

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

MARIANA OLIVEIRA DE ALENCAR RAMALHO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL COM ÊNFASE NA
SÍFILIS GESTACIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO RECIFE

RECIFE

2016

MARIANA OLIVEIRA DE ALENCAR RAMALHO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL COM ÊNFASE NA
SÍFILIS GESTACIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO RECIFE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Área de Concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Linha de Pesquisa: Estudos da Morbimortalidade da Criança

RECIFE

2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

R165a Ramalho, Mariana Oliveira de Alencar.
Avaliação da assistência pré-natal com ênfase na sífilis gestacional na estratégia de saúde da família do Recife / Mariana Oliveira de Alencar Ramalho. – 2016.
93 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientador: Pedro Israel Cabral de Lira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2016.
Inclui referências e anexos.

1. Sífilis. 2. Gestantes. 3. Cuidado pré-natal. 4. Avaliação em saúde.
I. Lira, Pedro Israel Cabral de (Orientador). II. Título.

612.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-105)

MARIANA OLIVEIRA DE ALENCAR RAMALHO

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL COM ÊNFASE NA
SÍFILIS GESTACIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 25/02/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marília de Carvalho Lima (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof. Dr. Paulo Germano de Frias (Examinador Externo)
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Prof^a. Dr^a. Vilma Costa de Macêdo (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Coordenadora)
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir
Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira
Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
(Genivaldo Moura da Silva- Representante discente - Doutorado)
(Davi Silva Carvalho Curi - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo
Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt
Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes
Profª Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano
Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)
Juliene Gomes Brasileiro
Leandro Cabral da Costa

À memória do meu vovô Didi
Aos meus pais Neuma e Ramalho

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai de infinito amor e bondade, que me permitiu essa conquista, renovando a cada dia a minha coragem e fé.

Aos meus pais, Neuma e Ramalho, pelo exemplo de ética, dignidade e dedicação, por acreditarem em mim e me permitirem alçar voos mais altos.

À minha família, pela compreensão de minhas ausências, pelo incentivo e admiração.

Ao meu orientador professor Pedro Israel, pela sabedoria, dedicação e simplicidade com que transmitiu seus conhecimentos guiando-me durante a trajetória do Mestrado e daqui a pouco no Doutorado.

À Paulo Frias, que me orienta desde a graduação, pela oportunidade de aprender com sua experiência e pelas valiosas contribuições durante todas as etapas deste trabalho.

À minha eterna professora Vilma Macêdo, por ter despertado em mim o interesse pela Saúde Pública e em seguir os caminhos da Academia. Agradeço imensamente pela confiança em mim depositada na condução da segunda etapa da pesquisa, que se concretiza com esse trabalho.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em contribuir com este trabalho.

À Luciana Romaguera, companheira de pesquisa.

À Rosete, pelas contribuições com sua experiência em trabalho de campo.

À Sandra Maia pela ajuda no uso dos programas estatísticos.

À Mayra e Marcela, grandes amigas que escutam minhas angústias e vibram com minhas conquistas.

Aos novos amigos da ME 29: Thaisa, Hallana, Juliana Siqueira, Simone, Jaqueline, Camylla, Luanna, Ana Paula, Juliana Bastos, Mara, Thiago, Agda, Juliene, Vanessa e Desirré, com quem dividi esses dois anos de muito aprendizado.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPE, pelo empenho em oferecer formação de qualidade; à coordenadora do curso Dra. Luciane Soares, aos professores e à equipe administrativa, Paulo, Juliene, Janaína e Leandro, pela paciência e atenção.

Às entrevistadoras Nathália Aquino, Natália Filgueira, Melissa e Livia, que participaram do piloto e do trabalho de campo, realizando entrevistas com os profissionais de saúde.

À Nathalia Karoline, pela digitação dos questionários.

À Secretaria Municipal de Saúde do Recife, pelo apoio à pesquisa; aos Gerentes Distritais, Coordenadores de Território, Coordenadores de Saúde da Mulher e Saúde da Criança dos seis Distritos Sanitários, pela ajuda durante o trabalho de campo no contato com as Unidades de Saúde da Família.

Aos enfermeiros e médicos que aceitaram participar desta pesquisa.

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento fornecido à Facepe por meio do edital PPSUS APQ 0025-13 e ao CNPq pelo edital universal/2012.

Ao CNPq pela concessão de bolsa de estudos durante os dois anos de curso.

E a todos que direta ou indiretamente participaram de minha formação e construção desse trabalho.

RESUMO

A sífilis gestacional é uma doença infecciosa que pode ser transmitida verticalmente e ocasionar a sífilis congênita. A assistência pré-natal configura-se como um dos pilares do cuidado a saúde materno-infantil e determinante para a redução da transmissão vertical. O objetivo desta dissertação foi avaliar os aspectos normativos da assistência pré-natal relacionados à adequação da atenção à sífilis gestacional na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Recife. Trata-se de uma avaliação normativa baseada em critérios de pré-natal de baixo risco com ênfase na sífilis gestacional. A amostra de estudo foi composta por 70 enfermeiros e 65 médicos que atuavam em 71 Unidades de Saúde da Família (USF). Foram incluídos os profissionais de saúde que atuavam na mesma equipe de saúde da família das unidades selecionadas e, nos casos em que a unidade não possuía médico em suas equipes, foi entrevistado apenas o enfermeiro. Foi excluída uma USF que não tinha nenhuma equipe completa e o único profissional de nível superior encontrava-se de licença médica, sem previsão de retorno. Para a coleta de dados realizaram-se entrevistas com os profissionais no período entre novembro de 2014 e março de 2015, utilizando-se questionários, semi-estruturados e pré-codificados, contemplando questões acerca das características dos profissionais, ao cuidado pré-natal na USF, ao manejo da sífilis gestacional, ao acesso a treinamento e material sobre sífilis, além da observação sistemática da estrutura das unidades. Os resultados mostraram o predomínio de profissionais do sexo feminino, com mais de 10 anos de graduação e de atuação na ESF. O enfermeiro é o responsável pela primeira consulta de pré-natal segundo 97,1% dos entrevistados e, apenas 41,5% das USF possuíam grupo de gestante constituído, com predomínio de reuniões mensais. A solicitação do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e/ou teste rápido de sífilis na primeira consulta foi de 99,1% e no terceiro trimestre gestacional foi de 88,4%. A droga mais prescrita para o tratamento foi a penicilina G benzatina, entretanto 22,2% das unidades não a administrava por medo das reações anafiláticas. Em 77,6% dos casos, os parceiros de gestantes com sífilis eram convocados para ir à unidade de saúde. Apenas 64,7% dos profissionais participaram de treinamento sobre sífilis na gestação e 75% conheciam o manual sobre prevenção da sífilis congênita, contudo apenas 21,6% referiam a sua leitura completa. Foram identificadas fragilidades em toda a assistência e, principalmente no que se refere ao rastreamento, tratamento da infecção e abordagem dos parceiros. Além da necessidade de aumentar a frequência dos treinamentos e torná-los contextualizados à realidade do serviço, visando à atenção integral à saúde das gestantes.

Palavras-chave: Sífilis. Gestantes. Cuidado Pré-natal. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Gestational Syphilis is an infectious disease that can be transmitted vertically and cause congenital syphilis. Prenatal care is configured as one of the pillars of care to mother and child health and determining the reduction of vertical transmission. The aim of this work was to evaluate the regulatory aspects of prenatal care regarding the suitability of attention to gestational syphilis in the Family Health Strategy (FHS) in Recife. This is a normative assessment based on pre-natal criteria of low risk with emphasis on gestational syphilis. The study sample consisted of 70 nurses and 65 doctors working in 71 Family Health Units (FHU). Health professionals were included who worked in the same family health team of selected units and where the unit had no doctor in their teams, it was only interviewed the nurse. Family Health Units that had no full team was excluded and only professional top-level found to leave without return forecast. For data collection were carried out interviews with professionals in the period between November 2014 and March 2015, using questionnaires, semi-structured and pre-coded, considering questions about the characteristics of professional prenatal care in FHU, the management of gestational syphilis, access to training and material on syphilis, in addition to the systematic observation of the structure of the units. The results showed the predominance of female professionals with over 10 years of graduate and activities in the ESF. The nurse is responsible for the first prenatal consultation seconds 97.1% of respondents and only 41.5% of FHU had pregnant group consists predominantly of monthly meetings. The request of the VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) and / or rapid test for syphilis at first visit was 99.1% and in the third trimester was 88.4%. The most commonly prescribed drug for the treatment was penicillin G benzathine, however 22.2% of the units not managed for fear of anaphylactic reactions. In 77.6% of cases, the partners of pregnant women with syphilis were called to go to the health unit. Only 64.7% of the professionals participated in training on syphilis in pregnancy and 75% knew the manual on prevention of congenital syphilis, but only 21.6% reported their complete reading. Weaknesses were identified in all the assistance and, particularly with regard to screening, infection treatment and approach of the partners. Besides the need to increase the frequency of training and make them contextualized to service reality, aimed at comprehensive health care of pregnant women.

Keywords: Syphilis. Pregnant Women. Prenatal Care. Health Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela	Título	Página
1	Características dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015	36
2	Atendimento, captação, atividades coletivas e imunização das gestantes na assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família, segundo categoria de profissional de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015	37
3	Solicitação de exames na assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família, segundo categoria de profissional de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015	39
4	Manejo de caso de sífilis em gestante na Unidade de Saúde da Família, segundo categoria de profissional de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015	40
5	Acesso a treinamento e materiais técnicos sobre sífilis, segundo categoria de profissional de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015	42
6	Disponibilidade de equipamentos e insumos para a prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e para o atendimento pré-natal nas Unidades de Saúde da Família. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015	44

LISTA DE QUADROS

Quadro	Título	Página
1	Distribuição das Unidades de Saúde da Família inclusas no estudo por Distrito Sanitário, segundo critério de capacitação para o teste rápido de sífilis. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015	28
2	Seções do instrumento, conteúdo, técnicas de coleta e respondentes na pesquisa	29
3	Classificação das variáveis de estudo, segundo a definição e a categorização	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CCS	- Centro de Ciências da Saúde
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DS	- Distrito Sanitário
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
Facepe	- Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
MS	- Ministério da Saúde
NV	- Nascido Vivo
OMS	- Organização Mundial da Saúde
Opas	- Organização Pan-Americana da Saúde
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PPSUS	- Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
RN	- Recém - nascido
SC	- Sífilis Congênita
Sinan	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	- Teste Rápido
TV	- Transmissão Vertical
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
Unicef	- Fundo das Nações Unidas para Infância
USF	- Unidade de Saúde da Família
VDRL	- Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	Epidemiologia da sífilis	17
2.2	Políticas e propostas de intervenção	19
2.3	Diagnóstico, manejo e tratamento da sífilis gestacional	20
2.4	Sífilis e pré-natal	23
2.5	Avaliação Normativa	25
3	MÉTODOS	27
3.1	Desenho do estudo	27
3.2	Local, população e período do estudo	27
3.3	Critérios de inclusão e exclusão	27
3.4	Plano amostral	27
3.5	Instrumento de coleta de dados	28
3.6	Variáveis do estudo	29
3.7	Estudo piloto	32
3.8	Operacionalização da pesquisa	33
3.9	Processamento e armazenamento dos dados	33
3.10	Aspectos éticos	34
3.11	Limitações do estudo	34
3.12	Financiamento	35
4	RESULTADOS	36
5	DISCUSSÃO	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE A – Instrumento utilizado no estudo com médicos	65
	APÊNDICE B – Instrumento utilizado no estudo com enfermeiros	75
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Participação da Pessoa Como Sujeito	87
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	90

1. APRESENTAÇÃO

A sífilis tem se mantido como uma das infecções sexualmente transmissíveis mais prevalentes nos países em desenvolvimento e como um problema de saúde pública reemergente em países desenvolvidos, afetando mulheres em idade fértil e grupos populacionais específicos, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (YANG et al., 2010; RAMIANDRISOA et al., 2011; CAMERON e LUKEHART, 2014; MAVENYENGWA et al., 2014; MARTÍ-PASTOR et al., 2015).

No Brasil, entre os anos de 2000 e 2006 realizou-se bienalmente, o Estudo Sentinela Parturiente em estabelecimentos de saúde que faziam mais de 500 partos por ano, com o objetivo de monitorar a taxa de prevalência da sífilis gestacional. Em 2004, utilizando-se amostra probabilística e coleta de sangue para realização da sorologia de sífilis, foi estimada prevalência de 1,6% da doença entre as gestantes. Em estudo conduzido em 2006, a prevalência estimada entre as parturientes que realizaram o VDRL no momento do parto, foi de 1,1%, com variações de 1,5% na região Norte, 0,8% na região Nordeste e 0,6% na região Sul (SZWARCOWALD et al., 2007).

Tem sido demonstrada a subnotificação dos casos de sífilis em gestante. Em 2011 estimavam-se que o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) registrasse 28,5 mil casos de sífilis gestacional, contudo apenas 14.386 desses casos foram de fato notificados. Nas regiões do país foi observada tendência semelhante, tendo a região Sul maior percentual de casos notificados (73,6%) e a região Nordeste o menor (31,7%) (BRASIL, 2014).

A eliminação da sífilis congênita é uma prioridade global, regional e nacional e está enunciada em diversos documentos. O mais recente e, do qual o Brasil é signatário, o “Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis” da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), estabeleceu como meta a redução da incidência da sífilis congênita para 0,5 casos por 1000 nascidos vivos ou menos até o ano de 2015 (OPAS, 2010).

O serviço de saúde que possui condições de impactar de forma mais positiva no controle da sífilis congênita, a Estratégia Saúde da Família, apresenta, como demonstrado por diversos estudos dificuldades na abordagem, aconselhamento, diagnóstico e tratamento da gestante e seu parceiro. A falta de diagnóstico da doença na gestação é um importante fator limitante no controle da sífilis congênita e se expressa através da

notificação de sífilis congênita nas maternidades de todo o país, cujas mães foram assistidas em serviços de saúde (DONALÍSIO; FREIRE; MENDES, 2007; CAMPOS et al., 2010; DUARTE, 2012; NASCIMENTO et al., 2012; SARACENI e MIRANDA, 2012; COSTA et al., 2013; RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014).

Esta pesquisa é parte integrante de um projeto maior intitulado “Sífilis gestacional e congênita: avaliação da vulnerabilidade e validação da nova proposta do Ministério da Saúde para triagem e diagnóstico em gestantes”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em resposta ao edital Universal – 2012 e pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), por meio do edital Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS - 2013.

A área de saúde materno infantil me interessava desde a graduação em enfermagem. Durante a Residência em Saúde Coletiva tive a oportunidade de participar da coleta de dados da pesquisa supracitada, entrevistando as mulheres atendidas nas seis maternidades públicas do Recife. Durante as entrevistas identificavam-se fragilidades no cuidado pré-natal, como: número de consultas inferior ao recomendado; o déficit no registro dos resultados dos exames nos cartões de pré-natal; o elevado número de mulheres que chegavam sem o conhecimento de seu estado sorológico para sífilis; a falta de informações acerca do tratamento das gestantes e seus parceiros; o desconhecimento dessas mulheres acerca da sífilis e suas implicações. Assim sendo, verificou-se a necessidade de incluir as Unidades de Saúde da Família como campo de coleta de dados, haja vista que a maioria das mulheres entrevistadas na maternidade fez o acompanhamento pré-natal na Estratégia de Saúde da Família.

Em 2014, após ser aprovada na seleção do Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, foi planejado esse estudo, realizado a partir da entrevista com enfermeiros e médicos responsáveis pela assistência pré-natal de Unidades de Saúde da Família do Recife.

O trabalho teve a finalidade de responder à seguinte pergunta condutora “Quais os aspectos da assistência pré-natal estão relacionados à adequação da atenção à sífilis gestacional na Estratégia de Saúde da Família do Recife?”. O objetivo geral foi avaliar os aspectos normativos da assistência pré-natal relacionados à adequação da atenção à sífilis gestacional na Estratégia de Saúde da Família do Recife. E os objetivos específicos incluíram: verificar a adequação da atenção às gestantes nas Unidades de Saúde da Família em relação às condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde para o pré-natal

de baixo risco; avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde no manejo da sífilis gestacional; verificar a disponibilidade de equipamentos, insumos e materiais necessários à assistência pré-natal e para a prevenção, rastreamento e tratamento da sífilis gestacional nas Unidades de Saúde da Família.

A dissertação está inserida na área de concentração de Abordagens Quantitativas em Saúde e na linha de pesquisa de Estudos da Morbimortalidade da Criança, do Programa de Pós – graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira.

Além da apresentação, a dissertação é composta por um capítulo de revisão da literatura em que são apresentados os aspectos epidemiológicos da sífilis gestacional, as políticas de enfrentamento, o diagnóstico, manejo e tratamento da doença, a sua relação com a assistência pré-natal e conceitos de avaliação normativa. O terceiro capítulo consta dos métodos, no qual são detalhados os procedimentos para realização da investigação. O quarto capítulo é composto pela descrição dos resultados obtidos, enquanto o quinto apresenta a discussão embasada na literatura científica. Por fim, as considerações finais sobre os principais achados e recomendações para a realização de outros estudos na área.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Epidemiologia da Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, transmissível, causada pelo *Treponema pallidum*, espiroqueta de alta patogenicidade, de transmissão sexual ou vertical que pode se apresentar nas formas congênita ou adquirida. Esta última segundo as manifestações clínicas é classificada em primária, secundária (recente) e terciária (tardia). Em alguns países, como o Brasil, é considerada como um dos principais problemas de saúde pública similar a outras doenças emergentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a estimativa é de que aproximadamente 12 milhões de pessoas sejam infectadas por ano com alguma doença relacionada ao sexo, dentre as quais a sífilis tem grande representatividade (BRASIL, 2014).

Estima-se que a cada ano em todo o mundo mais de 2 milhões de gestações sejam acometidas pela sífilis. Aproximadamente 25% dos casos ocorrem em países da América Latina e Caribe, correspondendo a cerca de 460.000 casos de sífilis na gestação por ano, dos quais não são conhecidos quantos foram diagnosticados e tratados adequadamente, podendo resultar em 164.000 a 340.000 casos de sífilis congênita (OPAS, 2012).

A sífilis congênita (SC) é a infecção do feto resultante da disseminação hematogênica do treponema, por via transplacentária da gestante não tratada. Calcula-se que a transmissão vertical (TV) da sífilis ocorra em 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença materna (BRASIL, 2007). É a forma que mais causa impactos a saúde pública, ocasionando abortamento, óbito fetal, prematuridade, baixo peso ao nascer, deformidades, lesões neurológicas e outras sequelas. Além do impacto nos investimentos em serviços específicos de saúde como: cobertura dos gastos do parto prematuro, relacionados ao peso ao nascer, à morbidade materna e neonatal (OPAS, 2010; DOMINGUES et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2013).

Recente coorte de base hospitalar “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento” realizada em 2011-2012, com 23.894 mulheres que tiveram parto hospitalar estimou a prevalência de sífilis em gestantes. Para tal, foram considerados casos de sífilis na gestação todas as puérperas com resultado de sorologia reagente no cartão de pré-natal ou registro da infecção no prontuário ou registro de SC no recém-nascido (RN). A prevalência encontrada foi de 1,02% (IC95% 0,84; 1,25) e não ocorreram diferenças significativas segundo região, com variação de 0,76% (Norte), 1,08% (Nordeste) e 1,1% (Sul) (DOMINGUES et al., 2014).

