade foram, respectivamente, de 37, 11 e 4 anos. Mais da metade (54,3%) dos profissionais informou que havia dificuldades para realizar os exames e a metade (50%) deles afirmou ter dificuldades no recebimento dos resultados. 36,9% do grupo não realizavam o controle da cura das gestantes com VDRL positivo durante o pré-natal e a maioria (78,26%) tinha problemas para realizar o tratamento dos parceiros das gestantes. Os resultados apontam para a necessidade de esforços para melhorar a qualidade da assistência pré-natal no município. São necessários investimentos em capaci-

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the quality of care for prenatal in the city of Olinda, using as an indicator congenital syphilis (SC). This is a descriptive study of quantitative and cross-section. As sources of data, were used as tokens of notification and epidemiological investigation of cases SC, available in the National System of Disease of Notification (SINAN), the years 2005, 2006 and 2007, as well as a questionnaire, containing questions open and closed, which served to interview the nurses of the Family Health Units and 2 professionals of epidemiological surveillance. Data were entered into Excel and analyzed in SPSS 13. SC 234 cases were recorded. The largest proportion of SC concerns among women older than 20 years, with less than 8 years of study and 83.25% of them held the prenatal care. Both women (90.0%) and their partners (92.0%) were inadequately treated. 46 nurses (85.2%) answered the questionnaire. Most were female, the average age, years of trained and time in the unit was respectively 37, 11 and 4 years. More than half (54.3%) of professionals reported that there were difficulties in conducting the examinations, and half (50%) of them had difficulties in receiving the results. 36.9% of the group had no control of the healing of the women with positive VDRL, during prenatal and the majority (78.26%) had trouble achieving the treatment of the partners of pregnant women. The results indicate the necessity of efforts to improve the quality of the prenatal assistance in the city. They are necessary investments in professional qualification, the infrastructure improvement of the net, in the communication between the diverse services, and of the conditions of work. However, the resolution

¹ Enfermeira. Estudante do curso de Especialização em Enfermagem do trabalho/FACINTER. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: ederline_vanini@yahoo.com.

² Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Professora da Fundação de Ensino Superior de Olinda. suzanebrj@hotmail.com.

³ Enfermeira. Professora da Universidade de Pernambuco e Pesquisadora colaboradora da FIOCRUZ/Recife. Membro do Grupo de pesquisas de África e América latinas - GRAAL. E-mail: rejane@cpqam.fiocruz.br. Endereço: Centro de pesquisa Aggeu Magalhães. Av. Prof. Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE, Recife. CEP: 50670-420. Fone: 81 2101-2613.

tação profissional, na melhoria de infraestrutura da rede, na comunicação entre os diversos serviços e condições de trabalho. No entanto, a resolução de problemas como a SC e de outros agravos à saúde implica na adoção de políticas públicas estruturantes e ações intersectoriais que envolvam, por exemplo, o âmbito da educação e do trabalho.

PALAVRAS-CHAVES: Sífilis congênita. Cuidado Pré-Natal. Gravidez.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o início da década de 1980, a assistência integral à saúde da mulher vem se consolidando como uma das prioridades nas políticas de saúde, principalmente no que se refere à gestação, ao parto e ao puerpério. As políticas voltadas a esse grupo visam minimizar as complicações maternas e neonatais que, apesar dos esforços, ainda se mantêm em importantes patamares. Uma das preocupações é a redução de casos novos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), particularmente a Sífilis Congênita (SC), visto que é causa frequente de morbimortalidade perinatal, ocupando espaços entre as principais causas básicas de óbitos infantis, aborto, nati e neomortalidade e complicações precoces e tardias de nascidos vivos (BRASIL, 2005a; DONALÍSIO, 2007; SARACENI, 2005a; SARACENI, 2005b).

A SC é resultado da disseminação hematogênica pelo *Treponema pallidum* na gestante não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito por via transplacentária. Dada a sua relevância, a partir de 1986, a notificação de casos de SC tornou-se compulsória em todo território nacional e, em 1993, o Ministério da Saúde propôs a sua erradicação como meta a ser alcançada no país até o ano de 2000. Desta forma, passou a indicar o rastreamento da doença na gravidez mediante o diagnóstico sorológico não treponêmico ou VDRL e o tratamento das gestantes infectadas ainda no pré-natal como uma recomendação estratégica (BRASIL, 2006; DONALÍSIO, 2007; SARACENI, 2005a).

No entanto, a meta governamental ainda não foi atingida e, de acordo com informes oficiais, as taxas de SC permanecem elevadas. Estima-se que 3,5% das gestantes sejam portadoras da doença e o risco de transmissão vertical do *Treponema pallidum* situe-se entre 50% e 85% e a taxa de óbito perinatal devido à SC esteja em torno de 40%. Entre os fatores de riscos que contribuem para que a SC se mantenha como uma ameaça à saúde, estão o baixo nível

of problems as the SC and other offenses to the health implies in the adoption of structural public policies and inter sectors actions that involve, for example, the scope of the education and the work.

