

MARIANY NUNES ARRUDA

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS PRÉ-NATALISTAS PARA O MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 27 de maio de 2020.

Banca Examinadora:

Participação remota – Instrução normativa 04/PPGAS/2020



Profa. Dra. Bruna Fernanda da Silva

(Orientadora e Presidente da Banca Examinadora)

Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero

(Coorientadora)

Profa. Dra. Eleine Maestri

(Examinadora Titular Externa – UFFS)

Profa. Dra. Natalia Veronez da Cunha Bellinati

(Examinadora Titular Interna - PPGAS/UNIPAL)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida dado aos meus pais e conseqüentemente a minha vida, que com isso possibilitou que eu conseguisse aqui estar, e seguir conquistando meus espaços no âmbito pessoal e profissional.

Agradeço aos meus pais Ibraim e Maria que com todo amor, dedicação e paciência abdicaram de minha convivência por longos dias, entenderam quando o estresse me fazia silenciar e ficavam distantes. Para que então, eu conseguisse conciliar o mestrado com a rotina de plantões, sem vocês essa conquista não seria possível, obrigada pelo apoio incondicional amo vocês sem medidas.

Agradeço as minhas irmãs Caroliny e Sonimary que entenderam minha ausência, fortaleceram minha paciência e foram minha fortaleza quando eu pensava que não conseguiria, amo vocês essa conquista é nossa.

Agradeço a minha orientadora e agora mãe que compreendeu minha jornada de plantões, contribuiu com conhecimento interdisciplinar realizando o exercício da docência fortalecendo a construção do saber, muito obrigada e conte comigo na maternidade.

Agradeço a paciência e compreensão de minhas amigas Tatiane e Adaiana que entenderam meu distanciamento, recusa de convites e ainda sim me ajudaram quando necessário, obrigada por serem minhas amigas em todas as horas.

Agradeço de maneira especial as minhas tias Marli, Estela, Zaira e Maria Luiza que sempre estiveram presentes nessa jornada.

E por fim agradeço ao meu afilhado Joaquim, ele não entenderá muito bem agora, mas daqui uns anos compreenderá mas a dinda agradece imensamente, pois foram inúmeras as vezes que tive que abdicar dos momentos de lazer com você, inclusive neste momento em que realizo esse agradecimento especial, ele está aqui ao meu lado tranquilo brincando sem interferir na finalização de meu trabalho. Obrigada amor a dinda ama você imensamente.

RESUMO

A sífilis ainda permanece como um problema de saúde pública mundial, apesar de apresentar diagnóstico e tratamento acessíveis e de baixo custo. O objetivo do estudo foi avaliar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Lages-SC e identificar as principais barreiras em relação a implantação dos protocolos assistenciais. Trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado com 50 profissionais que atuam na ESF. Foi realizada análise descritiva dos dados, apresentados em porcentagem. Entre os participantes do estudo, 32% eram médicos e 68% enfermeiros. Os resultados indicaram falhas nos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, que estão relacionadas ao conhecimento fragmentado dos protocolos (40%), no tratamento, controle de cura da doença, na abordagem dos parceiros, adesão da gestante e parceiro ao tratamento e início tardio ao pré-natal. As barreiras relatadas estavam relacionadas em menor número aos conhecimentos e práticas e de maneira mais expressiva as atitudes, por ausência ou comparecimento tardio da gestante a unidade básica de saúde (68%) o que acarreta no tratamento e diagnóstico ineficazes. Melhoria da assistência pré-natal, trabalhos educativos com os usuários são essenciais para eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública.

Palavras-chave: Sífilis gestacional. Assistência pré-natal. Conhecimentos, Práticas e Atitudes em Saúde.

ABSTRACT

Syphilis still remains a worldwide public health problem, despite presenting diagnosis and treatment and low cost. The aim of the study was to evaluate the knowledge, attitudes and practices of health professionals working in the Family Health Strategy (FHS) in Lages-SC and to identify the main barriers in relation to the implementation of care protocols. This is a quantitative cross-sectional study carried out with 50 professionals working in the FHS. Descriptive analysis of the data was carried out, presented in percentage. Among the study participants, 32% were doctors and 68% nurses. The results indicate gaps in the knowledge, attitudes and practices of health professionals, which are related to the fragmented knowledge of the protocols (40%), in the treatment, control of the cure of the disease, in the approach of the partners, in the adherence of the manager and in the partner to the treatment and late start to prenatal care. As the related barriers were related to the smaller number of learnings and practices in a more expressive way, such as attitudes, due to lack or late comparison of the basic health unit (68%) or that does not have ineffective treatment and diagnosis. Improving prenatal care, educational work with users is essential to eliminate a congenital public health problem.

