

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ACERCA DO MANEJO DA GESTANTE COM EXAME DE VDRL REAGENTE

NURSES'S KNOWLEDGE ABOUT THE MANAGEMENT OF PREGNANT WITH POSITIVE VDRL

Roumayne FV Andrade¹, Nara BG Lima², Maria AL Araújo³, Denise MA Silva⁴, Simone P Melo⁵

RESUMO

Introdução: a sífilis se mantém como um grave problema de saúde pública, haja vista as repercussões que podem acarretar no feto quando a gestante não realiza o tratamento ou é inadequadamente tratada. **Objetivo:** analisar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, acerca das ações de prevenção, tratamento e controle da sífilis na gestação. **Métodos:** estudo descritivo quantitativo, realizado nos meses de agosto e setembro de 2010, cuja amostra se constituiu de 160 enfermeiros. Utilizou-se um questionário autoaplicado que foi elaborado com base nas recomendações do Ministério da Saúde para o controle de sífilis gestacional e congênita. Foram consideradas corretas as respostas que estavam de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Analisaram-se dados sociodemográficos e variáveis relacionadas com diagnóstico, tratamento e seguimento das gestantes com VDRL reagente. **Resultados:** não tinham conhecimento adequado sobre os tipos de testes treponêmicos e não treponêmicos 76,2% dos enfermeiros, 83,7% sobre a conduta diante do VDRL com titulação 1:1, 59,4% com realação ao tratamento para a fase secundária da doença e 66,9% tinham dificuldade de identificar as fases da sífilis recente. **Conclusão:** os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família não têm conhecimento adequado acerca das ações que envolvem a prevenção e o controle na gestante.

Palavras-chave: sífilis congênita, gestantes, conhecimento, DST

ABSTRACT

Introduction: syphilis remains as a serious public health problem, considering the repercussions that may result in the fetus when the pregnant woman does not receive treatment or is inadequately treated. **Objective:** analyzed the knowledge of the Family Health Strategy nurses from Fortaleza-Ceará about the prevention actions, treatment, and control of syphilis during pregnancy. **Methods:** an evaluative study, performed during the months of August and September 2010, which sample was composed by 160 nurses. It was used a self-applied questionnaire, elaborated based on the Health Office recommendations for the control of syphilis during pregnancy and congenital syphilis. The answers in agreement with Health Office preconizes were considered correct. Socio-demographic data and variables related to diagnosis, treatment and the follow-up of pregnant women with positive VDRL were analyzed. **Results:** they don't have knowledge about treponemic and non-treponemic types of serology 76,2% of the nurses, 83,7% about conduct facing VDRL titles, 59,4% about secondary disease treatment and 66,9% about recent syphilis phases identification. **Conclusion:** the Family Health Strategy nurses don't have the suitable knowledge about preventing and controlling actions on the pregnant woman.

Keywords: congenital syphilis, pregnant women, knowledge, STD

INTRODUÇÃO

A sífilis, atualmente, mostra-se como um grave problema de saúde pública, haja vista as repercussões que podem acarretar no feto quando a gestante não realiza o tratamento ou realiza-o com inadequação⁽¹⁾. O seu controle está relacionado com a qualidade da assistência pré-natal, evidenciando a necessidade de constante monitoramento e avaliação dessa ação.

A notificação da sífilis na gestação foi incluída na relação nacional de doenças de notificação compulsória em 2005⁽²⁾, no entanto, mesmo diante de uma doença com etiologia bem conhecida, tratamento barato e eficaz e prevenção totalmente factível, o que se percebe é a persistência no número de notificações nos últimos anos, parecendo um problema fora de controle.

Estudo realizado em cinco capitais brasileiras encontrou soroprevalência de 2,6% de sífilis em gestantes e em Fortaleza de 2,3%. Estima-se que no Brasil ocorram 50 mil casos de parturientes com diagnóstico de sífilis e uma média de 12 mil nascidos vivos

com sífilis congênita (SC)⁽³⁾. Foram notificados 1.224 casos de SC em Fortaleza no período de 2007 a setembro de 2009, sendo 1.061 (86,6%) residentes em Fortaleza⁽⁴⁾.

