

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Caroline Citoula Paim**

**AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL EM GESTANTES COM SÍFILIS E A PREVENÇÃO  
DA SÍFILIS CONGENITA NA REDE PÚBLICA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO  
BRASIL**

Santa Maria, RS  
2019

**Caroline Citoula Paim**

**AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL EM GESTANTES COM SÍFILIS E A PREVENÇÃO  
DA SÍFILIS CONGENITA NA REDE PÚBLICA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO  
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Promoção e Tecnologia em Saúde, Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) para obtenção do Grau de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Teresa de Aquino Campos Velho

Santa Maria, RS

2019

Paim, Caroline Citoula  
Avaliação da Qualidade do Pré-Natal e a Sífilis  
Congênita na Atenção Primária em Saúde em um Município do  
Sul do Brasil / Caroline Citoula Paim.- 2019.  
63 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Teresa de Aquino Campos Velho  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2019

1. Atenção Primária à Saúde 2. Sistema Único de Saúde 3.  
Sífilis Congênita I. Campos Velho, Maria Teresa de Aquino  
II. Título.

**Caroline Citoula Paim**

**AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL EM GESTANTES COM SÍFILIS E A PREVENÇÃO  
DA SÍFILIS CONGENITA NA REDE PÚBLICA DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO  
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em ciências da saúde. Área de Concentração: Promoção e tecnologia em saúde, Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) para obtenção do Grau de **Mestre em Ciências da Saúde**.

**Aprovado em 09 de julho de 2019:**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa de Aquino Campos Velho (UFSM)**  
**(Presidente/Orientadora)**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vania Maria Figuera Olivo (UFSM)**

---

**Prof. Dr. Silomar Ilha (UFN)**

Santa Maria, RS  
2019

*“A descoberta consiste em ver o que todos viram e em pensar no que ninguém pensou”*

*A. Szent-Gyorgyi*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente AGRADECER a DEUS por chegar até aqui, minha caminhada não teria sentido sem FÉ, sou extremamente realizada na vida por tudo que a FÉ me permitiu viver e sentir;

Agradeço a todo povo de ARUANDA que me ajuda e sempre me ajudou a encarar a vida de frente, sabendo que eu JAMAIS caminharia sozinha, aos meus guias, aos meus mentores e aos meus irmãos de FÉ meus mais sinceros agradecimentos;

Obrigada aos meus pais e à minha filha Manuela, vocês são imprescindíveis em tudo que vivo e já vivi, o aprendizado adquirido pela nossa convivência diária me faz cada dia mais forte e certa de onde quero chegar;

Agradeço de coração a minha orientadora, Maria Tereza de Aquino Campos Velho, és uma mulher extremamente batalhadora e certamente um excelente exemplo pra eu me espelhar;

Obrigada aos meus amigos (as) de todas as horas, obrigada pela companhia nos momentos “menos bons” e obviamente em todos os momentos maravilhosos que a vida nos proporciona;

Obrigada aos meus colegas de trabalho, vocês fazem de mim uma profissional motivada a prosseguir, obrigada por acreditarem em mim, mesmo quando nem eu acreditei, aos colegas do HSFA em especial meu agradecimento é eterno;

Aos componentes da banca que além de profissionais que admiro muito, pelo profissionalismo e progresso constante, são pessoas que acreditaram em mim e sem sombra de dúvidas são inspirações para minha carreira profissional, admiro e agradeço todas as trocas positivas que já tivemos que nos seja permitidas nos cruzarmos nessa vida profissional outras vezes, obrigada por agregar valor a minha trajetória.

## RESUMO

### **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PRÉ-NATAL E A SÍFILIS CONGÊNITA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

AUTORA: Caroline Citoula Paim

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa de Aquino Campos Velho

O estudo tem como objetivo geral Analisar a qualidade da assistência pré-natal no combate à sífilis congênita, diagnóstico e tratamento adequado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, na APS, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Desse modo, justificou-se pela necessidade de conhecer e compreender as lacunas da assistência prestada no pré-natal às gestantes com sífilis, bem como sobre a oferta dos testes para triagem da doença e oferta do tratamento oportuno. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, por meio de entrevista com questionário semiestruturado com perguntas fechadas. Os resultados foram tabulados e analisados. Os dados foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa – o software *Statistical Package for Social Science* 15.0 (SPSS). O método adotado, em função dos objetivos, foi o de pesquisa descritiva e explicativa. Os resultados foram divididos em tópicos, desde o questionário, abordando o contexto da assistência prestada às gestantes com sífilis na APS no município de Santa Maria. Serão aqui expostos nesta sequência: I - Caracterização do profissional participante do estudo; II - Caracterização do pré-natal na Unidade de Saúde; e III - Prevenção da transmissão vertical da sífilis. A população deste estudo foi composta por 50 participantes, todos trabalhadores da APS, médicos e enfermeiros que realizam o atendimento pré-natal, sendo 27 profissionais de ESF e 23 profissionais de UBS. Observou-se, por meio das respostas dos questionários, que embora a maioria das gestantes inicie o pré-natal antes da 12<sup>a</sup> semana de gestação e que compareça em sete ou mais consultas de pré-natal, os profissionais relatam que a dificuldade para a eficácia da terapêutica está na não adesão das gestantes ao pré-natal ou início tardio do pré-natal (após 28 semanas). Pode-se constatar que esses dados não são congruentes e, não se pode, de antemão, culpabilizar as gestantes, pois se os participantes relatam que a maioria das gestantes adere ao pré-natal antes da 12<sup>a</sup> semana gestacional, essa não poderia ser a causa para o desfecho de sífilis congênita. Embora seja realizada uma abordagem aos parceiros das gestantes, os

profissionais pontuam a dificuldade de adesão deles pelo não comparecimento nas consultas, fato que demonstra que provavelmente a maneira como está sendo conduzido o pré-natal do homem esteja inadequada. Foi possível concluir que mesmo com a pactuação das esferas governamentais para erradicação da SC, observou-se a persistência da patologia e permanência de condutas inadequadas no manejo da doença por parte dos profissionais que assistem ao pré-natal de gestantes com sífilis.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Sífilis Congênita.



## ABSTRACT

### **PRENATAL QUALITY ASSESSMENT AND CONGENITAL SYPHILIS IN PRIMARY HEALTH CARE IN A SOUTH BRAZIL CITY**

AUTHOR: Caroline Citoula Paim

ADVISOR: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa de Aquino Campos Velho

The purpose of this study is to analyze the quality of the prenatal care in the combat of congenital syphilis, proper diagnosis and treatment, according to what is recommended by the Health Ministry, in the PHC, in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. Thus, the research was justified by the need to know and understand the gaps in prenatal care provided to pregnant women with syphilis, as well as the offer of tests for the classification of the disease and offering suitable treatment. It was a descriptive study of quantitative approach, through a semi structured questionnaire with closed questions. The results were tabulated and analyzed. The data were processed and analyzed from the construction of a database (Excel® 2007) and a specific program of analysis for the accomplishment of the objectives of the research - the software *Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS)*. The adopted method, according to the goals, was the descriptive and explanatory research. The results were divided into topics, from the questionnaire, addressing the context of care provided to pregnant women with syphilis in PHC in the city of Santa Maria. They will be exposed in this sequence: I – Description of the professional participating in the study; II - Description of the prenatal care at the Health Unit; and III – Prevention of vertical transmission of syphilis. The population of this study was composed of 50 participants, all PHC workers, doctors and nurses who perform prenatal care, 27 are ESF professionals and 23 UBS professionals. It was observed, through the questionnaire responses, that although most of the pregnant women start prenatal care before the 12th week of pregnancy and that they attend seven or more visits, professionals report that the difficulty for the efficacy of the therapy lies in the non adherence of the pregnant women to prenatal or late prenatal initiation (after 28 weeks). It can be verified that these data are not congruent, and it is not possible to blame the pregnant women, since the participants report that the majority of pregnant women adheres to prenatal care before the 12th gestational week, this could not be the cause for the outcome of congenital syphilis. Although an approach is taken to the partners of the pregnant women, the professionals point out the difficulty of their adherence by the non-attendance in the appointments, a fact that shows that probably the way the man's prenatal care is being

conducted is inadequate. It was possible to conclude that even with the agreement of the governmental spheres to eradicate congenital syphilis, it was observed the persistence of the pathology and the permanence of inadequate behaviors in the management of the disease by the professionals who attend prenatal care of pregnant women with syphilis.

**Key Words:** Primary Health Care; Health Unic System; Congenital syphilis.

## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A – Questionário semi-estruturado.....	54
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60
Apêndice C – Termo de Confidencialidade.....	62

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A – Cartão de comunicação para parceiros sexuais.....	63
---	----

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1– Tratamento adequado para Sífilis conforme estadiamento .....	43
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela demonstrativa do perfil dos participantes da pesquisa. ESF/UBS. Santa Maria. RS. 2018.....	28
Tabela 2 – Caracterização dos profissionais quanto aos cursos de aperfeiçoamento realizado.....	29
Tabela 3 – Descrição dos procedimentos realizados nas unidades em relação à assistência às gestantes.....	30
Tabela 4 – Avaliação do atendimento e condutas em relação à sífilis gestacional.....	31
Tabela 5 – Avaliação conhecimento sobre o tratamento da sífilis.....	32
Tabela 6 – Avaliação em relação ao parceiro.....	33
Tabela 7 – Avaliação das questões referente à sífilis congênita.....	34

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – No seu trabalho na assistência pré-natal na APS de Santa Maria, quais são as suas principais dificuldades no manejo da sífilis?.....	36
Gráfico 2 – Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes nos serviços de pré-natal da APS de Santa Maria visando à redução transmissão vertical da sífilis?.....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
AM	Aleitamento Materno
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPQ	Centro Nacional de Pesquisa
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DI	Doenças Infecciosas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IRA'S	Infecções Respiratórias Agudas Sistêmicas
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMG/BPMN	Object Management Group/Business Process Model and Notation
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIM	Primeira Infância Melhor
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém Nascido
RS	Rio Grande do Sul
SM	Santa Maria
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SUS	Sistema Único de Saúde



SINAN	Sistema de Notificação Compulsória
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPHA	Hemaglutinação
TV	Transmissão Vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VDLR	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	16
2 OBJETIVOS .....	18
<b>2.1 Objetivo geral</b> .....	18
<b>2.2 Objetivos específicos</b> .....	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	19
<b>3.1 Contextualizando a Atenção Primária à Saúde (APS)</b> .....	19
<b>3.2 A sífilis gestacional e o Pré-natal na APS</b> .....	20
<b>3.3 Sífilis Congênita (SC)</b> .....	22
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	24
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	24
<b>4.2 Campo de estudo</b> .....	24
<b>4.3 População do estudo</b> .....	24
<b>4.4 Métodos da coleta e análise dos dados</b> .....	25
<b>4.5 Considerações éticas</b> .....	25
5. RESULTADOS .....	27
<b>5.1 Caracterização do estudo e da população estudada</b> .....	27
<b>5.2 Caracterização do Pré-Natal na Unidade de Saúde</b> .....	29
<b>5.3 Prevenção da Transmissão Vertical (TV) da sífilis</b> .....	33
6. DISCUSSÃO.....	38
7. CONCLUSÕES.....	48
8. REFERÊNCIAS .....	50
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO APLICADO AOS PARTICIPANTES.....	54
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	60
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....	62
ANEXO A – CARTÃO PARA COMUNICAÇÃO DE PARCERIAS SEXUAIS.....	63

## 1 INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha, lançada em 2011, pelo Governo Federal, visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério (até 45 dias após o parto) e puericultura (até dois anos de idade), em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das estratégias é a implementação dos testes rápidos do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e triagem da sífilis no âmbito da atenção primária em saúde, com o intuito de promover o diagnóstico precoce desses agravos da gestação e ofertar, em tempo oportuno, o tratamento, bem como desenvolver ações de prevenção com vistas à redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita (SC), reduzindo a incidência de óbitos materno-infantis evitáveis (BRASIL, 2014).

