

Millenium, 2(10), 31-37.

pt

DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA
CHALLENGES FOR THE PREVENTION AND CONTROL CONGENITAL SYPHILIS
DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SÍFILIS CONGÉNITA

Anna Larissa Mesquita¹
Maria Adelane Silva²
Ana Jessyca Sousa¹
David Júnior¹
Verena Emmanuelle Ferreira¹
Maria Socorro Linhares²

¹ Universidade Federal do Ceará, Sobral/CE, Brasil

² Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde, Sobral/CE, Brasil

Anna Larissa Mesquita - larissamoraesmesquita@gmail.com | Maria Adelane Silva - adelanemonteiro@hotmail.com |
Ana Jessyca Sousa - ana1jessyca@gmail.com | David Júnior - david-junior23@hotmail.com | Verena Emmanuelle Ferreira - verenaemmanuelle@gmail.com |
Maria Socorro Linhares - socorrocarneiro1@gmail.com



Autor Correspondente

Ana Jessyca Sousa

Rua Raimundo Nogueira, 271, bairro Coração de Jesus
62010-190 Sobral – Brasil
ana1jessyca@gmail.com

RECEBIDO: 28 de fevereiro de 2019

ACEITE: 12 de julho de 2019

RESUMO

Introdução: A qualidade da assistência pré-natal oferecida é decisiva na prevenção da sífilis congênita e os profissionais de saúde possuem um papel fulcral, uma vez que sua assistência influenciará diretamente.

Objetivos: Compreender os desafios na realização do pré-natal para a prevenção e controle da sífilis congênita.

Métodos: Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. O cenário foi uma região de saúde do estado do Ceará e a coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2016 a setembro de 2017. Houve aplicação de questionário com 59 profissionais, para análise utilizou-se o referencial de Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa respeita princípios bioéticos da Resolução nº 466/12, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo número 1.633.568.

Resultados: A partir da análise do discurso dos profissionais resultou em cinco discursos divididos em duas temáticas: Corresponsabilidade da Gestante; Adesão do Parceiro ao Tratamento; Vulnerabilidades das Gestantes com Diagnóstico de Sífilis, Rotatividade de Profissionais e o vínculo com a população e Falta de atualização profissional.

Conclusões: Ressalta-se que deve ser considerado e dado ênfase as vulnerabilidades das gestantes, de forma a valorizar suas necessidades e subjetividades para conseguir realizar um pré-natal de qualidade e prevenir e controlar a sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Assistência Pré-natal; Gestantes; Profissionais de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The prenatal assist quality offered is decisive in the preservation from congenital syphilis, the healthcare professionals have essential role, once your assist will influence directly.

Objectives: Understand the challenges in the perform the prenatal for the preservation and control congenital syphilis.

Methods: It's a exploratory study with qualitative approach. The scenario was a Ceará state healthcare region and the data collect occurred in from august 2016 to September 2017. There was apply a quiz with 59 professionals, for the analyze has used it the referential of Discourse of the Collective Subject. The research respects the bioethics principles from resolution nº 466/12, approved it for the ethic committee in research over number protocol 1.633.568.

Results: From the analyze of the professionals' speech end up in five speeches divided in two thematic: Pregnant co-responsibility; Partner accession to the treatment; Pregnant Women Vulnerabilities with syphilis diagnostic; Professionals Rotation and the bond with the population and professional's update lack.

Conclusions: Stands out that should be considered and give it emphasis the pregnantes vulnerabilities, in a way to give value your needs and subjectivities to achieve a prenatal with quality, preventing and controlling the congenital syphilis.

Keywords: Congenital syphilis; Prenatal assist; Pregnantes; Healthcare professionals

RESUMEN

Introducción: La calidad de la asistencia prenatal ofrecida es decisiva en la prevención de la sífilis congénita y los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental, ya que su asistencia influenciará directamente.

Objetivo: Comprender los desafíos en la realización del prenatal para la prevención y control de la sífilis congénita.