Keywords: Gestational syphilis. Prenatal care. Health Knowledge. Practices and Attitudes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características dos profissionais pré-natalistas que atuam na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Lages-SC em 201932

Tabela 2 – Conhecimentos para tratamento da sífilis conforme preconizado pelo Ministério da Saúde no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais33

Tabela 3 – Atitude dos profissionais em relação à infecção pela sífilis na gestação e recomendações do Ministério da Saúde no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.....36

Tabela 4 – Prática dos profissionais em relação à infecção pela sífilis na gestação e recomendações do Ministério da Saúde no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.....38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária a Saúde

CAP- Conhecimentos Atitudes e Práticas

ELISA- *Enzima Linked Immunosorbent Assay*

ESF- Estratégia Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

FTA-Abs- Teste Fluorescente por absorção de Anticorpos

MS- Ministro da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

PHPN- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNPS- Política Nacional de Promoção a Saúde

RAS- Redes de Atenção à Saúde

RC- Rede Cegonha

RPR- *Rapid Plasm Reagin*

SC- Sífilis Congênita

SG- Sífilis Gestacional

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS- Sistema Único de Saúde

TPHA- Teste Treponêmico por aglutinação de partícula

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para Infância

VDRL- *Veneral Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Aproximações com o tema	12
1.2	Pergunta de pesquisa	13
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivos Específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Epidemiologia da sífilis gestacional e fatores associados	15
3.2	Diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional	18
3.3	Sífilis congênita e suas sequelas	20
3.4	O SUS e as estratégias de saúde para erradicação da sífilis congênita	21
3.5	Estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas	26
4	CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS PRÉ-NATALISTAS PARA O MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXO A	58
	APÊNDICE A	61

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica e de evolução crônica, que alterna períodos de agudização e latência, quando não tratada (BRASIL, 2015). Mesmo tendo tratamento eficaz e de baixo custo, a sífilis é considerada um problema de saúde pública mundial (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; WIJESORIYA *et al.*, 2016). O seu agente causador é o *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta cujo único hospedeiro é o homem, e a via de transmissão é predominantemente sexual (sífilis adquirida), podendo ocorrer também por via transplacentária (sífilis congênita), ou seja, transmissão vertical (ALVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2015).

A sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do *T. pallidum* em qualquer fase da gestação, da gestante tratada ou tratada inadequadamente, para o conceito por via transplacentária, e pode causar sérios danos ao feto ou ao curso da gestação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). Assim, a sífilis gestacional (SG) está fortemente associada a frequência de desfechos negativos na gravidez, tais como aborto, natimorto e neomortalidade em mais de 50% dos casos, bem como, a altos índices de morbidade intrauterina (BRASIL, 2006a; GOMEZ *et al.*, 2013; ALBUQUERQUE *et al.*, 2015; WIJESORIYA *et al.*, 2016).

Neste sentido, a SC afeta muito mais a qualidade de vida das crianças do que de adultos portadores, pois estas ficam expostas ao agente etiológico causador da doença por um longo período (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). O processo entre o surgimento da doença, diagnóstico e cura definitiva, por meio do tratamento inicial com antibioticoterapia, perpassa por etapas e necessita de atenção rigorosa, haja vista a necessidade de repetir exames e período prolongado de internação na maternidade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Estudos evidenciam que mesmo gestantes que realizaram acompanhamento pré-natal prévio, tiveram filhos com sífilis congênita (SARACENI *et al.*, 2005; VANINI-BRITO *et al.*, 2009). Segundo estes autores, os possíveis fatores para tal desfecho são a falta de tratamento para sífilis durante a gestação ou falha no esquema terapêutico quando o mesmo não segue o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

No Brasil os últimos registros feitos sobre os custos relacionados ao manejo das crianças internadas com SC são dos anos de 2000-2005, e na época, ultrapassavam os 10 milhões de reais (BRASIL, 2006b). O valor gasto com um bebê com sífilis é três vezes maior do que aquele que não a possui, sendo necessário um período de 10 dias de internação em berçário intermediário, onde são realizados exames diagnósticos, triagem sorológica, coleta de líquido

céfalorraquidiano, raio x de ossos longos e laboratoriais para avaliar grau de acometimento da doença (BRASIL, 2015).