No período de 2005 a 2014 foram notificados no Sinan 100.790 casos de sífilis em gestante em todo o país. No ano de 2013 foram notificados 21.382 casos, o que corresponde à taxa de detecção da sífilis gestacional de 7,4/1000 NV, com destaque para as macrorregiões Sudeste e Centro-Oeste, que atingiram taxas ainda maiores do que a média nacional (8,7 e 8,5/1000 NV, respectivamente). Para o mesmo ano, o número total de casos de SC foi de 13.705, representando incidência de 4,7 casos/1000 NV e a região Nordeste foi a de maior número de registros, com incidência de 5,3 casos/1000 NV (BRASIL, 2015).

O estado de Pernambuco em 2013 foi o quinto em maior incidência da SC, superando a média nacional. Nesse ano, ao contrário da maioria dos estados, apresentou coeficiente de incidência da SC (7,1/1000 NV) superior à taxa de detecção da sífilis em gestante (5,1/1000 NV), sugerindo que grande parte das gestantes infectadas esteja sendo identificada apenas no momento do parto ou no pós-parto. O recomendado é que a taxa de detecção da sífilis gestacional atinja números mais elevados em relação à incidência da SC, já que o diagnóstico oportuno da infecção favorece o tratamento adequado, reduzindo os riscos da transmissão vertical (BRASIL, 2015).

Situação análoga a do município do Recife que no ano de 2013 foi a segunda capital com maior incidência de SC, com coeficiente de 18,2/1000 NV e taxa de detecção da sífilis gestacional de 7/1000 NV. Os fatores de risco para a SC aqui encontrados não se diferenciam aos de outras localidades, são eles: escolaridade da mãe menor de quatro anos; cor da pele preta ou parda e a ocorrência de menos de quatro consultas de pré-natal. E, o risco para a doença é diretamente proporcional à piora de indicadores socioeconômicos, de assistência pré-natal e biológicos (MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2011; NASCIMENTO et al., 2012; LIMA et al., 2013; BRASIL, 2015).

Saraceni e Miranda, em estudo publicado em 2012, estudaram a razão entre os casos observados e estimados da sífilis gestacional e congênita nas macrorregiões brasileiras. As maiores relações encontradas entre os casos esperados e notificados no Sinan para sífilis gestacional foi de 0,38 na região Centro-Oeste e para SC foi de 0,66 na região Norte. Apesar do incremento observado no Sinan para o registro dos casos de sífilis gestacional, tais achados permitem inferir que não foram detectadas e tratadas todas as gestantes infectadas e seus parceiros, sugerindo falhas na detecção da doença e a subnotificação de casos da doença.

Pela representatividade da sífilis gestacional e congênita no quadro sanitário brasileiro, planos e estratégias nacionais, em consonância com pactuações internacionais, têm sido empregados para melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.

2.2 Políticas e propostas de intervenção

Em 1993, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela OMS e Opas, definindo o seu alcance com a meta de eliminação de até 1 caso/1000 NV até o ano 2000, não alcançada até o momento (BRASIL, 2006).

A Portaria GM/MS nº 569/2000 instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de assegurar melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos. Era previsto incentivo financeiro aos municípios que garantissem adequado acompanhamento pré-natal, esse compreendido como: cadastramento das gestantes, realização de seis consultas, exames e vacinas estabelecidos e a consulta de puerpério. A avaliação do programa era feita através de indicadores, entre eles, o percentual de recém-nascidos com diagnóstico de SC em relação ao total de RN do município (BRASIL, 2002).

No ano de 2005 foi publicado o manual “Diretrizes para o controle da sífilis congênita”, contemplando orientações aos profissionais de saúde relacionados ao rastreamento da infecção, tratamento e acompanhamento da gestante, seus parceiros sexuais e recém-nascidos, assim como medidas de vigilância, prevenção e controle do agravo (BRASIL, 2005).

Em 2006, o MS lançou o Pacto pela Saúde, que apresentava como uma das prioridades a redução da mortalidade materno-infantil. Os objetivos e metas incluíam: a redução da mortalidade neonatal em 5%, em 2006 e apoio a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes. O Pacto pela Vida, para o biênio 2010-2011, incluiu como o sétimo indicador para redução da mortalidade infantil, a redução da transmissão vertical da sífilis, com meta de reduzir em 15% a incidência de SC (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

No ano seguinte, frente ao aumento do número de casos notificados de SC de 1998 a 2006 no Brasil, o Programa Nacional de DST/AIDS/MS publicou o Plano Operacional

para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, que tinha como meta aumentar a cobertura: da testagem para HIV e sífilis no pré-natal; do tratamento adequado nas gestantes com sífilis, incluindo os parceiros sexuais e das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes/ parturientes e em crianças expostas (BRASIL, 2009).

Apesar de alguns países da América Latina ter conseguido progressos significativos na eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita como problemas de saúde pública, essas doenças ainda permaneciam importantes no cenário epidemiológico de outros países como o Brasil. Partindo dessa realidade, em 2010, os estados-membros da Opas aprovaram o “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita”, estabelecendo como metas para o ano de 2015: redução da transmissão materno –infantil do HIV a 2% ou menos; redução da incidência de infecção pelo HIV por transmissão materno-infantil a 0,3 caso ou menos por 1.000 nascidos vivos; redução da incidência da sífilis congênita a 0,5 caso ou menos, incluídos os natimortos, por 1.000 nascidos vivos. Além do aumento para 95% ou mais na cobertura de assistência pré-natal, testagem para sífilis em gestante e do tratamento dos casos de sífilis gestacional com penicilina (OPAS, 2010).

Através da Portaria GM/MS nº 1459/2011 foi instituída a Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher uma rede de cuidados (planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério) e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Entre as ações do componente pré-natal da Rede Cegonha se encontram a prevenção, tratamento das DST, HIV/Aids e a inclusão de novos exames a serem realizados durante o pré-natal. Assim como a implantação de testes rápidos (TR) de HIV e sífilis no âmbito da Atenção Primária, com a finalidade de promover o diagnóstico precoce desses agravos e o início oportuno das ações de prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2011).

2.3 Diagnóstico, manejo e tratamento da sífilis gestacional

A sífilis em gestante foi incluída na lista de doenças e agravos de notificação compulsória pela Portaria GM/MS nº 33/2005. A definição de caso para fins de vigilância epidemiológica é “gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal; e gestante com teste treponêmico reagente e teste

não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio” (BRASIL, 2014).

A testagem para sífilis deve ser realizada em todas as mulheres durante a assistência pré-natal na primeira consulta e no terceiro trimestre gestacional, através da realização do TR de sífilis e do *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL). O primeiro encontra-se em fase de implantação na Atenção Primária e representa uma importante estratégia para a detecção precoce da doença, pois não necessita da complexidade laboratorial para sua realização e o resultado é obtido em aproximadamente 30 minutos (TUCKER et al., 2010; BRASIL, 2011).

O TR de sífilis é um tipo de teste treponêmico, qualitativo, usado como triagem para determinar a reatividade de uma amostra de sangue a partir da busca por anticorpos específicos para o *Treponema pallidum*. O VDRL é um teste não treponêmico, quantitativo, que detecta anticorpos não específicos para o *T. pallidum* e é utilizado para determinar os títulos dos anticorpos presentes nas amostras reagentes nos testes treponêmicos, como o TR, e também para o monitoramento da resposta ao tratamento, quando esse é instituído (NADAL; FRAMIL, 2007; BRASIL, 2010).

Nos testes não treponêmicos pode ocorrer resultado falso negativo decorrente do fenômeno prozona, no qual, ocorre a ausência de reatividade em uma amostra que contém anticorpos não – treponêmicos. É muito observado na sífilis secundária, fase em que há produção de grande quantidade de anticorpos. O resultado falso positivo também pode ocorrer em portadores de lúpus eritematoso sistêmico, na síndrome antifosfolipídica e em outras colagenoses, na hepatite crônica, em usuários de drogas ilícitas injetáveis, na hanseníase e na malária (LAUTENSCHLAGER, 2006; BRASIL, 2010).

O MS recomenda que o TR de sífilis seja realizado na primeira consulta de pré-natal, se o resultado for negativo deve-se repetir a testagem através do VDRL no terceiro trimestre gestacional. Caso o TR seja positivo, deve ser realizado de imediato a coleta do VDRL e a testagem do(s) parceiro(s) sexual (ais). Se o VDRL confirmar a infecção deve ser instituído o tratamento da mulher e seu(s) parceiro(s) de acordo com a fase da doença (BRASIL, 2011).

Para o tratamento a penicilina G benzatina é a droga de escolha e deve ser instituído conforme o esquema (BRASIL, 2007):

- Sífilis primária (cancro duro): penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM, em dose única;

-Sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução (latente recente): duas séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM com intervalo de 7 dias entre cada uma. Dose total: 4.800.000 UI;

-Sífilis terciária ou mais de um ano de evolução ou duração ignorada (latente tardia): três séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM com intervalo de 7 dias entre cada uma. Dose total: 7.200.000 UI.

O tratamento do parceiro deve ser realizado mesmo na impossibilidade da realização do diagnóstico laboratorial. Além da medicação, o uso do preservativo deve ser recomendado para todas as mulheres com sífilis e seus parceiros durante o tratamento e, se possível também no período pós-tratamento (BRASIL, 2007).

O MS considera o tratamento completo, quando adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitantemente. E, o tratamento é considerado inadequado quando: é realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; é incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; se for inadequado para a fase clínica da doença; a instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; e o(s) parceiro(s) sexual (ais) não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente (GRUMACH et al., 2007; TAYRA et al., 2007; WHO, 2012; BRASIL, 2014).

Em caso de alergia comprovada à penicilina, a mulher deve ser desensibilizada e posteriormente tratada. Caso não seja possível, deverá ser tratada com eritromicina (estearato) 500mg por via oral, a cada 6 horas durante 15 dias, para sífilis recente, ou durante 30 dias, para a sífilis tardia. Contudo, a gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão vertical, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado do bebê logo após o nascimento (BRASIL, 2007).

Ao término do tratamento deve-se realizar controle de cura mensal por meio do VDRL. Os testes não treponêmicos na sífilis primária e secundária devem declinar cerca de quatro vezes após 3 a 6 meses e oito vezes após 6 a 12 meses, com níveis não reativos após os 12 meses. Na infecção latente precoce, a queda de quatro ou mais vezes no título ocorre, geralmente após um ano. Caso ocorra a elevação de dois ou mais títulos acima do último VDRL realizado, sugere a reinfeção ou tratamento inadequado (BRASIL, 2010).

Deste modo, é imprescindível o rastreamento precoce da infecção, garantia da realização precoce do teste rápido e/ou VDRL, tratamento adequado da mulher e parceiro, além do controle de cura de todos os casos de sífilis identificados durante o pré-natal.

2.4 Sífilis e pré-natal

No Brasil, desde o início da década de 1980, a assistência integral a saúde da mulher vem se consolidando como uma das prioridades nas políticas de saúde, principalmente, ao que se refere à gestação, ao parto e ao puerpério. As políticas voltadas a esse grupo visam minimizar as complicações maternas e neonatais que ainda se mantêm em importantes patamares (BRITO; JESUS; SILVA, 2009).

A assistência pré-natal é um dos pilares do cuidado a saúde-materno infantil cuja relevância para a redução da morbimortalidade materna e neonatal já se encontra estabelecida. Das ações a serem realizadas entre as consultas, o rastreamento de infecções verticalmente transmissíveis é uma das intervenções com possibilidade de maior impacto sobre a saúde perinatal: a identificação da doença, o tratamento eficaz visando à cura materna e a prevenção da infecção fetal (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008).

A Atenção Primária por ser ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, tão importante durante a gravidez. As ações de saúde devem ser orientadas pela integralidade e articulação com outros níveis de atenção (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

O MS recomenda a captação precoce das gestantes para o início do pré-natal, preferencialmente até a 12ª semana gestacional e a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, com frequência mensal até a 28ª semana, quinzenal entre a 28ª e 36ª e semanal a partir da 37ª, não existindo alta da assistência. As consultas devem contemplar: a escuta ativa da gestante; a solicitação de exames, com sua realização e avaliação em tempo oportuno; anamnese e exame físico; a imunização antitetânica e para hepatite B; a oferta de medicamentos básicos como o sulfato ferroso e ácido fólico; e a anotação dos dados referentes ao pré-natal no cartão e prontuário da gestante (ARAÚJO et al., 2008; BRASIL, 2013).

Tem sido observado um aumento crescente na cobertura da assistência pré-natal no Brasil, que atualmente é de 98,7%, com 90% das mulheres fazendo pelo menos quatro consultas de pré-natal. Entretanto existe uma baixa adequação do atendimento, pois nem todas as mulheres iniciam o pré-natal no período recomendado, nem o exame físico realizado em todas as consultas, têm dificuldades no acesso aos exames mínimos e às

vacinas recomendadas. Além da persistência de elevado coeficiente de mortalidade materna, que também está relacionado à inadequação do pré-natal (GRANJEIRO; DIÓGENES; MOURA, 2008; GONÇALVEZ et al., 2009; RIBEIRO et al., 2009; SANTOS; CASTRO; RIOS-GRASSI, 2009; SOUZA, 2011; GOMES e CÉSAR, 2013; VIELLAS et al., 2014; FERNANDES et al., 2015).

Na questão específica da sífilis têm sido observadas perdas de oportunidade de diagnóstico. Domingues et al., 2014 ao investigar a testagem para sífilis durante o pré-natal em todo o Brasil, observaram dificuldade para a realização dos exames, apenas 89,1% das mulheres tinham resultado de um exame de VDRL e 41,2% tinham o resultado de dois exames. Estudos conduzidos em Brasília e Mato Grosso do Sul identificaram que apesar das mulheres conhecerem seu estado sorológico para sífilis durante o pré-natal, o tratamento não foi instituído, ou foi instituído inadequadamente ou os parceiros não foram tratados (OLIVEIRA et al., 2014; MURICY e PINTO JÚNIOR, 2015).

Um inquérito nacional identificou que 41,2% das mulheres não realizaram o exame para detecção da sífilis durante o pré-natal mesmo tendo realizado seis ou mais consultas (RODRIGUES; GUIMARÃES; CÉSAR, 2008). Fato que vai de encontro à perspectiva de avaliação quantitativa do pré-natal, pois o número de consultas, apesar de significar maior acesso a ações de prevenção e promoção da saúde, isoladamente não é garantia de qualidade no atendimento (CAMPOS et al., 2010; ARAÚJO et al., 2012).

Resultados de revisões sistemáticas recentes reforçam a validade dos protocolos assistenciais existentes e a importância do tratamento das gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional, principalmente na fase ativa da doença, para a redução de casos de sífilis congênita e de desfechos perinatais negativos, tais como natimortalidade, prematuridade e mortalidade neonatal (BARROS et al., 2010; BLENCOWE et al., 2011; GOMEZ et al., 2013; NEWMAN et al., 2013).

Apesar disso e do aumento da assistência pré-natal, a alta incidência da sífilis gestacional e a taxa de transmissão vertical indicam a baixa qualidade da atenção, que está relacionada: ao manejo inadequado dos casos; a perda de oportunidade para o diagnóstico e tratamento; tempo prolongado para entrega do resultado do VDRL; a ausência de aconselhamento; a baixa captação do parceiro para tratamento concomitante; e, provavelmente pelo desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos à saúde da mulher e do bebê pela população e profissionais de saúde (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2007; MACEDO et al, 2009; LIMA et al, 2013; MAGALHÃES et al, 2013; OLIVEIRA et al., 2014; SERAFIM et al., 2014).

O serviço de saúde que possui condições de impactar de forma mais positiva no controle da sífilis congênita é a Estratégia de Saúde da Família, entretanto, estudo sobre a relação entre essa estratégia e a SC identificou que os municípios de maiores coberturas da estratégia apresentavam deficiências na notificação da SC, indicando que ainda não foi totalmente incluída no projeto de eliminação da sífilis congênita (SARACENI et al., 2007; ARAÚJO et al., 2012). Vidal et al. em 2011, avaliando os custos consequência da atenção pré-natal nas Unidades de Saúde da Família identificaram que a SC foi mais frequente em unidades que tinham o pré-natal classificado como parcialmente implantado.

Em função dessa realidade, é preciso reforçar a necessidade de valorização da assistência pré-natal, a qual a da Estratégia de Saúde da Família e seus trabalhadores têm importante papel na remodelação do cuidado que se deseja ter.

2.5 Avaliação Normativa

As definições da avaliação são numerosas e em geral baseiam-se em um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes. Os objetivos de uma avaliação são: ajudar no planejamento de uma intervenção, fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer, determinar os efeitos de uma intervenção e definir se deve ser mantida, transformada ou interrompida e contribuir para o progresso dos conhecimentos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação normativa é uma atividade comum para a organização e acompanhamento de um programa. Consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando a estrutura, processo e resultados obtidos com critérios e normas. Apoia-se no postulado da existência de uma forte relação entre estas normas e critérios e os resultados ou efeitos reais do programa ou da intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Nesse tipo de avaliação a estrutura é compreendida como o conhecimento sobre em que medida os recursos são empregados de forma adequada para o alcance dos resultados esperados. O processo, trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados, através da comparação da intervenção com os critérios e normas estabelecidos a fim de saber se os serviços atendem a demanda

da população alvo da intervenção. E, o resultado é a verificação se os resultados observados correspondem aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir (CONTANDRIOPOULOS et al.,1997).

A avaliação de programas e intervenções em saúde pode contribuir com a busca pela qualidade dos serviços prestados à população (SANTOS e VICTORA, 2004).

Considerando que uma atenção pré-natal de qualidade pode influenciar na prevenção de casos de sífilis gestacional e congênita e apesar desta ser uma das mais antigas práticas em saúde no país, a atenção pré-natal encontra-se ainda como foco das ações de saúde principalmente quando observamos o número crescente de casos de sífilis congênita e a sua redução deve ser uma prioridade na gestão da saúde no Brasil.

Tendo em vista o crescente número de casos de sífilis congênita e a alta cobertura da assistência pré-natal, fazem-se necessários estudos que avaliem a qualidade do cuidado primário à saúde, propõe-se a realização da presente investigação, relacionada à avaliação da atenção pré-natal com ênfase na sífilis gestacional na Estratégia de Saúde da Família do Recife.

3. MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo de avaliação do tipo normativo da atenção pré-natal com ênfase na sífilis gestacional tomando como padrão os documentos Caderno de Atenção Básica - Atenção do Pré-natal de baixo risco e Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.

3.2 Local, população e período do estudo

O estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade do Recife, que possui uma população estimada para o ano de 2013 de 1.599.514 habitantes, com um total de 122 USF entre os seis Distritos Sanitários (DS), apresentando uma cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 48,4% (RECIFE, 2014). A população do estudo foi composta por enfermeiros e médicos que atuavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no período entre novembro de 2014 e março de 2015.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os profissionais de saúde (enfermeiro e médico) que atuavam na mesma equipe de saúde da família das unidades selecionadas. Nas USF em que havia mais de uma equipe completa, foi entrevistada aquela referida como mais colaborativa pela Coordenação de Território de cada DS. Nos casos em que a unidade não possuía médico em nenhuma de suas equipes, foi entrevistado apenas o enfermeiro.

Foi excluída uma USF que não estava com equipe completa e o único profissional de nível superior da unidade encontrava-se de licença, sem previsão de retorno às atividades.

3.4 Plano amostral

Para o cálculo da amostra de estudo considerou-se como unidade amostral as USF, que totalizam 122. Na rotina das unidades estava sendo introduzido o TR de sífilis e o pré-requisito para sua implantação é que os enfermeiros, odontólogos ou médicos participassem de uma capacitação planejada pelas Secretarias Municipal e/ou Estadual de Saúde. Utilizando um levantamento realizado em abril de 2014 pela Secretaria Estadual de Saúde, verificou-se que 1/3 das USF tinham sido capacitadas para o TR até aquele

momento. A partir disso o universo foi dividido em dois estratos: o de unidades capacitadas e o de unidades não capacitadas para o TR de sífilis.