Métodos: Se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo. El escenario fue una región de salud del estado de Ceará y la recolección de datos ocurrió en el período de agosto de 2016 a septiembre de 2017. Hubo aplicación de cuestionario con 59 profesionales, para análisis se utilizó el referencial de Discurso del Sujeto Colectivo. La investigación respeta los principios bioéticos de la Resolución 466/12, aprobada por el Comité de Ética en Investigación bajo protocolo número 1.633.568.

Resultados: A partir del análisis del discurso de los profesionales resultó en cinco discursos divididos en dos temáticas: Corresponsabilidad de la Gestante; Adhesión del Socio al Tratamiento; Vulnerabilidades de las Gestantes con Diagnóstico de Sífilis, Rotatividade de Profesionales y el vínculo con la población y Falta de actualización profesional.

Conclusiones: Se resalta también que debe ser considerado y dado énfasis las vulnerabilidades de las gestantes, de forma a valorar sus necesidades y subjetividades para lograr realizar un prenatal de calidad y prevenir y controlar la sífilis congénita.

Palabras-clave: Sífilis Congénita; Asistencia prenatal; Gestantes; Profesionales de Salud

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) ocorre com o contágio do *Treponema pallidum* por via transplacentária da mãe para o feto. É prevenível quando identificada e ocorre o tratamento adequado e oportuno da gestante infectada e de suas parcerias sexuais. A transmissão da sífilis

congênita ocorre principalmente intraútero, porém também pode ocorrer na passagem do feto pelo canal de parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação (Feitosa, Rocha, & Costa, 2016). Algumas consequências dessa contaminação podem ser aborto, natimorto, prematuridade, baixo peso ao nascer e a sífilis congênita (Hawkes, Matin, Broutet, & Low, 2011).

Estima-se que houveram 22.800 casos de sífilis congênita nas Américas em 2015, com uma taxa crescente de 1,7 casos por 1.000 nascidos vivos. A alta e crescente taxa nas Américas está relacionada aos registros do Brasil, o qual foi responsável por 85% dos casos de SC no mesmo ano. O número de casos no Brasil quase dobrou entre 2010 e 2015. Este aumento decorre pela maior disponibilidade de testes rápidos, falta de penicilina, e ao fato dos cuidados primários não tratarem quase metade das pacientes, havendo o encaminhamento a outros níveis de atenção com subsequente perda durante o processo de tratamento (OPAS, 2017).

A meta da Organização Panamericana da Saúde desde 2014 é que a taxa de incidência de sífilis congênita seja de 0,5 casos por mil nascidos vivos. Em 2015, 20 países das Américas atingiram a meta de eliminação da sífilis congênita, 21 países estavam progredindo em direção à meta e 11 países não haviam informado dados suficientes para avaliar o progresso (OPAS, 2017).

A prevenção da sífilis congênita deve acontecer no pré-natal com a ampliação do acesso a gestante, com o rastreamento da doença, por meio da realização de exames já na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre, juntamente com o tratamento em tempo oportuno da gestante e de sua parceria sexual e a expansão dos programas de intervenção voltados para os grupos de alto risco (Wijesooriya, Rochat, Kamb, Turlapati, & Temmerman, 2016).

Alguns fatores que dificultam a eficácia do tratamento da sífilis são a difícil adesão do parceiro ao tratamento, falta de continuidade do tratamento das gestantes e algumas vezes a não disponibilidade da medicação adequada (Nunes et al. 2017). Assim a qualidade da assistência pré-natal oferecida é decisiva na prevenção da sífilis congênita e os profissionais de saúde possuem um papel fulcral, uma vez que sua assistência influenciará diretamente.

Dessa forma, considerando os profissionais de saúde que realizam o pré-natal e o difícil controle e prevenção da sífilis congênita, o estudo objetivou compreender os desafios na realização do pré-natal para a prevenção e controle da sífilis congênita.

1. MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo conhecer a variável do estudo da forma como ela se apresenta, junto ao seu significado e contexto o qual ela se insere. Proporcionando maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Pode ser uma etapa preliminar realizada com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer. Seu planejamento pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, e análise de exemplos que estimulem a compreensão (Gil, 2010).