Todos os casos de SC devem ser vistos como uma falha do sistema de saúde coletiva que precisa fornecer o cuidado pré-natal ideal para as gestantes, pois a SC pode ser prevenida pela triagem sorológica pré-natal precoce e repetida das gestantes, bem como, o tratamento com penicilina de mulheres infectadas, seus parceiros sexuais e seus recém-nascidos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015; COOPER; SANCHEZ, 2018). A vigilância da sífilis na gestação é uma das possibilidades de solução para eliminação da SC por meio da tríade vigilância-assistência-prevenção, considerada a base da maioria dos programas de saúde pública existentes, inclusive no pré-natal (SARACENI, 2007).

A assistência multiprofissional é fundamental para favorecer a captação da gestante e realização do pré-natal (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015). Nesta perspectiva, reconhecendo-se a relevância desta temática, o panorama epidemiológico encontrado da SG se caracteriza por dados alarmantes divulgados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) onde foram registrados no Brasil em 2019 um total de 32.432 casos, em Santa Catarina no mesmo ano 2427 casos (BRASIL, 2019). Em 2019 o município de Lages-SC registrou 197 casos de SG, e em um estudo retrospectivo totalizou 466 casos de SC entre 2013 a 2019, ocupando atualmente o quinto lugar no Estado e primeira na região da Serra Catarinense (BRASIL, 2019).

Em resposta ao aumento destes casos, o MS elaborou uma proposta de redução da SC, através da elaboração de um plano de enfrentamento a SC baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Tendo como intuito melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e do seu filho durante a gestação e puerpério (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018). O cumprimento desse plano está associado ao envolvimento das três esferas do governo, por meio da atuação dos gestores e profissionais de saúde. A elaboração desse documento, com base no protocolo clínico, sua divulgação a toda rede de serviços visa facilitar a ação dos profissionais de saúde no alcance das metas propostas (BRASIL, 2018).

Estudo realizado por Domingues *et al.* (2013) no município do Rio de Janeiro, e que inspirou este estudo, evidenciou que para melhorar assistência aos casos de sífilis na gestação, as principais estratégias sugeridas pelos profissionais pré-natalistas foram a realização de trabalhos educativos com a população geral (81,5%), facilitação do diagnóstico e tratamento

dos parceiros (80,4%), garantia de exames de qualidade (60%), e treinamentos em aconselhamento (62,7%) e manejo clínico (65,3%).

O que se observa no município de Lages-SC é que muitas gestantes diagnosticadas durante o pré-natal com a doença chegam no momento do parto, com registros de tratamento incompleto. Com esquema não realizado pelo parceiro ou ainda realizado inadequadamente, ou então apresentando titulação treponêmica superiores a última registrada em seu cartão pré-natal. Evidenciando possíveis lacunas no segmento inadequado dos protocolos, aumentando os índices de transmissão vertical da SG e conseqüentemente dos casos de SC o que torna essa realidade aquém da desejada no município.

1.1 Aproximações com o tema

Como Enfermeira Obstetra atuante em um Centro Obstétrico referência na Serra Catarinense, acompanho diariamente as estatísticas transformarem-se em pessoas. Vislumbro as sequelas e as conseqüências da falta de adesão ao tratamento, seja pelas gestantes desconhecerem sua importância ou por não saberem que para as crianças estas serão permanentes.

Cenas essas presenciadas mesmo por gestantes que realizaram pré-natal, pois geralmente apresentam ausência de registro do tratamento ou preenchimento incompleto, com ausências de novos exames após o tratamento realizado. Tais realidades levam a cenários onde existem gestantes reinfetadas ou que seguem infectadas por tratamento incorreto

Somado a essa rotina, acompanho também o universo profissional, onde por vezes recebo ligações de colegas de trabalho, com dúvidas em relação ao segmento do tratamento da gestante com sífilis. Por acreditar que o diagnóstico torna a gestação de alto risco.

Infelizmente apenas a existência da Estratégia da Saúde da Família (ESF), com programas como Rede Cegonha, os manuais embasados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, não garantem isoladamente a ausência de desfechos negativos vivenciados em minha prática diária devido a ocorrência da sífilis gestacional. Deste modo o objetivo deste trabalho foi identificar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais pré-natalistas, que atuam em unidades básicas de saúde do SUS, em relação às ações preconizadas pelo MS para controle da infecção da sífilis durante a gestação em um município de médio porte da Serra Catarinense.