A seleção amostral ocorreu em duas etapas. No primeiro momento foi calculado o número de unidades a ser selecionado no estrato com profissionais capacitados por DS, considerando a representação percentual do número de unidades capacitadas em cada distrito em relação à totalidade das capacitadas no município. No segundo momento foi calculado o número de unidades com profissionais não capacitados para o TR de sífilis a ser selecionado por DS, considerando a representação percentual do número de unidades não capacitadas em cada distrito em relação à totalidade das não capacitadas no município.

Estimou-se que seriam selecionadas 69 USF, sendo 23 do estrato de capacitadas e 46 do estrato de não capacitadas para o TR de sífilis. Diante dos critérios foi realizado o sorteio aleatório das unidades de saúde a partir dos dois estratos, utilizando-se o *software* Epi-info versão 6.04.

Ao final da coleta de dados o número total de USF visitadas foi 71, das quais, 26 pelo menos um profissional da unidade foi capacitado e 45 em que nenhum profissional foi capacitado para o TR de sífilis. Foram acrescentadas à amostra inicial 2 unidades capacitadas para o TR e 1 USF que no sorteio inicial integrava o estrato de capacitada, na realidade nenhum profissional havia participado de qualquer capacitação para o TR de sífilis. O Quadro 1 detalha a amostra de USF inclusas no estudo.

Quadro 1- Distribuição das Unidades de Saúde da Família inclusas no estudo por Distrito Sanitário, segundo critério de capacitação para o teste rápido de sífilis. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015

Distrito Sanitário	USF* capacitadas	USF* não capacitadas	Total
I	1	4	5
II	4	7	11
III	5	7	12
IV	5	8	13
V	4	6	10
VI	7	13	20
Recife	26	45	71

*USF: Unidade de Saúde da Família

3.5 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado dois formulários, um para os enfermeiros e outro para os médicos, semi-estruturado com questões predominantemente fechadas e pré-codificadas. O questionário dos médicos (**Apêndice A**) incluía perguntas

relacionadas às características do profissional, ao cuidado pré-natal, ao manejo da sífilis em gestante e ao acesso a treinamento e material sobre sífilis. O questionário para o enfermeiro (**Apêndice B**) era semelhante ao utilizado para médico, com o acréscimo de questões relativas à estrutura das unidades.

Para a construção dos questionários foram utilizados instrumentos de pesquisas nacionais validados, o Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013), o Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis (BRASIL, 2007), e as Portarias MS/GM nº 3242/2011 e nº 1459/2011. A partir desses documentos, foram realizadas sucessivas reuniões com o grupo de pesquisa para construção, leitura e discussão do questionário.

O instrumento de coleta de dados foi dividido em seções para melhor organizar e facilitar a condução das perguntas pelas entrevistadoras de campo. No Quadro 2, constam as seções do instrumento com seus respectivos conteúdos, técnicas de coleta e respondentes.

Quadro 2- Seções do instrumento, conteúdo, técnicas de coleta e respondentes na pesquisa

Seções do instrumento	Conteúdo	Técnica de coleta	Respondente
I	Identificação do questionário	Entrevista	Enfermeiro e médico
II	Formação e atuação do profissional	Entrevista	Enfermeiro e médico
III	Atendimento pré-natal na USF*	Entrevista	Enfermeiro e médico
IV	Testagem, aconselhamento e tratamento gestante com sífilis	Entrevista	Enfermeiro e médico
V	Abordagem do parceiro de gestante com sífilis	Entrevista	Enfermeiro e médico
VI	Dificuldades na abordagem e manejo da sífilis	Entrevista	Enfermeiro e médico
VII	Acesso a treinamento e material sobre sífilis	Entrevista	Enfermeiro e médico
VIII	Disponibilidade de equipamentos e insumos na USF*	Entrevista/ Observação sistemática	Enfermeiro e entrevistador de campo

*USF: Unidade de Saúde da Família

3.6 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo encontram-se discriminadas no Quadro 3, segundo classificação, definição e categorização.

Quadro 3 – Classificação das variáveis de estudo, segundo a definição e a categorização

Classificação	Variável	Definição
Formação e atuação do profissional	Local de trabalho	Distrito Sanitário onde se localiza a USF ¹ que o entrevistado atua
	Sexo	
	Idade	Idade em anos no momento da entrevista
	Pós-graduação	Realização de curso de pós-graduação
	Tipo da pós-graduação	Modalidade e área de pós-graduação do entrevistado
	Tempo de graduação	Tempo em anos decorrido desde a conclusão da graduação no curso de enfermagem ou medicina até o momento da entrevista
	Tempo de atuação na ESF ²	Período tempo em anos que atua na ESF ²
Atendimento pré-natal na USF¹	Responsável pela primeira consulta	Profissional responsável pela primeira consulta de pré-natal na USF ¹
	Captação para início do pré-natal	Mecanismo de captação das gestantes para início do pré-natal na USF ¹
	Busca ativa de faltosas	USF ¹ realiza a busca ativa de faltosas na assistência pré-natal
	Grupo de gestante	Existência de grupo de gestante na USF ¹
	Regularidade das reuniões	Frequências das reuniões do grupo de gestante na USF ¹
	Avaliação do estado vacinal	Avalia estado vacinal das gestantes no atendimento pré-natal
	Vacinas recomendadas	Vacinas que recomenda durante o atendimento pré-natal
	Solicitação de exames na primeira consulta	Solicita exames quando realiza a primeira consulta de pré-natal
	Exames solicitados na primeira consulta	Conjunto de exames preconizados pelo MS ³ conforme Manual de Pré-natal de Baixo Risco (2013)
	Repetição de exames no terceiro trimestre gestacional	Solicita a repetição de exames no terceiro trimestre gestacional
	Exames de repetição no terceiro trimestre gestacional	Conjunto de exames preconizados pelo MS ³ conforme Manual de Pré-natal de Baixo Risco para o terceiro trimestre gestacional
Período de repetição dos exames	Semana gestacional em que é solicitada a repetição dos exames	
Tempo de retorno dos exames	Tempo médio em dias decorrido entre a solicitação e o retorno dos resultados dos exames	
Tratamento de gestante com sífilis	Exame de sífilis positivo na USF ¹	Resultado de exame para sífilis positivo em gestante na USF ¹ que atua
	Prescrição de tratamento	Experiência na prescrição de tratamento para sífilis gestacional
	Tratamento prescrito para gestante	Tratamento que prescreve para casos de sífilis gestacional
	Tratamento realizado na USF ¹	A USF ¹ administra a penicilina G benzatina em suas dependências
	Motivo para não realizar tratamento na USF ¹	Motivo pelo qual a USF ¹ não administra a penicilina benzatina em suas dependências

Tratamento de gestante com sífilis	Registro do tratamento	Local de anotação das informações acerca do tratamento da sífilis gestacional
	Seguimento após tratamento	Tipo de acompanhamento realizado dos casos de sífilis gestacional tratados durante o pré-natal
	Orientação sobre uso de preservativo	Orienta do uso de preservativo para as gestantes
	Situações em que orienta o uso	Em que situações orienta o uso do preservativo às gestantes
	Notificação dos casos	USF ¹ notifica os casos de sífilis gestacional
	Responsável pela notificação	Profissional responsável pelo preenchimento da ficha de notificação dos casos de sífilis gestacional
Abordagem do parceiro de gestante com sífilis	Abordagem do parceiro	Aborda o(s) parceiro(s) de gestantes com sífilis
	Primeira abordagem do parceiro	Como realiza a primeira abordagem do(s) parceiro(s) de gestante com sífilis
	Solicitação de TR ⁴ para parceiro	Solicita TR ⁴ de sífilis para o(s) parceiro(s) de gestante com sífilis
Acesso a treinamento e material sobre sífilis	Treinamento sobre manejo da sífilis na gestação	Participação em treinamento sobre manejo da sífilis na gestação
	Último treinamento	Tempo em anos decorrido entre o último treinamento e a entrevista
	Capacitação para TR ⁴ de sífilis	Participação em treinamento para TR ⁴ de sífilis
	Tempo de capacitação	Tempo em meses decorrido entre a capacitação para TR ⁴ de sífilis e a entrevista
	Acesso ao manual do MS ³ sobre prevenção da sífilis congênita	Teve acesso ao manual do MS ³ sobre prevenção da sífilis congênita
	Meio de acesso	Meio de acesso ao manual do MS ³ sobre prevenção da sífilis congênita
	Tempo de acesso	Tempo em anos decorrido entre o primeiro acesso ao manual do MS ³ sobre prevenção da sífilis congênita e a entrevista
	Leitura do manual	Leu manual sobre prevenção da sífilis congênita
Disponibilidade de equipamentos e insumos na USF¹	Preservativo masculino	Preservativo masculino disponível na USF ¹
	Preservativo feminino	Preservativo feminino disponível na USF ¹
	Penicilina benzatina 1.200.000 UI	Penicilina benzatina 1.200.000 UI disponível na USF ¹
	Penicilina benzatina 600.000 UI	Penicilina benzatina 600.000 UI disponível na USF ¹
	TR ⁴ de sífilis	TR ⁴ de sífilis disponível na USF ¹
	Informação sobre horários do TR ⁴	Informações sobre dias e horários de realização do TR ⁴ em local visível para os usuários da USF ¹
	Material informativo sobre sífilis	Material sobre sífilis na forma de folder, cartaz ou banner disponível para informação dos usuários da USF ¹
	Informação em local visível sobre aplicação de penicilina	Informação em local visível sobre a administração de penicilina benzatina na USF ¹
	Cartão da gestante	Cartão da gestante disponível na USF ¹
	Caderno de atenção básica de pré-natal de baixo risco	Caderno de atenção básica de pré-natal de baixo risco disponível na USF ¹ para consulta dos profissionais de saúde

Disponibilidade de equipamentos e insumos na USF¹	Instrumental para exame físico da gestante: fita métrica; gestograma; estetoscópio de Pinard; sonar doppler	Instrumental básico para exame físico da gestante disponíveis e em condições de uso na USF ¹
	Estetoscópio e tensiômetro	Estetoscópio e tensiômetro próprios da USF ¹ disponíveis e em condições de uso
	Material para citopatológico e espéculos	Material para citopatológico e espéculos disponíveis na USF ¹
	Balança de adulto	Balança de adulto disponível e em condições de uso na USF ¹
	Equipamentos: mesa de exame ginecológico; escada dois degraus; foco de luz	Equipamentos disponíveis e em condições de uso na USF ¹
	Medicação essencial: sulfato ferroso 40mg e ácido fólico 5 mg	Medicação essencial para gestante disponíveis e no prazo de validade na USF ¹
	TR de gravidez	TR ⁴ de gravidez disponível na USF ¹
	Vacinas pré-natal: hepatite B; dT adulto	Vacinas contra hepatite B e dT adulto disponíveis e no prazo de validade na USF ¹
	Vacina contra influenza	Vacina contra influenza disponível e no prazo de validade na USF ¹
	Materiais sala de vacina: agulha; seringa; algodão; álcool a 70%; descartex	Materiais sala de vacina disponíveis na USF ¹
	Impressos: cartão de vacina da gestante ou adulto; boletim diário de doses aplicadas	Cartão de vacina da gestante ou adulto e boletim diário de doses aplicadas disponíveis na sala de vacina da USF ¹
	Refrigerador e termômetro	Refrigerador e termômetro disponíveis e em condições de uso na sala de vacina da USF ¹
	Caixa térmica de poliuretano	Caixa térmica de poliuretano disponível e em condições de uso na sala de vacina da USF ¹
Termômetro na caixa térmica	Termômetro na caixa térmica disponível e em condições de uso na sala de vacina da USF ¹	

¹USF: Unidade de Saúde da Família²ESF: Estratégia de Saúde da Família³MS: Ministério da Saúde⁴TR: Teste Rápido

3.7 Estudo Piloto

Foi realizado estudo piloto com a finalidade de testar o questionário, organizar o trabalho de campo e avaliar o desempenho das entrevistadoras diante de situações reais de entrevista. Esta etapa foi realizada em USF do DS IV não selecionadas no processo de amostragem, a escolha por essas unidades aconteceu pelo fato de localizarem-se nas proximidades da UFPE e ser de mais fácil acesso.

3.8 Operacionalização da Pesquisa

Para iniciar o trabalho de campo foram realizadas reuniões nos Distritos Sanitários com o objetivo de apresentar a pesquisa e sua metodologia. Eram convidados a participar, representantes da gerência distrital, coordenadores de território, coordenadores de saúde da mulher e saúde da criança. Essa etapa foi essencial, considerando a necessidade de adaptação do trabalho de campo às diferenças do território e a contribuição dos gestores distritais com informações estratégicas das USF e das equipes de saúde que atuavam em cada unidade sorteada.

As entrevistas com os enfermeiros e médicos das unidades sorteadas eram agendadas através de contato telefônico, seja pelo telefone da USF ou pelo celular pessoal do profissional, quando este era disponibilizado pela equipe distrital. A pesquisadora era a supervisora de campo, responsável por fazer os contatos com os profissionais e agendar as entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada um, quando possível, as entrevistas de médico e enfermeiro eram realizadas em horários próximos, para que não fosse necessário ir à mesma USF mais de uma vez. Nos casos em que não era possível o contato por via telefônica, o agendamento da entrevista era feito através de visita à própria unidade.

Os dados foram coletados pela pesquisadora e por uma equipe de quatro entrevistadoras, previamente treinadas, sendo duas estudantes do curso de graduação em nutrição da UFPE, uma nutricionista e uma fisioterapeuta. Devido à dificuldade de acesso a algumas USF, a pesquisa dispunha de um carro e motorista em dias e horários pré-agendados para fazer os deslocamentos da UFPE para a USF e vice versa.

3.9 Processamento e armazenamento de dados

Os questionários foram conferidos regularmente quanto à consistência de seu preenchimento, quando necessário foi realizada nova visita a USF a fim de complementar as informações. Para a digitação dos dados empregou-se o *software* Microsoft Excel 2007, para os cálculos das frequências simples foi utilizado o *software* SPSS 20.

3.10 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa é parte integrante do projeto “Sífilis Gestacional e Congênita: avaliação da vulnerabilidade e validação da nova proposta do Ministério da Saúde para triagem e diagnóstico em gestantes”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE). Posteriormente foi submetida uma emenda para inclusão de um novo campo de coleta de dados, as Unidades de Saúde da Família do Recife, sob o CAAE 07353712.0.0000.5208 (**Anexo A**). A participação dos enfermeiros e médicos foi voluntária. A partir do aceite, os objetivos e procedimentos da pesquisa eram esclarecidos, ocasião em que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice C**), assegurando-os o cumprimento das normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A entrevista ocorreu em local apropriado na USF, em horário agendado, cada momento foi individualizado, não sendo permitido que um dos profissionais assistisse a entrevista do outro.

3.11 Limitações do Estudo

Algumas limitações aconteceram durante a condução da pesquisa e podem refletir nos achados da mesma. O formato do instrumento, com questões objetivas pode ter influenciado as respostas dos profissionais. Foi tomado o cuidado de não permitir aos mesmos a leitura direta do questionário, entretanto isso pode ter acontecido em alguma entrevista.

Ocorreu viés de seleção da equipe de saúde da família em unidades que contavam com mais de uma equipe completa, uma vez que a entrevista foi realizada com aquela referida como mais colaborativa pela Coordenação de Território de cada DS. Além de colaborativa, essas equipes também poderiam apresentar melhor qualidade no atendimento pré-natal, fornecendo respostas mais próximas às recomendações ministeriais e não representar a realidade do território.

É possível que os respondentes tenham afirmado que adotavam determinadas condutas na assistência pré-natal e no manejo de casos de sífilis em gestante diferente da realidade prática. Esse estudo não contemplou a observação das consultas de pré-natal, nem foram analisados os registros nos cartões e/ou

prontuários de gestantes atendidas pelos entrevistados. Portanto, não é possível afirmar que o relato verbal do profissional reflita de forma fidedigna a assistência pré-natal prestada por ele na ESF.

Na tentativa de reduzir respostas baseadas apenas no conhecimento teórico, as questões sobre o manejo de casos de sífilis em gestante foram respondidas exclusivamente por profissionais que afirmaram ter prescrito tratamento de no mínimo um caso de sífilis em gestante em sua experiência profissional na Estratégia de Saúde da Família, o que ocasionou um menor número de respondentes sobre os aspectos supracitados.

3.12 Financiamento

A pesquisa recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo 478837/2012-7), conforme Edital Universal nº 14/2012 e da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), segundo edital do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde PPSUS Rede, sob processo de APQ Nº 0025- 400/13.

4. RESULTADOS

Em cada USF sorteada foram entrevistados enfermeiro e médico de uma mesma Equipe de Saúde da Família. Na Tabela 1, observa-se diferente número de entrevistas realizadas com enfermeiro e médico devido ao fato de que das 71 USF selecionadas, em quatro não existiam médicos, dois recusaram-se a participar e uma enfermeira encontrava-se de licença médica.

Entre os profissionais da ESF ocorre predomínio do sexo feminino, com faixa etária de 20 a 39 anos, no grupo de enfermeiros, e de 50 anos ou mais no de médicos. Cerca de 80% dos participantes tem mais de 10 anos de formados, 68,6% dos enfermeiros e 61,5% dos médicos atuam pelo mesmo período de tempo na Estratégia de Saúde da Família (Tabela 1).

Tabela 1- Características dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Enfermeiro n = 70 %	Médico n = 65 %
Local de trabalho (Distrito Sanitário)		
I	7,1	7,7
II	15,7	13,8
III	15,7	18,5
IV	18,6	18,5
V	14,3	15,4
VI	28,6	26,2
Sexo		
Masculino	11,4	41,5
Feminino	88,6	58,5
Idade (anos)		
20 - 39	50,0	24,6
40 - 49	38,6	29,2
50 e +	11,4	46,2
Pós-graduação		
Sim	100,0	87,7
Não	-	12,3
Tipo da pós- graduação		
Especialização em saúde da família/saúde pública ou obstetrícia	94,3	63,1
Residência em saúde da família/ saúde pública ou obstetrícia	7,1	10,8
Mestrado ou doutorado	7,1	4,6
Tempo de graduação (anos)		
< 10	20,0	18,5
≥ 10	80,0	81,5
Tempo de atuação na ESF* (anos)		
< 10	31,4	38,5
≥ 10	68,6	61,5

* ESF: Estratégia de Saúde da Família

Todos os enfermeiros consideraram-se responsáveis pela realização da primeira consulta de pré-natal e apenas 4,6% dos médicos referiam-se como os responsáveis. A captação da gestante para início do pré-natal ocorre através da marcação da consulta pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e demanda espontânea. Em 41,5% das unidades havia grupo de gestante, com predomínio de reuniões mensais (Tabela 2).