O cenário do estudo constituiu-se por uma Região de Saúde do Ceará. O território desse estado é dividido em cinco macrorregiões e 22 regiões de saúde, de acordo com o Plano de Regionalização instituído, em virtude do processo de regionalização e municipalização da saúde, conforme princípios do SUS. O presente estudo teve como cenário uma região de saúde desse estado, que se situa ao norte do Estado e é formada por 24 municípios, sendo a maior coordenadoria em relação ao número de municípios.

A opção por essa Região de Saúde como campo a ser estudado, deu-se de forma proposital e ao fato da equipe de pesquisadores atuar no município de referência da região e por apresentar uma diversidade nas características sociais, econômicas e culturais nos municípios pertencentes, proporcionando um olhar ampliado acerca da investigação das necessidades das gestantes com sífilis.

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada no período de agosto de 2016 a setembro de 2017, pela autora, e mais quatro outros pesquisadores, devidamente treinados e capacitados.

Os municípios da região foram divididos em três grupos de acordo com a incidência (baixa, moderada e alta). Sortearam-se dois municípios de cada grupo, em que se entrevistou um profissional de saúde de cada UBS, totalizando seis municípios e 59 profissionais. Como critério de escolha foi utilizado o tempo de serviço, considerando o profissional que estava há mais tempo na atenção básica e que aceitou formalmente participar. Foram excluídos da amostra profissionais que estavam no período de férias.

A coleta de dados se deu por meio de visitas aos municípios e às unidades básicas de saúde para obtenção de dados, foi aplicado um questionário indagando sobre as fragilidades da assistência pré-natal na prevenção e controle da sífilis congênita encontradas no município. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas fielmente para devida análise.

Para análise dos dados, o conteúdo foi lido, codificado, analisado e organizado através do referencial de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que de acordo com Lefevre, Lefevre e Teixeira (2005) é conceituado como um processo de análise que utiliza a técnica de agrupamentos e categorização das falas sem triangulação ou modificação destas e, posterior análise.

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

Para a análise, os dados foram inicialmente organizados nos Instrumentos de Análise de Discurso 1 e 2 propostos (Lefevre, Lefevre, & Teixeira, 2005), a fim de selecionar as expressões-chave, agrupá-las de acordo com a semelhança, atribuindo as ideias centrais, para dar subsídios para a construção dos discursos.

Os procedimentos éticos dos sujeitos da pesquisa foram garantidos através dos princípios bioéticos postulados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho.

Este estudo integra uma pesquisa maior intitulado “Sífilis Congênita nos Municípios da Zona Norte do Estado do Ceará: Avaliação de Estrutura e Processo” o qual foi submetido a Comissão Científica da Secretaria da Saúde do município referência da regional de saúde, e ao Comitê de Ética em Pesquisa com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 53309615.2.0000.5053 e foi aprovado com protocolo de número 1.633.568. Todos os profissionais envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise do discurso dos profissionais, em que as ideias centrais foram agrupadas pelos conteúdos discursivos que se inter-relacionam, resultou em cinco discursos. Eles estão dispostos no Quadro 1 e foram divididas em duas temáticas, uma relacionada as necessidades das gestantes e casais com os discursos: Corresponsabilidade da Gestante; Adesão do Parceiro ao Tratamento; Vulnerabilidades das Gestantes com Diagnóstico de Sífilis, e outra diz respeito aos profissionais e os serviços, como: Rotatividade de Profissionais e o vínculo com a população e Falta de atualização profissional (Mesquita et al., 2017).

O DSC-A foi composto pelas expressões-chave dos profissionais que revelaram como dificuldade no decorrer do tratamento de gestantes com sífilis a sua falta de corresponsabilidade, seja na sua frequência ao pré-natal, na realização dos exames no tempo adequado e na periodicidade do uso da medicação. Em estudos realizados no Ceará e no Rio de Janeiro encontram-se relatos de profissionais que consideram como barreiras na abordagem da sífilis o início do pré-natal tardio, a não adesão das gestantes à realização dos exames e/ou do tratamento e ainda muitas gestantes com sorologia positiva não retornaram a UBS para receber os resultados dos exames (Domingues, Lauria, Saraceni, & Leal, 2013; Costa et al., 2013).