Em Fortaleza, estudo que avaliou o manejo do recém-nascido com diagnóstico de SC encontrou que em 48,8% dos casos o diagnóstico da sífilis da mãe foi realizado durante o pré-natal e nenhuma das gestantes foi tratada adequadamente, conforme as Normas do Ministério da Saúde⁽⁵⁾.

Diante da persistência do problema da SC, pode-se afirmar que a sua gênese é multifatorial e possivelmente está relacionada com a falta de conhecimento da equipe de saúde acerca do seu manejo, requerendo maior atenção dos órgãos responsáveis pelas políticas públicas.

Um pré-natal de qualidade requer capacitação técnica dos profissionais que realizam o acompanhamento das gestantes, especialmente na atenção primária em prol da prevenção da SC e consequentemente da melhora dos indicadores de morbimortalidades materna e fetal. O acompanhamento pré-natal na atenção primária é realizado por médico e enfermeiro que devem trabalhar de forma integrada, dividindo a periodicidade das consultas⁽⁶⁾. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro tem autonomia para realizar consultas, podendo solicitar alguns exames e prescrever medicamentos dentro dos Programas de Saúde Pública⁽⁷⁾.

É importante a valorização e a aplicação do teste de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) para a investigação da sífilis na gestante, e o tratamento adequado das gestantes e de seus parceiros sexuais. A triagem sorológica das gestantes por meio de testes não treponêmicos constitui-se como um dos principais meios de controle da SC⁽⁸⁾.

A gestante com VDRL reagente requer dos profissionais de saúde habilidades e competências necessárias para o acompanhamento

¹ Enfermeira. Mestranda do Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

² Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza – UNIFOR. alix.araujo@secrel.com.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Professora da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza.

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Professora do Curso de Enfermagem da UNIFOR.

*Projeto financiado pela Fundação Cearense de apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP.

da gestante durante o pré-natal e a adoção de condutas adequadas e atualizadas, visto que a consulta de enfermagem, segundo o Ministério de Saúde, é garantida pela Lei do Exercício Profissional e Decreto Nº 94.406/87 e o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro⁽⁶⁾.

Esse estudo justifica-se pelo fato de que a ocorrência de sífilis na gestação pode acarretar intercorrências para a gestante e o conceito, quando não acompanhados de forma adequada⁽⁹⁾. Mesmo com o aumento do número de consultas de pré-natal, a SC persiste como um grave problema de saúde pública, e dentre as dificuldades para o seu controle encontra-se a dificuldade do manejo dessa patologia pelos profissionais durante o pré-natal⁽¹⁰⁾.

OBJETIVO

Analisar o conhecimento dos enfermeiros com relação ao manejo da gestante com exame de VDRL reagente.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa, realizada no município de Fortaleza – Ceará. A cidade de Fortaleza encontra-se dividida geograficamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que são territórios delimitados administrativamente visando proporcionar a melhora das condições de vida da população. Nos últimos anos, houve expansão e reorganização da atenção primária e todas as unidades de saúde incorporaram as equipes de saúde da família, aumentando as áreas de abrangência para todo o município, que conta atualmente com 89 unidades de atenção primária com equipes de saúde da família, totalizando 231 equipes.

A população do estudo foi composta por 292 enfermeiros, que atuavam na Estratégia Saúde da Família no ano de 2009. O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se uma frequência esperada de respostas corretas de 47%⁽¹¹⁾, intervalo de confiança de 90% e erro de 5%, perfazendo um total de 140 enfermeiros. Optou-se por aumentar a amostra em aproximadamente 15% para ampliar o poder amostral.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2009 por meio de questionário autoaplicado elaborado com base nas recomendações do Ministério da Saúde para o controle de sífilis gestacional e congênita⁽⁹⁾. Ressalta-se que o profissional deverá responder e devolver o questionário ao pesquisador na própria unidade, não podendo fazer consulta bibliográfica, nem levar para casa.