KEY WORDS: Syphilis, Congenital. Antenatal care. Pregnancy.

socioeconômico, a baixa escolaridade, a promiscuidade sexual e, sobretudo, a falta de assistência adequada no pré-natal (DE LORENZI; MADI, 2001).

Por esta razão, a Organização Mundial de Saúde considera a existência de casos de SC em gestantes que realizaram o pré-natal como um forte indicador de avaliação da qualidade da assistência pré e perinatal (OMS, 2006).

Em relação à qualidade da atenção pré-natal, observa-se que apenas a cobertura adequada, por si só, não garante bons resultados tais como a redução dos coeficientes de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas, incidência de sífilis congênita e mortalidade perinatal precoce. Em outras palavras, a garantia de um atendimento adequado não está vinculada apenas ao número de consultas, mas também ao conteúdo do atendimento oferecido (SER-RUYA *et al.*, 2004).

Por outro lado, é importante lembrar que a atenção à saúde de qualidade envolve outros aspectos, tais como a alteridade no cuidado, o aumento da oferta e do acesso aos serviços de saúde, o acesso a exames laboratoriais e a existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atenção.

Nesta perspectiva, em 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que constitui uma tentativa de resposta às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, de modo a assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2002; CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

No que diz respeito especificamente à assistência pré-natal, o PHPN orienta e prevê ações essenciais que devem ser realizadas e que servem de parâmetros para avaliar a assistência prestada. Entre estas ações, encontram-se a captação precoce das gestantes (até o quarto mês de gestação); a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal; a vacinação antitetânica; a realização de exames laboratoriais (classificação sanguínea, sumário de

urina, glicemia em jejum, hematócrito, hemoglobina e teste anti-HIV); e a realização do teste de sífilis (Venereal Disease Research Laboratory - VDRL) (BRASIL, 2005b).

Em relação à prevenção da SC, além do teste de VDRL, que deve ser realizado nos primeiro e terceiro trimestres de gestação, ainda se recomenda o tratamento adequado e o controle de cura para gestantes e parceiros com diagnóstico positivo (BRASIL, 2005b).

No entanto, alguns estudos indicam que estas recomendações não são cumpridas, durante a assistência pré-natal, fato que se expressa através da notificação de casos de SC em crianças, cujas mães foram assistidas nos serviços de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2006; SARACENI *et al.*, 2005; SERRUYA *et al.*, 2004).

Por outro lado, estudos também apontam a subnotificação e a baixa qualidade de registros de acompanhamento de casos de sífilis como uma importante deficiência na qualidade da assistência ao pré-natal no Brasil (ARAÚJO *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2008; COUTINHO, 2003).

Apesar de ser uma doença de fácil detecção e prevenção, com agente etiológico e modo de transmissão conhecidos, a eliminação da SC é possível desde que a mulher infectada e seu parceiro sejam identificados e tratados em tempo oportuno e de modo eficaz antes ou durante a gestação (BRASIL, 2005a).

Estas intervenções, aparentemente simples, serviram para contribuir com a redução do problema, porém não foram suficientes para o alcance da meta desejada, tendo em vista que, no final de 2005, registrou-se uma taxa de prevalência da SC de 1,6 casos por mil nascidos vivos (NV) no Brasil. Em Pernambuco, no mesmo ano, a taxa foi de 4,4 casos por mil NV. Este número confere a este estado a posição de terceiro lugar no registro de casos de SC no país, superado apenas por São Paulo e Rio de Janeiro (BRASIL, 2007).

No município de Olinda, localizado em Pernambuco, constatou-se que mais de 50% das mães cujos bebês nasceram com SC realizaram acompanhamento pré-natal (DATASUS, 2007).

Estas informações revelam que o controle da infecção permanece como grande desafio para os serviços assistenciais e de vigilância epidemiológica, e destacam a importância da avaliação sistemática da assistência pré-natal como uma estratégia para o alcance da erradicação da SC.

No entanto, a avaliação de serviços e programas de saúde no Brasil é uma atividade pouco sistematizada e menos ainda rotineira. Neste campo de atividade, observa-se que a maioria das informações produzidas sobre a qualidade da assistência à saúde emerge da área acadêmica. Porém, há

nos serviços de saúde vários conjuntos de dados ou fontes potenciais de informação que são poucos explorados na perspectiva de ampliar o conhecimento e melhorar a qualidade da assistência.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência prestada às gestantes que realizaram o pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Olinda, utilizando-se para tanto diferentes fontes de informações.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa e corte transversal, realizado no município de Olinda, localizado na Região Metropolitana de Recife, capital do estado de Pernambuco. Olinda é a terceira maior cidade do estado de Pernambuco em termos de população e possui uma área de aproximadamente 40.83km². No ano de 2006, contava com uma população de 387.494 habitantes de acordo com as estimativas do IBGE, e apresentava uma densidade demográfica de 9.490,45 hab./km², uma das mais altas do país. A cidade é composta por 32 bairros, está dividida em 10 Regiões Político-Administrativas que estão distribuídas entre dois Distritos Sanitários.