Florêncio (2018) aponta o comportamento como um dos atributos da vulnerabilidade em saúde. Em que o autocuidado deve ser estimulado pelos profissionais que realizam a assistência, fazendo parte da promoção da saúde. E a adesão ao tratamento é um comportamento que compreende a tomada de decisão e escolhas, que podem ser influenciados pelas suas crenças e indicações de profissionais.

Quadro 1 - Síntese dos desafios encontrados pelos profissionais de saúde.

Tema: Necessidades das gestantes e casais
IC-A Corresponsabilidade da Gestante
DSC-A: <i>Acredito que a fragilidade entraria mais no caso da paciente em si. Que as vezes a gente faz o trabalho da gente, mas não podemos fazer o papel do paciente. A gestante que não tem o autocuidado. Então fragilidades aparecem mais quando o paciente não ajuda, sempre tem aquele paciente que é mais difícil, e temos que fazer a busca ativa. Temos que ir atrás, vamos e a mulher não está em casa, para fazer um exame ou para tomar uma medicação de segmento tudo fica mais complicado.</i>
IC-B Adesão do Parceiro ao Tratamento
DSC-B: <i>O que eu acho mais difícil não é nem uma questão que cabe a nossa competência, mas sim a adesão da comunidade ao tratamento, principalmente do parceiro. As vezes a gestante faz o tratamento e o parceiro não faz, ou não quer, ou não vem, mesmo a gente sensibilizando, informando sobre a doença. O tratamento são três semanas, a penicilina tem aquele mito que é uma injeção que dói muito, então um preconceito do parceiro a realizar, acha que não é preciso ser feito o tratamento dele, apenas o da companheira. Essa fragilidade acontece e dificulta o tratamento e o controle da sífilis congênita.</i>
IC-C Vulnerabilidades das Gestantes com Diagnóstico de Sífilis
DSC-C: <i>Há uma certa resistência por conta da falta de entendimento da compreensão da gravidade da doença. Isso ocorre pela condição de vulnerabilidade, seja a falta de conhecimento, a falta de estudo, de nível escolar, daquela pessoa que vem com sífilis, por conta da baixa escolaridade. Outra coisa é a resistência daquela pessoa que muitas vezes está usando droga, está na rua, então aquela pessoa não tem uma referência de alguém que possa apoiá-la, então a gente tenta arranjar um cuidador, aquela pessoa que seja referência no tratamento daquela pessoa que está perdida na rua ou mora sozinha, que pode ser um vizinho, uma amiga que pode ficar como parceiro da unidade. E a maioria tem multiparceiros e quando vão ter relação já estão sob efeito de drogas e elas não vão ter a consciência de usar um preservativo.</i>
Tema: Profissionais e serviços
IC-D Rotatividade de Profissionais e o vínculo com a população
DSC-D: <i>Como fragilidade vejo a rotatividade de profissionais que ocasiona a falta de conhecimento do território a falta de vínculo com a população e tudo isso dificulta que as pessoas confiem e façam o tratamento. As vezes a gente tem alguma falta de atendimento quando a gente fica sem médico, porque há muita rotatividade de médicos. Profissionais inexperientes acabam sendo menos resolutivos. Além disso, quando cheguei aqui na unidade não havia nenhum livro de registro dos casos de sífilis para poder ter um controle e acompanhamento e as ACS também não tem esse conhecimento e a gente está começando do zero praticamente.</i>
IC-E Falta de atualização profissional
DSC-E: <i>Acho que a fragilidade é mais em relação a educação permanente, a ter um espaço, falta até um treinamento, porque para a gente repassar informações é bom que a gente esteja mais atualizada, um curso para gente fazer, porque mesmo tendo especialização as coisas se renovam. Principalmente quando a gente não acompanha tantos casos é importante investir em capacitações para melhorar o monitoramento. A gente sabe como é que faz, mas falta um “empurrãozinho” a mais. Eu acho que nesse sentido.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