1.2 Pergunta de pesquisa

Quais os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais pré-natalistas, que atuam em unidades básicas de saúde do SUS, em relação às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para manejo da infecção da sífilis durante a gestação em um município de médio porte da Serra Catarinense?

2 OBJETIVOS

Para dar conta do questionamento da pesquisa e procurando identificar a lacuna desconhecimento que existe nesta área, observaram-se os seguintes objetivos.

2.1 Objetivo geral

Avaliar conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais pré-natalistas, que atuam em unidades básicas de saúde do SUS, em relação às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para manejo da infecção da sífilis durante a gestação em um município de médio porte da Serra Catarinense.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros que realizam as consultas de pré-natal nas unidades básicas de saúde do SUS;
- b) Verificar o conhecimento desses profissionais em relação aos protocolos assistenciais e normativas técnicas do Ministério da Saúde para controle da infecção da sífilis durante a gestação;
- c) Averiguar as atitudes desses profissionais em relação à infecção pela sífilis na gestação e aos protocolos recomendados;
- d) Descrever o cumprimento das práticas dos profissionais pré-natalistas para assistência as pacientes com sífilis gestacional, conforme preconiza o Ministério da Saúde;

3 REVISÃO DE LITERATURA

Manejar significa controlar, para que isso ocorra é necessário conhecer, assim neste capítulo serão abordados brevemente assuntos referentes a SG, seu agente causador, via de transmissão e suas consequências. Será contextualizado também sobre as principais estratégias e protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde aos profissionais pré-natalistas para prevenir, tratar e curar a SG e SC.

3.1 Epidemiologia da sífilis gestacional e fatores associados

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica e de evolução crônica, que alterna períodos de agudização e latência, quando não tratada (BRASIL, 2015). A infecção sífilítica pode ser dividida em diversos estágios: sífilis inicial, (primária, secundária e latente até 1 ano) e tardia (latente após 1 ano e terciária) (REZENDE; MONTENEGRO, 2015). Devido a sua gravidade e consequências negativas para o curso da gestação e recém-nascidos, este tópico tem foco na sífilis durante a gestação, que se tornou um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria nº 33, 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2005).

A transmissão vertical do treponema pode acontecer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. Os fatores determinantes para a provável transmissão são o estágio da sífilis na mãe e a duração de exposição do feto intra-útero, ou seja, quanto maior o tempo de exposição, maior a chance de ocorrência de infecção do feto (BRASIL, 2015). Neste sentido, as fases primária e secundária da doença quando não tratadas apresentam uma taxa de transmissão vertical de 70% a 100%, com redução para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (BRASIL, 2006a).

Pesquisa realizada por Gonzales *et al.* (2014) em hospitais públicos do Peru revelou que das 526.452 gestantes pesquisadas, 80,7% apresentaram SG. A pesquisa ainda indicava que a faixa etária compreendia mulheres com mais de 34 anos, baixa escolaridade, precário acompanhamento pré-natal, maior paridade associada a histórico de recém nascidos com baixo peso e morte perinatal anterior.

Na China em estudo realizado por Hong *et al.* (2017) entre 2003 a 2014, foram rastreadas 3.087.672 mulheres grávidas e 9.617 (0,31%) foram identificadas como oropositivas

para sífilis. Destas gestantes, independente do tratamento estar adequado ou não, a incidência de SC foi de 4,52%.

A transmissão vertical da sífilis permanece como um grande problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2015). A existência da transmissão vertical da sífilis durante a gestação denota o indicativo de uma lacuna na atenção pré-natal, evidenciando possíveis causas para tais índices como, adesão da mãe ao pré-natal, omissão da identificação da gestante de risco para a doença, não aderência do casal ao tratamento e sua realização inadequada ou incompleta (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

O pré-natal é um importante componente do cuidado oferecido pelas equipes de saúde da família e constitui um momento primordial para o manejo adequado de infecções passíveis de transmissão vertical, como a sífilis, doença capaz de elevar o risco de perda fetal em até 21% em gestantes infectadas, quando comparadas àquelas sem a infecção (GOMEZ *et al.*, 2013).

É fácil perceber que o controle da sífilis, e em particular, da SC, configura-se em um dos mais desafiadores problemas de saúde coletiva presente há séculos na história da humanidade (SILVA *et al.*, 2010). Estima-se que em 2016 ocorreram no mundo 1,976.000 casos de infecções materna devido à sífilis ativa e 661.000 casos de SC (KORENROMP *et al.*, 2019). A SG representa um grave problema de saúde pública, associado a complicações perinatais, como a SC, sendo registrados 355.000 efeitos adversos no nascimento, 143.000 resultaram em óbitos fetais ou natimortos, 61.000 óbitos neonatais, 41.000 bebês prematuros/com baixo peso ao nascer e 109.000 bebês com sífilis (KORENROMP *et al.*, 2019).