O questionário foi submetido a um pré-teste com três enfermeiras escolhidas aleatoriamente. Os questionários utilizados como pré-teste não foram incluídos no estudo. O questionário contemplou as seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade), tempo de graduado e atuação na ESF, treinamento realizado na temática de sífilis, conhecimento acerca do diagnóstico e tratamento da gestante e do parceiro sexual, caracterização das fases clínicas da sífilis, controle de cura, notificação do caso e manejo das gestantes alérgicas a penicilina.

Os critérios de inclusão dos enfermeiros foram: atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF), realizar atendimento pré-natal e não estar em período de licença ou férias.

Os dados foram digitados e analisados utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)⁽¹²⁾ versão 15.0. Para a apresentação do perfil dos profissionais foram

utilizadas as estatísticas descritivas com frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central. Para a análise bivariada aplicou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, quando pertinente, para analisar as associações estatísticas entre as variáveis categóricas, estabelecendo um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. No que diz respeito ao conhecimento dos profissionais sobre o controle da sífilis gestacional, as respostas foram categorizadas como adequadas ou inadequadas e os quesitos não respondidos foram considerados inadequados. Foram consideradas adequadas todas as respostas que estavam de acordo com o Manual do Ministério da Saúde para o controle da transmissão vertical da sífilis⁽⁹⁾. As respostas que estavam em desacordo com este documento foram categorizadas como inadequadas.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob número de parecer 072/2009. Todos os enfermeiros assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 160 enfermeiros. A **Tabela 1** mostra idade, faixa etária, tempo de graduado, tempo de atuação na ESF e treinamento realizado pelos mesmos. Houve predominância do sexo feminino, 143 (89,4%) e da faixa etária de 31 a 40 anos, com 102 (63,8%). A maioria dos profissionais, 77 (48,1%), tinha de 6 a 10 anos de graduado e mais da metade atuava na ESF também de 6 a 10 anos. Realizaram treinamento sobre a temática de sífilis, 86 (53,8%) e, destes, em 67 (41,9%) o treinamento ocorreu após ingressarem na ESF.

Com relação ao conhecimento dos enfermeiros acerca do diagnóstico da sífilis em gestantes, 139 (86,9%) responderam que a testagem do VDRL deve ser realizada no primeiro e no terceiro trimestre, 73 (45,6%), que FTA-Abs e VDRL são testes não treponêmicos e apenas 38 (23,8%) afirmaram que VDRL e RPR são testes não treponêmicos. No que diz respeito à notificação compulsória, 13 (8,2%) responderam que a sífilis na gestante e a sífilis congênita não são doenças de notificação compulsória (**Tabela 2**).

Tabela 1 – Faixa etária, sexo, realização de treinamento em sífilis e período de treinamento. Fortaleza, Ceará. 2009.

Variável	N	(%)
Sexo (n = 160)		
Feminino	143	89,4
Masculino	17	10,6
Faixa etária (n = 158) (em anos)		
≤ 30	31	19,4
31 – 40	102	63,8
> 40	25	15,6
Tempo de graduado em anos (n = 160)		
0 – 5	26	16,3
6 – 10	77	48,1
> 10	57	35,6
Tempo de atuação na ESF em anos (n = 160)		
0 – 5	44	27,5
6 – 10	84	52,5
> 10	32	20
Realizou treinamento em sífilis (n = 160)		
Sim	86	53,8
Não	74	46,3
Período de treinamento (n = 87)		
Antes de ingressar na ESF	20	12,5
Depois de ingressar na ESF	67	41,9

Tabela 2 – Conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca do diagnóstico da sífilis em gestantes e das doenças de notificação compulsória. Fortaleza, Ceará. 2009.