No Distrito Sanitário I, concentra-se 42,4% da população do município, o equivalente a 159.224 habitantes. Nele estão distribuídos 17 USF, 3 Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde (UBS/CS) e 3 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nas USF atuam 26 Equipes de Saúde da Família (ESF) e um Serviço de Pronto Atendimento infantil (SPA).

No Distrito Sanitário II, há 216.883 habitantes, o equivalente a 57,6% da população do município. Sua rede de saúde está formada por 17 USF, 5 Unidades Básicas de Saúde/Centro de Saúde (UBS/CS) e 3 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nas USF, atuam 22 ESF. Além disto, neste distrito, está localizado um hospital de clínicas básicas, com parte do atendimento financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e parte por um grupo privado. Há também uma maternidade de baixo risco e um SPA de adultos.

A pesquisa foi realizada mediante a obtenção de dados em fontes secundária e primária. Utilizaram-se, como fonte de dados secundária, as fichas de notificação epidemiológicas de SC dos anos de 2005 a 2007, disponíveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Elegeu-se esse período, tendo em vista que, segundo informações de técnicos que trabalham na vigilância epidemiológica, foram os anos em que houve melhor qualificação do banco de

dados. Para acessar as fichas de notificação epidemiológica e de investigação dos casos de SC disponíveis no SINAN, foram realizadas 4 visitas ao serviço de epidemiologia da Secretaria de Saúde de Olinda.

Para a coleta dos dados primários, utilizou-se um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. O questionário foi elaborado a partir do Manual de Assistência Integral à Saúde da Mulher, editado pelo MS, com foco nos procedimentos para a prevenção da SC. Apenas uma pergunta aberta foi destinada a 2 técnicos do Serviço de Vigilância Epidemiológica do município.

Durante o período de coleta de dados, havia 54 enfermeiros lotados nas USF e todos foram convidados a participar da pesquisa, durante uma reunião administrativa que acontece mensalmente com este grupo de profissionais. Na ocasião, todos os enfermeiros foram devidamente esclarecidos quanto à pesquisa, assegurando-se o direito de recusa e de anonimato. No final do encontro, agendaram-se visitas às USF para preenchimento dos questionários, conforme conveniência de cada um deles. Todas as entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2007 a março de 2008.

Através das fichas do SINAN, obtiveram-se dados sócio-demográficos (idade e escolaridade); assistenciais (realização do pré-natal e do tratamento de gestantes e parceiros) e de procedência (bairros e distritos) das mulheres cujos conceitos foram notificados como caso de SC. Através do TABWIN foram emitidas tabelas de frequências relativas e absolutas destas variáveis.

O questionário aplicado levantou dados referentes ao perfil dos enfermeiros (idade, tempo de formado, especialização, número de vínculos empregatícios e tempo na USF); características da assistência pré-natal na USF (existência e consulta regular ao manual de assistência, captação sistemática de gestantes, solicitação de exames, dificuldades na realização e recebimento de exames, tempo de recebimento do VDRL, realização de controle de cura e dificuldades de tratar parceiros).

Todos os questionários foram submetidos a uma revisão crítica, digitados e armazenados em um banco de dados no programa SPSS versão 13. Após a codificação, os dados foram checados através da emissão de relatórios de consistência e, em seguida, efetuou-se a análise estatística para a obtenção de frequências relativas e absolutas, médias, desvios-padrão e o teste de qui-quadrado, considerando-se como resultado significativo um valor $p < 0,05$. A apresentação de gráficos e tabelas foi feita no programa Excel.

A impossibilidade de realização de um estudo analítico mais aprofundado, em virtude de tratar-se de informações

oriundas de banco de dados distintos, representou a principal limitação deste estudo.

A pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução 196/96 e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Integrado Amaury de Medeiros/CISAM, maternidade escola da Universidade de Pernambuco, através do parecer 092/97.

RESULTADOS

Dos 54 enfermeiros lotados nas USF do município de Olinda que foram convidados a participar, 46 responderam ao questionário (85,2%). Destes, 24 (52,2%) pertenciam ao Distrito Sanitário I (DS I) e 22 (47,8%) ao Distrito Sanitário II (DS II). Algumas USF foram visitadas mais de duas vezes e 8 enfermeiros deixaram de participar, alegando impossibilidade de responderem ao questionário devido à falta de tempo.

Os resultados alcançados com a pesquisa serão apresentados em duas partes. Na primeira, os dados foram obtidos através das fichas de notificação de casos de sífilis congênita registrado no SINAN. E na segunda, a partir das informações originadas do questionário aplicado aos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família do município estudado, bem como das informações prestadas pelos técnicos da vigilância epidemiológica.

A Sífilis Congênita em Olinda, distribuição de casos por Distrito Sanitário (DS) e perfil das mulheres.

Na tabela 1, estão apresentados os resultados referentes à distribuição dos casos de SC, dos perfis das mulheres e da assistência a estas prestada, segundo os dados obtidos no SINAN.

Como pode ser observado, no período entre o ano de 2005 e 2007, foram registrados 234 casos de SC no município de Olinda, dos quais 144 casos foram detectados no DS I, 71 casos no DS II, e em 19 casos não havia o registro quanto a sua localização segundo o distrito (tabela 1).