Em relação ao estado vacinal, todos os enfermeiros referiam avaliá-lo, contudo entre as vacinas preconizadas na rotina de pré-natal apenas a contra hepatite B era recomendada por 100%. Entre os médicos, 89,2% faziam avaliação e, a vacina indicada com maior frequência foi a dT adulto com 93,1%. Nos dois grupos, a vacina contra influenza apresentou menor percentual de indicação, com 88,6% e 35,4%, entre enfermeiros e médicos, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2- Atendimento, captação, atividades coletivas e imunização das gestantes na assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família, segundo categoria de profissional de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Enfermeiro	Médico	Total
	n = 70 %	n = 65 %	n = 135 %
Responsável pela primeira consulta			
Enfermeiro	100,0	93,8	97,1
Médico	-	4,6	2,2
Outro	-	1,5	0,7
Captação para início do pré-natal			
Marcação da consulta pelo ACS*	100,0	84,6	92,6
Demanda espontânea	91,4	84,6	88,1
Não sabe informar	-	6,2	3,0
Busca ativa de faltosas			
Sim	100,0	92,3	96,3
Não/Não sabe informar	-	7,7	3,7
Grupo de gestante			
Sim	41,4	41,5	41,5
Não	58,6	58,5	58,5
Regularidade das reuniões			
Semanal/Quinzenal	31,0	18,5	24,8
Mensal	62,1	66,7	64,4
Outra/Não sabe informar	6,9	14,8	10,9
Avaliação do estado vacinal			
Sim	100,0	89,2	94,6
Não	-	10,8	5,4
Vacinas recomendadas			
Hepatite B	100,0	75,4	87,7
dT adulto	94,3	93,1	93,7
Influenza	88,6	35,4	62,0

*ACS: Agente Comunitário de Saúde

A solicitação de exames na primeira consulta de pré-natal foi um procedimento referido por 100% dos enfermeiros e 87,7% dos médicos, quanto aos tipos de exames solicitados, questionou-se sobre os que são preconizados pelo Ministério da Saúde na rotina do pré-natal de baixo risco (Tabela 3).

Nem todos os exames recomendados foram solicitados pela totalidade dos entrevistados. Apenas o sumário de urina e a testagem para sífilis foram solicitados por 100% dos enfermeiros, o mesmo ocorreu com o hemograma no grupo de médicos. Os exames de tipagem sanguínea, sorologia para hepatite B e toxoplasmose atingiram percentuais de até 90% nos dois grupos de profissionais. A urocultura e o TR diagnóstico para HIV foram os exames menos solicitados, com frequência de 43,1% e 28,0%, respectivamente (Tabela 3).

Ao ser questionado sobre a repetição de exames no terceiro trimestre gestacional, 100% dos enfermeiros e 92,3% dos médicos afirmavam fazê-lo, todavia nenhum exame atingiu frequência de 100%. Os mais solicitados foram o sumário de urina e a glicemia em jejum, referidos por 95% dos entrevistados. Observou-se redução de solicitação do VDRL, anti-HIV e sorologia para hepatite B em relação ao exame de primeira consulta. Aproximadamente 70% dos profissionais referiam que costumavam solicitar o exame de VDRL no 1º e 3º trimestres gestacionais (dado não apresentado) (Tabela 3).

A maioria dos entrevistados repete a solicitação de exames após a 27ª semana gestacional, e 28,6% afirmaram que o tempo médio para retorno do resultado é superior a 31 dias (Tabela 3).

Tabela 3- Solicitação de exames na assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família, segundo categoria de profissional de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Enfermeiro n = 70 %	Médico n = 65 %	Total n = 135 %
Solicitação de exames na primeira consulta			
Sim	100,0	87,7	93,9
Não	-	12,3	6,1
Exames solicitados na primeira consulta			
	n = 70	n = 57	n = 127
Hemograma	98,6	100,0	99,3
VDRL e/ou TR* de sífilis	100,0	98,2	99,1
Glicemia em jejum	98,6	98,2	98,4
Sumário de urina	100,0	93,0	96,5
Sorologia para Hepatite B (HbsAg)	97,1	89,5	93,3
Toxoplasmose IgM e IgG	98,6	86,0	92,3
Tipagem sanguínea e fator Rh	92,9	87,7	90,3
Anti-HIV	91,4	87,7	89,6
Ultrassonografia Obstétrica	94,3	82,4	88,4
Urocultura	52,9	33,3	43,1
TR* diagnóstico para HIV	31,4	24,6	28,0
Repetição de exames no 3º trimestre gestacional			
		n = 65	
Sim	100,0	92,3	96,2
Não	-	7,7	3,8
Exames de repetição no 3º trimestre gestacional			
		n = 60	
Glicemia em jejum	98,6	93,3	96,0
Sumário de urina	95,7	95,0	95,4
Hemograma	91,4	88,3	89,6
VDRL	90,0	86,7	88,4
Anti-HIV	47,1	56,7	52,0
Urocultura	42,9	35,0	39,0
Sorologia para Hepatite B (HbsAg)	24,3	36,7	30,5
Bacterioscopia de secreção vaginal	10,0	8,3	9,2
Período de repetição dos exames (semanas gestacionais)			
14-26	25,7	28,3	27,0
27 e +	72,9	63,4	68,2
Não sabe informar	1,4	8,3	4,9
Tempo de retorno dos exames (dias)			
1-15	8,6	12,9	10,8
16-30	60,0	54,8	57,3
31 e +	31,4	25,8	28,6
Não sabe informar	-	6,5	3,3

*TR: Teste Rápido

Na experiência profissional dos entrevistados, 65,7% e 90,8%, dos enfermeiros e médicos, respectivamente, já prescreveram tratamento para sífilis gestacional, a maioria referia prescrever penicilina benzatina 7.200.000 UI dividida em três doses com intervalo de 7 dias e o tratamento ser realizado na própria USF (77,8%). Dentre os profissionais que não faziam o tratamento na unidade, o

principal motivo alegado foi: o medo das possíveis reações anafiláticas decorrentes da penicilina (Tabela 4).

As anotações sobre o tratamento são realizadas no prontuário e cartão da gestante, no pós-tratamento acompanhavam com VDRL seriado de monitoramento até a cura. A orientação quanto ao uso do preservativo para a gestante foi referida por 93,5% dos enfermeiros e 86,4% dos médicos, indicando-o para todas as gestantes indiscriminadamente (Tabela 4).

Na Tabela 4, observam-se ainda as informações acerca da notificação da sífilis em gestante, mais de 90% dos profissionais afirmaram que a unidade notificava e que essa era responsabilidade do profissional que identificou o caso.

Entre os profissionais que referiam prescrever o tratamento de sífilis em gestante, 100% dos enfermeiros e 95% dos médicos abordavam o parceiro da gestante com sífilis e a primeira abordagem era realizada, na maioria dos casos, através da convocação deste a unidade de saúde. Somente 37,4% dos entrevistados solicitavam TR de sífilis para os parceiros de gestantes infectadas (Tabela 4).

Tabela 4- Manejo de caso de sífilis em gestante na Unidade de Saúde da Família, segundo categoria de profissional de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Enfermeiro	Médico	Total
	n = 70 %	n = 65 %	n = 135 %
Exame de sífilis positivo na USF*			
Sim	85,7	66,2	75,9
Não	14,3	33,8	24,1
Prescrição de tratamento			
Sim	65,7	90,8	78,3
Não	34,3	9,2	21,8
Tratamento prescrito para gestante	n = 46	n = 59	n = 105
Penicilina G benzatina 2.400.000UI/ IM/dose única	8,7	5,1	6,9
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI/ IM/2 semanas	6,5	6,8	6,7
Penicilina G benzatina 2.400.000 UI/ IM/3 semanas	82,6	84,7	83,7
Outro/ Não sabe informar	2,2	3,4	2,8
Realiza tratamento na USF*			
Sim	82,6	72,9	77,8
Não/ Não sabe informar	17,4	27,1	22,2
Motivo para não realizar tratamento na USF*	n = 8	n = 12	n = 20
Estrutura física da unidade deficiente	12,5	8,3	10,4
Medo das possíveis reações anafiláticas	62,5	58,3	60,5
Médico não autoriza administrar a penicilina	12,5	-	6,2
Recusa do técnico de enfermagem administrar a penicilina	12,5	16,7	14,6
Não sabe informar	-	16,7	8,3

continua

continuação

Variáveis	Enfermeiro	Médico	Total
	n = 70 %	n = 65 %	n = 135 %
Registro do tratamento	n = 46	n = 59	n = 105
Prontuário	26,1	45,8	35,9
Cartão de pré-natal	2,2	-	1,1
Prontuário e cartão de pré-natal	67,4	50,8	59,1
Outros/ Não registra / Não sabe informar	4,3	3,4	3,9
Seguimento após tratamento			
VDRL** seriado até a cura	80,4	79,7	80,1
VDRL** ao término do tratamento	13,0	6,8	9,9
Outros	6,5	6,8	6,7
Não realiza acompanhamento/Não sabe informar	-	6,8	3,4
Orientação sobre uso de preservativo			
Sim	93,5	86,4	89,9
Não	6,5	13,6	10,1
Situações em que orienta o uso	n = 43	n = 51	n = 94
Todas as gestantes	81,4	83,3	82,4
Apenas gestantes com HIV	4,7	1,8	3,3
Gestantes com sífilis durante o tratamento	2,3	1,8	2,1
Gestantes com sífilis durante e após o tratamento	11,6	11,1	11,4
Notificação dos casos de sífilis na USF	n = 46	n = 59	n = 105
Sim	93,5	89,8	91,6
Não/ Não sabe informar	6,5	10,2	8,4
Responsável pela notificação	n = 43	n = 53	n = 96
Profissional que identificou o caso	97,7	84,9	91,3
Outro profissional da unidade	2,3	14,7	8,7
Abordagem do parceiro	n = 46	n = 59	n = 105
Sim	100,0	95,0	97,5
Não	-	4,6	2,5
Primeira abordagem do parceiro	n = 46	n = 56	n = 102
Convoca para ir à unidade de saúde	78,3	76,8	77,6
Envia solicitação de exame pela gestante	6,5	3,6	5,1
Envia prescrição de tratamento pela gestante	15,2	16,1	15,6
Outra	-	3,6	1,7
Solicitação de teste rápido para parceiro			
Sim, para fazer na própria unidade de saúde	26,1	25,0	25,6
Sim, para fazer em outra unidade de saúde	13,0	10,7	11,8
Não	60,9	60,7	60,8
Não sabe informar	-	3,6	1,8

*USF: Unidade de Saúde da Família

** VDRL: *Veneral Disease Research Laboratory*

As principais dificuldades no manejo da sífilis em gestante, expostas pelos entrevistados foram: a demora em receber o resultado do VDRL, a dificuldade de conversar com o parceiro e de adesão deste ao tratamento (dados não apresentados).

A participação em treinamento sobre manejo da sífilis na gestação foi referida por 75,7% dos enfermeiros e 53,8% dos médicos. Quanto ao número de

profissionais que realizaram capacitação para teste rápido de sífilis, foi de 57,1% dos enfermeiros e 12,3% dos médicos (Tabela 5).

Quanto ao conhecimento do Manual do Ministério da Saúde sobre prevenção da sífilis congênita, a maioria dos profissionais relatava conhecê-lo há mais de um ano e tiveram acesso no serviço de saúde ou na internet. Apesar disso, somente 20% dos entrevistados referiam a leitura completa do manual (Tabela 5).

Tabela 5- Acesso a treinamento e materiais técnicos sobre sífilis, segundo categoria de profissional de saúde. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Enfermeiro n = 70 %	Médico n = 65 %	Total n = 135 %
Treinamento sobre manejo da sífilis na gestação			
Sim	75,7	53,8	64,7
Não	24,3	46,2	35,3
Último treinamento (anos)			
< 1	n = 63 17,0	n = 35 20,0	n = 98 18,5
1-5	66,1	51,4	58,7
5 e +	17,0	25,7	21,4
Não sabe informar	-	2,9	1,5
Capacitação para teste rápido de sífilis			
Sim	n = 70 57,1	n = 65 12,3	n = 135 34,7
Não	42,9	87,7	65,3
Tempo de capacitação (meses)			
Até 12	n = 40 60,0	n = 8 87,5	n = 48 73,8
13 e +	40,0	12,5	26,3
Acesso ao manual do Ministério da Saúde sobre prevenção da sífilis congênita			
Sim	n = 70 87,1	n = 65 63,1	n = 135 75,1
Não	11,4	35,4	23,4
Não sabe informar	1,4	1,5	1,5
Meio de acesso			
No próprio serviço	n = 61 65,6	n = 41 39,0	n = 102 52,3
Internet	21,3	41,5	31,4
Outros	11,5	19,5	15,5
Não sabe informar	1,6	-	0,8
Tempo de acesso (anos)			
<1	26,2	43,9	35,1
1 e +	73,8	56,1	64,9
Leitura do manual			
Sim, totalmente	21,3	22,0	21,6
Sim, parcialmente	70,5	70,7	70,6
Não	8,2	7,3	7,8

Dentre os insumos empregados para a prevenção da sífilis, o preservativo masculino foi o mais frequentemente encontrado nas unidades de saúde. A droga de escolha para o tratamento, a penicilina benzatina 1.200.000 UI, foi encontrada em 56,3% das unidades de saúde (Tabela 6).

Apenas 11 USF (17%), dispunham do teste rápido de sífilis no momento da observação, durante a coleta de dados ocorreram problemas na distribuição dos testes rápidos para os municípios. Verificou-se um reduzido número de unidades com materiais informativos (na forma de cartaz ou folder) sobre prevenção, diagnóstico ou tratamento da sífilis, disponíveis para a população assistida nas unidades de saúde da família (Tabela 6).

A Tabela 6 apresenta ainda, a disponibilidade dos equipamentos e insumos mínimos recomendados pelo Caderno de Atenção Básica sobre Pré-natal de Baixo Risco na USF. Para esse levantamento, foram considerados apenas os equipamentos em condições de uso e de propriedade da unidade de saúde. As medicações e vacinas foram consideradas como disponíveis quando se encontravam dentro no prazo de validade.

Somente o cartão da gestante esteve presente em 100% das unidades visitadas, o instrumental específico para a realização do exame físico da gestante em menos de 85% das USF, nesse grupo o estetoscópio de pinard e o gestograma foram os menos encontrados. O MS recomenda que em todas as USF esteja disponível o manual de pré-natal de baixo risco, entretanto, foi encontrado em apenas 76,1% das unidades. Os medicamentos essenciais e o teste rápido de gravidez foram os insumos mais indisponíveis (Tabela 6).

Na observação das salas de vacina, constatou-se que nenhuma vacina foi encontrada em 100% das unidades do estudo. As vacinas recomendadas no pré-natal foram observadas em 80% das USF. A vacina contra influenza foi a de menor quantidade devido ao fato de ser renovada anualmente e ter seu vencimento no mês de dezembro. Mais de 90% das USF possuíam os impressos da sala de vacina e refrigerador com termômetro, entretanto, apenas 76% tinham caixa térmica de poliuretano. O termômetro na caixa térmica foi o equipamento menos encontrado nas salas de vacinas (Tabela 6).

Tabela 6 – Disponibilidade de insumos e materiais informativos para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante nas Unidades de Saúde da Família. Recife, Pernambuco, Brasil, 2014-2015

Variáveis	USF* n = 71	%
Insumos e materiais para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis		
Preservativo masculino	68	95,8
Preservativo feminino	59	83,1
Penicilina benzatina 1.200.000 UI	40	56,3
Penicilina benzatina 600.000 UI	15	21,1
Teste rápido de sífilis	12	17,0
Informação sobre horários do teste rápido	1	1,4
Material informativo sobre sífilis	3	4,2
Informação em local visível sobre aplicação de penicilina	1	1,4
Equipamentos e insumos para atendimento da gestante		
Cartão da gestante	71	100,0
Caderno de atenção básica de pré-natal de baixo risco	54	76,1
Instrumental para exame físico da gestante: fita métrica; gestograma; estetoscópio de Pinard; sonar doppler	60	84,5
Estetoscópio e tensiômetro	68	95,7
Material para citopatológico e espéculos	68	95,7
Balança de adulto	58	81,7
Equipamentos: mesa de exame ginecológico; escada dois degraus; foco de luz	68	95,7
Medicação essencial: sulfato ferroso 40mg e ácido fólico 5 mg	46	64,8
Teste rápido de gravidez	36	50,7
Equipamentos e insumos para imunização da gestante		
Vacinas pré-natal: hepatite B; dT adulto	58	81,7
Vacina contra influenza	11	15,5
Materiais sala de vacina: agulha; seringa; algodão; álcool a 70%; descartex	67	94,3
Impressos: cartão de vacina da gestante ou adulto; boletim diário de doses aplicadas	64	90,1
Refrigerador e termômetro	64	90,1
Caixa térmica de poliuretano	54	76,1
Termômetro na caixa térmica	12	17,0

*USF: Unidade de Saúde da Família

5. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou os aspectos da assistência pré-natal envolvidos na adequação da atenção à sífilis, através das entrevistas com enfermeiros e médicos e identificou pontos de fragilidade desta assistência e principalmente, ao que se refere à prevenção, diagnóstico e tratamento da mulher com sífilis gestacional e seu(s) parceiro(s).

Os resultados corroboram com os encontrados na literatura científica com relação às características dos profissionais, à exceção apenas do tempo de atuação na ESF. Estudos conduzidos em municípios das regiões Nordeste e Sul do país demonstraram que a maioria dos médicos e enfermeiros atua há menos de 10 anos na estratégia. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de que grande parte dos profissionais do Recife é contratada mediante concurso público, contribuindo para a permanência na ESF (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005; TOMASI et al., 2008; MARQUI et al., 2010; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; ZANETTI et al., 2010; GUARDA; TAVARES; SILVA, 2012; COSTA et al., 2013).

O enfermeiro exerce papel fundamental no atendimento a gestante de baixo risco na ESF, pois é o responsável pela maior parte das seis consultas preconizadas pelo MS (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013; OLIVEIRA, 2012). Nesse estudo 97,1% dos entrevistados referiam o enfermeiro como o responsável pela primeira consulta de pré-natal, semelhante ao encontrado no interior do Mato Grosso do Sul (SCHMEING, 2012).

Nas unidades visitadas, o ACS era o responsável pela marcação da primeira consulta e pela busca ativa de faltosas através da visita domiciliar. Essa é uma importante ferramenta para garantir atenção integral na ESF, investigando as demandas da população e aproximando o serviço de saúde dos usuários (ALBUQUERQUE e BOSI, 2009; FILGUEIRA e SILVA, 2011; KEBIAN e ACIOLI, 2011; BRASIL, 2013).

As ações educativas integram o processo de trabalho na Atenção Básica e devem ser realizadas por todos os membros da equipe de saúde. Os grupos de gestante são importantes estratégias para promoção da saúde, reduzem as intercorrências durante a gravidez, elevam as chances de maior sucesso na amamentação, além de amenizar as inseguranças relacionadas à gestação e puerpério (BRASIL, 2012; GUERREIRO et al., 2014; PIO e OLIVEIRA, 2014).

Contudo, foi observado pequeno número de USF que possuíam grupos constituídos e em funcionamento, semelhante ao encontrado em outro estudo realizado no Recife (CARVALHO e ARAÚJO, 2007).

A imunização da gestante é uma das atividades programáticas da assistência pré-natal, o estado vacinal deve ser avaliado tanto na primeira consulta quanto nas subsequentes. Entre as vacinas de rotina no pré-natal, a antitetânica e a contra influenza foram recomendadas com maior e menor frequência, respectivamente, pelos entrevistados. Isso pode estar relacionado ao fato de que a primeira é mais antiga no calendário vacinal da gestante, e compõe um dos itens para avaliação da adequação do pré-natal proposto pela PHPN (BRASIL, 2002). Consta na literatura que a probabilidade de adesão da gestante às vacinas é maior quando são recomendadas por um profissional de saúde (KFOURI e RICHTMANN, 2013).

Tão importante quanto orientar a vacinação é garantir a qualidade dos imunobiológicos. Na observação das salas de vacina constatou-se que nem todas dispunham de todos os equipamentos para o armazenamento e conservação das mesmas. O termômetro na caixa térmica de poliuretano foi o equipamento menos encontrado, semelhante aos achados de uma investigação anterior em unidades básicas de saúde do Recife (MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2010).