A sífilis congênita (SC) sinaliza para o monitoramento da qualidade de assistência ao pré-natal na Atenção Primária em Saúde (APS), por se tratar de uma doença que pode ser prevenida e é altamente curável. A ocorrência dessa doença sugere falhas no funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou da integralidade do sistema de saúde. A gestação de mulheres infectadas pelo *treponema pallidum* spp., bactéria que causa a sífilis, e não tratadas ou tratadas inadequadamente, pode resultar em óbito fetal ou em SC (ARAÚJO et al., 2012; LAZARINI e BARBOSA, 2017).

A erradicação da SC e da transmissão vertical do HIV é prioritária para a região da América Latina e do Caribe. O documento “Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical (TV) do HIV e da SC”, de 2010, reforça o compromisso dos países das Américas para a erradicação da Transmissão Vertical (TV) dos dois agravos até 2015 (OMS 2015a). Esse documento estava em conformidade com as metas estabelecidas pela “Iniciativa de Eliminação” da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Assim, obter-se-ia a redução da taxa de TV do HIV para menos de 2% e da incidência de SC para menos de 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos (NV) até 2015 (OMS, 2015a).

Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, certificando os países que alcançaram: 1) taxa de TV do HIV  $\leq 2\%$ , ou incidência de até 0,3 caso por 1.000 NV; 2) taxa de incidência de SC de 0,5 caso por 1.000 NV; 3) cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta)  $\geq 95\%$ ; 4) cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes  $\geq 95\%$ ; 5) cobertura de tratamento com Antirretroviral (ARV) em gestantes HIV+  $\geq 95\%$ ; e 6) cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis  $\geq 95\%$  (BRASIL, 2017a).

Segundo dados do Sistema de Notificação Compulsória (SINAN), obtidos pelo Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS e Sífilis do Ministério da Saúde, em 2007, a taxa de detecção de Sífilis Gestacional no Brasil foi de 2,3 casos por 1.000 NV; 1,9 casos por 1.000 NV na Região Sul e 2,3 casos por 1.000 NV no estado do RS. Em 2017 o cenário já estava modificado e a taxa de detecção, consideravelmente alterada, de Sífilis Gestacional no Brasil foi de 17,2 casos por 1.000 NV; 20,1 casos por 1.000 NV na Região Sul e 25,2 casos por 1.000 NV no estado do RS (BRASIL, 2015c).

Os dados de SC avaliados no mesmo período, obtidos pelo mesmo boletim, destacam que as taxas de detecção de SC no Brasil foram, em 2007, de 1,9 casos por 1.000 NV, na região Sul 1,1 casos por 1.000 NV e 1,9 casos por 1.000 NV no estado do Rio Grande do Sul. Em 2017, também com um aumento significativo, o número de casos foi de 8,6 casos por 1.000 NV; na região Sul 9,3 casos por 1.000 NV e 14,2 casos por 1.000 NV no estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2018a).

Em Santa Maria, Rio Grande do Sul, os dados de sífilis gestacional e congênita não são diferentes da realidade brasileira. A análise da taxa de detecção de gestantes com sífilis no período de 2010 a 2013 foi de 6,8 casos por 1000 NV em 2010, 11,33 casos por 1000 NV em 2011, 15,46 casos por 1000 NV em 2012 e 16,77 casos por 1000 NV em 2013. Já os casos de SC em igual crescente apresentam os seguintes resultados: 4,23 casos por 1000 NV em 2010; 5,50 casos por 1000 NV em 2011; 9,99 casos por 1000 NV em 2012 e 9,63 casos por 1000 NV em 2013 (SAGE, 2018).

Frente ao cenário crescente da incidência dos casos de sífilis no país, no estado e no município de Santa Maria/RS, **justifica-se** a necessidade de conhecer e estudar as lacunas da assistência prestada no pré-natal às gestantes com sífilis, bem como a oferta dos testes para triagem da doença e a oferta do tratamento oportuno. Por que, com tanta informação, cursos de capacitação e protocolos claros e pré-estabelecidos, os profissionais da saúde têm uma difícil adesão na aplicação do preconizado? Cientes de como ocorrem os processos pode-se estabelecer um plano de atenção à gestante com sífilis que vise não apenas a diminuição ou eliminação dos números de casos de SC, como também a redução dos casos de sífilis no cenário da APS do referido município. Nesse sentido, tem-se como **questão de pesquisa**: Como tem se dado a atenção à saúde, cuidados, tratamento e seguimento da gestante com sífilis, que espelha a qualidade de seu pré-natal, no município de Santa Maria/Rio Grande do Sul/Brasil?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a qualidade da assistência pré-natal no combate à sífilis congênita, diagnóstico e tratamento adequado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, na APS, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Analisar como acontece a assistência ao pré-natal às gestantes com sífilis;
- Identificar como os profissionais participantes da pesquisa reconhecem a prevenção da transmissão vertical da sífilis e como é feito o tratamento deste segmento;
- Analisar a adesão da gestante com sífilis e seu(s) parceiro(s) ao pré-natal;

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Contextualização da Atenção Primária à Saúde (APS)**

A regulamentação da APS ocorreu por meio da portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para sua organização, define recursos orçamentários e revoga portarias anteriores (BRASIL, 2011a). Os Sistemas de Atenção à Saúde (SAS) têm um perfil organizacional, social e deliberativo que respondem às necessidades, demandas e aspectos populacionais, em uma determinada sociedade e tempo. Apresentam-se, na prática, com diferentes formas de organização, sendo os sistemas fragmentados e as RAS os mais comuns (BRASIL, 2011a).

As RAS sugerem organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde integrados entre si por uma mesma missão, com objetivos comuns e ações cooperativas e interdependentes, o que permite a oferta de uma atenção contínua e integral a uma determinada população, coordenada pela APS, e prestada em tempo adequado, lugar adequado, com um custo adequado, com a qualidade ideal e com a devida responsabilidade sanitária e econômica pela população adscrita (MENDES, 2011). Em relação à APS, no decorrer dos últimos anos os estudos com enfoque na política de APS brasileira vêm ganhando reformulações e aprimoramentos que vêm ao encontro dos estudos propostos pelo referencial teórico de Barbara Starfield – conceituada médica pediatra, professora e pesquisadora acerca das temáticas dos serviços de saúde, medicina de família e cuidados primários de saúde (STARFIELD, 2002).

Em seu livro, “Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”, Starfield refere que o sistema de saúde possui duas metas principais: a primeira é aprimorar o conhecimento das causas das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde; e a segunda é minimizar as disparidades entre os subgrupos populacionais de modo a proporcionar o acesso aos serviços de saúde e uma atenção à saúde de qualidade (STARFIELD, 2002). Somado a isso, Starfield caracteriza a APS como o serviço do sistema de saúde que oferece a entrada para todas as necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa para todas as condições e coordena essa atenção. Compartilha características com outros serviços de maior densidade tecnológica como a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, prevenção, tratamento e reabilitação, e o trabalho em equipe. Dessa forma,

constitui a base e determina o processo de trabalho de outros serviços do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

As discussões da APS receberam ainda mais destaque quando Starfield define quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além de dois atributos derivados: cuidado centrado na família e orientado para comunidade (SUMAR e FAUSTO, 2015). Em consonância a isso, entende-se atualmente que a efetivação da APS ocorre por meio dos seus atributos norteadores (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2011a). Ressalta-se que a atual Política Nacional de Atenção Básica aponta em suas diretrizes essas evidências dos estudos, como o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a APS como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS. Assim, essa RAS, conceituada anteriormente, deverá acolher usuários e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a).

### **3.2 A sífilis gestacional e o Pré-natal na APS**

A portaria nº 1.067, de 04 de julho de 2005, institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências (BRASIL, 2005). Estados e municípios devem, por meio das unidades de saúde da APS, realizar captação precoce das gestantes do território, com a realização da primeira consulta de pré-natal até o 120º dia da gestação, com no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2005).

O Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco preconiza um conjunto de iniciativas para assistência ao pré-natal que sugerem melhorias: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL, 2013).

Dentre as estratégias da Rede Cegonha estão a de estruturar e organizar a atenção à saúde materna infantil no país, embasado na observância do critério epidemiológico, na prevenção das causas de óbito evitáveis, como a sífilis congênita, entre outras. Embora seja evidenciada a ampliação da cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente tem-

se observado a elevação da incidência de SC no país, o que faz refletir sobre a qualidade do pré-natal ofertado no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).

A assistência pré-natal adequada tem o potencial de reduzir a incidência a menos de 0,5/1.000 casos de nascidos vivos. Além das consequências como mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações agudas, a SC é também responsável por deformidades, lesões neurológicas, entre outros complicadores (ARAÚJO et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o início da assistência pré-natal tardia é um dificultador do processo de controle da sífilis na gestação. Esse início tardio está associado ao número reduzido de consultas ao pré-natal e à consequente redução dos exames de rotina. O indicador que melhor define a assistência ao pré-natal é a proporção nacional de gestantes infectadas pela sífilis e tratadas com pelo menos uma dose de penicilina benzatina até a 24<sup>a</sup> semana gestacional. Sendo assim, a realização do diagnóstico e tratamento para sífilis entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semana gestacional obtém melhores resultados na prevenção vertical da doença (WHO,2012).

Alguns estudos indicam as falhas no tratamento das gestantes com sífilis, visto a recomendação do Ministério da Saúde (DOMINGUES et al., 2013; KUPEK e OLIVEIRA, 2012). Os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que a proporção de parceiros tratados entre os casos de sífilis congênita notificados no âmbito nacional foi de 11,5 em 2011, sendo que a meta da OMS era identificar e tratar >80% dos parceiros de gestantes com sífilis com pelo menos uma dose de penicilina G benzatina (WHO,2012).

De acordo com Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS, é considerado sífilis gestacional: mulheres assintomáticas com apenas um teste reagente, sem registro de tratamento prévio e, em caso de dois testes reagentes, independentemente de tratamento prévio. Em gestantes sintomáticas a definição do caso poderá ser feita com apenas um teste, treponêmico (com qualquer titulação) ou não treponêmico (BRASIL, 2017b).

O tratamento da sífilis depende da fase de infecção da doença, sendo preconizado: Sífilis primária: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), uma dose por semana, em três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI. Neurosífilis: Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias (BRASIL, 2015b).



O Ministério da Saúde preconiza a realização de dois testes não treponêmicos durante o período gestacional. Um no primeiro trimestre, que deve ser solicitado, preferencialmente, já na primeira consulta, e outro no terceiro trimestre, na 28ª semana. A realização do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero (BRASIL, 2011c).

O estágio de transmissão da sífilis materna e a duração da exposição do feto no útero ao treponema são os fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical. Desse modo, a transmissão acontece em maior proporção na fase inicial da doença, quando existe um número maior de espiroquetas na circulação. A taxa de transmissão, nessas circunstâncias, é de 70 a 100% nas fases primária e secundária; e na fase latente a taxa reduz para 40% na latente recente e 10% na latente tardia (BRASIL, 2014).

### **3.3 Sífilis Congênita (SC)**

A SC é caracterizada pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou tratada inadequadamente para o concepto via transplacentaria. A contaminação do feto pode levar ao abortamento, óbito fetal ou neonatal em 40% dos infectados, ou aos nascidos com sífilis congênita. As manifestações clínicas de SC dividem-se em duas: as precoces, caracterizadas pela ocorrência até os dois anos de idade, e as tardias, quando surgem após essa idade (BRASIL, 2018b).

A SC precoce em 70% dos casos é assintomática, podendo o recém-nascido apresentar prematuridade, baixo peso, hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas, periostite, osteocondrite, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, síndrome nefrótica, convulsões, meningite, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia. Já na SC tardia as manifestações clínicas são irreversíveis, porém raras, e resultantes de cicatrização sistêmica precoce envolvendo vários órgãos (BRASIL, 2018b).

A SC compreende quatro critérios para fins de vigilância. O primeiro critério inclui toda a criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal ou no momento do parto ou da curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. O segundo critério inclui que todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as evidências sorológicas, titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após 6 meses

de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores que os da mãe. O terceiro critério considera todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e evidência clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita. Por fim, o quarto critério engloba toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos (BRASIL, 2018b).