Estudo transversal de avaliação da qualidade do rastreamento do HIV/AIDS e sífilis na assistência pré-natal em Salvador- BA, evidenciou que mesmo com a cobertura assistencial pré-natal ter sido superior a 90%, entre 2005 e 2006, houve desigualdade na qualidade da assistência prestada (LIMA *et al.*, 2013). Esse estudo mostrou que populações de baixa renda têm acesso a um serviço de pior qualidade, pois iniciam o acompanhamento pré-natal tardiamente, realizando menor número de consultas e consecutivamente com menores chances de realizar o rastreamento da sífilis no primeiro trimestre da gestação (LIMA *et al.*, 2013).

De igual modo, estudos ecológicos evidenciaram que a incidência da SC é mais elevada em parcelas da população de maior fragilidade social, com baixa escolaridade, em grupos raciais desfavorecidos socioeconomicamente (negros) e com piores condições de vida (MELO *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2017). No estado de Goiás, de acordo com dados de 2007 a 2014, foram notificados 3.890 casos de SG e 663 casos de SC (NUNES, 2018).

Estudo realizado por Rodrigues (2015) em Teresina-PI observou que mesmo com a boa cobertura de saúde do pré-natal, a incidência de SC no município tem aumentado nos últimos anos, atingindo 15,3 casos por mil nascidos vivos em 2015. Esses dados indicam falhas na implementação dos protocolos clínicos do MS do Brasil recomendados para prevenir a transmissão vertical da sífilis (RODRIGUES, 2015).

Conforme dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis, 33.365 casos de sífilis durante a gestação foram notificados no Brasil em 2015, atingindo uma taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, em 2010 a taxa era de 3,3 casos por mil nascidos vivos, apresentando um aumento de 202% em cinco anos (BRASIL, 2017a).

Os dados são ainda mais preocupantes nas regiões sul e sudeste do país onde a taxa de detecção foi de 15,1 e 12,6 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos, respectivamente, superando a taxa nacional (BRASIL, 2017a). Os casos de sífilis congênita notificados também aumentaram em todo o país nos últimos dez anos, com taxa de incidência de sífilis congênita de 2,0 casos por mil nascidos vivos em 2006 para 6,5 casos por mil nascidos vivos em 2015 (BRASIL, 2017b). Em Santa Catarina no ano de 2017, conforme Boletim Epidemiológico lançado pelo Ministério da Saúde, foram registrados no estado 5.379 casos de sífilis adquirida, 1.379 casos de SG e 552 casos de SC e três óbitos neonatais por SC (BRASIL, 2017a).

No Brasil, número expressivo de casos foram divulgados em recente publicação baseada em dados extraídos do SINAN e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), onde só no ano de 2018 foram registrados 24.281 casos de SG, 11.971 casos de SC, resultando em 241 óbitos neonatais (BRASIL, 2018). Esta mesma publicação traz também dados de Santa Catarina, onde foram registrados um total de 552 casos de SC e 328 casos de natimortos por sífilis. O município de Lages-SC, local do presente estudo, lidera o ranking da região serrana com maior incidência da doença, estando entre as cinco cidades do estado com maior número de casos de SC e SG (BRASIL, 2019). Durante uma análise retrospectiva na base de dados do SINAN (BRASIL, 2019), em um município de médio porte da Serra Catarinense entre os anos de 2013 a 2019 foram notificados 466 casos de SC.

É possível perceber que os dados epidemiológicos da sífilis em gestante e da SC não são satisfatórios e demonstram que é indispensável a implementação de medidas mais eficazes e efetivas na redução da transmissão vertical no Brasil, exigindo assim um manejo adequado da sífilis na gestação, com a realização do diagnóstico precoce da sífilis e o tratamento adequado

da gestante e do parceiro durante o pré-natal permitindo a eliminação da SC como problema de saúde pública (BRASIL, 2007b).

Saraceni e Miranda (2012) fizeram uma pesquisa correlacionando informações disponíveis em sistemas nacionais de informação em saúde sobre notificações de sífilis em gestante, SC e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas cinco regiões do Brasil, demonstrando que as regiões com maior cobertura de ESF não apresentaram melhor controle da SC. Araújo *et al.* (2012) estudaram a relação entre a incidência da SC com a cobertura da ESF, entre 2003 a 2008, onde não foi possível observar diferenças entre os registros de casos encontrados nos locais em que o pré-natal é realizado pela ESF daqueles locais onde a assistência pré-natal é realizada por outros modelos de atenção.