O MS recomenda a realização de exames complementares na rotina de pré-natal, devendo ser solicitados na primeira consulta e no início do terceiro trimestre gestacional. Nesse estudo, houve redução na solicitação de todos os exames do final da gravidez em relação aos do início, principalmente a sorologia para hepatite B, o VDRL e o anti-HIV. Ainda assim, a frequência de solicitação dos dois últimos, mostraram-se superiores às encontrados em outras investigações (LIMA; COSTA; DOURADO, 2008; DOMINGUES et al., 2012; FERNANDES et al., 2014; MARTINELLI et al., 2014; DOMINGUES et al., 2015). Isso pode estar relacionado ao fato de que o estudo foi realizado apenas com profissionais de saúde e que a realidade prática pode ser diferente do que foi respondido na entrevista.

Uma avaliação do pré-natal no Rio de Janeiro identificou discordâncias acerca da solicitação de exames para sífilis e HIV. Enquanto 100% dos pré-natalistas afirmavam solicitá-los na primeira consulta, o cartão de pré-natal e o relato das gestantes atendidas por esses profissionais apontavam percentuais inferiores. Diferença ainda maior no que tange a solicitação do segundo VDRL, em que 95% dos profissionais afirmavam solicitar, 59% das mulheres confirmavam a

solicitação e apenas 35% tinham o registro no cartão (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012).

A infecção do trato urinário é a intercorrência clínica mais prevalente entre gestantes, decorre das alterações anatomo-fisiológicas próprias da gravidez e importante causa de internações durante a gestação (ANDREUCCI et al., 2011). Pode ocasionar trabalho de parto prematuro, ruptura precoce de membrana amniótica e até mesmo o óbito perinatal.

O diagnóstico é imprescindível para a prevenção de complicações, para tal é necessária associação entre o sumário de urina e a urocultura, este último para confirmação do resultado e rastreamento da bacteriúria assintomática (DUARTE et al., 2008). Apesar dessa recomendação, no estudo em tela foi verificada frequência reduzida na solicitação de urocultura tanto no início quanto no final da gestação.

Um entrave para o diagnóstico da sífilis em gestante e outros agravos no período pré-natal, é a demora no retorno dos resultados dos exames, também referido por outros estudos (SILVA, 2010; MACÊDO, 2015). Conhecer os resultados dos exames em tempo hábil é fundamental para a aplicação dos protocolos disponíveis e na prevenção de complicações perinatais. O TR de sífilis constitui importante ferramenta para agilizar o rastreamento da infecção. Entretanto apenas 17% das USF dispunham desse insumo, esse déficit pode estar ligado a problemas na compra e distribuição dos kits de TR na época da coleta de dados.

Quanto à experiência dos profissionais no manejo de casos de sífilis na gestação ocorreu uma discrepância entre o percentual de profissionais que recebeu exame de sífilis positivo e o que prescreveu tratamento. Apesar dos enfermeiros receberem mais exames positivos, encaminhavam as gestantes com sífilis para o médico afim de que esse apenas prescrevesse o tratamento. Esse comportamento também foi observado no Rio Grande do Norte, onde os motivos para o encaminhamento eram: o entendimento da prescrição como um procedimento de exclusividade médica, restrições do Conselho Regional de Enfermagem, a inexistência de um protocolo municipal e a insegurança do profissional (DANTAS, 2008).

A penicilina G benzatina, droga de escolha para o tratamento da sífilis gestacional, foi encontrada em pouco mais da metade das USF visitadas, é provável que isso decorra da falta do medicamento no país na época da coleta de dados.

Apesar da recomendação de sua administração em todas as unidades de Atenção Primária a Saúde, em mais de 20% das USF o procedimento não era realizado e o principal motivo alegado foi o receio de possíveis reações anafiláticas, que pode estar relacionado à fragilidade da formação técnica dos profissionais no manejo dessas emergências (GRUMACH et al., 2007).

Se a USF não administra a medicação, as gestantes muitas vezes são encaminhadas para fazer o tratamento em serviços de maior complexidade, como hospitais e prontos-socorros, isso representa uma grande limitação para o controle e acompanhamento do tratamento pela equipe que presta a assistência pré-natal, aumentando a chance de abandono e dos riscos da transmissão vertical da doença (UNICEF, 2008; SCHMEING, 2012; ARAÚJO et al.2014).

Outro entrave ao tratamento é que os serviços de maior complexidade nem sempre estão preparados para o tratamento da sífilis, não havendo um fluxo específico para essa população. Em geral estão superlotados, com longas filas de espera e nem sempre aceitam as prescrições da Atenção Básica. A dificuldade de acesso também é outra questão que merece ser discutida, em geral as USF são próximas aos domicílios da população assistida, o que nem sempre acontece com serviços mais complexos, para onde são encaminhados para o tratamento, demandando despesas com transporte entre outras (ROCHA, 2014).

O MS determina que todas as informações acerca do pré-natal sejam registradas no prontuário e no cartão da gestante, essa normatização foi cumprida por 59,1% dos entrevistados no que se refere ao registro do tratamento da sífilis. Estudo anterior demonstrou diferenças entre as anotações no cartão e o prontuário da USF, sugerindo haver priorização de determinadas informações para cada um dos instrumentos (POLGLIANI; SANTOS NETO; ZANDONADE,2014).

Ainda persiste a resistência dos profissionais em registrar a mesma informação em dois locais diferentes, 35,9% dos profissionais faziam o registro do tratamento exclusivamente no prontuário da gestante, evidenciando subutilização do cartão de pré-natal. O cartão precisa ser reconhecido como um instrumento de comunicação entre os diferentes níveis de atenção, inclusive o não registro coloca em questionamento a qualidade da assistência pré-natal ofertada à mulher (BARRETO e ALBUQUERQUE, 2012; SANTOS NETO et al., 2012).

O uso de preservativo deve ser recomendado a todas as gestantes, sobretudo àquelas com sífilis gestacional durante e após o tratamento para prevenir a

reinfecção. Tem sido demonstrada baixa adesão ao uso de preservativo e as dificuldades mais comuns para adesão são: a percepção de que em um relacionamento estável não é necessário o seu uso, devido à relação de confiança; o mito de que reduz a sensibilidade; e a dificuldade de negociação entre a mulher e seu parceiro (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011; GUEDES et al., 2012; ANDRADE et al., 2015).

Em relação à disponibilidade dos preservativos, o feminino foi encontrado em menor número de unidades do que o masculino. O preservativo feminino oferece maior autonomia e segurança às mulheres, constituindo uma alternativa para aumentar a adesão ao preservativo entre casais em que o homem é resistente ao uso (OLIVEIRA, 2008).

A notificação da sífilis em gestante foi referida por mais de 90% dos entrevistados como responsabilidade do profissional que identificou o caso. Diferente do encontrado no Rio de Janeiro, em que somente 59,8% dos pré-natalistas preenchem a ficha de notificação (DOMINGUES et al., 2013).

A notificação dos casos de sífilis em gestante no Sinan ainda encontra-se aquém do esperado, estudos têm demonstrado que somente 23,9% a 66,7% dos casos são notificados (DOMINGUES et al., 2013; RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014). Além da baixa cobertura do sistema, o preenchimento incompleto da ficha de notificação compromete a qualidade dos dados, dificultando a análise da situação epidemiológica local, tão relevante para o planejamento de ações para enfrentamento do agravo.

O tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis é tão importante quanto o tratamento da mulher, pois uma reinfecção pode perpetuar a doença e culminar na infecção do feto. A principal estratégia de abordagem do parceiro da gestante com sífilis apontada na pesquisa em tela já foi demonstrada por Saraceni e Leal em 2003 como falha e não suficiente para o sucesso no tratamento. Em Recife, estudo encontrou que pouco mais de 50% dos parceiros tinha realizado tratamento, e desses menos de 30% receberam tratamento classificado como adequado para sífilis (MACÊDO, 2015).

Alguns aspectos envolvidos na dificuldade do tratamento dos parceiros são: a cultura machista de que homem não adoece e que a procura dos serviços de saúde é “coisa de mulher”; o não reconhecimento da USF como um local de cuidado a saúde do homem; o horário de funcionamento das unidades, geralmente o mesmo

em que os homens estão trabalhando; a demora para o atendimento; e o não considerar-se doente, já que a sífilis não causa dor e os sintomas desaparecem rapidamente (ROCHA, 2014).

O controle da SC requer um maior comprometimento e capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Primária, uma vez que é nesse nível de assistência que se dá o primeiro contato da gestante com o serviço e, por vezes, constitui a única oportunidade da testagem para sífilis. O conhecimento específico sobre a sífilis na gestação pode qualificar a assistência prestada às mulheres, o acesso aos manuais técnicos sobre prevenção da sífilis congênita e a participação em treinamentos pode estar associados ao tratamento adequado das gestantes (DOMINGUES, 2011).

O processo de educação permanente constitui importante estratégia para organizar o trabalho em equipe, atualizar as condutas da prática clínica e qualificar o atendimento aos usuários (PAULINO et al., 2012). Todavia, devem ser evitados modelos de educação verticalizados e priorizar atividades contextualizadas à realidade do trabalho, propiciando a problematização e reflexão crítica (PEDUZZI et al., 2009; SILVA et al., 2010).

A consulta a protocolos, como por exemplo, o Caderno de Atenção Básica de Pré-natal de Baixo Risco e o manual do Ministério da Saúde parece não estar bem incorporada, pois só foi encontrado em 76,1% das USF. Esse manual além das informações e direcionamentos para as consultas de pré-natal, trás também conteúdo relacionado ao diagnóstico e tratamento da sífilis.

Entre o instrumental mínimo para exame físico da gestante, o estetoscópio de Pinard foi o menos encontrado nas unidades, provavelmente estão sendo substituídos pelo sonar doppler, encontrado com maior frequência. O manual de pré-natal de baixo risco se refere aos dois instrumentos para a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, a diferença é apenas a idade gestacional em que os batimentos são detectáveis, pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas (BRASIL, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo apontam as fragilidades e potencialidades da assistência pré-natal na Estratégia de Saúde da Família para a prevenção, diagnóstico, manejo e acompanhamento da sífilis gestacional no Recife. Contudo, verificou-se que as dificuldades atingem não somente os aspectos relativos à doença, mas também a assistência pré-natal como um todo.

O perfil dos entrevistados demonstrou que a maior parte atua na ESF há 10 anos ou mais, esse período de tempo seria suficiente para a familiaridade com os protocolos de atendimento aos usuários, especialmente as gestantes, contudo na maioria dos casos não foi o observado nessa investigação.

A solicitação de exames ainda não se encontra totalmente inclusa na rotina das unidades, pois nenhum dos exames preconizados foi referido por 100% dos entrevistados e verificou-se redução na frequência de solicitação entre o exame de primeira consulta e o de terceiro trimestre gestacional. O mesmo aconteceu com os exames para rastreamento e diagnóstico da sífilis, com o agravante que menos de 20% das USF visitadas dispunham do teste rápido.

O tempo de retorno dos resultados dos exames superior a 15 dias é fator limitante para a agilidade na condução de complicações durante a gravidez, como por exemplo, a sífilis, pois reduz o tempo disponível para o tratamento, o que pode ser decisivo para adequação do tratamento da mulher e seu(s) parceiro(s), prevenindo a transmissão vertical da doença. Logo, deve ser criado um fluxo específico para o monitoramento do VDRL de gestantes e parceiros sexuais, a fim de reduzir o tempo de espera pelo resultado.

A droga mais prescrita para o tratamento foi a penicilina benzatina em esquema para sífilis terciária. Embora a literatura reporte as reações anafiláticas como evento raro, algumas USF não administravam o fármaco em suas dependências pelo medo dessas reações. Apenas 60% dos entrevistados registravam o tratamento da mulher no prontuário e cartão da gestante, como o recomendado. É necessário conscientizar os profissionais sobre a importância do cartão, como forma de comunicação entre os níveis de atenção, haja vista que o profissional que faz o atendimento pré-natal não é o mesmo que realizará o parto na maternidade.

A convocação dos parceiros de gestante com sífilis para ir a USF é falha, pois é reconhecida a resistência dos homens a comparecer aos serviços de saúde. O

pré-natal do homem é uma ferramenta para aproximar o serviço a essa população, através da inclusão do parceiro da gestante em todas as consultas para que acompanhe o desenvolvimento da gravidez e também realize um conjunto de exames durante o pré-natal da parceira, incluindo os exames para sífilis.

A participação em treinamentos e o acesso ao manual sobre prevenção da sífilis congênita podem contribuir para a melhor assistência e condução dos casos, contudo, ainda havia profissionais sem acesso a esses dispositivos. A realização de capacitações periódicas adequadas à realidade dos serviços é importante para que os profissionais reconheçam a magnitude do agravo, para a adesão aos protocolos e a valorização dos profissionais de saúde como parte ativa no processo de combate a cadeia epidemiológica da sífilis.

O baixo percentual de profissionais capacitados para o teste rápido é outro fator limitante para a operacionalização da proposta do MS de rastrear a infecção em gestantes através desse exame, pois segundo a Portaria GM/MS 3242/2011 apenas os profissionais capacitados para a execução da técnica e aconselhamento podem empregá-lo.

Sugere-se a realização de mais avaliações da assistência pré-natal que contemplem a observação de consultas de pré-natal, análise dos registros nos cartões e/ou prontuários de gestantes atendidas na USF e entrevista com as mulheres assistidas, para verificar se as respostas fornecidas pelos enfermeiros e médicos são de fato implementadas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE,A.B.B.; BOSI,M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.5, p.1103-1112, 2009.

ANDRADE,S.S.C.; ZACCAA,A.A.L.; LEITE,K.N.S.; BRITO,K.K.G.; SOARES,J.G.O.; COSTA,M.M.L.; PINHEIRO,A.K.B.; OLIVEIRA,S.H.S. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.3, p.364-372, 2015.

ANDREUCCI,C.B.; CECATTI,J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1053-1064, 2011.

ANDREUCCI,C.B.; CECATTI,J.G.; MACCHETTI,C.E.; SOUSA,M.H. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.5, p.854-863, 2011.

ANVERSA,E.T.R.; BASTOS,G.A.N.; NUNES,L.N.; PIZZOL,T.S. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789-800, 2012.

ARAÚJO,C.L.; SHIMIZUL,H.E.; SOUSA,A.I.A.; HAMANN,E.M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.3, p.479-486, 2012.

ARAÚJO,M.A.L.; BARROS,V.L.; MOURA,H.J.; ROCHA,A.F.B.; GUANABARA,M.A.O. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.22, n.3, p.300-306, 2014.

ARAÚJO, M.A.L.; SILVA, D.M.A.; SILVA, R.M.; GONÇALVES, M.L.C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.11, p.4-9, 2008.

BARROS,F.C.; BHUTTA,Z.A.; BATRA,M.; HANSEN,T.N.; VICTORA,C.G.; RUBENS,C,E. Global report on preterm and stillbirth: evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.10, s.11, 2010.

BLENCOWE,H., COUSENS,S.; KAMB,M.; BERMAN,S.; LAWN,J.E. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, v.11, s.3, 2011.

BARRETO,F.D.F.P.; ALBUQUERQUE,R.M. Discrepâncias entre o informe verbal e os registros no cartão da gestante, um instrumento negligenciado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.6, p. 259-267, 2012.

BARROS,V.L. **Prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará: uma avaliação de estrutura e processo** [Dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza; Fortaleza, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3242, de 30 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico- Sífilis/Ministério da Saúde**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita - manual de bolso**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão vertical do HIV e Sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília, 2014.

BRITO,E.S.V.; JESUS,S.B.; SILVA,M.R.F. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.12, n.1, p.62-71, 2009.

CAMERON,C.E.; LUKEHART,S.A. Current Status of Syphilis Vaccine Development: Need, Challenges, Prospects. **Vaccine**, v.32, n.14, p.1602-1609, 2014.

CAMPOS,A.L.A.; ARAÚJO,M.A.L.; MELO,S.P.; ANDRADE,R.F.V.; GONÇALVES,M.L.C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.9, p.397-402, 2012.

CAMPOS,A.L.A.; ARAÚJO,M.A.L.; MELO,S.P.; GONÇALVES,M.L.C. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1747-1755, 2010.

CARVALHO,I.S.; BRITO,R.S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.2, p.287-294, 2014.

CARVALHO,V.C.P.; ARAÚJO,T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.7, n.3, p.309-317, 2007.

CONTADRIOPOULOS,A.P.; CHAMPAGNE,F.; DENIS,J.L.; PINEAULT,R.A. avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos.programas. In: Hartz, Z.M. A, organizador. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**, p.29-47, 1997. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2016.

COSTA,C.C.; FREITAS,L.V.; SOUSA,D.M.N.; OLIVEIRA,L.L.; CHAGAS,A.C.M.A.; LOPES,M.V.O; DAMASCENO,A.K.C. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.152-159, 2013.

COSTA,S.M.; PRADO,M.C.M.; ANDRADE,T.N.; ARAÚJO,E.P.P.; SILVA-JUNIOR,W.S.; GOMES-FILHO,Z.C.; RODRIGUES,C.A.Q. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.27, p.90-96, 2013.

DANTAS,J.C. **Condutas de profissionais que realizam a consulta pré-natal na Estratégia de Saúde da Família quanto à detecção, tratamento e acompanhamento da gestante com sífilis** [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Natal, 2008.

DOMINGUES,R.M.S.M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV** [Tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2011.

DOMINGUES,R.M.S.M.; SZWARCOWALD,C.L.; SOUZA JUNIOR,P.R.B.; LEAL,M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES,R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro,Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.3, p.425-437, 2012.

DOMINGUES,R.M.S.M.; HARTZ,Z.M.A.; LEAL,M.C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro,Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**,v.12, n.3, p.269-280, 2012.

DOMINGUES,R.M.S.; LAURIA,L.M.; SARACENI,V.; LEAL,M.C. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1341-1351, 2013.

DOMINGUES,R.M.S.; SARACENI,V.; HARTZ,Z.M.A.; LEAL,M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.1, p.147-157, 2013.

DOMINGUES,R.M.S.M.; VIELLAS,E.F; DIAS,M.A.B.; TORRES,J.A.; THEME-FILHA,M.M.; GAMA,S.G.N.; LEAL,M.C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.37, n.3, p.140-147, 2015.

DONALÍSIO,M.R.; FREIRE,J.B.; MENDES,E.T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade

do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.3, p.165-173,2007.

DUARTE,G. Sífilis e gravidez...e a história continua!. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.2, p.49-51, 2012.

DUARTE,S.J.H.; MAMEDE,M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y enfermería**, v.19, n.1, p.117-129, 2013.

DUARTE,G.; MARCOLIN,A.C.; QUINTANA,S.M.; CAVALLI,R.C. Infecção urinária na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.2, p.93-100, 2008.

FERNANDES,H.D.; ARAÚJO,E.C.; NEVES,D.C.O.; RIBEIRO,K.T.S. Prevalência de HIV e sífilis em parturientes atendidas em uma maternidade de referência na cidade de Marabá – Pará. **Revista Paraense de Medicina**, v.28, n.3, p.55-62, 2014.

FERNANDES,R.F.M.; MEINCKE,S.M.K.; THUMÉ,E.; SOARES,M.C.; CARRARO,T.E. Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.24, n.1, p.80-86, 2015.

FERRARI,R.A.P.; THOMSON,Z.; MELCHIOR,R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros,Londrina, Paraná. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 26, n. 2, p.101-108, 2005.