A maior proporção de casos concentrou-se no DS I, com destaque para o ano de 2006, ano no qual se observou a maior concentração dos casos notificados (67,0%) no período, no município de Olinda. Neste distrito, o percentual detectado nos 3 anos estudados foi em torno do dobro do encontrado no DS II (33,2%). A diferença entre essas proporções foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$).

Nas figuras 1 e 2, encontram-se distribuídos os casos de SC segundo os bairros de cada distrito sanitário no período estudado.

Tabela 1 - Distribuição dos casos de SC, perfis das gestantes e da assistência por distrito sanitário nos anos de 2005 a 2007. Olinda/PE.

Variáveis	DS I		DS II		Total	
Anos	n	%	n	%	n	%
2005	53	24,65	26	12,09	79	36,74
2006	40	18,61	14	6,52	54	25,12
2007	51	23,72	31	14,42	82	38,14
Total	144	66,98	71	33,02	215	100,0
Casos ignorados (2005=13; 2006=3; 2007=3) n=215					p<0,01	
Faixa etária (anos)						
< 20	28	13,02	16	7,45	44	20,47
≥ 20	116	53,95	55	25,58	171	79,53
Escolaridade (anos)						
Nenhuma	5	2,74	1	0,55	6	3,29
1 – 7	101	55,50	54	29,68	155	85,18
8 – 11	11	6,04	10	5,50	21	11,54
Casos ignorados (DS I=27; DS II=6) n=182						
Pré-natal						
Sim	110	57,60	49	25,65	159	83,25
Não	18	9,42	14	7,33	32	16,75
Casos ignorados (DS I=16; DS II=8) n=191						
Tratamento da gestante no pré-natal						
Adequado	7	3,9	11	6,14	18	10,04
Inadequado	117	65,38	44	24,58	161	89,96
Casos ignorados (DS I=20; DS II=16) n=179					p<0,01	
Tratamento do parceiro						
Sim	4	2,63	8	5,26	12	7,89
Não	102	67,11	38	25,00	140	92,11
Casos ignorados (DS I=38; DS II=25) n=63					p<0,01	

Fonte: SINAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (OLINDA, 2006)

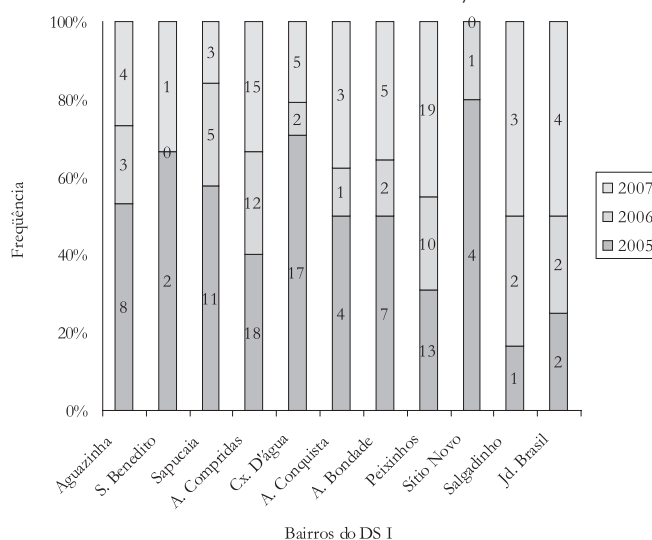
Observa-se que, nos anos de 2005, 2006 e 2007, em todos os bairros do município, foram notificados casos de SC, excetuando-se nos bairros de Bultrins e de Amaro Branco (DS II), onde foi notificado apenas um caso no ano de 2006, e no bairro de Bom sucesso (DS II), que apresentou dois casos em 2005.

Chama a atenção que, em Peixinhos e em Águas Compridas, o número de casos de SC se mantém superior aos dos demais bairros, em todos os anos.

Utilizaram-se as variáveis idade e escolaridade para descrever o perfil das mulheres cujos conceitos foram casos de SC. Em relação à distribuição dos casos de SC segundo a idade materna, verificou-se que uma maior ocorrência do agravo (79,5%) incide entre as mulheres maiores de 20 anos (Tabela 1).

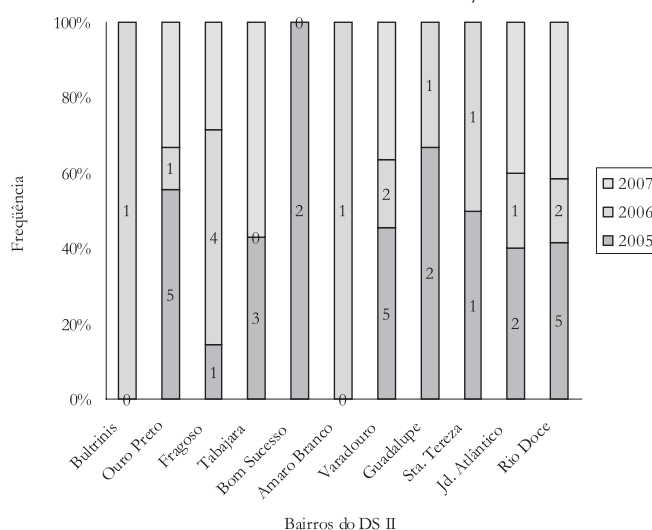
Quanto à escolaridade, observa-se que a maioria das mulheres estudadas não havia completado o Ensino Fundamental. Evidenciou-se também que uma importante parte deste grupo residia no DS I. Além disto, destaca-se

Figura 1 - Distribuição dos casos de SC por bairros do Distrito Sanitário I nos anos de 2005 a 2007. Olinda/PE.