O DSC-B retrata o quanto o parceiro da gestante influencia na prevenção da sífilis congênita, uma vez que a sua não adesão faz com que o tratamento da sífilis seja inadequado e aumente a probabilidade de transmissão vertical da doença. Revisões Integrativas deixam conspícuo a não abordagem para tratamento e acompanhamento dos parceiros sexuais das mulheres com resultado do VDRL positivo como um fator de risco para a reinfecção da sífilis (Yui et al., 2017).

A principal causa de tratamentos inadequados no pré-natal é a sua não realização e acompanhamento concomitante de gestante e parceiro (Lafetá, Martelli Junior, Silveira, & Paranaíba 2016). Campos, Araújo, Melo, Andrade e Gonçalves (2012) constataram que os parceiros são informados da doença e de suas consequências e simplesmente não realizam o tratamento, desse modo, questionando-se a questão cultural do adoecer no homem, bem como há relações quanto a via de administração, a dor da aplicação da medicação. Figueiredo, Figueiredo, Cavalcante, Monteiro, Quirino, & Oliveira, (2015) evidenciaram que uma forma de fragilizar o vínculo com o parceiro é o encaminhamento para ambiente hospitalar, porque pode haver demora do atendimento e espera pela administração da medicação, além de dificultar a confirmação da realização do tratamento. Fato esse que ocorre em alguns municípios investigados. No entanto, o Ministério da Saúde lançou uma nota informativa em outubro de 2017 alterando os critérios de definição de casos para a notificação de sífilis. Para definição de caso de sífilis congênita, a partir dessa nota não deve ser considerado o tratamento da parceria sexual da mãe (BRASIL, 2017). Fato preocupante ao considerar que anteriormente com a obrigatoriedade das informações do parceiro já havia dificuldades para a realização do teste e tratamento e com a nota pode repercutir dificultando ainda mais e aumentando o risco de reinfecção da gestante durante a gestação.

Além dos entraves como horário de funcionamento dos serviços, dor na aplicação do medicamento, existe também o receio da gestante em revelar o diagnóstico ao parceiro, seja por medo de ser responsabilizada pela doença, ou mesmo por não conseguir lidar com a dúvida da fidelidade do companheiro. Circunda por esse assunto uma gama de sentimentos como culpa, medo de ter contaminado o parceiro, comprovação de infidelidade (Cavalcante, Silva, Rodrigues, Mourão Netto, Moreira, & Goyanna, 2012).

No DSC-C os profissionais caracterizaram situações de vulnerabilidade das pacientes com sífilis que influenciam de alguma forma seu tratamento, como por exemplo o não entendimento da gravidade da doença pela baixa escolaridade, a utilização de drogas, a situação de rua e multiparceiros.

Quando se trata de vulnerabilidade em saúde, um conceito que coaduna com o DSC-C dos profissionais é o letramento funcional, que reúne subconceitos como aprendizagem, escolaridade, cognição e conhecimento. É definido como a capacidade de julgamento e tomada de decisão do sujeito, a partir do seu conhecimento e competências para a compreensão, avaliação e aplicação de informações gerais do cotidiano (FLORENCIO, R.S 2018).

Domingues e Leal (2016) a partir dos dados Nascer no Brasil observaram a influência da escolaridade materna, uma vez que quanto menor a escolaridade da mulher, maior a ocorrência de infecção pela sífilis e sífilis congênita. Além disso, a maioria das mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação, não vivia com o companheiro, desenvolviam menos trabalhos remunerados e possuíam maiores fatores de risco para prematuridade.