O medicamento de escolha para o tratamento de SC é a penicilina G cristalina, conforme determinação do MS. A penicilina é a única droga considerada eficaz para o tratamento de sífilis gestacional e o esquema terapêutico varia conforme o estágio da doença. Para os casos de alergia ao fármaco, o MS recomenda que seja feita a dessensibilização com penicilina via oral e posterior tratamento conforme esquema (BRASIL, 2015b).

Em casos onde essas medidas não sejam possíveis ou não tenham obtido resposta positiva à dessensibilização, outras drogas podem ser utilizadas, como Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes em casos de sífilis primária ou secundária, e Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias para os casos de neurosífilis; porém o recém-nascido será considerado não-tratado (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2018b). A recomendação do MS é tratar todas as crianças infectadas com o regime adequado com o intuito de erradicar a neurosífilis do país; patologia que demonstra a preocupação do país sobre os casos de SC devido aos gastos hospitalares para o tratamento ultrapassarem em muito os gastos que teriam caso houvesse a profilaxia da SC com a efetiva assistência ao pré-natal (BRASIL, 2015c; BRASIL, 2018b).

No período pós-neonatal deve-se realizar o seguimento da criança, o qual inclui as consultas ambulatoriais mensais até o sexto mês de vida, e bimensais do sexto ao 12º mês, realizar o VDRL com um mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. O seguimento é interrompido quando dois exames consecutivos de VDRL derem negativos. Ademais, deve-se realizar hemaglutinação (TPHA) para sífilis após o 18 mês de idade para confirmação do caso, além de outras observações necessárias para o acompanhamento adequado da criança (BRASIL, 2015b).

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

O desenho metodológico do presente estudo foi do tipo quantitativo descritivo, coleta de dados, análise dos dados e dimensão ética da pesquisa, conforme apresenta-se a seguir.

### **4.1 Tipo de estudo**

O método adotado, em função dos objetivos, foi o de pesquisa descritiva e explicativa. As pesquisas descritivas, segundo Gil (2008), possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Esse método foi escolhido com o intuito de analisar a visão dos profissionais de saúde sobre a atenção à saúde das gestantes no município e na discussão da construção da RAS.

Para Lakatos & Marconi (2001), a pesquisa explicativa tem por objetivo estabelecer as relações de causa-efeito por meio da manipulação direta das variáveis relativas ao objeto de estudo, buscando identificar as causas do fenômeno.

### **4.2 Campo de estudo**

O estudo teve como cenário o município de Santa Maria (SM), RS, Brasil, situado na região central do estado. A população do município totaliza 276.108 pessoas, sendo aproximadamente 75% atendida pelo SUS (IBGE, 2010). Contempla oito (8) regiões administrativas (centro urbano, norte, centro leste, leste, nordeste, sul, centro oeste e oeste), além de nove (9) distritos (Arroio do Só, Arroio Grande, Boca do Monte, Pains, Palma, Passo do Verde, Santa Flora, Santo Antão e São Valentim) (IBGE, 2010).

Nesta pesquisa utilizou-se os campos da atenção primária em saúde: Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família.

Em Santa Maria, a rede pública de APS é constituída por diferentes tipos de serviços, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde: UBS, contendo nestas a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e ESF. Contemplam 31 serviços de APS, destas 18 UBS (13 urbanas e cinco distritais), das quais cinco contam com EACS e 13 ESF, que contam com 16 equipes (PAULA et al., 2013).

### **4.3 População do estudo**

Os participantes deste estudo foram e enfermeiros que representam os campos citados acima e que atenderam aos critérios de inclusão do estudo: ser profissional atuante nos serviços de APS. Os critérios de exclusão do estudo foram estar em atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

A presente pesquisa constou de um estudo descritivo amplo cujo objetivo foi, fundamentalmente, realizar um diagnóstico dos profissionais que trabalham com atendimento pré-natal na APS, procurando evidenciar de que maneira esse atendimento é realizado, com enfoque, principalmente, na sífilis gestacional e congênita.

#### **4.4 Métodos da coleta e análise dos dados**

Os dados referentes ao cenário de sífilis no município, de acordo com a assistência prestada, foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 92735118.9.0000.5346, no período de outubro a dezembro de 2018, por meio de questionário estruturado (Apêndice A) com perguntas fechadas. O instrumento foi aplicado aos servidores envolvidos na assistência ao pré-natal, na APS.

Após a coleta de dados, os resultados foram tabulados e analisados. Inicialmente realizou-se a análise descritiva para avaliar o perfil dos entrevistados.

Os dados foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa – software *Statistical Package for Social Science* 15.0 (SPSS).

No presente caso pretendeu-se desvelar o conhecimento dos participantes do estudo sobre a relevância de um pré-natal adequado e, nesse sentido, a importância das sorologias, diagnóstico e tratamento para sífilis. Tal fato e busca pretendeu, igualmente, identificar em profundidade a concepção dos profissionais a respeito do tema, quanto ao conhecimento do contexto situacional e a vivência dos sujeitos de pesquisa.

#### **4.5 Considerações éticas**

Em respeito às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) e Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016a), foram considerados e seguidos os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não-

maleficência e justiça. A coleta dos dados ocorreu após a aprovação do CEP/UFSM, em cujo protocolo foi anexada a autorização fornecida pelo Núcleo de Educação Permanente (NEPES) da SMS-SM, para realização a pesquisa. Após esse procedimento, o projeto foi registrado junto ao Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde e na Plataforma Brasil. Ainda, o projeto foi igualmente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi entregue para os profissionais participantes (Apêndice B), sendo apresentado em duas vias. Uma cópia ficou sob custódia de cada participante do estudo e outra para a pesquisadora, constando a assinatura de ambos.

As informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados e somente serão divulgadas de forma anônima. Para tanto, utilizou-se o Termo de Confidencialidade, mantendo os dados identitários das pessoas anônimos (Apêndice C). Os dados coletados foram analisados e resultaram numa dissertação de mestrado e artigos publicáveis. O material (dados) utilizado na pesquisa – gravações, transcrições e análises – serão armazenados pelos pesquisadores (sala 1333, segundo andar, CCS, UFSM). Após o período de cinco anos os arquivos serão destruídos.

Após o término e defesa, se fará a devolução dos resultados à comunidade acadêmica, por meio da produção de artigos científicos e apresentação de trabalhos em eventos, e para a Secretária Municipal de Saúde do município de Santa Maria, assim como para as Coordenadorias Regionais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.

## 5. RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa obtidos pelas respostas dos profissionais de saúde participantes do estudo. Os resultados foram divididos em tópicos, desde o questionário, abordando o contexto da assistência prestada às gestantes com sífilis na APS no município de Santa Maria. Serão aqui expostos nesta sequência: I - Caracterização do profissional participante do estudo; II - Caracterização do pré-natal na Unidade de Saúde; e III - Prevenção da transmissão vertical da sífilis.

### 5.1 Caracterização do profissional participante do estudo

A população deste estudo foi composta por 50 participantes, todos trabalhadores da APS, médicos e enfermeiros que realizam o atendimento pré-natal, sendo 27 profissionais de ESF e 23 profissionais de UBS. A maioria era do sexo feminino (n=41; 82,0%). A média de idade geral dos entrevistados foi 35,90 ( $\pm 9,85$ ) anos, variando de 22 a 61 anos, e desses, o número de participantes foi predominantemente de enfermeiros (62%). Os entrevistados, em sua maioria, são especialistas (86,7%), com foco em saúde pública, com média de tempo de formado 11,57 ( $\pm 9,73$ ), porém com pouco tempo de atuação na APS.

A tabela a seguir (Tabela 1) demonstra mais especificamente esses achados.

Tabela 1 – Tabela demonstrativa do perfil dos participantes da pesquisa. ESF/UBS. Santa Maria. RS. 2018.

	<b>Frequência n</b>	<b>Percentual %</b>
<b>Sexo [n (%)]</b>		
Feminino	41	82,0
Masculino	9	18,0
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeiro (a)	31	62,0
Médico	19	38,0
<b>Possui especialização/residência médica/multiprofissional? (n=45)</b>		
Não	6	13,3
Sim	39	86,7
<b>Há quanto tempo atua na Atenção Primária em Saúde?</b>		
1 a 3 anos	15	30,0
3 a 6 anos	13	26,0
6 a 9 anos	7	14,0
10 anos	3	6,0

Mais de 10 anos	12	24,0
-----------------	----	------

Fonte: Dados da autora, 2019.

Observou-se, como demonstra a tabela a seguir (Tabela 2), que grande parte das pessoas pesquisadas participou de algum treinamento/qualificação sobre atendimento pré-natal, ofertados principalmente pelo município, num período de tempo inferior a cinco anos (ou seja, realizados entre 2013 e 2018). Do mesmo modo, os profissionais, em sua maioria, relataram ter participado de treinamento/qualificação sobre sífilis na gravidez, ofertados pelo município e com carga horária de aproximadamente oito horas de duração.

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais quanto aos cursos de aperfeiçoamento realizados.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Frequência n</b>	<b>Percentual %</b>
<b>Você já participou de algum treinamento/qualificação sobre atendimento pré/natal? (n=49)</b>		
Não	18	36,7
Sim	30	61,2
Não sei	1	2,1
<b>Ofertado por que órgão (n=26)</b>		
Município	16	61,5
Estado	2	7,7
Federal	2	7,7
Mun./estadual	6	23,1
Carga horária [x(s)] (n=9)	24,22	18,88
<b>Se sim, quando foi o último treinamento/qualificação sobre atendimento pré/natal?</b>		
Menos de 1 ano	22	44,0
1 a 5 anos	14	28,0
Mais de 5 anos	6	12,0
Não sei informar	8	16,0
<b>Você já participou de algum treinamento/qualificação sobre sífilis na gravidez?</b>		
Não	16	32,0
Sim	32	64,0
Não sei	2	4,0
<b>Ofertado por que órgão (n=24)</b>		
Estado	2	8,3
Município	18	75,0
Mun./estadual	3	12,5
Mun./federal	1	4,2
Carga horária [x(s)] (n=9)	8,33	6,25

Fonte: Dados da autora, 2019.

## 5.2 Caracterização do Pré-Natal na Unidade de Saúde

Neste tópico foram estudados os tipos de atendimento, as pessoas que os realizaram e os principais tipos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) encontradas. Ao avaliar-se os resultados apresentados na Tabela 3, a seguir discriminada, verifica-se que em relação ao primeiro atendimento, o mesmo é realizado majoritariamente por enfermeiros, em atendimento individual. A maioria das gestantes tem o primeiro atendimento com menos de 12 semanas gestacionais e, ainda, costuma realizar, em média, mais de sete consultas de pré-natal. Quando avaliada a questão sobre qual IST era mais comum na unidade, mais de 90% dos respondentes citou sífilis. Pode-se descrever os achados de forma mais específica na Tabela 3.

Tabela 3 – Descrição dos procedimentos realizados nas unidades em relação à assistência às gestantes.

VARIÁVEIS	Frequência n	Percentual %
<b>Nesta unidade de saúde, o primeiro atendimento pré-natal é geralmente realizado por:</b>		
Enfermeiro em atendimento individual	41	82
Enfermeiro em atendimento individual e médico em atendimento individual	5	10
Enfermeiro em atendimento em grupo+ médico em atendimento individual	1	2
Médico em atendimento individual	2	4
Outro	1	2,0
<b>Em média, com que idade gestacional as gestantes iniciam a assistência pré-natal nesta unidade?</b>		
Com menos de 12 semanas gestacionais	31	62,0
Entre 12 e 28 semanas gestacionais	19	38,0
Com mais de 28 semanas gestacionais	0	0,0
<b>Em média, quantas consultas de pré-natal as gestantes desta unidade costumam receber?</b>		
Menos de 4	0	0,0
4 a 7	17	34,0
Mais de 7	32	64,0
Não sei informar	1	2,0
<b>Quais IST's apresentam maior número de diagnósticos na sua prática assistencial de pré-natal?*</b>		
HIV/AIDS	1	2,0
Hepatite Qual?	3	6,0
Sífilis	46	92,0
Herpes genital	2	4,0
Condiloma acuminado	3	6,0
Outras	4	8,0

Fonte: Dados da autora, 2019.\*: cada IST's foi analisada individualmente



Interessava igualmente aos pesquisadores identificar alguns fatores, tais como: primeiro exame para triagem, primeira consulta pré-natal e seu segmento, exames utilizados para detecção da sífilis na gestação, acompanhamento da titulação da gestante e tratamento e acompanhamento do parceiro.