Fonte: SINAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis. (Olinda, 2006)

Figura 2 - Distribuição dos casos de SC por bairros do Distrito Sanitário II nos anos de 2005 a 2007. Olinda/PE



Fonte: SINAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis. (OLINDA, 2006)

a proporção de casos ignorados relativos a esta variável (tabela 1).

De acordo com o levantamento realizado a partir das fichas de investigação do SINAN, verificou-se que uma alta proporção (83,25%) das mulheres estudadas havia realizado o acompanhamento pré-natal, destas, a maioria (57,60%) residia no DS I (Tabela 1).

A adequação do tratamento da sífilis na gestante e no parceiro é uma das variáveis que deve ser registrada tanto no prontuário como nas fichas de notificação do SINAN. Conforme se pode observar, os resultados encontrados

revelam que foi alta a proporção de mulheres que não realizaram o tratamento para sífilis durante a gestação de maneira adequada, tanto no DS I (65,38%) como no DS II (24,58%). O teste estatístico de diferença entre essas proporções resultou significativo. Além disto, observou-se que, dentro do grupo de mulheres registradas como adequadamente tratadas, uma parte delas teve seus conceitos infectados. Por outro lado, ressalta-se também uma importante proporção de subnotificação da variável estudada (Tabela 1).

Em ambos os Distritos, os resultados quanto ao número de parceiros tratados não foram satisfatórios. Observou-se que, no DS I 67,11% dos parceiros das gestantes com sífilis não foram tratados, enquanto que no DS II este percentual foi de 25,00%, detectando-se diferença estatisticamente significativa. Chama a atenção também o grande número subregistros dessa variável, em ambos os Distritos.

Os resultados que se seguem originaram-se dos questionários respondidos pelos sujeitos participantes do estudo.

PERFIL DOS ENFERMEIROS

Na tabela 2, encontram-se os resultados referentes ao perfil dos enfermeiros. A média de idade de todos os sujeitos da pesquisa foi de 37,7 anos, com um desvio padrão (dp) de 6,5 anos. Observa-se que profissionais mais jovens trabalhavam no DS I. Neste distrito, a média de idade foi de 35,5 anos (dp=6), enquanto que, no DS II, a média foi de 40 anos (dp=6,4).

Em relação à especialização, detectou-se que praticamente todos os profissionais de ambos os distritos possuíam uma especialização.

No questionário, havia também uma questão relativa ao número de vínculos empregatícios dos entrevistados. No DS I, a proporção de enfermeiros que possuíam dois ou mais vínculos foi de 28,2%. Já no DS II, esta proporção foi de 19,6%. Cabe ressaltar que 13,1% dos entrevistados do DS II não informaram o número de vínculos, enquanto que apenas 4,3% dos entrevistados do DS I deixaram de responder a esta questão.

Quanto ao tempo de formado, identificou-se que a maior parte dos enfermeiros que estavam formados há mais de 12 anos concentrava-se no DS II (23,9%). Do mesmo modo, foi neste distrito em que se identificou uma maior concentração de enfermeiros (46%) com mais de três anos de permanência na mesma unidade (tabela 2).

Tabela 2 - Perfil dos enfermeiros das USF, segundo distritos sanitários. Olinda, 2008.

Variáveis	DS I				DS II			
	n	%	m	dp	n	%	m	dp
Faixa etária (anos)								
25 a 38	16	34,8	35,5	6	11	23,9	40	6,4
>38	8	17,4			11	23,9		
Tempo de Formado (anos)								
2 a 6	9	19,6	10	5,4	5	10,7	12	6
7 a 11	7	15,2			6	13,1		
> 12	8	17,4			11	23,9		
Tempo na unidade (anos)								
< 1	5	10,7	4,3	3,4	1	2,1	5	3,2
1 a 3	6	13,1			6	13,1		
> 3	13	28,2			15	32,6		
Sexo								
Masculino	3	6,5			1	2,1		
Feminino	21	45,6			21	45,6		
Especialização								
Sim	20	43,4			21	45,6		
Não	4	8,7			1	2,1		
Nº de vínculos empregatícios*								
1	9	19,5			7	15,2		
2	12	26,1			6	13,1		
3	1	2,1			3	6,5		

m=média; dp=desvio padrão

*Ignorados (DS I=2; DS II=6); n=46

Fonte: Dados dos próprios autores

CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A todos os entrevistados foi perguntado se realizavam a captação sistemática de gestantes e se solicitavam todos os exames previstos para o pré-natal. Em ambos os distritos, todos responderam que sim a ambas as perguntas. Do mesmo modo, perguntou-se qual o número mínimo de consultas de pré-natal que realizavam por gestantes. Todos os enfermeiros responderam que realizavam seis consultas.