FIGUEIRÓ-FILHO,E.A.; FREIRE,S.S.A; SOUZA,B.A.; AGUENA,G.S.; MAEDO,C.M. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.24, n.1, p.32-37, 2012.

FIGUEIRÓ-FILHO,E.A.; GARDENAL,R.V.C.; ASSUNÇÃO,L.A.; COSTA,G.R.; CARLOS RENATO L PERIOTTO,C.R.L.; VEDOVATTE,C.A.; , LEONARDO R POZZOBON,L.R. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de Campo Grande – MS. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, n.3, p.139-143, 2007.

FILGUEIRA,A.S.; SILVA,A.L.A. Agente Comunitário de Saúde um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.899-915, 2011.

GOMES,R.M.T.; CÉSAR,J.A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, n.27, p.80-89, 2013.

GOMES,S.F. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife-**

PE [Dissertação]. Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco; Recife, 2013.

GOMEZ, G.B.; NEWMAN,L.M.; MARK,J.; BROUTET,N.; HAWKES,S.J. Untreat maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ**, v. 91, p.217-226, 2013.

GONÇALVES,C.V.; COSTA,J.S.D; DUARTE,G.; MARCOLIN,A.C.; LIMA,G.G.; BIANCHI,M.S.; SAKAI,A.F. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas,da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.3, p.290-295, 2009.

GRANJEIRO,G.R.; DIÓGENES,M.A.R.; MOURA,E.R.F. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.105-111, 2008.

GRUMACH,A.S.; MATIDA,L.H.; HEUKELBACH,J.; COELHO,H.L.L.; RAMOS JUNIOR,A.N. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, n.3-4, p.120-127,2007.

GUARDA,F.R.B.; TAVARES,R.A.W.; SILVA,R.N. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v.3, n.2, p.17-24, 2012.

GUEDES,H.M.; CABRAL,L.O.C.; COSTA,M.V.B.; REIS,A.F.; PEREIRA,S.G.; FERREIRA,F.O. Comportamentos de risco frente ao vírus da imunodeficiência humana entre frequentadores de motéis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.3, 2012.

GUERREIRO,E.M.; RODRIGUES,D.P.; QUEIROZ,A.B.A.; FERREIRA,M.A. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal:sentidos atribuídos por púerperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.1, p.13-21, 2014.

KEBIAN,L.V.A.; ACIOLI,S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v.19, n.3, p.403-409, 2011.

KFOURI,R.A.; RICHTMANN,R. Vacinação contra o vírus influenza em gestantes:cobertura da vacinação e fatores associados. **Einstein**, v.11, n.1, p.53-57, 2013.

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.478-487, 2012.

LAUTENSCHLAGER, S. Diagnosis of syphilis: clinical and laboratory problems. **Journal of the German Society of Dermatology**. v.4, n.12, p.1058-1075, 2006.

LEAL,M.C.; THEME-FILHA,M.M.; MOURA,E.C.; CECATTI,J.G.; SANTOS,L.M.P. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil, 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.15, n.1, p.91-104, 2015.

LENTSCK,M.H; KLUTHCOVSKY,A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY,F.A. Avaliação do Programa de Saúde da Família: uma revisão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15,s.3, p.3455-3466, 2010.

LIMA,B.G.C.; COSTA,M.C.N.; DOURADO,M.I.C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.17, n.2, p.125-127, 2008.

LIMA,M.G.; SANTOS,R.J.F.R; BARBOSA,G.J.A.; RIBEIRO,G.S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p. 499-506, 2013.

LOPES,M.H. **Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá** [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2010.

MACÊDO,V.C.; BEZERRA,A.F.B.; FRIAS,P.G.; ANDRADE,C.L.T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.8, 2009.

MACÊDO,V.C. **Sífilis gestacional:fatores de risco sociodemográficos, comportamentais e assistenciais** [Tese]. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco; Recife, 2015.

MAIA,M.G.; SANTOS,J.L.S.; BEZERRA,M.L.R.; SANTOS-NETO,M.; SANTOS,L.H.; SANTOS,F.S. Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade pública. **Journal of Management and Primary Health Care**, v.5, n.1, p.40-47, 2014.

MAGALHÃES,D.M.S.; KAWAGUCHI,I.A.L.; DIAS,A.; CALDERON,I.M.P. Sífilis materna e congênita:ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1109-1120, 2013.

MARQUIA,B.T; JAHN,A.C.; RESTA,D.G.; COLOMÉ,I.C.S.; ROSA,N.; ZANON,T.Characterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.4, p.956-961, 2010.

MARTINELLI,K.G.; SANTOS NETO,E.T.; GAMA,S.G.N.; OLIVEIRA,A.E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa

de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.36, n.2, p.56-64, 2014.

MARTÍ-PASTOR,M.; OLALLA,P.G; BARBERÁ,M.;MANZARDO,C.;OCAÑA,I.; KNOBEL,H.; GURGUÍ,M.; HUMET,V.; VALL,M.; RIBERA,E.; VILLAR,J.; MARTÍN,G.; SAMBEAT,M.A.; MARCO,A.; VIVES,A.; ALSINA,M.;MIRÓ,J.M.; CAYLÀ,J.A. Epidemiology of infections by HIV, Syphilis, Gonorrhea and Lymphogranuloma Venereum in Barcelona City: a population-based incidence study. **BMC Public Health**, v.15, n.1015, p.1-8, 2015.

MAVENYENGWA,R.T.; MUKESI,M.; CHIPARE,I.; SHOOMBE,E. Prevalence of human Immunodeficiency virus, syphilis, hepatitis B and C in blood donations in Namibia. **BMC Public Health**,v.14, n.424, p.1-7,2014.

MELO,G.K.M.; OLIVEIRA,J.V.;ANDRADE,M.S. Aspectos relacionados à conservação de vacinas nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife – Pernambuco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.19, n.1, p.25-32, 2010.

MELO, N.G.D.O.; MELO FILHO,D.A.M.; FERREIRA,L.O.C. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife,Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.2, p.213-222, 2011.

MURICY,C.L.; PINTO JÚNIOR,V.L. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**,v.48, n.2, p.216-219, 2015.

NADAL, S.R.; FRAMIL, V.M.S. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 27, p.479-482, 2007.

NASCIMENTO,M.I.; CUNHA,A.A.; GUIMARÃES,E.V.; ALVAREZ,F.S.; OLIVEIRA,S.R.S.M.; BÔAS,E.L.V. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.2, p.56-62, 2012.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G.; SAY, L.; SEUC, A.; BROUTET, N. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **PLOS Medicine**, v.10, p.e 1001396, 2013.

OLIVEIRA,L.R.;; COSTA,M.C.N.; BARRETO,F.R.;PEREIRA,S.M.; DOURADO,I.; TEIXEIRA,M.G. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.47, n.3, p.334-340, 2014.

OLIVEIRA,N.S.; MOURA,E.R.F.; GUEDES,T.G.; ALMEIDA,P.C. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.1, p.107-116, 2008.

OLIVEIRA,R.L.A. **Avaliação da assistência pré-natal no município de Botucatu – SP na perspectiva dos diferentes modelos de atenção básica** [Dissertação].Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; Botucatu, 2012.

OPAS. **Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita**/Organização Pan Americana de Saúde Washington, D.C., 2010.

OPAS. **Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en La Región de las Américas/ Organizacion Panamericana de la Salud.** Washington, D.C., 2012.

PARIS,G.F.; PELLOSO,S.M.; MARTINS,P.M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.35, n.10, p.447-452, 2013.

PAULINO,V.C.P.; BEZERRA,A.L.Q.; BRANQUINHO,N.C.S.S.; PARANAGUÁ,T.T.B. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem UERJ**, v.20, n.3, p.312-316, 2012.

PEDUZZI,M.; GUERRA,D.A.; BRAGA,C.P.; LUCENA,F.S.; SILVA,J.A.M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface- comunicação, saúde, educação**, v.13, n.20, p.121-134, 2009.

PEREIRA,B.F.B.; MARTINS,M.A.S.; BARBOSA,T.L.A.; SILVA,C.S.O.; GOMES,L.M.X. Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1745-1752, 2013.

PINTO,E.S.G.; MENEZES,R.M.P.; VILLA,T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.3, p.657-664, 2010.

PIO,D.A.M.; OLIVEIRA,M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.1, p.313-324, 2014.

POLGLIANE,R.B.S.; LEAL,M.C.; AMORIM,M.H.C.; ZANDONADE,E.; SANTOS-NETO,E.T. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.7, p.1999-2010, 2014.

POLGLIANI,R.B.S.; SANTOS NETO,E.T.; ZANDONADE,E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.36, n.6, p.269-275, 2014.

RAMIANDRISOA,J.; AUBERT,L.; LESPINE,E.B.; ALESSANDRI,J.L.; ROBILLARD,P.Y.; BERTSCH,M.; GALLAY,A.; GOULET,V.; D'ORTENZIO,E.

Congenital Syphilis, Réunion Island, 2010. **Emerging Infectious Diseases**, v.17, n.11, p.2082-2083, 2011.

RAMOS,V.M.; FIGUEIREDO,E.N.; SUCCI,R.C.M. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, n.4, p.887-898, 2014.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Recife, 2014.

RIBEIRO,E.R.O.; GUIMARÃES,A.M.D.N.; BETTIOL,H.; LIMA, D.D.F.; ALMEIDA,M.L.D.; SOUZA,L.; SILVA,A.A.M.; GURGEL,R.Q. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.9, n.31, 2009.

RIBEIRO,K.C.; SILVA,J.; SALDANHA,A.A.W. Querer é poder? A ausência do uso do preservativo nos relatos de mulheres jovens. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.23, n.2, p.84-89, 2011.

ROCHA,A.F.B. **Aspectos que dificultam o tratamento do parceiro sexual de gestantes com sífilis em Fortaleza, Ceará** [Dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza; Fortaleza, 2014.

RODRIGUES,C.S.; GUIMARÃES,M.D.C.; CÉSAR,C.C. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.851-858, 2008.

SANTOS,I.S; VICTORA,C.G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, sup.337-341, 2004.

SANTOS NETO, E.T.; OLIVEIRA,A.E.; ZANDONADE,E.; GAMA,S.G.N.; LEAL,M.C. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.9, p.1650-1662, 2012.

SANTOS,N.P.; CASTRO,B.G.; RIOS-GRASSI,M.F. Aplicação do protocolo do "Projeto Nascer Maternidades" em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.9, n.1, p.69-76, 2009.

SARACENI,V.; DOMINGUES,R.M.S.M.; VELLOZO,V.; LAURIA,L.M.; DIAS,M.A.B.; RATTO,K.M.N.; DUROVNI,B. Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n.2, p.103-111, 2007.

SARACENI,V.; LEAL,M.C. Avaliação das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal no município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1341-1349, 2003.

SARACENI,V.; MIRANDA,A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.

SCHMEING,L.M.B. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambaí/MS: conhecimento e prática de profissionais** [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro, 2012.

SERAFIM,A.S.; MORETTI,G.P.; SERAFIM,G.S.; NIERO,C.V.; ROSA,I.; PIRES,M.M.S.; SIMÕES,P.W.T.A. Incidence of congenital syphilis in the South Region of Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.47, n.2, p.170-178, 2014.

SILVA,D.M.A.; ARAÚJO,M.A.L.; SILVA,R.M.; ANDRADE,R.F.V.; MOURA,H.J.; ESTEVES,A.B.B. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.23, n.2, p.278-285, 2014.

SILVA,D.M.A. **Conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza – CE** [Dissertação]. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza; Fortaleza, 2010.

SILVA,A.C.L.A.; VILLAR,M.A.M.; CARDOSO,M.H.C.A.; WUILLAUME,S.M. A Estratégia Saúde da Família: motivação,preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.1, p.159-169, 2010.

SOUZA,B.C.; BERNARDO,A.R.C.; SANTANA,L.C. Papel do Enfermeiro no pré-natal realizado no Programa de Saúde da Família – PSF. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v.2, n.1, p.83-94, 2013.

SOUZA, J.P. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.33, p.273-279, 2011.

SZWARCWALD,C.L.; BARBOSA JUNIOR,A.B.; MIRANDA,A.E.; PAZ,L.C. Resultados do Estudo Sentinela-Parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3, p. 128-133, 2007.

TAYRA, A.; MATIDA, L.H.; SARACENI, V.; PAZ, L.C.; RAMOS JÚNIOR, A.N. Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de caso. **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, p. 111-119, 2007.

TOMASI,E.; FACCHINI,L.A.; PICCINI,R.X.; THUMÉ,E.; SILVEIRA,D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES,M.A.; PANIZ,V.V.; TEIXEIRA,V.A. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, supl.1, p.193-201, 2008.

TUCKER,J.D.; BU,JIN; BROWN,L.B.; YIN,Y.; CHEN, X.; COHEN,M.S. Accelerating worldwide syphilis screening through rapid testing: a systematic review. **The Lancet**, v.10, n.6, 2010.

UNICEF. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis no seu município**. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2008.

VIDAL,S.A.; SAMICO,I.C.; FRIAS,P.G.; HARTZ,Z.M.A. Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.3, p.467-474, 2011.

VIELLAS,E.F.; DOMINGUES,R.M.S.M.; DIAS,M.A.B.; GAMA,S.G.N.; THEME FILHA,M.M.; COSTA,J.V.; BASTOS,M.H.; LEAL,M.C. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, supl.2, p.85-100, 2014.

VILARINHO,L.M.; NOGUEIRA,L.T.; NAGAHAMA,E.E.I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.16, n.2, p.312-319, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems**. 2012. Geneva: WHO; 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en>>. Acesso em: 20 jan.2016.

YANG,L.; TUCKER,J.D.; YANG,B.; SHEN,S.; SUN,X.; CHEN,Y.; CHEN,X. Primary syphilis cases in Guangdong Province 1995-2008: Opportunities for linking syphilis control and regional development. **BMC Public Health**, v.10, n.793, p.1-7, 2010.

ZANETTI,T.G.; SAND,I.C.P.V; GIRARDON-PERLINI,N.M.O.; KOPF,A.W.; ABREU,P.B. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de Equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.9, n.3, p.448-455, 2010.

APÊNDICE A- Instrumento utilizado no estudo com médicos



UNIDADE DE SAÚDE: _____

DS: _____

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE E VALIDAÇÃO DA NOVA PROPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA TRIAGEM E DIAGNÓSTICO EM GESTANTES

**ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE
SAÚDE
MÉDICO**

APOIO:

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO
CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPq

FUNDAÇÃO DE AMPARO À CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DO ESTADO DE PERNAMBUCO - FACEPE

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
TROPICAL

<p>13. Como é feita a captação das gestantes para o início do atendimento pré-natal? (NÃO ler, se for o caso assinale mais de uma alternativa)</p> <p>1. () Através de visita domiciliar de enfermeiro ou médico 2. () A gestante procura espontaneamente a unidade 3. () O ACS faz a marcação da consulta 4. () Através de atividades educativas de grupo 5. () Não sei informar 6. () Outro _____</p>	<input type="checkbox"/> CAPPN1 <input type="checkbox"/> CAPPN2 <input type="checkbox"/> CAPPN3 <input type="checkbox"/> CAPPN4
<p>14. Você costuma avaliar o estado vacinal das gestantes no atendimento pré-natal? (Se NÃO, vá para questão 16).</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> ESTVAC
<p>15. Quais as vacinas que você indica na rotina de pré-natal? (NÃO ler as alternativas, assinale todas que o profissional referir)</p> <p>() Hepatite B</p> <p>() dT adulto () Influenza () dTpa () Outra _____</p>	<input type="checkbox"/> HEPB <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> INFL <input type="checkbox"/> DTPA <input type="checkbox"/> OUT
<p>16. Você solicita exames na primeira consulta de pré-natal? (Se NÃO, vá para questão 22)</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> EXCON1
<p>17. Quais exames você solicita na primeira consulta de pré-natal?</p> <p>() Hemograma () Glicemia em jejum () Tipagem sanguínea e fator Rh () Coombs indireto (se Rh negativo) () Teste rápido de Sífilis () VDRL/RPR () Teste rápido anti-HIV () Sorologia para HIV () Sorologia para Hepatite B (HBsAg) () Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM) () Sumário de Urina () Urocultura () Parasitológico de Fezes () Exame de secreção vaginal () Citopatológico de colo de útero (se necessário) () Ultrassonografia Obstétrica () Outros _____</p>	<input type="checkbox"/> HEM1 <input type="checkbox"/> GLI1 <input type="checkbox"/> TPSAN1 <input type="checkbox"/> COOMBS1 <input type="checkbox"/> TRSF1 <input type="checkbox"/> VDRL1 <input type="checkbox"/> TRHIV1 <input type="checkbox"/> HIV1 <input type="checkbox"/> HBSAG1 <input type="checkbox"/> TOXO1 <input type="checkbox"/> URINA1 <input type="checkbox"/> UROCU1 <input type="checkbox"/> FEZES1 <input type="checkbox"/> SEVAG1 <input type="checkbox"/> CITUT1 <input type="checkbox"/> USG1 <input type="checkbox"/> OUT1
<p>18. Você repete a solicitação de algum exame durante a gestação? (Se NÃO, vá para questão 21)</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> REPEXA

<p>19. Se SIM, quais os exames que costuma solicitar?</p> <p>() Hemograma () Glicemia em jejum () Teste de Tolerância a glicose (TTG, se fator de risco para diabetes) () Coombs indireto, se Rh negativo () VDRL () Sorologia para HIV () Sorologia para Hepatite B (HBsAg) () Sorologia para Toxoplasmose (se IgG não for reagente) () Sumario de urina () Urocultura () Bacterioscopia de secreção vaginal () Outros _____</p>	<input type="checkbox"/> HEM2 <input type="checkbox"/> GLI2 <input type="checkbox"/> TTG <input type="checkbox"/> COOMBS2 <input type="checkbox"/> VDRL2 <input type="checkbox"/> HIV2 <input type="checkbox"/> HBSAG2 <input type="checkbox"/> TOXO2 <input type="checkbox"/> URINA2 <input type="checkbox"/> UROCU2 <input type="checkbox"/> BACVAGI <input type="checkbox"/> OUT2
<p>20. Por volta de que semana gestacional você solicita a repetição desses exames?</p> <p>_____ SEMANAS</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IGREPX
<p>21. Qual o tempo médio (em dias) de retorno do resultado dos exames? (Caso faça na rede pública e conveniada, considerar o de maior demora)</p> <p>_____ DIAS</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TEMPREX
<p>22. Em que momento da gestação você solicita rotineiramente o VDRL?</p> <p>1. () 1º trimestre 2. () 2º trimestre 3. () 3º trimestre 4. () 1º e 3º trimestres 5. () 1º e 2º trimestres 6. () 2º e 3º trimestres 7. () 1º, 2º e 3º trimestres 8. () Não solicito VDRL, pois já tenho o resultado do TR de sífilis 9. () Não solicito VDRL 10. Outro _____</p>	<input type="checkbox"/> IRVDRL
<p>23. Qual a maior dificuldade que você encontra no atendimento pré-natal nesta unidade? <i>(Atenção! Não ler as alternativas)</i></p> <p>1.() O início tardio do pré-natal 2.() Dificuldade de acesso a exames laboratoriais e de imagem 3.() Demora para retorno dos resultados dos exames 4.() Não comparecimento da gestante às consultas 5.() Recusa da gestante a realizar os exames 6.() Falta de medicamentos e insumos na USF 7.() Outra _____</p>	<input type="checkbox"/> DIFCPN
<p>24. Nesta unidade, existe algum mecanismo de captação de faltosos na assistência do pré-natal?</p> <p>1.() Sim .Qual? _____</p> <p>2.() Não</p> <p>3.() Não sei informar</p>	<input type="checkbox"/> CAPFAT