Assim, em relação ao primeiro exame para a triagem da sífilis, solicitados pelos profissionais, 47 (94,0%) citaram ser realizado o teste rápido na própria unidade. O tempo médio de retorno do resultado do exame de VDRL foi menor que 15 dias. Na maioria das pacientes foi aplicada a Penicilina benzatina 2.400UI, em qualquer horário de funcionamento da unidade.

Os respondentes afirmaram, também, que em 94% dos casos é realizado o aconselhamento das pacientes, como uma rotina/orientação, em relações às situações de risco da gestação. Dos respondentes, 96% disseram que a unidade faz a notificação compulsória dos casos de sífilis na gravidez. No entanto, 2% deles não souberam informe esse quesito.

Dentre os profissionais que fazem a notificação, 64,0% é feita pelo profissional que realiza o pré-natal.

Tabela 4 – Avaliação do atendimento e condutas em relação à sífilis gestacional.

VARIÁVEIS	Frequência n	Percentual %
<b>Qual exame para diagnóstico da sífilis é utilizado primeiramente na triagem nesta unidade?</b>		
Coleta de sangue venoso para VDRL	3	6,0
Coleta de sangue venoso para VDRL+ teste rápido realizado na própria unidade.	3	6,0
Teste rápido realizado na própria unidade.	44	88,0
<b>Qual o tempo médio de retorno do resultado do exame VDRL para a sua unidade?</b>		
Menos de 15 dias	45	90,0
15-29 dias	3	6,0
30-60 dias	1	2,0
Mais de 60 dias	0	0,0
Não sei informar	1	2,0
<b>Para o tratamento da sífilis é aplicada a Penicilina benzatina na unidade?</b>		
Não	4	8,0
Sim, em qualquer dia/horário de funcionamento da unidade	46	92,0
<b>No momento da entrega do resultado do exame para sífilis, é realizado aconselhamento pós-teste com avaliação de situações de risco da gestante?</b>		
Nunca	0	0,0
Às vezes	3	6,0
Sempre	47	94,0
<b>Esta unidade realiza a notificação compulsória de casos de sífilis na gravidez?</b>		
Não	0	0,0
Sim	48	96,0

Não sei informar	2	4,0
<b>Em caso afirmativo, quem é o responsável por esse preenchimento da notificação?</b>		
O próprio profissional que realiza pré-natal	32	64,0
Outro profissional de saúde da unidade	9	18,0
Coordenador da unidade de saúde	8	16,0
Profissional da regional de saúde	0	0,0
Outro	1	2,0

Fonte: Dados da autora, 2019.

Em consonância com os dados apresentados na Tabela 5, pode-se observar que a maioria dos entrevistados (77,6%) citou que o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis primária é Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U). Quando se avaliou, por meio das perguntas do questionário, sobre o tratamento de sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução, a resposta foi de Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)” para quase 90% dos respondentes. Em todos os casos os entrevistados citaram oferecer as informações sobre os riscos da doença para a gestante e para o bebê, além de conscientizar sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção. Quanto ao controle de cura após o tratamento, cerca de 88% afirmam solicitar VDRL mensal, conforme preconizado pelo MS.

Tabela 5 – Avaliação conhecimento sobre o tratamento da sífilis.

VARIÁVEIS	Frequência n	Percentual %
<b>Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis primária? (n=49)</b>		
Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única	10	20,4
Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)	1	2,0
Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)	32	77,6
Outro tratamento com penicilina Benzatina	0	0,0
Outro tratamento com outra medicação	0	0,0
Não sei tratar essa forma da doença	0	0,0
<b>Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução? (n=49)</b>		
Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única	2	4,1
Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)	2	4,1
Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)	44	89,8
Outro tratamento com penicilina Benzatina	0	0,0

Outro tratamento com outra medicação	0	0,0
Não sei tratar essa forma da doença	1	2,0
<b>Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis, você fornece orientações sobre os riscos da doença para ela e para o bebê?</b>		
Nunca	0	0,0
Às vezes	0	0,0
Sempre	50	100,0
<b>Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis você fornece orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção?</b>		
Nunca	0	0,0
Às vezes	0	0,0
Sempre	50	100,0
<b>Como é feito o controle de cura após o tratamento de uma gestante com sífilis? (n=49)</b>		
Solicitação de VDRL mensal	43	87,8
Solicitação de VDRL mensal+ VDRL trimestral	1	2,0
Solicitação de VDRL trimestral	5	10,2
Outro exame	0	0,0
Não solicito exame para controle de cura	0	0,0

Fonte: Dados da autora, 2019.

Quando avaliados os resultados apresentados na Tabela 6, referente à situação do parceiro, pode-se notar que a conduta adotada pelos profissionais de saúde que responderam ao questionário, em maioria, foi convocar o parceiro para vir à unidade (92,0%) para uma consulta e/ou o processo de acolhimento que, de início pode ser realizado pelo enfermeiro. Esse fato é de suma importância para o tratamento completo da ISTs e a prevenção da sífilis congênita e, por tal motivo, foi evidenciado nesse estudo.

Alguns profissionais citaram ter outra abordagem, como convocar o parceiro para vir à unidade e, ao mesmo tempo, encaminhar a solicitação de exame para parceiro(s) sexual(is). Alguns enviam a prescrição do medicamento pela gestante. As outras condutas mencionadas referem-se ao caso de o parceiro estar na consulta onde, então, já é realizada a solicitação do exame de VDRL. Um dos inqueridos respondeu que caso o parceiro não compareça à consulta, a solicitação do exame é encaminhada pela gestante.

Tabela 6 – Avaliação em relação ao parceiro.

VARIÁVEIS	Frequência n	Percentual %
<b>Quando a gestante apresenta um diagnóstico de sífilis, qual a sua conduta em relação ao parceiro? *</b>		
Convoco o parceiro para vir à unidade	46	92,0
Envio a solicitação de exame pela gestante	10	20,0
Envio o medicamento pela gestante	3	6,0
Solicito realização de visita domiciliar	2	4,0

Não realizo qualquer tipo de abordagem em relação ao parceiro	0	0,0
Outra.	3	6,0
<b>Como é feito o tratamento do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis?</b>		
O tratamento é prescrito se parceiro apresentar VDRL reagente	6	12,0
O tratamento é prescrito, mesmo se parceiro não tiver resultado de exame ou apresentar VDRL não reagente.	43	86,0
O tratamento é prescrito, mesmo se parceiro não tiver resultado de exame ou apresentar VDRL não reagente + Parceiros raramente são tratados, pois não comparecem ao serviço.	1	2,0

Fonte: Dados da autora, 2019.\*: cada resposta analisada individual, possível mais de uma resposta

### 5.3 Prevenção da Transmissão Vertical (TV) da sífilis

Na Tabela 7, a seguir, pode-se observar que dentre os profissionais entrevistados, 50%, refere que a sífilis congênita na cidade de Santa Maria apresenta número elevado de casos, com formas graves da doença, incluindo óbitos fetais e neonatais. Nota-se ainda que nenhum deles cita que não representa um problema de saúde pública. Além disso, nove (18,0%) relatam não saber qual a situação da doença no momento.

Tabela 7 – Avaliação das questões referente à sífilis congênita.

VARIÁVEIS	Frequência n	Percentual %
<b>Em sua opinião, a sífilis congênita no município de Santa Maria:</b>		
Não representa um problema de saúde pública	0	0,0
É um problema que afeta apenas os filhos de gestantes sem acesso a pré-natal	3	6,0
Apresenta número elevado de casos, porém com formas leves da doença	12	24
Apresenta número elevado de casos, com formas graves da doença, incluindo óbitos fetais e neonatais	25	50,0
Não sei qual é a situação dessa doença no momento	9	18,0
Outro.	1	2,0
<b>Em relação à transmissão da sífilis na gestação podemos afirmar que:*</b>		
É baixa em qualquer fase da doença	0	0,0
É elevada em qualquer fase da doença	26	52,0
Depende da fase da doença, sendo maior nas fases primária e secundária.	25	50,0
Não sei informar	3	6,0
<b>Segundo a definição atual de casos de sífilis congênita, uma criança, nascida de mãe com sífilis na gestação, será considerada caso de sífilis congênita se: *</b>		
Apresentar sinais da doença ou VDRL com título maior que o VDRL materno	26	52,0

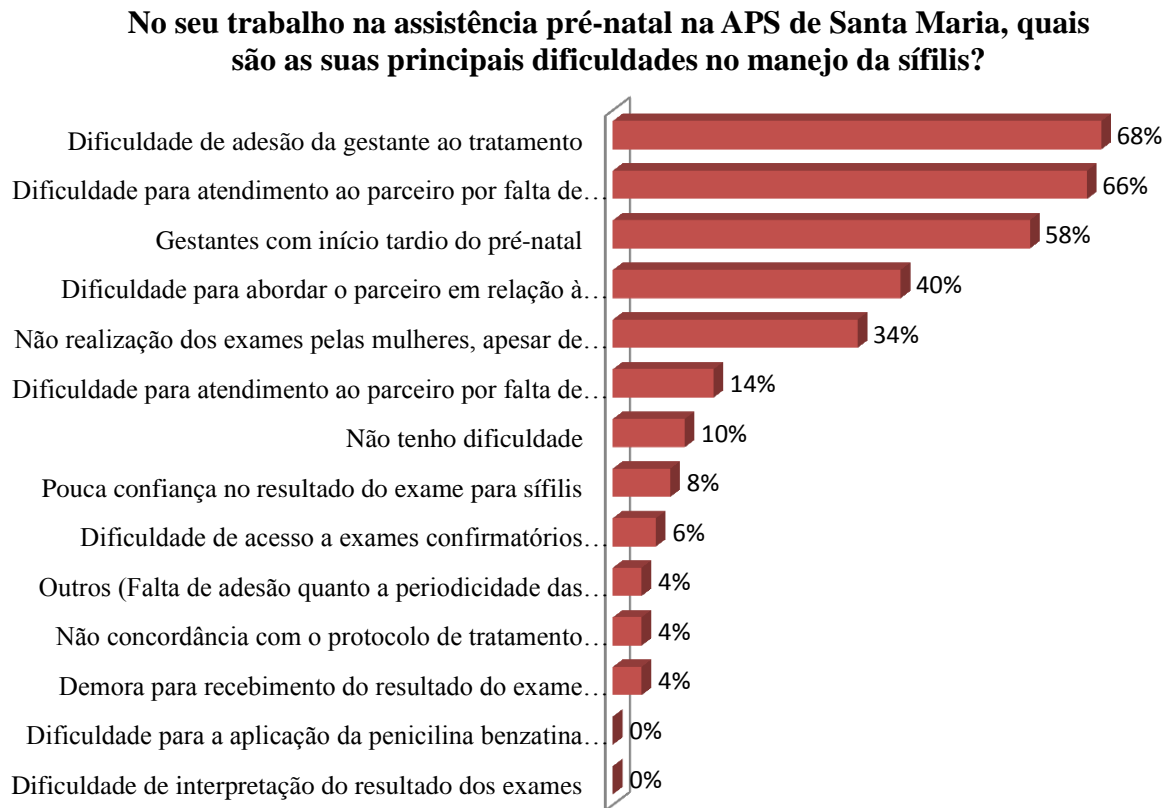
Se a mãe tiver sido tratada menos de 30 dias antes do parto, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado.	33	66,0
Se a mãe tiver recebido tratamento inadequado, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado.	39	78,0
Se parceiro da gestante não tiver sido tratado, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado.	26	52,0
Não conheço a definição de caso de sífilis congênita do Ministério da Saúde	4	8,0
<b>O protocolo atual do Ministério da Saúde recomenda que toda gestante com VDRL reagente que não tenha tratamento anterior para sífilis, seja tratada na gestação atual, independente do título do exame VDRL e da disponibilidade de testes confirmatórios. Qual é a sua posição em relação a esse protocolo?</b>		
Concordo e utilizo	44	88,0
Concordo, mas não utilizo	1	2,0
Não concordo, mas utilizo	3	6,0
Não concordo e não utilizo	1	2,0
Não conheço esse protocolo	0	0,0
Outra posição.	1	2,0

Fonte: Dados da autora, 2019. \*: cada resposta analisada individual, possível mais de uma resposta

A questão referente à transmissão da sífilis na gestação divide a opinião dos entrevistados, pois 26 (52,0%) acreditam que é elevada em qualquer fase da doença. Esta situação faz-nos refletir sobre o comportamento dos profissionais, considerando que a sífilis gestacional está presente em 92% dos atendimentos de pré-natal, questiona-se que: ou não houve capacitações específicas e pertinentes para o cenário atual da doença em todos os seus aspectos, ou é passível a interpretação de que os profissionais apresentam desinteresse e descaso quanto à gravidade da doença para o binômio materno-fetal, tratamento e acompanhamento de forma adequada. Além disso, denota-se que 6,0% não souberam informar sobre a transmissão da sífilis na gestação, fator que novamente sugere descaso dos profissionais que atendem essa demanda.