Ao serem consultados a respeito da existência de casos de SC notificados na sua área de trabalho, todos os enfermeiros informaram desconhecê-los.

Quando perguntados se a Unidade de Saúde possuía o Manual de assistência ao pré-natal e se o consultavam frequentemente, a grande maioria dos entrevistados afirmou que sim (tabela 3).

Procurou-se identificar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros quanto a alguns dos procedimentos recomendados para a prevenção da SC. Como se pode observar na tabela 3, mais da metade (54,3%) dos profissionais infor-

mou que tinha dificuldades quanto à realização de exames. E a metade deles afirmou ter dificuldades no recebimento dos resultados destes. Aqueles que mais referiram dificuldades, em ambos os casos, foram os enfermeiros do DS I. A baixa capacidade instalada de estrutura laboratorial no município foi apontada como a principal causa das dificuldades para realização e recebimento dos exames.

Quando perguntados se realizavam o controle de cura nas gestantes, observou-se que um importante grupo (36,9%) respondeu que não e que o controle da cura era feito apenas em algumas das usuárias durante o acompanhamento pré-natal. Apenas um dos entrevistados do DS II deixou de responder a esta questão.

Ainda na tabela 3, encontram-se expostos os resultados referentes às dificuldades em tratar os parceiros das gestantes. Em ambos os distritos, a maioria dos enfermeiros (78,26%) salientou ter problemas para realizar esse tratamento. Observa-se que os enfermeiros do DS I são os que mais encontram dificuldades para realizar esta ação. Segundo os enfermeiros, a pobreza e a ignorância são as principais barreiras que enfrentam para a realização do tratamento das gestantes e seus parceiros. A primeira é a principal causa que impede o acesso aos serviços de saúde. Quanto à segunda, conforme os informantes, o medo e o desconhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis motivam os usuários a recusar o tratamento das infecções.

Aos dois técnicos do serviço de vigilância epidemiológica, perguntou-se quais eram as dificuldades que encontravam para realizar as investigações dos casos de SC. Ambos responderam que havia pouca infraestrutura e muita demanda. Havia poucos profissionais, contavam com apenas um carro e um motorista e, além da SC, tinham que investigar todas as demais doenças de notificação compulsória. Além disto, o problema se agravava quando ocorriam surtos ou ameaça de epidemias de doenças de maior transcendência, como no caso de meningite, rubéola ou dengue. Desta forma, não era possível realizar todo o fluxo de investigação dos demais agravos, e que o resultado era o acúmulo de casos a serem acompanhados.

DISCUSSÃO

A sífilis congênita continua sendo um importante problema de saúde pública. Apesar da meta anteriormente proposta da eliminação da doença no ano 2000, o problema permanece em vários municípios brasileiros, inclusive em Olinda, conforme os resultados apresentados neste estudo (BRASIL, 2004). Segundo levantamento do Programa Nacional de DST e AIDS (2005), o estado de Pernambuco

Tabela 3 - Distribuição das características da assistência pré-natal prestada nas USF. Olinda, 2008.

Variáveis	DS I		DS II		Total	
Dificuldades na						
realização de exames	n	%	n	%	n	%
Sim	15	32,6	10	21,7	25	54,3
Não	9	19,5	11	24	20	43,5
Total	24	52,1	21	45,7	45	97,8
Dificuldades quanto ao recebimento dos Exames						
Sim	16	34,8	7	15,2	23	50,0
Não	8	17,4	15	32,6	23	50,0
Total	24	52,2	22	47,8	46	100,0
Tempo de recebimento do VDRL						
< 15 dias	8	17,4	12	26,1	20	43,5
≥15 dias	16	34,8	10	21,7	26	56,5
Realização do controle de cura						
Sim	16	34,8	12	26,1	28	60,9
Não	8	17,4	9	19,5	17	36,9
Dificuldades encontradas em tratar parceiro						
Sim	20	43,5	16	34,8	36	78,3
Não	4	8,7	6	13	10	21,7
Existência de manual na USF						
Sim	22	47,8	20	43,5	42	91,3
Não	2	4,34	2	4,34	4	8,7
Consulta o manual						
Sim	21	46,6	20	43,4	41	89,1
Não	3	6,5	2	4,34	5	10,9

Fonte: Dados dos próprios autores

ocupa a terceira colocação em casos registrados de sífilis. Durante o período entre 1998 e 2005, este estado acumulou um total de 3,6 mil casos notificados da doença, sendo apenas superado pelos estados de São Paulo, com 5,7 mil, e do Rio de Janeiro, com 7,9 mil. O estado supera inclusive as taxas registradas em três grandes macro-regiões: a Norte (1,7 mil casos), a Sul (1,9 mil casos) e a Centro-oeste (2,3 mil casos). O mesmo estudo revelou também que, a cada ano no Brasil, cerca de 500 recém-nascidos apresentam SC. Estas estatísticas revelam apenas uma parte da problemática, uma vez que, por um lado, não são contabilizados os abortos provocados pela doença e, por outro, há a subnotificação de casos em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2006; RAMOS, 2007).