Apesar do aumento da cobertura pré-natal no país, ainda se observa uma baixa efetividade das ações para a prevenção da SC, ainda que a ESF favoreça a realização do pré-natal e para o controle da sífilis, falhas na assistência continuam ocorrendo, indicando a necessidade de melhorias na assistência prestada (RODRIGUES, 2015).

Em pesquisa realizada por Domingues *et al.* (2013) foram identificadas falhas nas práticas adotadas durante a assistência pré-natal para o adequado manejo da sífilis na gestação, relacionadas principalmente à solicitação do segundo exame de rotina e problemas na abordagem dos parceiros. Este mesmo estudo verificou barreiras relacionadas ao conhecimento dos protocolos, quanto às atitudes dos profissionais e à sua prática, com baixa familiaridade dos profissionais com o conteúdo do protocolo (conhecimento), dificuldades na abordagem da sífilis (atitude) e barreiras externas (prática), relacionadas a gestante com início tardio do pré-natal, não adesão às recomendações, não comparecimento dos parceiros.

3.2 Diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional

Conforme disposto na Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, o diagnóstico da SG é feito por meio de exames laboratoriais de sorologia não treponêmica. No Brasil, utiliza-se até o momento o teste não treponêmico de floclulação do tipo VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) para a triagem, seguimento terapêutico e controle de cura. O VDRL e RPR (*Rapid Plasm Reagin*) são testes não treponêmicos utilizados para o diagnóstico e o seguimento pós-terapêutico para todas as gestantes no mínimo duas vezes no pré-natal, na

internação para o parto, abortamento ou qualquer outra intercorrência durante a gestação (BRASIL 2006b; NADAL; FRAMIL, 2007; BRASIL, 2018).

A confirmação laboratorial, com testes treponêmicos por aglutinação de partículas (TPHA) ou teste fluorescente por absorção de anticorpos (FTA-Abs) o ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) é recomendada, mas não obrigatória, porém sua ausência não deve retardar a conduta para tratamento (BRASIL, 2006a; AMARAL, 2012). Esta mesma abordagem diagnóstica utilizando o VDRL e RPR é realizada, em países da América Central, América do Sul, América do Norte (TRINH *et al.*, 2017), na África (GLOYD *et al.*, 2001) e adotada também nos Estados Unidos (HERSH; MEGLI; CAUGHEY, 2018), com diferencial apenas para a abordagem na confirmação diagnóstica, quando estes utilizam os testes treponêmicos por aglutinação de partículas (TPHA) ou teste fluorescente por absorção de anticorpos (FTA-Abs) para confirmar os casos de sífilis gestacional.

No Brasil testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente, para controle de cura da infecção, considerando como resposta adequada o declínio da titulação (BRASIL, 2015). Recomenda-se um novo tratamento caso ocorra um aumento da titulação em quatro ou mais vezes, tendo como referência o último teste realizado (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014).

O diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação é semelhante ao da sífilis adquirida em adultos, porém apresenta algumas particularidades no esquema terapêutico. A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária, portanto, trata também o feto (BRASIL, 2006a). Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, após teste de sensibilidade, devem ser dessensibilizadas e posteriormente tratadas com penicilina (BRASIL, 2006a). Em situações em que não seja possível a realização do processo de dessensibilização, o tratamento deverá ser feito com estearato de eritromicina (BRASIL, 2006b). Entretanto, essa gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado do neonato logo após seu nascimento (BRASIL, 2007).

O tratamento deve ser administrado conforme esquema explicitado no Manual de Bolso: Diretrizes para o Controle da SC (BRASIL, 2006b), na sífilis primária penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM em dose única; na sífilis secundária duas séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM com intervalo de uma semana entre cada série, na sífilis terciária e SG três séries de penicilina G benzatina 2.400.000 UI/IM com intervalo de uma semana entre cada série (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2015).