Pode-se observar que os profissionais que responderam às perguntas dessa pesquisa relataram conhecer e utilizar o protocolo de diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, porém o manejo clínico aplicado, quanto à adequação da dose de benzetacil, de acordo com a fase da doença, não está de acordo com o preconizado. Ainda, sobre essa questão é importante destacar que foi permitido aos respondentes marcar as cinco alternativas mais relevantes no seu processo de trabalho, cada resposta foi considerada individualmente.

Gráfico 1 – No seu trabalho na assistência pré-natal na APS de Santa Maria, quais são as suas principais dificuldades no manejo da sífilis?

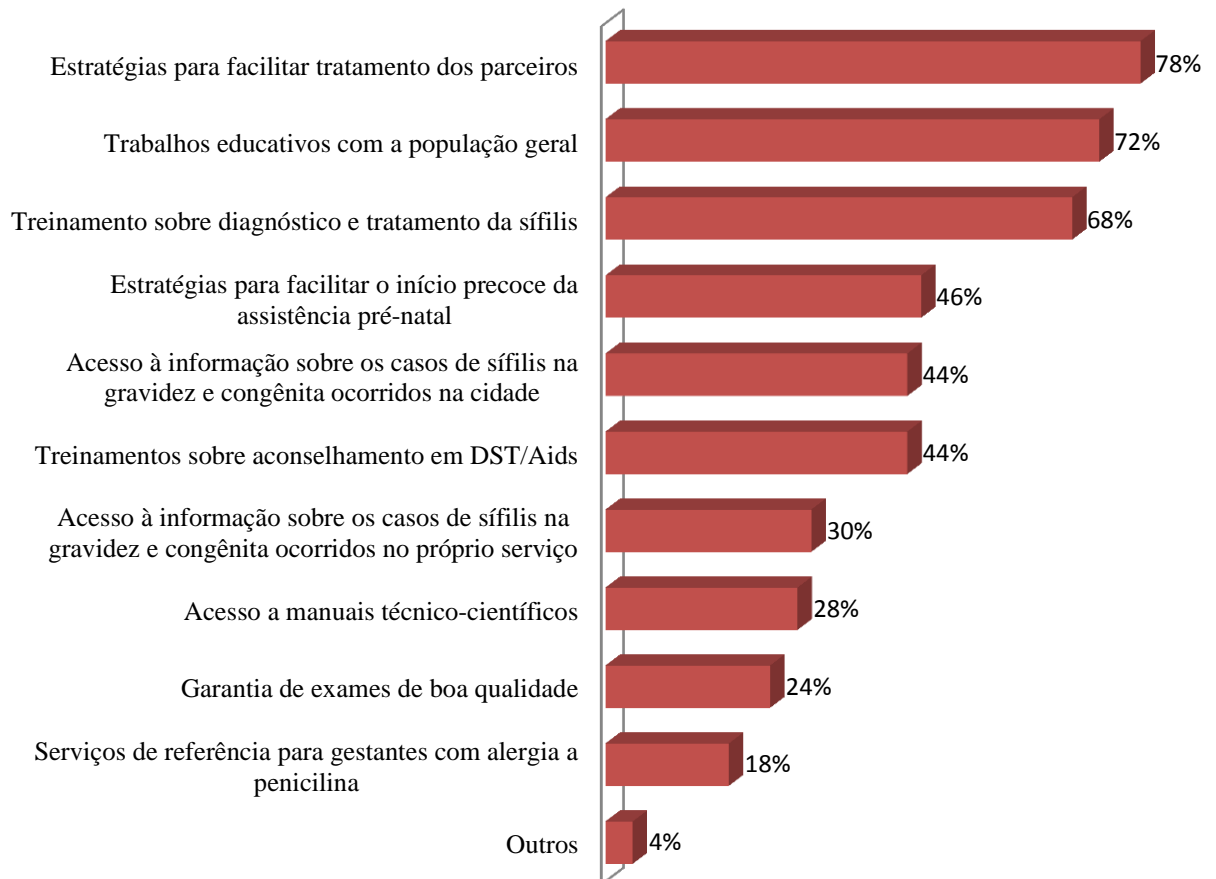


Observou-se, por meio das respostas dos questionários, que embora a maioria das gestantes inicie o pré-natal antes da 12<sup>a</sup> semana de gestação e que compareça em sete ou mais consultas de pré-natal, os profissionais relatam que a dificuldade para a eficácia da terapêutica está na não adesão das gestantes ao pré-natal ou início tardio do pré-natal (após 28 semanas). Esses dados não são congruentes e, não se pode, de antemão, responsabilizar apenas as gestantes, pois se os participantes relatam que a maioria delas adere ao pré-natal antes da 12<sup>a</sup> semana gestacional, essa não poderia ser a única causa para o desfecho de sífilis congênita.

Embora seja realizada uma abordagem aos parceiros das gestantes, os profissionais pontuam a dificuldade de adesão deles pelo não comparecimento nas consultas, fato que demonstra que provavelmente a maneira como está sendo conduzido o pré-natal do homem esteja inadequada. Caso contrário seria efetiva a assistência em saúde prestada. Nessa questão também foi possível que o participante marcasse cinco das principais condutas sugeridas para o aprimoramento dos processos de trabalho. Dessa forma, os resultados não fecham 100%, a partir da análise de cada resposta.

Gráfico 2 – Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes nos serviços de pré-natal da APS de Santa Maria visando à redução transmissão vertical da sífilis?

**Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes nos serviços de pré-natal da APS de Santa Maria visando à redução transmissão vertical da sífilis?**



## 6. DISCUSSÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) milenar e persistente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde (BRASIL, 2018b). Em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. Entre outras ISTs, o combate ao agravo faz parte dos principais instrumentos de gestão de estados, Distrito Federal e municípios. A prevenção da Transmissão Vertical (TV) da sífilis – que ocorre durante o período gestacional – é prevista no Plano Plurianual (PPA) como uma prioridade. Dessa forma, a vigilância, a prevenção e o controle da sífilis são factíveis, mas há diferentes entraves nessa perspectiva. O Brasil é signatário de compromissos internacionais para a eliminação da sífilis congênita desde 1992. Estima-se que o custo per capita, em média, não ultrapasse 1,4 dólar para a detecção dos casos de sífilis ativa e 29 dólares para o tratamento das mulheres gestantes (BRASIL, 2018a).

Em 2017, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 2,8 milhões de dólares com procedimentos de médio e alto custo relacionados às ISTs, incluindo internações, dos quais um número significativo estava diretamente relacionado à sífilis e à sífilis congênita. O efetivo controle da sífilis depende, em grande medida, da disposição e vontade política de gestores para colocar em prática um movimento em prol da qualidade da atenção à gestante e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, promover mobilização nacional para ampliação do acesso ao diagnóstico da população geral e das populações-chave e estabelecer parcerias de base comunitária, além de vencer obstáculos quanto à administração de benzilpenicilina benzatina na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2018a).

O perfil dos profissionais da APS que assistem gestantes com sífilis, como foi estudado nessa pesquisa, é muito semelhante aos encontrados nos artigos de literaturas nacionais. Alguns estudos realizados no Brasil estão em concordância com o perfil já descrito nesta pesquisa, onde os participantes eram predominantemente enfermeiros(as), do sexo feminino, com faixa etária entre 23 a 62 anos, com média de 37,5 (DP:  $\pm 7,5$ ), com tempo de formação que variou de 1 a 32 anos, com média de 12 anos (DP:  $\pm 6,7$ ), existindo então, tanto na referência como na pesquisa mais enfermeiros(as) que médicos na função (COSTA, 2012; DOMINGUES et al., 2014).

Embora alguns artigos da literatura referenciem que existe relação entre o tempo de atuação com a dinâmica de assistência em saúde, neste estudo não houve associação



estatística significativa para comparar as variáveis de idade, profissão, tempo de formado e tempo de atuação na APS.

Em seus protocolos, o MS relata que uma relação de confiança bem estabelecida entre os profissionais de saúde e a pessoa com IST permite a garantia da qualidade do atendimento, adesão ao tratamento e a permanência do usuário na unidade de referência. Dessa forma, o profissional de saúde deve promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações (BRASIL, 2018b).

No sentido de entender e comparar a formação, a qualidade do atendimento e o tempo de atuação profissional dos participantes dessa pesquisa com a literatura, encontrou-se o estudo de Costa (2012), o qual sugere que o tempo de atuação dos profissionais de saúde na APS está relacionado à qualidade assistencial prestada pelos mesmos. Ainda, Costa (2012) refere que tal fato pode ser, geralmente, demonstrado nas características de atendimentos e, dentre esses, na capacidade de estabelecer vínculos fortalecidos entre os profissionais e os pacientes portadores de ISTs, o que é fator relevante para a adesão e o sucesso dos tratamentos.

Constatou-se que, no presente estudo, a maioria dos participantes referiu atuar há pouco tempo (um a três anos) na APS. Todavia, referiram ser especialistas em saúde pública, ter tido capacitação sobre sífilis na gravidez e em atendimento pré-natal.

O manejo das ISTs parte do pressuposto que existe conhecimento, por parte dos profissionais da saúde, sobre a frequência dos agentes etiológicos, das diferentes manifestações clínicas e as atualizações sobre as condutas conforme o que é preconizado pelo MS. Deve-se ter em mente que, as atualizações, para os profissionais, devem ser realizadas regularmente em cada região, conforme sugere o MS (BRASIL, 2018b).

O processo de educação em saúde para os profissionais, conforme resultado obtido por esta pesquisa demonstrou que a maioria das pessoas recebeu algum tipo de treinamento/capacitação sobre a sífilis gestacional e seu seguimento, num prazo inferior a cinco anos da data da coleta dos dados. A educação em saúde, quando inserida no contexto dos processos de trabalho, agrega maior saber científico àquele que emerge da assistência, além de maior presteza e segurança para resolução de dúvidas que possam surgir em determinados casos. Pode-se dizer que isso potencializa o conhecimento e é alicerçado em ações técnicas e políticas emancipatórias realizadas pelos trabalhadores e alicerçadas no embasamento teórico (SENA, 2014).

Por um lado, somente por meio de um esforço unificado, com assistência pré-natal de qualidade, exames laboratoriais realizados em tempo hábil, tratamento do casal e conscientização de todos envolvidos, será possível alcançar o objetivo almejado de controle da sífilis. Por outro, pontua-se que no último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), de 2018, o manejo da gestante com sífilis preconiza a educação em saúde tanto para profissionais como usuários do SUS, assim como a qualidade adequada da comunicação entre ambos, como estratégia para maior adesão do tratamento e acompanhamento de controle de cura (BRASIL, 2018). Corroborando essa prerrogativa os respondentes da pesquisa afirmaram que as mulheres realizam, em média, sete ou mais consultas de pré-natal, em geral a partir da 12<sup>a</sup> semana. Esses dados mostram-se satisfatórios no que tange à política pública de saúde.