Variável	N	(%)
Testagem do VDRL (em trimestre)		
1º e 3º	139	86,9
1º, 2º e 3º	19	11,9
1º	02	1,3
São testes não treponêmicos		
FTA-Abs e VDRL	73	45,6
VDRL e RPR	38	23,8
Elisa e TPHA	16	10
RPR e FTA-Abs	15	9,4
TPHA, FTA-Abs e ELISA	08	5,0
Não responderam	10	6,3
Não são doenças de notificação compulsória		
Herpes genital	125	78,1
HIV-positivo e criança exposta	19	11,9
Sífilis congênita	07	4,4
Sífilis em gestantes	06	3,8
Não responderam	03	1,9
Total	160	100

Dos 160 profissionais do estudo, o maior número de respostas certas envolveu a questão abordando o manejo da gestante para considerá-la adequadamente tratada, em que 136 (85%) profissionais responderam que este deve ser completo e adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. Diante de uma gestante com VDRL 1:1, 71 (44,4%) dos profissionais afirmaram solicitar o teste confirmatório, e apenas 26 (16,3%) tratariam com penicilina 2.400.000 UI.

Com relação ao tratamento adequado na fase secundária da doença, 82 (51,2%) responderam que tratariam com duas doses de 2.400.000 UI de penicilina benzatina, entretanto apenas 65 (40,6%) responderam acertivamente quanto ao intervalo de 7 dias entre as doses. Quando questionados acerca do tratamento da gestante alérgica à penicilina, 100 (62,5%) responderam que a mesma deveria ser tratada com estearato de eritromicina (**Tabela 3**).

Sobre o conhecimento acerca das etapas da sífilis na fase recente, ocorreu um percentual maior de respostas incorretas, com 78 (48,8%) respondendo que esta fase envolvia as etapas primária e secundária da doença. Apenas 53 (33,1%) profissionais responderam corretamente, que se tratava das etapas primária, secundária e latente recente. O controle de cura da gestante foi relatado como devendo ser mensal por 86 (53,8%). Quando perguntados acerca da conduta diante de uma gestante recentemente tratada com elevação dos títulos do VDRL, 132 (82,5%) profissionais responderam a assertiva correta, correspondendo à realização de novo tratamento da gestante e à avaliação do tratamento do parceiro sexual (**Tabela 4**).

A análise bivariada mostrou associação estatisticamente significativa entre conhecer o tratamento adequado da gestante com sífilis e estar na faixa etária menor que 40 anos ($p = 0,004$). Quando analisada a variável acerca da realização de treinamento que envolveu a temática da sífilis, o maior número de respostas corretas,

Tabela 3 – Conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca do tratamento da sífilis em gestantes e controle de cura. Fortaleza, Ceará. 2009.

Variável	n	(%)
Considera-se tratamento adequado na gestante		
Completo e adequado com penicilina e parceiro tratado	136	85
Completo e adequado, ausência de queda de título	08	5,0
Completo e adequado com penicilina, parceiro não tratado	03	1,9
Com penicilina e ausência de queda de título	01	0,6
Nenhuma das respostas	12	7,5
Procedimento diante do exame de VDRL com titulação 1:1		
Solicita teste confirmatório	71	44,4
Tomaria outra atitude	34	21,3
Não iniciaria o tratamento, é uma cicatriz sorológica	28	17,5
Trataria com penicilina 2.400 UI	26	16,3
Encaminharia para hospital de referência	01	0,6
Tratamento adequado na fase secundária		
Penicilina benzatina 2.400 UI	33	20,6
Penicilina benzatina 4.800 UI 2 doses	82	51,2
Penicilina benzatina 7.200 UI 3 doses, intervalo de 7 dias	37	23,1
Não responderam	08	5,0
Tratamento da gestante alérgica à penicilina		
Estearato de eritromicina	100	62,5
Doxiciclina	28	17,5
Amoxicilina	10	6,3
Tetraciclina	08	5,0
Não responderam	14	8,8
Total	160	100

68 (91,9%), esteve entre os que não receberam treinamento ($p = 0,024$). Houve significância estatística entre ter recebido treinamento sobre temática da sífilis e responder assertivamente sobre o tratamento da gestante com hipersensibilidade ($p = 0,041$) (**Tabela 5**).