Em uma pesquisa com mães sobre como vivenciaram a maternidade, uma de suas reclamações durante o pré-natal foi o sentimento de ser invisível diante dos profissionais que as atendiam, de forma que eles não conseguiam compreender as necessidades e vulnerabilidades delas (Munhoz et al., 2013). Assim vulnerabilidade em saúde do sujeito quanto ao seu letramento funcional é uma barreira para a interação e o diálogo entre o profissional e as gestantes, uma vez que o profissional não se faz entender, e o paciente compreende de maneira limitada a importância do tratamento e acompanhamento para a prevenção da sífilis, demandando assim mais esforço dos profissionais para uma comunicação efetiva.

Todavia, mesmo que estudos identifiquem vulnerabilidades e os profissionais vivenciem isso na prática, a sífilis não pode ser caracterizada apenas por esses fatores. Domingues et al., (2013) apontam que quase metade, 47,9% das gestantes com sífilis possuem 11 anos ou mais de estudo. Assim, podemos refletir que existem sim pacientes com condições sociodemográficas favoráveis que possuem a doença e que merecem atenção.

Um elemento importante que surgiu no discurso diz respeito a tentativa de estabelecer uma pessoa como cuidadora, ou que dê apoio, que seja referência no tratamento de pessoas em situação de rua. Isso remete à vulnerabilidade programática, que Ayres, França Júnior, Calazans e Saletti Filho (2009) afirmam está relacionada à forma dos serviços de saúde de lidarem com situações a fim de minimizar contextos de vulnerabilidades, seja utilizando a educação, cultura, bem-estar social. Com isso, a equipe da ESF pode utilizar equipamentos de saúde para poder atuar de forma mais eficaz nessa situação, ressaltando pessoas com vínculo e próximas às mulheres.

Nesse sentido, é primordial a compreensão das vulnerabilidades das gestantes com sífilis pelos profissionais de saúde, com seus aspectos culturais, cognitivos e subjetivo, uma vez que influenciam diretamente na percepção da doença, no esclarecimento do tratamento e da prevenção. E são questões que estão relacionadas à contextos e relações familiares diferentes, em que cada um deve ser analisado de forma singular.

O DSC-D expressou a preocupação com a frequente rotatividade de profissionais, ocasionando perda de vínculo, deixando a UBS com profissionais inexperientes e menos resolutivos, além da perda e/ou falta de registro dos casos de sífilis, afetando a longitudinalidade do cuidado. As consequências colocadas por Giovani e Vieira (2013) consoam com os anseios dos profissionais no DSC-D, que são a impossibilidade de manter equipes integradas, diminuição da produtividade, devido ao tempo gasto com treinamentos repetidos e dificuldades para novas contratações e insegurança transmitida aos usuários.

A rotatividade não é uma causa, mas sim consequência de fatores relacionados à organização da gestão. Magnago e Pierantoni (2014) levantaram como variáveis que favorecem essa rotatividade a carga horária elevada, a baixa remuneração, a sobrecarga de trabalho gerada pelo excesso de usuários vinculados a uma equipe de saúde e a infraestrutura.

Assim, a rotatividade de profissionais compromete o modelo da ESF, podendo influenciar na qualidade da assistência prestada e até na satisfação dos usuários. No caso da sífilis congênita isso é ainda mais prejudicial, pois tanto acarreta prejuízos na condução do caso no pré-natal como posteriormente do acompanhamento da criança. O vínculo é construído com o usuário pelo acolhimento, empatia e comunicação efetiva. E a educação em saúde deve ser realizada com o intuito de educar, aconselhar e sensibilizar tanto o parceiro como a gestante para o tratamento.

O DSC-E trouxe a atualização profissional como um fator fulcral na assistência a sífilis, sendo necessário que o município ofereça atualizações frequentes sobre o assunto para mantê-los capacitados. Em uma entrevista foi expressado que não existir espaço para as capacitações ocorrerem.