Dessa forma é preconizado utilizar da Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma das formas de aproximação da população, conhecendo que é uma das principais portas de entrada para os serviços de saúde e, igualmente, dos agentes comunitários de saúde para busca ativa às gestantes, investindo na educação e cuidados continuados (BRASIL, 2005). Apenas quando essa prática se tornar realidade iniciar-se-á a cumprir as Resoluções de 1948 da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS, melhorando, de fato, a saúde das mulheres e das crianças (DE LA CALLEN et.al., 2013).

Esse estudo objetivou, igualmente, conhecer e caracterizar o pré-natal realizado na APS de Santa Maria/RS. Como descrito nos resultados, evidenciou-se, pelas respostas dos participantes, que as gestantes iniciam o pré-natal em geral antes das 12 semanas e realizam, em média, mais de sete consultas, como já comentado. Tais dados são compatíveis com as orientações do MS, do caderno de pré-natal da AB de baixo risco, sendo congruentes com as orientações da OMS. Logo, evidenciou-se que, nesse quesito, as características do pré-natal realizados na APS/SM estão adequadas e de acordo com o preconizado pelos órgãos competentes (OMS, 2015b; OMS, 2016; BRASIL, 2018a).

Quanto à semelhança com outros estudos, a maior parte das gestantes/puérperas relatou acompanhamento pré-natal com início no primeiro trimestre. No entanto, Magalhães et al. (2013) referiram que o início precoce da assistência pré-natal não assegurou um desfecho mais favorável, mesmo nas (44,9%) gestantes com mais de seis consultas, uma vez que 39 mulheres (58,2%) foram consideradas inadequadamente tratadas para sífilis. Esses dados revelam que a garantia de um número mínimo de consultas de pré-natal pode não ser suficiente para assegurar uma assistência de qualidade (MAGALHÃES et al., 2013).

Sabe-se que em 2016 a OMS sugeriu um novo modelo de atenção pré-natal, aumentando o número de consultas de quatro para oito. Esse aumento ocorreu pelas evidências recentes que indicam que uma maior frequência de contatos na atenção pré-natal reduz a probabilidade de natimortos, devido ao aumento das oportunidades para detectar e gerir potenciais problemas. A publicação ainda traz como recomendação que o primeiro contato ocorra nas primeiras 12 semanas de gestação, com demais visitas na 20<sup>a</sup>, 26<sup>a</sup>, 30<sup>a</sup>, 34<sup>a</sup>, 36<sup>a</sup>, 38<sup>a</sup> e 40<sup>a</sup> semana de gestação (OMS, 2016).

O pré-natal deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 06 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28<sup>a</sup> semana – mensalmente; Da 28<sup>a</sup> até a 36<sup>a</sup> semana – quinzenalmente; Da 36<sup>a</sup> até a 41<sup>a</sup> semana – semanalmente. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto (BRASIL, 2013).

Em um estudo de coorte realizado em Pelotas/RS, Halpern et al. (1998) demonstraram que apesar da alta cobertura pré-natal no município, existem desigualdades nos cuidados oferecidos às gestantes. Aquelas com maior risco gestacional apresentaram maior proporção de seguimento pré-natal inadequado ou intermediário, quando comparadas com as de menor risco. As gestantes que não receberam nenhum atendimento antes do parto eram mais pobres, adolescentes ou com idade acima de 40 anos, e tiveram uma incidência de baixo peso ao nascer 2,5 vezes maior do que aquelas do grupo de mães que realizaram cinco ou mais consultas (MAGALHÃES et al., 2013).

No presente estudo os entrevistados relataram que a maioria das gestantes fez o mínimo recomendado, de seis consultas de pré-natal, com início no primeiro trimestre, e o diagnóstico, feito com teste rápido, também foi inicial. Ou seja, na primeira consulta na qual a gestante compareceu. Porém, o tratamento foi considerado inadequado ou não realizado de acordo com o que as normativas preconizam. Verificou-se, como mostraram os resultados, que houve marcações de respostas no questionário em desacordo com o preconizado pelo MS, fosse com relação às doses que a penicilina benzatina deveria ser aplicada nos diferentes estágios da sífilis, ou na interpretação de resultados de exames quantitativos para a doença. Nesse último caso observou-se que 53,1% das pessoas responderam que os testes sorológicos (VDRL) permaneceram com titulação alta em qualquer fase da doença, o que é incompatível

com a literatura (BRASIL, 2018b). Esse dado é importante, pois revela o desconhecimento elementar de práticas assistenciais diárias dos profissionais que realizam pré-natal, considerando que afirmaram que a prevalência de IST na gestação era sífilis e que haviam tido capacitação recente sobre o tema. 96% dos respondentes disseram que realizaram notificação compulsória.

Nesse caso o profissional que realiza o pré-natal disse fazer 64% das notificações identificadas nas consultas, enquanto que 18% das notificações são realizadas por outro profissional, e 16% das notificações são realizadas pelo coordenador da unidade de saúde da APS. Considera-se uma lacuna assistencial importante não aplicar o tratamento adequado tendo conhecimento da prevalência e da obrigatoriedade da notificação.

Muitos participantes responderam não saber como está o diagnóstico situacional da sífilis na gestação no município. Essa informação é relevante e deveria ser de conhecimento de todos os componentes da APS, pois a gestante, no pós alto hospitalar, retorna para a APS para o acompanhamento puerperal, a puericultura e seguimento da cura do tratamento. Sugerem-se ações educativas efetivas neste aspecto, pois se sabe que tanto a medicação excessiva quanto a insuficiente traz malefícios ao paciente. Tais fatos não condizem com os preceitos éticos de não maleficência e beneficência às pessoas, que constituem um dever dos profissionais de saúde (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 1994).

Considera-se tratamento adequado para sífilis gestacional quando esse é realizado com penicilina, que tenha sido concluído 30 dias antes do parto, utilizando a dose do antibiótico conforme estágio da doença e que o(s) parceiro(s) sexual(is) seja(m) medicado(s) concomitantemente, sempre que possível. O tratamento inadequado é extremamente comum, como foi verificado neste trabalho e por alguns estudos semelhantes (ANDRADE et al., 2018). Na presente pesquisa, quando questionado aos participantes sobre as doses prescritas para o tratamento da gestante, pode-se observar que na maioria dos casos são ofertados três doses de penicilina benzatina, independente do estágio da doença, o que caracteriza um tratamento com doses excessivas, quando não avaliado o estágio da doença e a proporção de doses conforme a clínica. O tratamento adequado está descrito na figura a seguir.

Figura 1– Tratamento adequado para Sífilis conforme estadiamento.

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa* (exceto para gestantes)	Seguimento (teste não treponêmico)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de dois anos de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina procaína 18-24 milhões UI, 1x/dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.</li> <li>✓ O intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016).</li> </ul>			

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

No caso da sífilis gestacional, quando o diagnóstico e tratamento são tardios ou inadequados, refletem diretamente nos índices de transmissão vertical. Para Araújo et al. (2014), a maioria das gestantes realizou pré-natal mas, mesmo assim, em 38% delas só foi possível o diagnóstico de sífilis no momento do parto ou aborto. De acordo com Rodrigues, Guimarães e Cesar (2008), até 40% evoluem para essa última situação. Alguns estudos também demonstraram esses resultados, com a realização do pré-natal conforme preconizado em número de consultas, mas com a não realização dos exames de rastreamento, evidenciando a dificuldade do diagnóstico e tratamento da sífilis (LAFETÁ et al., 2016). Nesse estudo pode-se identificar que a realização dos testes rápidos ocorrem no momento da primeira consulta, concomitante ao início do tratamento, assim como a solicitação do VDRL para identificação da titulação da bactéria. Adicionalmente, são feitas orientações para o casal.

Apesar dos participantes responderem não saber que há variação da titulação nas diferentes fases da doença, bem como no tratamento, muitas vezes, então, essa resposta não está de acordo com o preconizado. O acompanhamento das gestantes e seu seguimento para o controle de cura mostrou-se relativamente correto, pois 87,8% afirmaram realizar o VDRL mensalmente após o primeiro tratamento.

A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento. Os testes não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) e o USR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*). Resultados falso-reagentes, ainda que raros, podem ocorrer. Anticorpos anticardiolipinas podem estar presentes em outras doenças. Por isso é sempre importante realizar testes treponêmicos e não treponêmicos para a definição laboratorial do diagnóstico (BRASIL, 2016b).

A análise isolada do título de um único resultado de um teste não treponêmico (como o VDRL e o RPR) é um equívoco frequente. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas, mostrando que muitas vezes os profissionais não se atualizam sobre a temática, mantendo condutas ultrapassadas (BRASIL, 2016b). Há que se incorporar definitivamente a ideia de que títulos altos nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados, e de que títulos baixos podem ser encontrados em três situações: Infecção recente; Estágios tardios da infecção (sífilis tardia e latente tardia); Casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação. Esse fenômeno pode ser temporário ou persistente e é denominado cicatriz sorológica (BRASIL, 2016b).

Por sua vez, os testes treponêmicos (como os testes rápidos, FTA-Abs e TPHA) permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Entretanto, frente a achados clínico-epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa. Ainda assim, os testes não treponêmicos devem ser solicitados para acompanhamento sorológico (BRASIL, 2016b).

Para o controle de cura, os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes – o que foi feito por 87,8% dos respondentes deste estudo – e para população geral, a cada três meses no primeiro ano, e a cada seis meses no segundo ano. O sucesso do tratamento pode ser mensurado quando há diminuição de dois títulos a partir do terceiro mês após a conclusão do tratamento. Quando os resultados permanecem reagentes porém, com títulos baixos (1:1 – 1:4) até um ano depois de o tratamento ter sido ofertado, pode-se

descartar que tenha havido nova exposição ao risco durante este período e indica sucesso do tratamento. Esses títulos baixos podem ser considerados cicatriz ou memória sorológica. Quando os títulos permanecem elevados, os usuários devem manter acompanhamento trimestral. Um novo tratamento só é sugerido caso tenha ocorrido nova exposição ao risco (BRASIL, 2016b).

No Brasil, Takeda (apud Magalhães et al., 2013) investigou a qualidade desse cuidado (acompanhamento do controle de cura) pelo emprego de indicadores de adequação como o índice de Kessner, algoritmo baseado no trimestre gestacional em que o cuidado pré-natal se inicia e no número de consultas, ajustado para a idade gestacional, sendo definido por três categorias de utilização: pré-natal adequado; intermediário e inadequado.

Ao pesquisar-se sobre a questão da sífilis congênita, na opinião dos participantes dessa pesquisa, a SC em SM/RS apresenta um número elevado de casos com formas graves da doença, incluindo óbitos fetais e neonatais. 24% dos respondentes referiram que o número de casos é elevado, porém com formas leves da doença, e 18% referiram não saber a situação da doença no RN no município. Além disso, os entrevistados disseram, erroneamente, que TV da sífilis é elevada em qualquer fase da doença (53,1%), o que considera-se um índice alto. No entanto, 51% responderam corretamente que, depende da fase da doença, sendo maior nas fases primárias e secundárias, e 6,1% disseram que não sabiam informar.

No período gestacional, a sífilis leva em média 300.000 mortes fetais e neonatais no mundo e aumenta o risco de mortalidade prematura de outras 215.000 crianças (UNEMO et al. 2017). No Brasil, a evolução das taxas de incidência de sífilis, de 2010 a 2017, aumentaram 3,6 vezes, passando de 2,4 para 8,6 casos a cada 1.000 nascidos vivos, enquanto que a taxa de detecção de sífilis gestacional aumentou 4,9 vezes, passando de 3,5 para 17,2 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2018a).

No RS, segundo os dados do SINAN, no período de 2011 a 2018 o número de casos de sífilis em gestantes foi de 15.927. O maior número de casos está concentrado, conforme a distribuição percentual por região de saúde, na região de número 10 (Capital e Gravataí). A taxa de detecção passou de 4,6, em 2011, para 25,4 casos a cada 1.000 nascidos vivos em 2017. Nas regiões 01 (Verdes Campos) e 02 (Entre Rios) a taxa de detecção a cada 1.000 nascidos vivos, em 2017 foi de 25,9 e 27,5 respectivamente (BRASIL, 2018).