TESTAGEM, ACONSELHAMENTO E TRATAMENTO GESTANTE COM SÍFILIS	
<p>25. Você costuma solicitar Teste Rápido de Sífilis para as gestantes? (Se NÃO, vá para questão 27)</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes. Em que situações? _____</p>	<input type="checkbox"/> SOLICTR
<p>26. Em que momento da gestação você costuma solicitar esse exame?</p> <p>1. () 1º trimestre 2. () 2º trimestre 3. () 3º trimestre 4. () 1º e 3º trimestres 5. () 1º e 2º trimestres 6. () 2º e 3º trimestres 7. () 1º, 2º e 3º trimestres</p>	<input type="checkbox"/> MSOLICTR
<p>27. Esta unidade dispõe de Teste Rápido (TR) para Sífilis para as gestantes? (Se resposta 2 ou 4, vá para questão 33)</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 4. () Não sei informar</p>	<input type="checkbox"/> DISPTR
<p>28. Nesta unidade, você realiza o Teste Rápido para Sífilis nas gestantes? (Se NÃO, vá para questão 33)</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes</p>	<input type="checkbox"/> REATR
<p>29. Você realiza aconselhamento pré-teste sobre os riscos de sífilis na gestação?</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> ACPRETR
<p>30. Você realiza aconselhamento pós-teste de sífilis a gestante quando recebe resultado negativo?</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> ACPSTRN
<p>31. Você realiza aconselhamento pós-teste de sífilis a gestante quando recebe resultado positivo?</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> ACPSTRP
<p>32. Na sua rotina, qual a sua conduta quando o resultado do teste rápido é positivo na gestante? (Atenção! Não ler as alternativas)</p> <p>1. () Início o tratamento sem solicitação do VDRL. 2. () Início tratamento e solicito VDRL para definir continuidade e/ou acompanhar resposta ao tratamento. 3. () Solicito VDRL para definir tratamento. 4. () Oriento realização de tratamento após o parto, devido aos riscos da penicilina para o feto. 5. () Encaminho para outro profissional da própria unidade de saúde. (Por exemplo, o médico da equipe) 6. () Encaminho para uma unidade de referência. 7. () Outra _____</p>	<input type="checkbox"/> CONTRP
<p>33. Nesta Unidade de Saúde, você já recebeu resultado de exames para sífilis positivo em gestante? (Ex: VDRL, Teste rápido, Elisa, outros)</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> SORSFP

<p>41. Em quais situações você orienta o uso do preservativo para a gestante? (Atenção! Não ler as alternativas)</p> <p>1. () Para todas as gestantes 2. () Apenas para as gestantes com HIV 3. () Para as gestantes com sífilis, durante o tratamento 4. () Para as gestantes com sífilis, após o tratamento 5. () Para as gestantes com sífilis, durante e após o tratamento</p>	<p><input type="checkbox"/> SOPRES</p>
<p>42. Esta Unidade realiza notificação de sífilis na gestação? (Se 2 ou 3, vá para questão 44)</p> <p>1. () Sim 2.() Não 3.() Não sei informar</p>	<p><input type="checkbox"/> NOTSFG</p>
<p>43. Quem é o responsável pelo preenchimento da notificação?</p> <p>1. () Profissional que realizou o pré-natal 2. () Outro profissional de saúde da unidade 3. () Gerente da unidade de saúde 4. () Funcionário administrativo 5. () Não sei informar 6. () Outro. Qual? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> RESPNOT</p>
ABORDAGEM DO PARCEIRO DE GESTANTE COM SÍFILIS	
<p>44. Você realiza abordagem do (s) parceiro (s) de gestantes com sífilis? (Se NÃO, vá para 46)</p> <p>1.() Sim 2. () Não</p>	<p><input type="checkbox"/> ATENPAR</p>
<p>45. Como você realiza a primeira abordagem deste (s) parceiro(s)? (Atenção! Não ler as alternativas)</p> <p>1. () Convoco o parceiro para vir à unidade. 2. () Envio a solicitação de exame pela gestante. 3. () Envio a prescrição do tratamento pela gestante. 4. () Solicito visita domiciliar. 5. () Outra. Qual? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> CONDSIF</p>
<p>46. Você solicita teste rápido nos parceiros de gestantes com sífilis?</p> <p>1. () Sim, realizado na própria unidade de saúde 2. () Sim, para realizar em outra unidade 3. () Não 4. () Não sei informar</p>	<p><input type="checkbox"/> TRPAR</p>
DIFICULDADES NA ABORDAGEM E MANEJO DA SIFILIS	
<p>No seu trabalho na assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família, quais as suas principais dificuldades no MANEJO da sífilis? (Assinale até 3)</p> <p>1. () Gestantes com início tardio do pré-natal 2. () Não realização dos exames pelas mulheres, apesar de solicitado 3. () Demora para recebimento do resultado do VDRL 4. () Dificuldade de adesão da gestante ao tratamento 5. () Dificuldade de adesão do parceiro ao tratamento 6. () Dificuldade para a aplicação da penicilina benzatina na unidade 7. () A falta da penicilina benzatina na unidade 8. () Não tenho dificuldade 9. () Outros. Qual? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> 47.PRIOMAN1</p> <p><input type="checkbox"/> 48.PRIOMAN2</p> <p><input type="checkbox"/> 49.PRIOMAN3</p>

<p>No seu trabalho na assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família, quais as suas principais dificuldades na ABORDAGEM da gestante com sífilis? (Assinale até 3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Falar sobre DST em geral. 2. () Conversar sobre as possíveis formas de infecção por sífilis. 3. () Informar sobre consequências da doença para o bebê e para a mulher. 4. () Orientar sobre tratamento. 5. () Orientar sobre uso de preservativo 6. () Conversar com parceiro 7. () Não tenho dificuldade 8. () Outra. Qual? _____ 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 50.DIFABOR1</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 51.DIFABOR2</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 52.DIFABOR2</p>
ACESSO A TREINAMENTO E MATERIAL SOBRE SIFILIS	
<p>53. Você já participou de algum treinamento sobre manejo da sífilis na gestação? (Se NÃO, vá para questão 56)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Sim 2. () Não 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TREINSG</p>
<p>54. Em que tipo de evento? (Assinale o mais recente que o profissional referir)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Treinamento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde 2. () Treinamento promovido pela Secretaria Estadual de Saúde 3. () Treinamento promovido pelo Ministério da Saúde 4. () Treinamento promovido por entidades de saúde (CREMEPE,COREN,SOGOPE, etc...) 5. () Congressos científicos 6. () Outros. Qual? _____ 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TIPOEVE</p>
<p>55. Quando foi o último?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Menos de 1 ano 2. () 1 a 3 anos 3. () 3 a 5 anos 4. () Mais de 5 anos 5. () Não sei informar 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ULTEVE</p>
<p>56. Você já participou de capacitação/treinamento para Teste Rápido de Sífilis? (Se NÃO, vá para questão 59)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei informar 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> CAPTR</p>
<p>57. Quando foi realizado este treinamento? _____ MESES</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> QNDCAPTR</p>
<p>58. Qual a duração desse treinamento em turnos ? (Por exemplo, 3 dias = 6 turnos) _____ TURNOS</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> DURCAP</p>
<p>59. Conhece o manual do Ministério da Saúde sobre prevenção da sífilis congênita? (Se resposta 2 ou 3, vá para questão 63)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sei informar 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> CONMANU</p>
<p>60. Como teve acesso a esse material?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () No próprio serviço 2. () Treinamentos/eventos Secretaria Municipal / Estadual de Saúde 3. () Treinamentos/eventos de sociedades de classe (CREMEPE,COREN, SOGOPE , etc...) 4. () Internet 5. () Correio 6. () Outro. Qual? _____ 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ACESMANU</p>

<p>61. Quando teve acesso?</p> <p>1. () Menos de 1 ano 2. () 1 a 5 anos 3. () Mais de 5 anos 4. () Não sei informar</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ TMPACE</p>
<p>62. Já leu esse material?</p> <p>1. () Sim, totalmente 2. () Sim, parcialmente 3. () Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ LEUMAN</p>
<p>Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes na Estratégia de Saúde da Família/Recife visando à redução da transmissão vertical da sífilis? (Assinale até 5 alternativas)</p> <p>1. () Treinamento para implantação do teste rápido de sífilis 2. () Treinamento sobre vigilância epidemiológica de sífilis 3. () Acesso a manuais técnico-científicos 4. () Estratégias para facilitar abordagem e tratamento dos parceiros 5. () Trabalhos educativos com a população geral 6. () Garantir exames em tempo oportuno 7. () Garantir tratamento com penicilina benzatina em todas as unidades de saúde 8. () Sensibilizar os profissionais de saúde para realização do tratamento nas unidades de saúde da família 9. () Garantia de tratamento no mesmo dia do diagnóstico com VDRL, para evitar perdas de retorno 10. () Início de tratamento apenas com TR positivo e história de não tratamento para sífilis 11. () Outros. Qual? _____</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ 63. ASSIST1</p> <p style="text-align: center;"> _ _ 64. ASSIST2</p> <p style="text-align: center;"> _ _ 65. ASSIST3</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ 66. ASSIST4</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ 67. ASSIST5</p>

Obrigada pela participação!

APÊNDICE B - Instrumento utilizado no estudo com enfermeiros

UNIDADE DE SAÚDE: _____

DS: _____

SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE E VALIDAÇÃO DA NOVA PROPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA TRIAGEM E DIAGNÓSTICO EM GESTANTES

**ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE
SAÚDE
ENFERMEIRO**

APOIO:

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO
CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPq
FUNDAÇÃO DE AMPARO À CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DO ESTADO DE PERNAMBUCO - FACEPE

COORDENAÇÃO DE EXECUÇÃO:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
TROPICAL

2014

<p>13. Como é feita a captação das gestantes para o início do atendimento pré-natal? (NÃO ler, se for o caso assinale mais de uma alternativa)</p> <p>1. () Através de visita domiciliar de enfermeiro ou médico 2. () A gestante procura espontaneamente a unidade 3. () O ACS faz a marcação da consulta 4. () Através de atividades educativas de grupo 5. () Não sei informar 6. () Outro _____</p>	<input type="checkbox"/> CAPPN1 <input type="checkbox"/> CAPPN2 <input type="checkbox"/> CAPPN3 <input type="checkbox"/> CAPPN4
<p>14. Você costuma avaliar o estado vacinal das gestantes no atendimento pré-natal? (Se NÃO, vá para questão 16).</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> ESTVAC
<p>15. Quais as vacinas que você indica na rotina de pré-natal? (NÃO ler as alternativas, assinale todas que o profissional referir)</p> <p>() Hepatite B</p> <p>() dT adulto () Influenza () dTpa () Outra _____</p>	<input type="checkbox"/> HEPB <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> INFL <input type="checkbox"/> DTPA <input type="checkbox"/> OUT
<p>16. Você solicita exames na primeira consulta de pré-natal? (Se NÃO, vá para questão 22)</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> EXCON1
<p>17. Quais exames você solicita na primeira consulta de pré-natal?</p> <p>() Hemograma () Glicemia em jejum () Tipagem sanguínea e fator Rh () Coombs indireto (se Rh negativo) () Teste rápido de Sífilis () VDRL/RPR () Teste rápido anti-HIV () Sorologia para HIV () Sorologia para Hepatite B (HBsAg) () Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM) () Sumário de Urina () Urocultura () Parasitológico de Fezes () Exame de secreção vaginal () Citopatológico de colo de útero (se necessário) () Ultrassonografia Obstétrica () Outros _____</p>	<input type="checkbox"/> HEM1 <input type="checkbox"/> GLI1 <input type="checkbox"/> TPSAN1 <input type="checkbox"/> COOMBS1 <input type="checkbox"/> TRSF1 <input type="checkbox"/> VDRL1 <input type="checkbox"/> TRHIV1 <input type="checkbox"/> HIV1 <input type="checkbox"/> HBSAG1 <input type="checkbox"/> TOXO1 <input type="checkbox"/> URINA1 <input type="checkbox"/> UROCU1 <input type="checkbox"/> FEZES1 <input type="checkbox"/> SEVAG1 <input type="checkbox"/> CITUT1 <input type="checkbox"/> USG1 <input type="checkbox"/> OUT1
<p>18. Você repete a solicitação de algum exame durante a gestação? (Se NÃO, vá para questão 21)</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> REPEXA

<p>19. Se SIM, quais os exames que costuma solicitar?</p> <p>() Hemograma () Glicemia em jejum () Teste de Tolerância a glicose (TTG, se fator de risco para diabetes) () Coombs indireto, se Rh negativo () VDRL () Sorologia para HIV () Sorologia para Hepatite B (HBsAg) () Sorologia para Toxoplasmose (se IgG não for reagente) () Sumario de urina () Urocultura () Bacterioscopia de secreção vaginal () Outros _____</p>	<input type="checkbox"/> HEM2 <input type="checkbox"/> GLI2 <input type="checkbox"/> TTG <input type="checkbox"/> COOMBS2 <input type="checkbox"/> VDRL2 <input type="checkbox"/> HIV2 <input type="checkbox"/> HBSAG2 <input type="checkbox"/> TOXO2 <input type="checkbox"/> URINA2 <input type="checkbox"/> UROCU2 <input type="checkbox"/> BACVAGI <input type="checkbox"/> OUT2
<p>20. Por volta de que semana gestacional você solicita a repetição desses exames? _____ SEMANAS</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IGREPX
<p>21. Qual o tempo médio (em dias) de retorno do resultado dos exames? (Caso faça na rede pública e conveniada, considerar o de maior demora) _____ DIAS</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TEMPREX
<p>22. Em que momento da gestação você solicita rotineiramente o VDRL?</p> <p>1. () 1º trimestre 2. () 2º trimestre 3. () 3º trimestre 4. () 1º e 3º trimestres 5. () 1º e 2º trimestres 6. () 2º e 3º trimestres 7. () 1º , 2º e 3º trimestres 8. () Não solicito VDRL, pois já tenho o resultado do TR de sífilis 9. () Não solicito VDRL 10. Outro _____</p>	<input type="checkbox"/> IRVDRL
<p>23. Qual a maior dificuldade que você encontra no atendimento pré-natal nesta unidade? <i>(Atenção!Não ler as alternativas)</i></p> <p>1.() O início tardio do pré-natal 2.() Dificuldade de acesso a exames laboratoriais e de imagem 3.() Demora para retorno dos resultados dos exames 4.() Não comparecimento da gestante às consultas 5.() Recusa da gestante a realizar os exames 6.() Falta de medicamentos e insumos na USF 7.() Outra _____</p>	<input type="checkbox"/> DIFCPN
<p>24. Nesta unidade, existe algum mecanismo de captação de faltosos na assistência do pré-natal?</p> <p>1.() Sim .Qual? _____</p> <p>2.() Não</p> <p>3.() Não sei informar</p>	<input type="checkbox"/> CAPFAT

TESTAGEM, ACONSELHAMENTO E TRATAMENTO GESTANTE COM SÍFILIS	
<p>25. Você costuma solicitar Teste Rápido de Sífilis para as gestantes? (Se NÃO, vá para questão 27) 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes. Em que situações? _____</p>	<input type="checkbox"/> SOLICTR
<p>26. Em que momento da gestação você costuma solicitar esse exame? 1. () 1º trimestre 2. () 2º trimestre 3. () 3º trimestre 4. () 1º e 3º trimestres 5. () 1º e 2º trimestres 6. () 2º e 3º trimestres 7. () 1º, 2º e 3º trimestres</p>	<input type="checkbox"/> MSOLICTR
<p>27. Esta unidade dispõe de Teste Rápido (TR) para Sífilis para as gestantes? (Se resposta 2 ou 4, vá para questão 33) 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes 4. () Não sei informar</p>	<input type="checkbox"/> DISPTR
<p>28. Nesta unidade, você realiza o Teste Rápido para Sífilis nas gestantes? (Se NÃO, vá para questão 33) 1. () Sim 2. () Não 3. () Às vezes</p>	<input type="checkbox"/> REATR
<p>29. Você realiza aconselhamento pré-teste sobre os riscos de sífilis na gestação? 1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> ACPRETR
<p>30. Você realiza aconselhamento pós-teste de sífilis a gestante quando recebe resultado negativo? 2. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> ACPSTRN
<p>31. Você realiza aconselhamento pós-teste de sífilis a gestante quando recebe resultado positivo? 2. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> ACPSTRP
<p>32. Na sua rotina, qual a sua conduta quando o resultado do teste rápido é positivo na gestante? (Atenção! Não ler as alternativas) 8. () Início o tratamento sem solicitação do VDRL. 9. () Início tratamento e solicito VDRL para definir continuidade e/ou acompanhar resposta ao tratamento. 10. () Solicito VDRL para definir tratamento. 11. () Oriento realização de tratamento após o parto, devido aos riscos da penicilina para o feto. 12. () Encaminho para outro profissional da própria unidade de saúde. (Por exemplo, o médico da equipe) 13. () Encaminho para uma unidade de referência. 14. () Outra _____</p>	<input type="checkbox"/> CONTRP
<p>33. Nesta Unidade de Saúde, você já recebeu resultado de exames para sífilis positivo em gestante? (Ex: VDRL, Teste rápido, Elisa, outros) 1. () Sim 2. () Não</p>	<input type="checkbox"/> SORSFP

<p>41. Em quais situações você orienta o uso do preservativo para a gestante? (Atenção! Não ler as alternativas) 6. () Para todas as gestantes 7. () Apenas para as gestantes com HIV 8. () Para as gestantes com sífilis, durante o tratamento 9. () Para as gestantes com sífilis, após o tratamento 10. () Para as gestantes com sífilis, durante e após o tratamento</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SOPRES</p>
<p>42. Esta Unidade realiza notificação de sífilis na gestação? (Se 2 ou 3, vá para questão 44) 2. () Sim 2.() Não 3.() Não sei informar</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NOTSFG</p>
<p>43. Quem é o responsável pelo preenchimento da notificação? 1. () Profissional que realizou o pré-natal 2. () Outro profissional de saúde da unidade 3. () Gerente da unidade de saúde 4. () Funcionário administrativo 5. () Não sei informar 6. () Outro. Qual? _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> RESPNOT</p>
ABORDAGEM DO PARCEIRO DE GESTANTE COM SÍFILIS	
<p>44. Você realiza abordagem do (s) parceiro (s) de gestantes com sífilis? (Se NÃO, vá para 46) 1.() Sim 2.() Não</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ATENPAR</p>
<p>45. Como você realiza a primeira abordagem deste (s) parceiro(s)? (Atenção! Não ler as alternativas) 6. () Convoco o parceiro para vir à unidade. 7. () Envio a solicitação de exame pela gestante. 8. () Envio a prescrição do tratamento pela gestante. 9. () Solicito visita domiciliar. 10. () Outra. Qual? _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> CONDSIF</p>
<p>46. Você solicita teste rápido nos parceiros de gestantes com sífilis? 5. () Sim, realizado na própria unidade de saúde 6. () Sim, para realizar em outra unidade 7. () Não 8. () Não sei informar</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TRPAR</p>
DIFICULDADES NA ABORDAGEM E MANEJO DA SIFILIS	
<p>No seu trabalho na assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família, quais as suas principais dificuldades no MANEJO da sífilis? (Assinale até 3)</p> <p>1. () Gestantes com início tardio do pré-natal 2. () Não realização dos exames pelas mulheres, apesar de solicitado 3. () Demora para recebimento do resultado do VDRL 4. () Dificuldade de adesão da gestante ao tratamento 5. () Dificuldade de adesão do parceiro ao tratamento 6. () Dificuldade para a aplicação da penicilina benzatina na unidade 7. () A falta da penicilina benzatina na unidade 8. () Não tenho dificuldade 9. () Outros. Qual? _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 47.PRIOMAN1</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 48.PRIOMAN2</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 49.PRIOMAN3</p>