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos enfermeiros neste estudo mostrou que a maioria era do sexo feminino, sendo uma característica comum a enfermagem, com predomínio da faixa etária de 31 a 40 anos, resultado semelhante ao estudo que avaliou a implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos no Brasil e encontrou maior prevalência de profissionais jovens⁽¹³⁾. Pode-se observar que os profissionais com 6 a 10 anos de atuação na ESF eram maioria, situação semelhante encontrada também em Vitória-ES, que mostrou que a maior parte dos profissionais (86%) da Estratégia Saúde da Família apresentava mais de 5 anos de atuação nesse serviço⁽¹⁴⁾.

Tabela 4 – Conhecimento dos profissionais acerca das fases da sífilis, controle de cura e gestante recentemente tratada com elevação da titulação. Fortaleza, Ceará. 2009.

Variável	n	(%)
São fases da sífilis recente		
Primária, secundária e latente recente	53	33,1
Primária e secundária	78	48,8
Primária recente e secundária tardia	06	3,8
Primária, secundária e terciária	21	13,1
Não responderam	02	1,3
Controle de cura da gestante		
A cada 15 dias	09	5,6
Mensal	86	53,8
Bimensal	16	10
Trimestral	47	29,4
Não responderam	02	1,3
Conduta diante da gestante recentemente tratada com elevação da titulação		
Trata e vê se o parceiro foi tratado	132	82,5
Não trata, pois foi tratada recentemente	10	6,3
Trata novamente	09	5,6
Nenhuma das respostas	09	5,6
Total	160	100

Neste estudo, a maioria dos enfermeiros tinha conhecimento sobre o período adequado para a realização da testagem do VDRL em gestantes, entretanto é importante enfatizar que estudos que avaliaram o atendimento pré-natal e a realização dos exames de VDRL mostraram a baixa frequência de realização desse exame em gestantes⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Em municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil⁽¹⁸⁾ e no município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul⁽¹⁹⁾, o exame de VDRL foi o menos realizado no período do pré-natal. Esse fato aponta que é possível que, mesmo conhecendo o período para a realização dos exames de VDRL, o mesmo não esteja sendo solicitado ou existem questões operacionais nas unidades de saúde que impedem a sua realização.

Os enfermeiros mostraram também dificuldade em identificar os testes de triagem e confirmatórios para o diagnóstico da sífilis. Esse fato pode ser evidência de que o exame de VDRL foi incorporado na rotina da unidade, como um ato mecânico e os profissionais, muitas vezes, limitam-se a preencher a requisição desse exame, sem conhecimento da sua interpretação e as condutas adotadas a partir dos resultados obtidos. A maioria afirmou que o VDRL e o FTA-Abs eram testes não treponêmicos, constatando o desconhecimento dos profissionais acerca das recomendações do Ministério da Saúde para a triagem e o diagnóstico de gestantes com sífilis⁽⁶⁾.

A SC foi incluída como uma doença de notificação compulsória em 1986, na tentativa de conhecer a real magnitude do problema e investigar os casos de sífilis em crianças⁽²⁰⁾. Entretanto, apesar da inclusão da SC como doença de notificação compulsória, per-

Tabela 5 – Análise bivariada da conduta correta para o manejo dos casos de sífilis em gestante. Fortaleza, Ceará. 2009.