Quando se fala em SC seu diagnóstico e tratamento são mais complexos que os da SG, pois envolvem hospitalização prolongada, com realização de exames laboratoriais, coleta de líquido cefalorraquidiano, administração de antibiótico intravenoso, sendo mais dispendiosos, o que pode acarretar danos individuais, familiares e custos adicionais ao sistema de saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

É importante destacar que gestantes diagnosticadas e tratadas precocemente, apresentam redução do risco de transmissão vertical da sífilis e menor chance de apresentarem desfechos desfavoráveis ao concepto, quando comparadas àquelas com intervenção medicamentosa tardia (MESQUITA *et al.*, 2012). Deste modo o cuidado pré-natal inadequado, por sua vez, é um fator crucial para o aumento de casos de SC, haja vista a oportunidade de diagnóstico e tratamento apresentar-se, em sua maioria, durante esse período (CARDOSO *et al.*, 2018).

3.3 Sífilis congênita e suas sequelas

A SC acontece quando a gestante infectada não ter realizado o tratamento ou é erroneamente tratada, a transmissão é possível em qualquer fase da gestação (SONDA *et al.*, 2013; BRASIL, 2018). Estudo de revisão bibliográfica realizado por Sonda *et al.* (2013) demonstra que nos estágios primário e secundário, que compreendem os seis primeiros meses de contato com a bactéria, mulheres que engravidam e não são diagnosticadas e por consequência não tratadas apresentam probabilidades de transmissão vertical da doença em 100% dos casos, destas cerca de um terço evoluem para perda fetal, enquanto outra porcentagem semelhante a essa, tem a sífilis congênita como consequência.

Ainda segundo pesquisa realizada existe ainda a chance de contaminação direta do *T. Pallidum* para o concepto, durante a passagem pelo canal de parto, uma vez que existam lesões genitais na gestante (SONDA *et al.*, 2013). Quanto ao aleitamento, a transmissão também é viável, desde que lesões mamárias estejam presentes (BRASIL, 2006a).

A síndrome clínica da SC precoce surge até o segundo ano de vida da criança sendo diagnosticada por avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança (BRASIL, 2007). Fatores como a prematuridade e baixo peso ao nascer associados as características específicas desta síndrome como: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo

radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR); outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite; das alterações laboratoriais incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (pode ocorrer reação leucemoide, linfocitose e monocitose) ou leucopenia (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014).

A hepatoesplenomegalia e exantema são as manifestações iniciais mais comuns, surgindo no nascimento ou de 3 a 7 semanas após o parto e as tardias resultam em infecções crônicas dos ossos (nariz em sela, fronte olímpica), dentes e infecções do sistema nervoso central (REZENDE; MONTENEGRO, 2015). Os bebês afetados podem desenvolver rinite com secreção nasal inicialmente aquosa, mas que pode se tornar espessa, purulenta e tingida de sangue (COOPER; SANCHEZ, 2018).

Manifestações menos comuns incluem anemia, achados oculares (coriorrenite, catarata, glaucoma e uveíte), pneumonite, miocardite, pancreatite e inflamação e fibrose do trato gastrointestinal levando a diarreia (COOPER; SANCHEZ, 2018).

A síndrome clínica da SC tardia surge após o 2º ano de vida e do mesmo modo que na SC precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, e estar atento na investigação para a possibilidade desta criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual (BRASIL, 2006b).

As principais características desta síndrome na fase tardia incluem: tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014).

3.4 O SUS e as estratégias de saúde para erradicação da sífilis congênita

O SUS é regulamentado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sua organização e funcionamento de seus serviços correspondentes. Sendo preconizados em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter

permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

O MS lançou no ano de 1993, o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita, que tinha como objetivo a redução da incidência dos casos da SC para menos de 1 caso por 1.000 nascidos vivos até o ano 2000, em todo o território nacional, de acordo com as metas internacionais (BRASIL, 1993). O projeto ainda tinha como finalidade a prevenção da ocorrência de novos casos, em mulheres em idade fértil, interromper a transmissão vertical da sífilis e reduzir os danos ao recém-nascido infectado, dentre outras atividades, previa a descentralização dos insumos para diagnóstico e tratamento, controle de qualidade de testes sorológicos, treinamentos em manejo da doença e realização de estudo multicêntrico de soroprevalência de sífilis em gestantes (BRASIL, 1993).

No ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento –PHPN foi elaborado com o objetivo de oportunizar a todas as mulheres o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal com estabelecimento de critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ao pré-natal e o momento do parto, por meio de ações integradas e intervenções efetivas (BRASIL, 2002). O Programa ainda definiu um pacote mínimo de ações a serem realizadas durante a assistência pré-natal, atrelando incentivo financeiro ao cumprimento das ações preconizadas, dentre elas a realização de no mínimo sete consultas pré-natal e a triagem sorológica com um exame VDRL na primeira consulta de pré-natal e outro por volta da trigésima semana de gestação (BRASIL, 2000).