Em SM, segundo dados extraídos do SAGE (Sala de Apoio à Gestão), a taxa de detecção de sífilis gestacional em 2008 foi de 11 casos a cada 1.000 nascidos vivos, enquanto que em 2018 o número de casos foi de 47 a cada 1.000 nascidos vivos. Já quanto à sífilis congênita, em 2008 a taxa de detecção foi de 1,2 a cada 1.000 nascidos vivos e em 2017 a

taxa foi de 19,4 a cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2016c).

Com base nos dados obtidos nas plataformas digitais disponibilizadas pelo MS, associados ao cenário atual de sífilis gestacional e congênita, os profissionais entrevistados apresentaram algumas lacunas quanto ao domínio do que podemos chamar de “epidemia de sífilis”, considerando o aumento drástico do número de casos das últimas décadas em âmbito mundial. A falha terapêutica na SG está diretamente relacionada com o aumento do número de casos de SC e, normalmente, está relacionada ao uso de doses inadequadas de penicilina, principalmente na fase secundária ou na latência precoce, quando o quantitativo de espiroquetas circulantes no sangue é maior, ou quando o tratamento é ofertado no fim da gestação (BRASIL, 2017c).

O último trimestre gestacional apresenta grandes adaptações fisiológicas para mulher que, com o aumento do débito cardíaco, da volemia e do fluxo renal (elevação do clearance da creatinina e redução da concentração de proteína plasmática), interfere diretamente na farmacocinética da penicilina, apresentando níveis plasmáticos subterapêuticos da penicilina após a utilização para o tratamento da sífilis materna, especialmente no último mês de gestação. Dessa forma, considera-se SC provável em RNs de mães tratadas no mês anterior ao parto (OLIVEIRA, 2014).

O tratamento adequado do parceiro foi outra problemática abordada nessa pesquisa. Para os entrevistados, consistiu em um dos determinantes para o tratamento inadequado da SG e, conseqüentemente, a TV para o conceito (MAGALHÃES et al., 2013). Os participantes, em 66% das respostas, afirmaram que a inclusão do parceiro no pré-natal e a adesão do mesmo ao tratamento concomitante ao materno é uma das principais dificuldades encontradas pelos profissionais para o manejo adequado dos casos de SG.

Para Mascarenhas, Araújo e Gramacho (2016), de nada adianta tratar a gestante sem tratar o parceiro, visto que a mesma pode manter relação sexual sem o uso de preservativo e, dessa forma, reinfectar-se, tornando o tratamento inadequado, atitude que reflete na elevação da cadeia de transmissão da bactéria. O pré-natal do parceiro já é uma orientação de conduta sugerida conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, as quais visam potencializar a assistência adequada para os casos de SG e erradicação de SC (BRASIL, 2009; BRASIL 2015b; BRASIL, 2016d).

Deve-se considerar que uma pessoa com IST nunca é só uma pessoa e sim uma rede de parcerias sexuais possivelmente infectadas, o que sugere que o tratamento seja realizado entre a parceria sexual sempre que houver exposição. Porém o MS, em 2017, com a Nota



Informativa nº2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS alterou os critérios para definição de sífilis adquirida em gestante e congênita, recomendando que na sífilis congênita, para fins de definição de caso de SC, não se considere o tratamento da parceria sexual da mãe (BRASIL, 2017b). Nessa forma de dupla orientação e conduta é possível identificar uma série de divergências no cenário das políticas públicas que vão de encontro com as metas de redução do número de casos, visto que a parceria que não for adequadamente tratada será sempre a fonte de reinfecção da gestante. Questiona-se, então, qual o real objetivo dessa recomendação? Apenas diminuir o número de casos notificados, mas muito provavelmente não tratados, para SC? Ou realmente não altera o quadro da doença o fato de o parceiro não estar adequadamente tratado, o que, até o momento, era defendido por todos os órgãos de saúde mundial, nacional, estadual e inclusive municipal? Até o presente momento não se verificou nenhuma nota de repúdio ou contrária ao descrito pela nota informativa que, no entanto, contraria o que sugere a OMS.

Para que se interrompa a cadeia de transmissão das ISTs é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. Portanto, essa informação deve ser repassada à pessoa com IST, ao mesmo tempo que se fornecem instrumentos para comunicação e todo apoio até o final do processo de tratamento. Dessa forma, o protocolo de diretrizes terapêuticas sugere alguns instrumentos e ensinamentos para a boa comunicação, que leva em consideração a Comunicação por cartão (Anexo A), Comunicação por correspondência e outros meios (caso as parcerias sexuais não atendam à comunicação por cartão em um prazo de até 15 dias) e a Comunicação por busca ativa (modalidade que só poderá ser executada quando se esgotarem todos os recursos disponíveis) (BRASIL, 2018b). O mesmo protocolo ainda traz orientações para os profissionais da saúde sobre os princípios para comunicação das parcerias sexuais. Salienta-se que qualquer método utilizado na comunicação das parcerias sexuais deve basear-se nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação (BRASIL, 2018b).

Por meio do estudo realizado pode-se, então, visualizar uma série de lacunas teóricas e assistenciais dos respondentes, relacionados ao atendimento da gestante com sífilis e seu parceiro. Como já enfatizado, a SC é um reflexo da qualidade assistencial do pré-natal prestado às pessoas. Assim, pode-se inferir que são necessárias medidas de conscientização sobre o problema, aos profissionais da saúde, promovendo capacitações, discussões, orientações textuais e práticas sobre a temática. Somente com o comprometimento e responsabilidade dos profissionais que atendem as gestantes, principalmente aquelas com

sífilis, poder-se-á melhor atender as metas pactuadas nas ferramentas de gestão em todas as esferas governamentais, demonstrando, assim, que “todas as vidas importam”.

## 7. CONCLUSÕES

Nesse estudo, após análises das informações coletadas e da associação com o referencial teórico pesquisado, foi possível concluir que mesmo com a pactuação das esferas governamentais para erradicação da SC, observou-se a persistência da patologia e permanência de condutas inadequadas no manejo da doença por parte dos profissionais que assistem ao pré-natal de gestantes com sífilis. Obteve-se, também, um maior entendimento sobre a temática, em especial no que diz respeito à importância de ser abordado e de se conscientizar os profissionais de saúde sobre os cuidados e a prevenção da SC, bem como a adequação dos cuidados no pré-natal, diagnóstico correto e tratamento eficaz. Pretendeu-se, ainda, contribuir com o cenário da APS, do município em estudo, com foco no aprimoramento das ações em saúde que visam diminuir os índices de TV.

Dentre as ações necessárias, identificou-se a de lapidação frequente dos saberes dos profissionais inseridos no contexto da APS, ampliando a qualidade do acolhimento prestado aos usuários, a oferta oportuna dos testes rápidos, o manejo da gestante com sífilis de acordo com as orientações do MS, e o acompanhamento do controle de cura, tanto da parturiente quanto dos parceiros sexuais e de seus conceitos.

Ainda assim, sugere-se a reestruturação das políticas públicas de saúde com foco na resolutividade dos casos e na unificação de orientações para as condutas dos profissionais de saúde que atendem essa demanda, visando uma ampliação no atendimento às gestantes e um pré-natal baseado no atendimento da mulher no seu contexto.

A presente pesquisa teve como um fator dificultador importante a demora na entrega dos questionários e a dificuldade de algumas pessoas e/ou unidades de concordar em participar da pesquisa. Sabe-se que a participação das pessoas é voluntária. No entanto, é uma observação recorrente, entre mestrandos e doutorandos, a negativa das pessoas em auxiliar nos estudos acadêmicos. Assim, considera-se essa característica algo que deve ser melhorado no município, principalmente considerando-se o ambiente universitário que perpassa a cidade.

Como no questionário algumas das perguntas elaboradas foram adaptadas para o contexto da amostra pesquisada, muitas deixaram de ser respondidas, por isso que o “n” de cada resposta foi variável.

Por meio das constatações diagnósticas que esse estudo demonstrou, sugere-se a devolutiva da pesquisa para os profissionais da APS do referido município. Ainda, recomenda-se a reestruturação do fluxo de atendimento às gestantes com sífilis com base nos

protocolos atuais, sugerindo aos gestores que viabilizem aos profissionais da APS um processo de educação em saúde contínuo e adequado, o qual permita um retorno efetivo das ações de educação em saúde empregadas.

## 8. REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. L. M. B. et al. diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**. p. 1-6, 2018.
- ARAÚJO, C. L.; et al. Incidência de sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-86, 2012.
- ARAÚJO, M.A.L. et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cadernos Saúde Coletiva**, [online], v. 22, n. 3, p. 300-306, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 04 de julho de 2005**. Institui a política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Agenda Estratégica 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para Redução e Eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **I Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Ano IV- nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde – DAS. Seção Estadual de Controle DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e Sífilis 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata da Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sala de apoio à gestão – SAGE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016d.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 48, n. 36, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar. Disponível em: [/http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio\\_PCDT\\_PrevencaoTransmissaoVertical\\_HIV\\_Sfilis\\_HepatitesVirais\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_PrevencaoTransmissaoVertical_HIV_Sfilis_HepatitesVirais_CP.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano III nº 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of Bioemdmical Ethics**. 4ed. New York: Oxford, 1994.
- DE LA CALLEN, M. et al. Syphilis and pregnancy: Study of 94 cases. **Medicina Clinica**, v. 141, n. 4, p. 141-4, 2013.
- COSTA, C.C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. 2012. 110p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará: Fortaleza, 2012.
- DOMINGUES, R.M.S. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, p. 147-57, 2013.
- DOMINGUES, R.M.S. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascido no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766-74, oct. 2014.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- HALPERN, R. et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 487-492, 1998.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRÁFIA E ESTÁTISTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio Grande do Sul, Santa Maria, censo demográfico 2010: resultados da amostra - características da população. Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/D15>. Acesso em 15dez. 2016.
- KUPEK, E.; OLIVEIRA, J.F. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 478-87, 2012.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos metodologia científica. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LAFETÁ, K.R.G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 63-74, 2016.
- LAZARINI, F.M.; BARBOSA, D.A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 2845, 2017.
- MAGALHÃES, D.M.S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, Jun. 2013.
- MASCARENHAS, L.E.F; ARAÚJO, M.S.S.; GRAMACHO, R.C.C.V. **Desafios no tratamento da sífilis gestacional**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2016.

- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- OLIVEIRA, P.A. **A importância do tratamento adequado das gestantes acometidas pela sífilis**. 1 ed. Valparaíso de Goiás: FACESA, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Tradução de Nazle Mendonça Collaço Veras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas**. New York, Washington DC, 2016.
- PAULA, C.C. et al. Avaliação da atenção primária à saúde das crianças e dos adolescentes com HIV/AIDS. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.7, n. esp, p.5051-5054, jul. 2013.
- RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES, M.D.C.; CESAR, C.C. Oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 851-8, 2008.
- SAGE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2018.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- SENA, I. V. A. **Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família: Revisão de Literatura**. Minas Gerais, 2014. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4555.pdf>. Acesso em 25 jan. 2019.
- SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, Londres, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.
- UNEMO, M. et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. **The Lancet infectious diseases**, v. 17, n. 8, p. 235-279, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems**. Geneva, 2012.



# APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO APLICADO AOS PARTICIPANTES

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Pesquisadora:** Enf<sup>a</sup> Msd<sup>a</sup> Caroline Citoula Paim  
**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Maria Teresa De Aquino Campos Velho

Prezado(a) profissional, solicitamos o preenchimento das questões abaixo, relacionadas ao atendimento pré-natal e questões sobre sífilis na gestação em sua prática profissional. Por favor, não deixe questões em branco, utilize a opção “outros” para respostas não previstas e de preferência não faça consulta a manuais do Ministério da Saúde, livros e outras fontes durante o preenchimento do questionário. Suas opiniões são muito importantes para nós!