Neste sentido, Donalisio *et al.* (2007), em estudo realizado em cinco microrregiões de Sumaré, São Paulo, chamam a atenção para o aumento do número de casos de SC nas localidades estudadas, sugerindo que a doença não está sob controle, distante da meta proposta de ausência de registro de novos casos a partir de 2000 pelo Ministério da Saúde em 1993.

O município de Olinda está dividido em dois distritos sanitários e, apesar de haver problemas semelhantes em

ambos, é no DS I que há uma maior concentração da população e da pobreza. Este distrito foi foco dos resultados mais desfavoráveis no que diz respeito à prevenção da SC. Vale a pena destacar que outros estudos que focalizaram diferentes problemas de saúde, também identificaram piores resultados naquela região (LAPA *et al.*, 2006; SOUZA *et al.*, 2005).

Os profissionais apontaram como principais dificuldades na realização de exames laboratoriais a falta de entendimento sobre o problema das doenças sexualmente transmissíveis, que leva a recusa ao tratamento por parte dos parceiros, e a pobreza, que impede as mulheres e aos seus companheiros de se deslocarem para a realização dos exames.

A pobreza é um fenômeno complexo e seu círculo é bastante conhecido. Ela não depende apenas dos rendimentos, mas também da falta de acesso aos serviços básicos como educação e saúde. Os grupos de pessoas mais pobres são os que apresentam menos anos de frequência escolar, maiores taxas de analfabetismo e as piores condições de saúde, expressas através de indicadores tais como mortalidade infantil e materna (OPS, 2007; POCHMANN, 2007).

Serruya, *et al.* (2004), em estudo realizado no estado de São Paulo, em que avalia o panorama da atenção pré-natal no Brasil, detectou correlação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e a cobertura pré-natal. Embora exista, conforme os autores, interferência de outros fatores, a análise revelou que a maioria dos estados com cobertura de pelo menos seis consultas de pré-natal apresentava um nível econômico compatível com o esperado para a realização dessas consultas. Também foi observado que, a cada redução de 10% na taxa de pobreza, haveria o aumento de 7% na cobertura pré-natal, ratificando o vínculo entre assistência e renda.

Apesar da impossibilidade de realização de um estudo analítico mais aprofundado em virtude de tratar-se de informações oriundas de bancos de dados distintos, julga-se importante evidenciar e discutir algumas variáveis que são classicamente analisadas em pesquisas em saúde como, por exemplo, a idade e a escolaridade.

Neste aspecto, ao se distribuir os casos de SC de acordo com a idade materna, observou-se que o maior número de casos incidia entre mulheres com idade superior a 20 anos.

Neste sentido, há controvérsias na literatura. Alguns autores detectaram associação entre casos de SC e mulheres adolescentes. Carvalho e Araújo (2007), em estudo realizado no estado de Pernambuco para avaliar a assistência pré-natal em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco,

identificaram que a grande maioria das puérperas era adolescente. Ao contrário do que foi identificado por Moraes, *et al.* (2004), em estudo realizado em um município do estado de São Paulo, no qual se detectou que pouco mais de 20% das mães pertenciam a este grupo. Para cada um desses distintos achados podem existir várias interpretações. No entanto, o tema das DSTs é tão complexo que explicações para resultados pontuais devem ser analisadas com cautela, uma vez que envolvem aspectos relacionados à autonomia de sujeitos, direitos sexuais e reprodutivos, cultura e a estruturas sociais geradoras de iniquidades.

Nos resultados deste estudo, observou-se que a maioria das mulheres (72,2%) cujos conceitos foram casos de SC possuía o Ensino Fundamental incompleto. Neste sentido, a literatura é rica em estudos que demonstram relações entre nível de escolaridade e diferentes agravos à saúde. Em pesquisa realizada no estado de São Paulo, os autores detectaram que as gestantes de baixa escolaridade eram as que se enquadravam na categoria de riscos para diversos problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério (KILSZTAJN *et al.*, 2003).

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A análise das fichas de notificação do SINAN revelou a ausência de informações em muitas das variáveis estudadas (procedência, escolaridade, adequação de tratamentos, tratamento de parceiros). Um dos vários problemas que se observa na assistência à saúde no Brasil é a falta de anotações em prontuário e a falta ou subnotificação de registros nas fichas de notificação de agravos. A omissão de registros além de revelar a baixa qualidade, também limita a proposição de estratégias para melhorar o enfrentamento dos problemas de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2008).

Se, por um lado, os entrevistados apontaram como uma das dificuldades para prevenir o problema à estrutura laboratorial deficitária para realização dos exames, por outro, chamou a atenção o desconhecimento referido por todos eles sobre a existência de casos de SC em sua área de trabalho. Esses achados, além de sugerirem problemas na qualidade da assistência, revelam a fragilidade da organização da rede de atenção à saúde do município.