<p>No seu trabalho na assistência pré-natal na Unidade de Saúde da Família, quais as suas principais dificuldades na ABORDAGEM da gestante com sífilis? (Assinale até 3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Falar sobre DST em geral. 2. () Conversar sobre as possíveis formas de infecção por sífilis. 3. () Informar sobre consequências da doença para o bebê e para a mulher. 4. () Orientar sobre tratamento. 5. () Orientar sobre uso de preservativo 6. () Conversar com parceiro 7. () Não tenho dificuldade 8. () Outra. Qual? _____ 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 50.DIFABOR1</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 51.DIFABOR2</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 52.DIFABOR2</p>
ACESSO A TREINAMENTO E MATERIAL SOBRE SIFILIS	
<p>53. Você já participou de algum treinamento sobre manejo da sífilis na gestação? (Se NÃO, vá para questão 56)</p> <p>2. () Sim 2.() Não</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TREINSG</p>
<p>54. Em que tipo de evento? (Assinale o mais recente que o profissional referir)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Treinamento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde 2. () Treinamento promovido pela Secretaria Estadual de Saúde 3. () Treinamento promovido pelo Ministério da Saúde 4. () Treinamento promovido por entidades de saúde (CREMEPE,COREN,SOGOPE, etc...) 5. () Congressos científicos 6. () Outros. Qual? _____ 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TIPOEVE</p>
<p>55. Quando foi o último?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.() Menos de 1 ano 2.() 1 a 3 anos 3.() 3 a 5 anos 4.() Mais de 5 anos 5.() Não sei informar 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ULTEVE</p>
<p>56. Você já participou de capacitação/treinamento para Teste Rápido de Sífilis? (Se NÃO, vá para questão 59)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.() Sim 2.() Não 3.() Não sei informar 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> CAPTR</p>
<p>57. Quando foi realizado este treinamento? _____ MESES</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> QNDCAPTR</p>
<p>58. Qual a duração desse treinamento em turnos ? <i>(Por exemplo, 3 dias = 6 turnos)</i> _____ TURNOS</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> DURCAP</p>
<p>59. Conhece o manual do Ministério da Saúde sobre prevenção da sífilis congênita? (Se resposta 2 ou 3, vá para questão 63)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.() Sim 2.() Não 3.() Não sei informar 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> CONMANU</p>
<p>60. Como teve acesso a esse material?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () No próprio serviço 2. () Treinamentos/eventos Secretaria Municipal / Estadual de Saúde 3. () Treinamentos/eventos de sociedades de classe (CREMEPE,COREN, SOGOPE , etc...) 4. () Internet 5. () Correio 6. () Outro. Qual? _____ 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ACESMANU</p>

61. Quando teve acesso? 1. () Menos de 1 ano 2. () 1 a 5 anos 3. () Mais de 5 anos 4. () Não sei informar	<input type="checkbox"/> TMPACE																																										
62. Já leu esse material? 1. () Sim, totalmente 2. () Sim, parcialmente 3. () Não	<input type="checkbox"/> LEUMAN																																										
Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes na Estratégia de Saúde da Família/Recife visando à redução da transmissão vertical da sífilis? (Assinale até 5 alternativas) 1. () Treinamento para implantação do teste rápido de sífilis 2. () Treinamento sobre vigilância epidemiológica de sífilis 3. () Acesso a manuais técnico-científicos 4. () Estratégias para facilitar abordagem e tratamento dos parceiros 5. () Trabalhos educativos com a população geral 6. () Garantir exames em tempo oportuno 7. () Garantir tratamento com penicilina benzatina em todas as unidades de saúde 8. () Sensibilizar os profissionais de saúde para realização do tratamento nas unidades de saúde da família 9. () Garantia de tratamento no mesmo dia do diagnóstico com VDRL, para evitar perdas de retorno 12. () Início de tratamento apenas com TR positivo e história de não tratamento para sífilis 13. () Outros. Qual? _____	<input type="checkbox"/> 63. ASSIST1 <input type="checkbox"/> 64. ASSIST2 <input type="checkbox"/> 65. ASSIST3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 66. ASSIST4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 67. ASSIST5																																										
DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS NA USF																																											
68. Quais os materiais que a unidade disponibiliza para realização do pré-natal? (Atenção! Apenas equipamentos em condições de uso, não considerar equipamento particular do pré-natalista) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Balança de adulto</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Estetoscópio</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Tensiómetro</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Fita métrica</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Sonar</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Estetoscópio de Pinard</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Gestograma ou disco obstétrico</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Caderno de Atenção Básica de Pré-natal de baixo risco</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Cartão da gestante</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Mesa de exame ginecológico</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Escada dois degraus</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Foco de Luz</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Espéculos</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> <tr> <td>Material para realização de citopatológico</td> <td>1. () Sim</td> <td>2. () Não</td> </tr> </table>	Balança de adulto	1. () Sim	2. () Não	Estetoscópio	1. () Sim	2. () Não	Tensiómetro	1. () Sim	2. () Não	Fita métrica	1. () Sim	2. () Não	Sonar	1. () Sim	2. () Não	Estetoscópio de Pinard	1. () Sim	2. () Não	Gestograma ou disco obstétrico	1. () Sim	2. () Não	Caderno de Atenção Básica de Pré-natal de baixo risco	1. () Sim	2. () Não	Cartão da gestante	1. () Sim	2. () Não	Mesa de exame ginecológico	1. () Sim	2. () Não	Escada dois degraus	1. () Sim	2. () Não	Foco de Luz	1. () Sim	2. () Não	Espéculos	1. () Sim	2. () Não	Material para realização de citopatológico	1. () Sim	2. () Não	<input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> EST <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> FIT <input type="checkbox"/> SON <input type="checkbox"/> ESTPIN <input type="checkbox"/> GESTO <input type="checkbox"/> CABPN <input type="checkbox"/> CRTGES <input type="checkbox"/> MESA <input type="checkbox"/> ESC <input type="checkbox"/> FOCO <input type="checkbox"/> ESPEC <input type="checkbox"/> CITO
Balança de adulto	1. () Sim	2. () Não																																									
Estetoscópio	1. () Sim	2. () Não																																									
Tensiómetro	1. () Sim	2. () Não																																									
Fita métrica	1. () Sim	2. () Não																																									
Sonar	1. () Sim	2. () Não																																									
Estetoscópio de Pinard	1. () Sim	2. () Não																																									
Gestograma ou disco obstétrico	1. () Sim	2. () Não																																									
Caderno de Atenção Básica de Pré-natal de baixo risco	1. () Sim	2. () Não																																									
Cartão da gestante	1. () Sim	2. () Não																																									
Mesa de exame ginecológico	1. () Sim	2. () Não																																									
Escada dois degraus	1. () Sim	2. () Não																																									
Foco de Luz	1. () Sim	2. () Não																																									
Espéculos	1. () Sim	2. () Não																																									
Material para realização de citopatológico	1. () Sim	2. () Não																																									
69. Esta USF possui farmácia em suas dependências? 1. () Sim 2. () Não	<input type="checkbox"/> FARM																																										

<p>70. Verifique a existência dos seguintes insumos:</p> <p>Preservativo masculino 1.() Sim 2.() Não Preservativo feminino 1.() Sim 2.() Não Penicilina benzatina 1. 200.000 UI (Validade __ __ / __ __ / __ __) 1.() Sim 2.() Não Penicilina benzatina 600.000 UI (Validade __ __ / __ __ / __ __) 1.() Sim 2.() Não Água destilada 1.() Sim 2.() Não Agulha 1.() Sim 2.() Não Seringa 1.() Sim 2.() Não Algodão 1.() Sim 2.() Não Alcool a 70% 1.() Sim 2.() Não Sulfato Ferroso 40 mg (Validade __ __ / __ __ / __ __) 1.() Sim 2.() Não Ácido Fólico 5 mg (Validade __ __ / __ __ / __ __) 1.() Sim 2.() Não Teste rápido de gravidez 1.() Sim 2.() Não</p>	<input type="checkbox"/> DISPM <input type="checkbox"/> DISPF <input type="checkbox"/> DISPN1 <input type="checkbox"/> DISPN2 <input type="checkbox"/> DISAD <input type="checkbox"/> DISAGU <input type="checkbox"/> DISSER <input type="checkbox"/> DISALG <input type="checkbox"/> DISALC <input type="checkbox"/> DISSF <input type="checkbox"/> DISAF <input type="checkbox"/> DISTRG
<p>71. Solicite entrar na sala de vacina e verifique a existência dos seguintes itens:</p> <p>Vacina Hepatite B (Validade __ __ / __ __ / __ __) 1.() Sim 2.() Não Vacina dT adulto (Validade __ __ / __ __ / __ __) 1.() Sim 2.() Não Vacina Influenza (Validade __ __ / __ __ / __ __) 1.() Sim 2.() Não Vacina dTpa (Validade __ __ / __ __ / __ __) 1.() Sim 2.() Não Cartão de Vacina de Gestante ou Adulto 1.() Sim 2.() Não Refrigerador 1.() Sim 2.() Não Termômetro no refrigerador 1.() Sim 2.() Não Caixa térmica de poliuretano 1.() Sim 2.() Não Termômetro na caixa térmica 1.() Sim 2.() Não Descartex 1.() Sim 2.() Não Boletim diário de doses aplicadas 1.() Sim 2.() Não Ar condicionado 1.() Sim 2.() Não</p>	<input type="checkbox"/> VHEPB <input type="checkbox"/> VDT <input type="checkbox"/> VINFLU <input type="checkbox"/> VDTPA <input type="checkbox"/> CARTVA <input type="checkbox"/> REFRI <input type="checkbox"/> TERMRE <input type="checkbox"/> CXTERM <input type="checkbox"/> TERMCX <input type="checkbox"/> DESCAR <input type="checkbox"/> BDD <input type="checkbox"/> AR
<p>72. Esta unidade possui Teste Rápido de Sífilis? 1.() Sim (Validade __ __ / __ __ / __ __) 2.() Não</p>	<input type="checkbox"/>
<p>73. Onde está acondicionado o Teste Rápido de Sífilis?</p> <p>1.() Na geladeira de vacina da USF 2.() No frigobar da sala de odontologia da USF 3.() Frigobar ou geladeira 4.() Em caixa térmica 5.() Outros _____</p>	<input type="checkbox"/> ACTSF

Obrigada pela participação!

Elementos a serem observados na Unidade de Saúde e preenchidos pelo entrevistador de campo

<p>74. Nas dependências da USF há informações afixadas em locais visíveis sobre a disponibilidade, dias e horários de realização do Teste Rápido de Sífilis? (cartazes, quadro de aviso, banner, programação semanal de trabalho das equipes)?</p> <p>1. () Sim 2. () Não 3. () A USF não realiza Teste Rápido</p>	<p style="text-align: center;"> _ HORTRSF</p>
<p>75. A USF possui algum cartaz ou fluxo afixado em local visível para que os usuários possam ler sobre prevenção, diagnóstico ou tratamento da Sífilis?</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ INFOSF</p>
<p>76. Nesta USF existe algum cartaz informativo afixado em local visível sobre a aplicação de penicilina?</p> <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p style="text-align: center;"> _ INFPEN</p>

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Participação da Pessoa Como Sujeito

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o Sr(a). para participar como voluntário, da pesquisa” Sífilis Gestacional e Congênita: avaliação da vulnerabilidade programática na atenção pré-natal no município do Recife”, que está sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Israel Cabral de Lira, endereço: Av. Professor Moraes Rêgo, Departamento de Nutrição, área Nutrição em Saúde Pública- Cidade Universitária – Recife-PE, email: lirapic@ufpe.br, telefone 3271-8001. Também participam desta pesquisa as pesquisadoras: Mariana Ramalho, Vilma Macêdo e Luciana Romaguera, telefones para contato: 9874-7254, 2126-3932, 2126-3712.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é a do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- Esta pesquisa apresenta como objetivo geral avaliar os aspectos envolvidos na vulnerabilidade programática para sífilis gestacional e congênita na atenção pré-natal no município do Recife;
- Para participar será necessário responder perguntas de um questionário sobre suas práticas e condutas relacionadas ao atendimento pré-natal nesta unidade de saúde;
- O benefício direto aos pesquisados é identificar os nós críticos da atenção pré-natal relacionados a questão da vulnerabilidade programática da sífilis, como benefício indireto do estudo será a sua possível contribuição para o desenvolvimento de políticas estratégicas direcionadas para a realidade local;
- A doença que estamos pesquisando apresenta uma alta prevalência, principalmente em mulheres em idade reprodutiva, transmitindo a infecção

para seus bebês que podem apresentar pelo não tratamento abortos, má-formação e morte fetal;

- Garantimos que durante qualquer momento da entrevista você pode desistir da participação retirando o seu consentimento, sem qualquer prejuízo;
- Os questionários desta pesquisa ficarão guardados por um período de 5 (cinco) anos no Departamento de Nutrição da UFPE, localizado na área de nutrição em saúde pública, no seguinte endereço: Av. Prof. Moraes Rêgo, 1235 –Cidade Universitária, Recife-PE CEP: 50.670-901, o responsável pela guarda dos dados é o Professor Dr. Pedro Israel Cabral de Lira.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos no endereço:

Avenida da Engenharia, s/n –1º andar sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE
CEP: 50-740-600 Tel: 2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Pedro Israel Cabral de Lira
CPF 113682254-20

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO
VOLUNTÁRIO (A)

Eu _____,
CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura)
deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as
minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo
“Sífilis Gestacional e Congênita: avaliação da vulnerabilidade programática na
atenção pré-natal no município do Recife” , como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a
pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e
benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o
meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o
aceite do voluntário em participar

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sífilis gestacional e congênita: avaliação da vulnerabilidade e validação da nova proposta do Ministério da Saúde para triagem e diagnóstico em gestantes

Pesquisador: Pedro Israel Cabral de Lira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07353712.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 136.500

Data da Relatoria: 05/11/2012

Apresentação do Projeto:

A sífilis na gestação é um evento de vigilância epidemiológica pelos riscos de transmissão fetal. Devido à alta incidência da SC no Brasil, em 1997 o

MS passou a considerar como meta de eliminação o registro de até um caso de SC para 1000 nascidos vivos/ano, que não foi alcançada até o

momento. Do final da década de 90 até 2006 houve uma queda da prevalência brasileira da doença na gestante e parturiente. As taxas passaram de

2,4 a 5,2% para 1,1%, com o Norte aparecendo em primeiro lugar (1,5%), o Nordeste em penúltimo (0,8%) e o Sul com as mais baixas taxas (0,6%).

Foi evidenciado uma baixa testagem para sífilis nas parturientes e gestantes do nosso país. Apenas 16,9% realizaram 2 testes no pré-natal e

apenas 14,1% realizaram os 2 testes no pré-natal e 1 teste no parto, conforme preconiza o MS. Até mesmo entre as parturiente que realizaram 6 ou

mais consultas de pré-natal, apenas 26,2% realizaram os dois testes. A menor cobertura para os dois testes no pré-natal foi no Nordeste (64,2%) e a

maior foi no Sul (86,8%). Paradoxalmente à redução da prevalência da doença na gestante e parturiente, houve um aumento da incidência de SC

em menores de 1 ano, que passou de 0,9 casos por 1000 nascidos vivos em 1998 para 1,9 casos por 1000 nascidos vivos em 2006, com os maiores

coeficientes na região Nordeste (2,4 casos/1000 nascidos vivos) demonstrando um insuficiente

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2128-8588 Fax: (81)2128-8588 E-mail: cepccc@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



controle da SC, ou um aumento na notificação desta, ou uma subnotificação da sífilis gestacional. Frente ao aumento do número de casos notificados de SC de 1998 a 2006 no Brasil, criou-se em 2007 o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e da Sífilis, do Programa Nacional de DST/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, que é baseado em 3 metas: 1. Aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal. 2. Aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis, incluindo o tratamento adequado dos parceiros sexuais. 3. Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes/parturientes e em crianças expostas. Apesar das inúmeras políticas em saúde lançadas até o momento, ainda não houve redução das taxas da doença gestacional e congênita. Os planos são voltados ao controle da sífilis e AIDS nos neonatos, porém percebe-se uma maior valorização das ações para redução da transmissão vertical do HIV que do *Treponema pallidum*, não se levando em conta na implementação das políticas de saúde as diferenças regionais nas taxas da sífilis gestacional e congênita. Estas diferenças podem ser reflexo da predominância de diferentes fatores de risco e de vulnerabilidade, o que nos leva a acreditar que estudos regionais destes possam auxiliar na construção de políticas de saúde direcionadas aos problemas identificados em cada região.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar a validade do teste rápido conjugado (DPP para sífilis) produzido no Brasil em relação ao padrão ouro da pesquisa na triagem e confirmação diagnóstica da sífilis gestacional e estudar aspectos da vulnerabilidade para sífilis gestacional e congênita em mulheres residentes em Recife (e seus conceitos) admitidas para parto ou curetagem pós-parto ou pós-abortamento nas maternidades do estudo.

Objetivo Secundário:

Determinar a sensibilidade, especificidade, valores preditivos, odds ratio (OR) e razão de verossimilhança do teste rápido conjugado (DPP para sífilis) produzido no Brasil em relação ao padrão ouro da pesquisa na triagem e confirmação diagnóstica da sífilis em mulheres admitidas para parto ou curetagem pós-parto ou pós-abortamento nas maternidades do estudo. Identificar características relacionadas à vulnerabilidade individual,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2128-8588 Fax: (81)2128-8588 E-mail: cspccc@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



programática e social para sífilis gestacional e congênita em mulheres residentes em Recife (e seus conceitos) admitidas para parto ou curetagem

pós-parto ou pós-abortamento nas maternidades do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os Riscos e Benefícios indicados pelo pesquisador podem ser considerados adequados.

Riscos:

Durante a aplicação do questionário as puérperas existe a possibilidade de constrangimento ao responder as perguntas. Durante a coleta do sangue

entre as puérperas reagentes a sífilis existe o risco de desconforto da punção periférica venosa que serão minimizados pela equipe treinada da

pesquisa. A equipe já apresenta experiência em trabalho de campo, adquirida em pesquisas anteriores.

Benefícios:

Ao final do estudo, os resultados obtidos serão disponibilizados aos meios de comunicação, comunidade científica e órgãos públicos, para que, a

partir destes seja possível a implementação de um programa que inclua a compreensão da vulnerabilidade em eixos de intervenção a fim de diminuir

os casos de sífilis gestacional e congênita. Pretende-se contribuir para a redução da mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e outras

doenças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Faz-se necessário que a sífilis gestacional e congênita, apesar das várias políticas de saúde adotadas pelos gestores nas últimas duas décadas, continua com taxas

elevadas, principalmente nas regiões mais pobres do país, como o NE. Faz-se necessário validar o novo teste rápido que está sendo implantado no

país, a fim de que se possa conhecer a desempenho deste. Dessa forma o conhecimento da vulnerabilidade para sífilis na região do estudo auxiliará na

construção de políticas de saúde mais adequadas a realidade local.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados podem ser considerados de acordo com as normas, entretanto está faltando a carta de anuência do HC da UFPE.

Recomendações:

Solicita-se que o pesquisador encaminhe a carta de anuência do HC/UFPE, por meio de notificação, na Plataforma Brasil, a fim de evitar maiores transtornos ao desenvolvimento da pesquisa.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e existe apenas uma recomendação importante para o projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE

RECIFE, 01 de Novembro de 2012

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2128-8588 Fax: (81)2128-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br