Questionário validado embasado em: Rodrigues, Danielle Carvalho. Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da estratégia Saúde da Família de Teresina para o controle da sífilis em gestante, Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

### I - Caracterização do Profissional participante do estudo:

1. **Idade (anos completos):** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino
3. **Categoria profissional:** ( ) médico ( ) enfermeiro
4. **Tempo de formado:** \_\_\_\_\_
5. **Possui especialização/residência médica/multiprofissional?**  
( ) não( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_
6. **Ha quanto Tempo atua na Atenção Primária em Saúde?**  
( ) 1 a 3 anos  
( ) 3 a 6 anos  
( ) 6 a 9 anos  
( ) 10 anos  
( ) mais de 10 anos
7. **Você já participou de algum treinamento/qualificação sobre atendimento pré/natal?**  
( ) Não. ( ) Sim. Foi ofertado pelo ( ) município ( ) estado ( ) Federal. Carga horária: \_\_\_\_\_  
( ) Não sei
8. **Se sim, quando foi o último treinamento/qualificação sobre atendimento pré/natal??**  
( ) menos de 1 ano  
( ) 1 a 5 anos  
( ) mais de 5 anos  
( ) não sei informar

9. **Você já participou de algum treinamento/qualificação sobre sífilis na gravidez?**

- Não.
- Sim. Foi ofertado pelo ( ) município ( ) estado ( ) Federal. Carga horária: \_\_\_\_\_
- Não sei

## II - Caracterização do pré-natal na Unidade de Saúde

10. **Nesta unidade de saúde, o primeiro atendimento pré-natal é geralmente realizado por:**

- enfermeiro em atendimento individual
- enfermeiro em atendimento em grupo
- médico em atendimento individual
- médico em atendimento em grupo
- outro. Qual? \_\_\_\_\_

11. **Quais IST's apresentam maior número de diagnósticos na sua prática assistencial de pré-natal?**

- gonococcia
- HIV/AIDS
- hepatite Qual?
- sífilis
- herpes genital
- condiloma acuminado
- outras

12. **Em média, com que idade gestacional as gestantes iniciam a assistência pré-natal nesta unidade?**

- Com menos de 12 semanas gestacionais
- Entre 12 e 28 semanas gestacionais
- com mais de 28 semanas gestacionais
- não sei informar

13. **Em média, quantas consultas de pré-natal as gestantes desta unidade costumam receber?**

- menos de 4
- 4 a 7
- mais de 7
- Não sei informar

14. **Qual exame para diagnóstico da sífilis é utilizado primeiramente na triagem nesta unidade?**

- coleta de sangue venoso para VDRL
- teste rápido realizado na própria unidade.
- Nenhum dos anteriores
- Não sei informar

15. **Qual o tempo médio de retorno do resultado do exame VDRL para a sua unidade?**

- menos de 15 dias
- 15-29 dias

- 30-60 dias
- mais de 60 dias
- não sei informar

**16. Para o tratamento da sífilis é aplicada a Penicilina benzatina na unidade?**

- Não. Qual a unidade de referência para a realização? \_\_\_\_\_
- Sim, em qualquer dia/horário de funcionamento da unidade
- Sim, apenas em alguns dias/horários específicos da semana
- não sei informar

**17. No momento da entrega do resultado do exame para sífilis, é realizado aconselhamento pós-teste com avaliação de situações de risco da gestante?**

- nunca  às vezes  sempre

**18. Esta unidade realiza a notificação compulsória de casos de sífilis na gravidez?**

- não
- sim
- não sei informar

**19. Em caso afirmativo, quem é o responsável por esse preenchimento da notificação?**

- o próprio profissional que realiza pré-natal
- outro profissional de saúde da unidade
- coordenador da unidade de saúde
- profissional da regional de saúde
- outro. Qual? \_\_\_\_\_

**20. Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis primária?**

- Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única
- Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)
- Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)
- Outro tratamento com penicilina Benzatina
- Outro tratamento com outra medicação
- Não sei tratar essa forma da doença

**21. Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução?**

- Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única
- Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)
- Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)
- Outro tratamento com penicilina Benzatina
- Outro tratamento com outra medicação
- Não sei tratar essa forma da doença

22. **Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis, você fornece orientações sobre os riscos da doença para ela e para o bebê?**

nunca  às vezes  sempre

23. **Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis você fornece orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção?**

nunca  às vezes  sempre

24. **Como é feito o controle de cura após o tratamento de uma gestante com sífilis?**

solicitação de VDRL mensal

solicitação de VDRL trimestral

outro exame. Qual? \_\_\_\_\_

não solicito exame para controle de cura

25. **Quando a gestante apresenta um diagnóstico de sífilis, qual a sua conduta em relação ao parceiro?**

convoco o parceiro para vir à unidade

envio a solicitação de exame pela gestante

envio o medicamento pela gestante

solicito realização de visita domiciliar

não realizo qualquer tipo de abordagem em relação ao parceiro

outra. Qual? \_\_\_\_\_

26. **Como é feito o tratamento do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis?**

o tratamento é prescrito se parceiro apresentar VDRL reagente

o tratamento é prescrito, mesmo se parceiro não tiver resultado de exame ou apresentar VDRL não reagente.

não sei informar, pois o tratamento dos parceiros é feito por outro profissional

parceiros raramente são tratados, pois não comparecem ao serviço

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### III – Prevenção da transmissão vertical da sífilis

27. **Em sua opinião, a sífilis congênita no município de Santa Maria:**

não representa um problema de saúde pública

é um problema que afeta apenas os filhos de gestantes sem acesso a pré-natal

apresenta número elevado de casos, porém com formas leves da doença

apresenta número elevado de casos, com formas graves da doença, incluindo óbitos fetais e neonatais

não sei qual é a situação dessa doença no momento

outro. Qual? \_\_\_\_\_

28. **Em relação à transmissão da sífilis na gestação podemos afirmar que: (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)**

é baixa em qualquer fase da doença

é elevada em qualquer fase da doença

depende da fase da doença, sendo maior nas fases primária e secundária

não sei informar

29. **Segundo a definição atual de casos de sífilis congênita, uma criança, nascida de mãe com sífilis na gestação, será considerada caso de sífilis congênita se: (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)**

- apresentar sinais da doença ou VDRL com título maior que o VDRL materno
- se a mãe tiver sido tratada menos de 30 dias antes do parto, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
- se a mãe tiver recebido tratamento inadequado, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
- se parceiro da gestante não tiver sido tratado, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
- não conheço a definição de caso de sífilis congênita do Ministério da Saúde

30. **O protocolo atual do Ministério da Saúde recomenda que toda gestante com VDRL reagente que não tenha tratamento anterior para sífilis, seja tratada na gestação atual, independente do título do exame VDRL e da disponibilidade de testes confirmatórios. Qual é a sua posição em relação a esse protocolo?**

- Concordo e utilizo
- Concordo, mas não utilizo
- Não concordo, mas utilizo
- Não concordo e não utilizo
- Não conheço esse protocolo
- Outra posição. Qual? \_\_\_\_\_

31. **No seu trabalho na assistência pré-natal na APS de Santa Maria, quais são as suas principais dificuldades no manejo da sífilis? (MARQUE AS CINCO PRINCIPAIS)**

- gestantes com início tardio do pré-natal
- não realização dos exames pelas mulheres, apesar de solicitado
- demora para recebimento do resultado do exame para sífilis
- pouca confiança no resultado do exame para sífilis
- dificuldade de acesso a exames confirmatórios treponêmicos
- dificuldade de interpretação do resultado dos exames
- dificuldade de adesão da gestante ao tratamento
- dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de comparecimento do mesmo ao serviço
- dificuldade para abordar o parceiro em relação à DST da gestante, quando do comparecimento do mesmo
- dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de referência de profissional para atendimento às DST
- dificuldade para a aplicação da penicilina benzatina na minha unidade
- não concordância com o protocolo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde
- não tenho dificuldade
- outros. Qual? \_\_\_\_\_

32. **Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes nos serviços de pré-natal da APS de Santa Maria visando à redução transmissão vertical da sífilis? (ASSINALE AS CINCO PRINCIPAIS)**

- treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis
- treinamentos sobre aconselhamento em DST/Aids
- acesso a manuais técnico-científicos

- acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos no próprio serviço
- acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos na cidade
- estratégias para facilitar tratamento dos parceiros
- estratégias para facilitar o início precoce da assistência pré-natal
- trabalhos educativos com a população geral
- garantia de exames de boa qualidade
- serviços de referência para gestantes com alergia a penicilina
- outros. Qual? \_\_\_\_\_

**33. Registre aqui, outras observações em relação à prevenção da transmissão vertical da sífilis que considere necessárias.**

---

---

---

**MUITO OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO!**

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título da pesquisa:** AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES COM SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.

**Pesquisador(es) responsável(is):** Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa de Aquino Campos Velho.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria – Departamento do Mestrado Profissional de Ciências da Saúde. Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8578, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1435, 97105-970, Santa Maria.

**Local da coleta de dados:** Serviço de Atenção Primária (APS) e Casa Treze de Maio de Santa Maria.

**Prezado(a) Senhor(a):** Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa intitulada Avaliação do Pré-Natal às Gestantes com Sífilis no Município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, de autoria de Caroline Citoula Paim, mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, sob orientação da Professora Doutora Maria Teresa de Aquino Campos Velho, que tem por objetivo verificar as lacunas existentes no pré-natal às gestantes com sífilis, conforme preconizado pela Rede Cegonha e propor soluções, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. É importante que antes de concordar em participar desta pesquisa você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação: - Acreditamos que essa pesquisa ampliará o conhecimento no tema saúde da sífilis gestacional e congênita. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas na assistência pré-natal às gestantes com sífilis na Atenção Primária a Saúde – APS, e as especificidades do acompanhamento e tratamento da condição sorológica. - Para sua realização será utilizado como método de coleta de dados aplicação de questionário semiestruturado. Desta forma sua participação consistirá em responder de sobre a sua assistência ao pré-natal de gestantes com sífilis. Comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, riscos de ordem moral e psicológica. - Os benefícios que esperamos com este estudo é de trazer maior conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde à gestante com sífilis e seu conceito. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas no acompanhamento do pré-natal, parto, puerpério e puericultura bem como no tratamento adequado conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e o acompanhamento sorológico dos expostos, a partir desse estudo vislumbrar novas articulações e atenção nos diferentes níveis de atenção à saúde. Além de contribuir para a discussão da política pública municipal repensando as ações desenvolvidas e a reorganização do fluxo de assistência ao pré-natal de gestantes com sífilis nos serviços de saúde, a fim de promover a aproximação entre os profissionais do serviço especializado e da APS para facilitar o acesso e a adesão ao tratamento. - Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. - Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. - As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da Avenida Roraima, 1000, prédio 26 Centro de Ciências da Saúde, sala 1435, 97105-970, Santa Maria, sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa de Aquino Campos. Após esse período, os dados serão destruídos. -Os gastos

necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores responsáveis. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Eu \_\_\_\_\_, portador da identidade \_\_\_\_\_ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo. \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do profissional

entrevistador \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do

pesquisador responsável Telefone: (55) 3220-8578 ou (55)91150055.



## APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: **Avaliação da sífilis congênita na atenção ao pré-natal no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.**

**Pesquisador responsável:** Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tereza de Aquino Campos Velho.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Telefone: (55) 3220-8574

Endereço Postal: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Avenida Roraima, n°1000, prédio 26, sala 1333, CEP 97105-900, Santa Maria – RS.

**Local da coleta de dados:** Rede de Atenção Primária em Saúde de Santa Maria – RS.

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações e/ou materiais biológicos) serão estudados;

II. Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;

III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

As informações somente serão divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Avenida Roraima, n° 1000, prédio 26, sala 1333, CEP 97105-900, Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de ??

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM em ...../...../....., e recebeu o número Caae .....

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura do pesquisador responsável

Caso de dúvida sobre a ética da pesquisa contate: Comitê de Ética e Pesquisa/UFSM. Cidade Universitária, Bairro Camobi, Av. Roraima, n°1000, CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS, 2° andar do prédio da Reitoria. Contatos: (55)3220-9362 e Email: cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO A – CARTÃO PARA COMUNICAÇÃO DE PARCERIAS SEXUAIS

<b>Cartão para comunicação de parcerias sexuais</b>	
Nome:	
Endereço:	UF:
CEP:	Telefone para contato:
<p>Solicitamos o seu comparecimento com brevidade à Unidade de Saúde indicada abaixo, para tratar de assunto relacionado à sua saúde. Traga este cartão com você e entregue-o na recepção. Atenciosamente,</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do profissional de saúde</p>	
Nome da Unidade de Saúde:	
Telefone da Unidade de Saúde:	