	Tratamento adequado		Tratamento de gestante alérgica à penicilina		Controle de cura		Conduta com parceiro		Conduta diante da elevação dos títulos	
	n (%)	Valor p	n (%)	Valor p	n (%)	Valor p	n (%)	Valor p	n (%)	Valor p
Faixa etária		0,004		0,449		0,773		0,673		0,230
≤ 40 anos	121 (88,3%)		84 (61,3%)		73 (53,3%)		54 (39,4%)		111 (81,0%)	
> 40 anos	15 (65,2%)		16 (69,6%)		13(56,5%)		8 (34,8%)		21 (91,3%)	
Tempo de graduado		0,589		0,912		0,991		0,684		0,382
≤ 5 anos	23 (88,5%)		16 (61,5%)		14 (53,8%)		11 (42,3%)		23 (88,5%)	
> 5 anos	113 (84,3%)		84 (62,7%)		72 (53,7%)		51 (38,1%)		109 (81,3%)	
Tempo de atuação na ESF		0,083		0,722		0,704		0,244		0,608
≤ 10 anos	120 (87,0%)		87 (63,0%)		75 (54,3%)		51 (37,0%)		113 (81,9%)	
> 10 anos	16 (72,7%)		13 (59,1%)		11 (50,0%)		11 (50,0%)		19 (86,4%)	
Treinamento em sífilis		0,024		0,041		0,943		0,384		0,203
Sim	68 (79,1%)*		60 (69,8%)		46 (53,5%)		36 (41,9%)		74 (86,0%)	
Não	68 (91,9%)		40 (54,1%)		40 (54,1%)		26 (35,1%)		58 (78,4%)	

cebe-se ainda, no Brasil, uma grande subnotificação de casos⁽²¹⁾, evidenciando que a real magnitude do problema não se encontra explicitada. No presente estudo, verificou-se que 8,2% dos entrevistados desconheciam que a SC e a sífilis em gestante são doenças de notificação compulsória. Esse talvez seja um dos motivos da problemática da subnotificação no Brasil.

Um alto percentual de profissionais referiu conhecer o tratamento adequado da sífilis na gestação, que deve ser completo e adequado com penicilina benzatina, finalizado 30 dias antes do parto e o parceiro concomitantemente tratado. No entanto, estudos mostram um baixo percentual de gestantes adequadamente tratadas^(22,23,17). Neste estudo, 15% dos enfermeiros não sabiam tratar adequadamente a gestante com sífilis, situação que pode comprometer o objetivo do Ministério da Saúde de controle da SC, que tem como meta a ocorrência de um caso para cada mil nascidos vivos.

No que diz respeito ao manejo da gestante com VDRL com titulação 1:1, a maior parte dos enfermeiros respondeu que solicitaria um teste confirmatório para sífilis. O Ministério da Saúde recomenda que diante da impossibilidade de realização do teste confirmatório na atenção básica, o tratamento com penicilina G benzatina deve ser instituído à gestante com teste não treponêmico reativo⁽⁹⁾. Entretanto, considerando a possibilidade de resultados falso-positivos para os testes não treponêmicos⁽²⁴⁾, o ideal seria que as unidades de saúde ofertassem o teste confirmatório a todas as amostras reativas, situação que comumente não ocorre na rotina dos serviços.

Com relação ao tratamento adequado para sífilis, este deve ser realizado com as doses apropriadas na fase da infecção. Observou-se que 59,4% desconheciam algum aspecto do tratamento adequado de gestantes na fase secundária da sífilis. Os motivos das falhas no tratamento foram: intervalo entre as doses, doses excessivas ou insuficientes. É possível que a grande maioria das gestantes identificadas com VDRL reagente esteja entre a fase secundária e terciária da doença, uma vez que o diagnóstico ocorre por meio da realização do exame, e não por queixas referidas de sinais e sintomas relacionados com a sífilis. É possível que essas pacientes estejam sendo inadequadamente tratadas, o que pode trazer como desfecho a sífilis na criança. Em Fortaleza, Ceará, estudo realizado com gestantes com VDRL reagente encontrou, como principal motivo da inadequação do tratamento, o não tratamento da gestante⁽¹⁷⁾. É possível que além dessa falta de tratamento, as gestantes que tiveram prescrição da penicilina benzatina, ainda sejam enquadradas como inadequadamente tratadas, por causa de erro na quantidade e no intervalo das doses.