A atualização profissional deve criar um elo entre formação, gestão, atenção e participação na área da saúde de saberes e prática. Ela fundamenta-se na aprendizagem significativa, em que se desenvolvem experiências pedagógicas dentro dos serviços de saúde que provoquem a reflexão e avaliação das ações no processo de trabalho da equipe. É utilizada como ferramenta para a construção do cuidado, porque possibilita reflexão sobre o trabalho desenvolvido. No entanto, foi visto que existem dificuldades relacionadas à operacionalização da atualização profissional e que refletem na assistência aos usuários, como por exemplo, formação e capacitação insuficientes, sobrecarga e a não valorização do trabalho, deixando trabalhadores em situação de vulnerabilidade. (Bonfim et al., 2017)

Esse sentimento de vulnerabilidade também foi exposto pelos entrevistados e ficou evidente no discurso, quando relatam: (...) *Para a gente repassar informações é bom que a gente esteja mais atualizada (...)* (DSC-E), transpareceram a necessidade de ter mais conhecimento para a Educação em Saúde realizada aos usuários. Também demonstraram essa fragilidade na condução de um caso de sífilis gestacional, quando expõem: (...) *Principalmente quando a gente não acompanha tantos casos é importante investir em capacitações para melhorar o monitoramento (...)* (DSC-E).

A pesquisa realizada por Silva et al. (2014) demonstrou que os profissionais de saúde da ESF não apresentaram conhecimento satisfatório sobre as recomendações do Ministério da Saúde para a prevenção e controle da sífilis congênita, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gestante com VDRL reagente.

Ainda nesse sentido, Brito, Oliveira e Silva (2012) constataram que usuários estabeleceram mais vínculo e confiança aos profissionais especialistas devido à alguns fatores como a clareza na comunicação, a segurança no seguimento dos casos e à escuta atenciosa. Isso demonstra ainda mais a necessidade de formação e qualificação no sentido de favorecer a prática dos profissionais e como forma de conquistar a confiança dos usuários.

CONCLUSÕES

O estudo evidenciou como desafios a corresponsabilidade da gestante, a adesão do parceiro ao tratamento e as vulnerabilidades das mulheres com esse diagnóstico. Relacionado aos profissionais de saúde emergiram a rotatividade causando falta de vínculo com a população e a necessidade de atualizações profissionais. Ressalta-se também que deve ser considerado e dado ênfase as vulnerabilidades das gestantes, de forma a valorizar suas necessidades e subjetividades para conseguir realizar um pré-natal de qualidade e prevenir e controlar a sífilis congênita.

Quanto as limitações neste estudo, enfrentou-se a resistência de alguns profissionais para responder ao questionário, barreiras geográficas em relação a distância entre os municípios e também ofato dos profissionais possuírem pouco tempo de atuação no serviço.

Baseado nestes desafios encontrados é fulcral que os gestores promovam atualizações, formação para seus colaboradores e ofereçam melhores condições de trabalho, a fim de evitar a rotatividade e aumentar o vínculo com a população. É necessário ainda que os profissionais valorizem em seus processos de trabalho a subjetividade das gestantes e de suas parcerias sexuais.

Sugere-se que sejam desenvolvidas pesquisas junto as mulheres que transmitiram sífilis aos seus filhos a fim de conhecer mais o contexto, a rede de apoio e as vulnerabilidades dessas mães.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayres, J.R.C.M., França Júnior, I., Calazans, G.J., & Saletti Filho, H.C. (2009) O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde. Novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D; Machado, C, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. (2a ed). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bonfim, E.S., Oliveira, B.G., Rosa, R.S., Almeida, M.V.G., Silva, S.S., & Araújo, I.B. (2017). Educação permanente no cotidiano das equipes de saúde da família: utopia, intenção ou realidade? *Revista Online de Pesquisa Fundamental*. 9(2), 526-535.