Olinda é um dos municípios que apresenta maiores desafios para a gestão pública na Região Metropolitana do Recife. A cidade é a quinta classificada como de maior densidade demográfica do Brasil. Seu pequeno território abriga uma rede de serviços públicos insuficiente para assegurar a universalidade do acesso, a integralidade e a

resolutividade das ações de saúde. Para organizar a oferta com mecanismos de referência e contra-referência, o município depende da regionalização da rede, de modo a garantir a continuidade da atenção ao usuário nos diferentes níveis de atenção. Apesar de existir maternidades públicas na localidade, o parto de muitas das mulheres residentes no município é realizado em outras cidades. Por outro lado, o serviço de vigilância epidemiológica apresenta precária infraestrutura e limitada capacidade de percurso de fluxos desenhados no interior dos serviços para responder as inúmeras demandas, o que pode explicar os achados anteriormente expostos.

A formação de redes integradas de serviços de saúde no Brasil é hoje um dos principais desafios político para o SUS. Neste sentido, o pacto pela saúde, editado em 2006, apresenta-se como uma estratégia importante para a formação de redes integradas, cooperativas e solidárias. Esta estratégia política chama a atenção para a pactuação como compromisso de gestão e de responsabilidade sanitária dos diferentes entes de governo (BRASIL, 2005). A expectativa é de que o processo político de negociação no setor saúde caminhe no Brasil a passos largos, para que muito breve as mulheres e crianças olindenses e brasileiras possam desfrutar do direito constitucional à saúde.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados encontrados neste estudo, conclui-se que há precariedade na assistência pré-natal no município de Olinda. Os resultados mostraram que uma proporção importante das gestantes (83,25%), cujos conceitos foram casos notificados de SC, havia realizado o acompanhamento pré-natal no município. Os enfermeiros não conseguem realizar o tratamento e o controle de cura de todas as gestantes e de seus parceiros, e apontam como dificuldades a pobreza, a ignorância e baixa capacidade laboratorial de respostas às demandas das USF. Por outro lado, identificou-se que a qualidade de preenchimento de dados nas fichas de notificação do SINAN precisa ser melhorada e é necessário o aprimoramento da limitada capacidade de acompanhamento de casos notificados, através do Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Do ponto de vista setorial, é necessária a implementação de medidas para melhorar as condições de assistência pré-natal das mulheres olindenses. São necessários esforços no sentido de manter os programas de educação permanente envolvendo todos os profissionais (enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde). É importante

melhorar a infraestrutura, a comunicação e o fluxo dos dados consolidados pelo serviço de vigilância epidemiológica oriundos das unidades de saúde. Por outro lado, evidencia-se a necessidade de estruturação de rede de apoio diagnóstico para detecção precoce e controle dos tratamentos de casos de sífilis.

No entanto, a resolução de problemas como a SC e outros agravos à saúde implica na adoção de políticas estruturantes e ações que envolvam outros setores como, por exemplo, o da educação e do trabalho e de redução da pobreza.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. da 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. A. L. *et al.* Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

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.

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, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Sífilis em Gestantes. Sífilis Congênita. Infecção pelo HIV em Gestantes e Crianças Expostas**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: **relatório de situação: Pernambuco** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 3. ed. Brasília, 2007. 24p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos. **Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização**. Brasília, 2005. 84p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CARVALHO, V. C. P. de; ARAÚJO, T. V. B. de. Adequação da Assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de Recife, estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7, n. 3, p. 309-317, 2007.
- COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B., DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO, L. M. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora -MG. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.
- DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.
- DONALISIO, M. R. *et al.* Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, Brasília, v.16, n.3, p.165-173, set. 2007.
- KILSZTAJN, S. *et al.* Assistência pré-natal, baixo e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-10, 2003.
- LAPA, Tiago Maria *et al.* Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2575-2583, 2006.
- MORAES, M. S. de *et al.* Health care evaluation of pregnant women: the case of the municipality of São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 375-384, 2004.
- OLINDA. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual da Rede de Atenção à Saúde, 2006**. Olinda, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/sifilisc/bases/sifilisbrnet.def>. Acesso em: 04 fev. 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Genebra, 2006. Consultado em 08/07/2008. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/pt/congenital_syphilis_strategy_pt.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2008
- POCHMANN, Marcio. Política social na periferia do capitalismo: a situação recente no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1477-1489, 2007.
- RAMOS JR., A. N. et al. Controle da transmissão vertical de doenças infecciosas no Brasil: avanços na infecção pelo HIV/AIDS e descompasso na sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 3, p. S370-S378, 2007.
- 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., 2005a.
- SARACENI, V. *et al.* Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, 2005b.
- SARACENI, V; LEAL, M. do C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341-1349, 2003.
- SERRUYA, S. J. *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.
- SOUZA, Wayner Vieira *et al.* Tuberculose no Brasil: construção de um sistema de vigilância de base territorial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 82-9, 2005.

Submissão: Julho de 2008

Aprovação: Fevereiro de 2009