Outro aspecto avaliado foi o tratamento da gestante com história de hipersensibilidade à penicilina. Percebeu-se que percentuais significativos de enfermeiros (37,6%) não sabiam a droga correta para o tratamento da gestante, referindo que o tratamento deve ser feito com outras drogas que não o estearato de eritromicina. Destaca-se que as outras drogas de escolha citadas podem trazer danos ao conceito, pelo seu potencial teratogênico. É importante enfatizar que em gestante tratada com outra droga que não a penicilina, o conceito não é considerado tratado e deverá ser considerado caso de SC⁽²⁵⁾. Vale destacar que gestante com hipersensibilidade comprovada à penicilina deve ser encaminhada para o tratamento em serviços de maior complexidade.

Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico da gestante por teste não treponêmico realizado mensalmente⁽²³⁾. Nesse estudo, pouco mais da metade (53,8%) dos enfermeiros da ESF referiu conhecer que o controle de cura é mensal. Entretanto, estudo em Fortaleza, Ceará, mostrou que nenhuma gestante com VDRL reagente realizou controle de cura⁽¹⁶⁾. A falta de acompanhamento da queda da titulação do VDRL impossibilita avaliar se a gestante cumpriu o tratamento adequadamente e uma possível reinfeção.

O Ministério da Saúde⁽⁸⁾ recomenda que a gestante tratada para sífilis deve fazer o acompanhamento da titulação do VDRL, se não ocorrer queda dos títulos ou se houver aumento da titulação com relação ao último exame, a gestante deve ser novamente tratada e o profissional deve estar atento ao tratamento do parceiro sexual. Diante de uma gestante recentemente tratada com elevação dos títulos, 17,5% dos profissionais não sabiam a conduta correta, percentual considerável, tratando-se de uma doença constantemente abordada e diante dos investimentos dos órgãos responsáveis para seu controle. A inadequação no tratamento acarreta sérios danos à gestante e principalmente ao conceito.

Esse estudo mostrou que profissionais com menos de 40 anos responderam mais assertivamente sobre o tratamento adequado para a gestante com exame de VDRL reagente. Esse fato pode ter relação com a possibilidade de estes profissionais estarem mais engajados com as atividades da ESF e mais dispostos a atualizarem os seus conhecimentos.

A análise relacionada com os enfermeiros que realizaram treinamento sobre a temática da sífilis mostrou que o maior número de respostas corretas sobre o tratamento da gestante com hipersensibilidade à penicilina (69,8%) esteve entre os que receberam treinamento. Entretanto, naqueles que receberam treinamento, a maior parte respondeu erroneamente sobre o tratamento da gestante com sífilis.

A realização de treinamentos pontuais parece não interferir no desempenho profissional. Estudo realizado com enfermeiros no Recife, com o objetivo de avaliar o impacto de um programa permanente de treinamento em Suporte Básico e Avançado de Vidas no nível de conhecimento dos profissionais, mostrou que os que apresentaram treinamento prévio não tinham desempenho superior àqueles que não se submeteram a qualquer treinamento anterior. Somente após a implantação do sistema de educação continuada houve uma melhora significativa no nível de conhecimento dos enfermeiros⁽²⁶⁾.

É importante destacar que um programa de educação permanente é indispensável para o desenvolvimento de uma prática baseada nos princípios científicos⁽²⁷⁾. Contudo, os programas de treinamento devem desenvolver estratégias metodológicas atraentes, pois estudo anterior mostrou que os profissionais da ESF não se sentem motivados em participar dos treinamentos e relatam que não acrescentam nada à sua prática profissional e que os mesmos são predominantemente teóricos⁽²⁸⁾.