Mesquita, A. L., Silva, M. A., Sousa, A. J., Júnior, D., Ferreira, V. E. & Linhares, M. S. (2019). Desafios para a prevenção e controle da sífilis congênita. *Millenium*, 2(10), 31-37.
DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0210.03.00233>

- Brito, E. S. V., Oliveira, R. C., & Silva, M. R. F. (2012) Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Revista Brasileira Materno- Infantil*.12(4), 413-423.
- Campos, A.L.A., Araújo, M.A.L., Melo, S.P., Andrade, R.F.V., & Gonçalves, M.L.C. (2012). Sífilis em parturiente: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 34(9), 397-402.
- Cavalcante, A.E.S., Silva, M.A.M., Rodrigues, A.R.M., Mourão Netto, J.J.M., Moreira, A.C.A., & Goyanna, N.F. (2012). Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. *Revista DST - Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 24(4), 239-245
- Costa, C.C., Freitas, L.V., Sousa, D.M.N., Oliveira, L.L., Chagas, A.C.M.A., & Lopes, M.V.O., et al. (2013). Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. *Revista escola de enfermagem USP*, 47(1), 152-159. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100019&lng=en&nrm=iso.
- Domingues, R.M.S.M., Lauria, L.M., Saraceni, V., & Leal, M.C. (2013). Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1341-1351. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n5/19.pdf>.
- Domingues, R.M.S.M., & Leal, M.C. (2016). Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 32(6), 1-12. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>.
- Feitosa, J.A.S., Rocha, C.H.R., & Costa, F.S. (2016). Sífilis congênita. *Revista Medicina e Saude Brasilia*, 5(2), 286-297. Recuperado de: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/6749/4573>.
- Figueiredo, M.S.N., Cavalcante, E.G.R., Oliveira, C.J., Monteiro, M.F.V., Quirino, G.S., & Oliveira, D.R. (2015). Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Revista Rene*, 16(3), 345-354.
- Florencio, R.S. (2018). Vulnerabilidade em saúde: uma clarificação conceitual. Tese de doutorado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Gil, A.C. (2010). Como elaborar projetos de pesquisa (5a ed). São Paulo: Atlas.
- Giovani, M.S.P., & Vieira, C.M. (2013). Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. 7(4), 01-14.
- Hawkes, S., Martin, N., Broutet, N., & Low, N. (2011). Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 11(9), 684 – 691.
- Lafetá, K.R.G., Martelli Junior, H., Silveira, M.F., & Paranaíba, L.M.R. (2016). Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(1), 63-74.
- Lefevre, F., Lefevre, A. C., & Teixeira, J. J. V. (2005). O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, Edus.
- Magnago, C., & Pierantoni, C.R. (2014). A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Cereus*. 6(1), 03-18. Recuperado de: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/573/230>.
- Mesquita, A.L.M., Silva, M.A.M., Ferreira, V.E.S., Araújo Júnior, D.G., Sousa, A.J.C., & Vasconcelos, M.N., et al. (2017). Discurso de profissionais de saúde acerca das necessidades de gestantes diagnosticadas com sífilis. *Atas do 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*. Recuperado de: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/issue/view/25>.
- Muñoz, L.A., Sanchez, X., Arcos, E., Vollrath, A., & Bonatti, C. (2013). Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 21(4), 01-07.
- Nota informativa nº2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de Definição de casos para notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. (2017). Brasília, DF. Recuperado de: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf.
- Nunes, J.T., Marinho, A. C. V., Davim, R. M. B., Silva, G.G.O., Félix, R.S., & Martino, M.M.F. (2017). Syphilis in gestation: perspectives and nurse conduct. *Revista de enfermagem da UFPE*. 11(12), 4875-4884.
- Pan American Health Organization Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. (2016). Update 2016. Washington.
- Silva, D.M.A., Araújo, M.A.L., Silva, R.M., Andrade, R.F.V., Moura, H.J., & Esteve, A.B.B. (2014). Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto e Contexto Enfermagem*. 23(2), 278-285. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71431352007>.
- Wijesooriya, N.S., Rochat, R.W., Kamb, M.L., Turlapati, P., Temmerman, M., & Broutet, M., et al. (2016). Global Burden of Maternal and Congenital Syphilis in 2008 and 2012: a Health Systems Modelling Study. *Lancet Glob Health*. 4, 525-33.
- Yui, F.M., Melo, S.C.C.S., Costa, A.B., Sila, M.N.M.G., Massan, F., & Tashima, C.F., et al (2017). Prevalência de Sífilis Congênita: uma Revisão Integrativa. *Revista Uningá*, 53(2), 149-155.