Considera-se que, mesmo diante da impossibilidade de prescrever o tratamento, o(a) enfermeiro(a) atua em equipe, realizando consultas de pré-natal, aconselhamento e seguimento dos casos de gestantes com VDRL reagente. É possível que a falta de conhecimento deste profissional reflita nas condutas adotadas frente ao problema. Para tanto, faz-se imprescindível que os mesmos saibam manejar adequadamente tais casos.

A SC pode ser controlada com sucesso por meio de ações efetivas, visto que se trata de uma causa perinatal evitável, em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os enfermeiros tinham conhecimento aquém do desejado sobre o manejo da gestante com exame de VDRL reagente, principalmente sobre os tipos de testes treponêmicos e não treponêmicos, sobre a conduta diante do VDRL com titulação 1:1, com relação ao tratamento para a fase secundária da doença e na identificação das fases da sífilis recente.

É necessária a realização de estudos semelhantes em outras regiões do País, para que se possa avaliar a verdadeira situação da informação e das práticas dos profissionais de saúde na prevenção da transmissão vertical da sífilis, bem como acompanhar a eficácia dos programas de educação e treinamento.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses para a publicação desse artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico – DST e Aids. Brasília: ministério da Saúde; 2005. Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e Frequências Relativas de DST em populações selecionadas de seis capitais brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CE). Informe epidemiológico DST e Aids. Volume 1, 1. ed. outubro de 2009.
5. Melo SP. Avaliação do manejo do recém-nascido com sífilis congênita em Fortaleza – CE. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 271/2002. Regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro (RJ): COFEN; 2002.
8. Campos JEB, Passos FDL, Lemos EA, Ferreira AW, Sá CAM, Silva LGP et al. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. J bras Doenças Sex Transm 2008;20(1):12-17.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. Silva DMA. Conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da Transmissão vertical da sífilis em Fortaleza – CE [Dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2010.
11. Dantas JC. Condutas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na Estratégia Saúde da Família quanto a detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis. [Dissertação] Natal: Faculdade de Enfermagem; 2008.
12. Aguiar P. Guia Prático de Estatística em Investigação Epidemiológica. SPSS. 1ª ed. Lisboa: Climepsi; 2007.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
14. Maciel ELN, Araújo WK, Giacomini SS, Jesus FA, Rodrigues PM, Dietze R. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. Ciênc Saúde Coletiva 2009; 14:1394-1402.
15. Koffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant 2005;5:23-32.
16. Succì RCM, Figueiredo EN, Zanatta LC, Peixe MB, Rossi MB, Vianna LAC. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(6):986-992.
17. 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):1747-1755.
18. Chrestani MAD, Santos IS, Cesar JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(7):1609-1618.
19. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25(11):2507-2516.
20. Brasil. Portaria nº 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1.
21. Saraceni V, Guimarães MHFS, Theme Filha MM, Leal MC. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. Cad Saúde Pública. 2005;21:1244-1250.
22. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, Durovni B. Vigilância da sífilis na gravidez. Epidemiol Serv Saúde. 2007;16:103-11.
23. Macedo VC, Bezerra AFB, Frias PG, Andrade CLT. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste Brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2009;25:1679-92.
24. Abarzúa CF, Belmar JC, Rioseco RA, Parada BJ, Quiroga GT, García CP. Pesquisa de sífilis congênita al momento del parto: ¿Suero materno o sangre de cordón?. Rev chil infectol 2008;25(3):155-161.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis/DST – Programa Nacional de DST/ AIDS. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
26. Lima SG, Macedo LA, Vidal ML, Sá MPBO. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. Arq Bras Cardiol 2009;93(6):630-36.
27. Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. Physis 2009;19:695-710.
28. Silva ACMA, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. 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. Saude Soc 2010;19:159-69.

Endereço para correspondência:

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Rua São Gabriel nº 300, aptº 1101
Parque do Cocó, Fortaleza – Ceará
CEP: 60135-450
E-mail: alix.araujo@secrel.com.br
Tel.: (85) 9984-3349

Recebido em: 27.06.2011

Aprovado em: 28.02.2012