Como forma de fortalecer a gestão compartilhada entre as diversas esferas de governo, foi aprovado o Pacto pela Saúde no ano de 2006, deste modo estados e municípios se comprometeram em desenvolver as ações necessárias para o cumprimento de metas, de acordo com a realidade local; e em um de seus eixos, o Pacto pela Vida aponta a redução da mortalidade materna e infantil como uma das prioridades básicas e tem como um dos componentes a redução das taxas de transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2006b). Para dar conta deste objetivo o MS lançou o Plano Operacional para a Redução da Transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil em 2007 (BRASIL, 2007).

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a Atenção Primária a

Saúde (APS) como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS (BRASIL, 2010).

A RAS foi instituída pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, sendo definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

As redes são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010). Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a resolutividade de seus cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010).

No âmbito do SUS foi criada em 2011 a Rede Cegonha-RC que estabeleceu diretrizes para o atendimento materno-infantil de qualidade, buscando a redução da SC tendo como componente principal desta estratégia o pré-natal (BRASIL, 2011a). Sendo deste modo preconizada a ampliação da testagem rápida para sífilis no primeiro e no terceiro trimestres de gestação, com o objetivo de viabilizar o diagnóstico e o tratamento em tempos oportunos, com isso pressupõe-se que a ampliação do acesso da gestante à rede de serviços de pré-natal no Brasil, preferencialmente na atenção primária à saúde prestada pela ESF, seja um importante aliado na redução dos agravos à saúde da mãe e do conceito, entre eles a transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2011b).

Deste modo as redes definem que a APS é o primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, devendo ser constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde, exercendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010).

Todas essas ações estão alinhadas em conjunto com esforços internacionais para eliminação da SC, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para infância (UNICEF) que lançaram em 2010, uma nova meta para a eliminação da *transmissão* de mãe para filho do HIV e Sífilis na América Latina e no Caribe (PAHO, 2013). Essa meta também foi adotada pelo MS no Brasil, e assim a OPAS criou juntamente com a OMS em 2014, o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, que tem por objetivo certificar os países que alcançarem: taxa de incidência de SC $\leq 0,5$ casos por 1.000 nascidos vivos; cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$; cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$; cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$ (BRASIL, 2014; WHO, 2014).

Estudo realizado por Magalhães *et al.* (2013) demonstram que uma assistência pré-natal deficiente leva à ocorrência de falhas no tratamento de gestantes com sífilis e podem resultar em aumento no número de casos de SC, este mesmo estudo ainda garante que a oferta de serviços de assistência pré-natal altera os desfechos das gestações e a sua ausência pode elevar as taxas de mortalidade.

Em 2017 por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a PNAB foi redesenhada visando estabelecer que a Atenção Básica (AB) é o primeiro ponto de atenção e a porta de entrada preferencial do sistema, ordenando os fluxos e contra-fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017b). Além de apontar as competências da AB, esta política, estabelece entre outros, a constituição das equipes de saúde que atuarão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), apresentando as competências de cada componente da equipe, de modo que estas alcancem os objetivos preconizados para atenção a população adstrita neste território de modo, integrado e pautado na coordenação do cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017b).

Para garantir a qualidade no acesso, essa Portaria defende que as UBS precisam também oferecer espaço físico adequado, garantindo assim a ambiência, uma vez que, este local é entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde (BRASIL, 2017b).

Diante destes fatores o município de Lages elaborou Protocolo Regional de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Serra Catarinense que tem como objetivo dar suporte aos profissionais no âmbito da atenção básica de saúde para as equipes ESF, Agentes Comunitários de Saúde

(ACS), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e aos Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (PROTOCOLO, 2015).

A criação e frequente atualização do documento-base acrescido de outras referências da RC foram necessárias uma vez que, ao profissional de uma equipe multiprofissional da AB, é exigido o desenvolver um trabalho com autonomia e maior resolutividade em sua inserção nos programas de saúde pública preconizados pelo MS (PROTOCOLO, 2015).

A ESF está inserida no SUS como a estratégia capaz de consolidar as propostas do sistema e de fortalecer a AB, dentre elas a atenção pré-natal como força motora das RAS, tendo como características marcantes, seu alto grau de descentralização e a capilaridade, ou seja, chegar o mais próximo possível da vida das pessoas (PROTOCOLO, 2015).

No Brasil, o PHPN, publicado no ano 2000, preconizou a realização de seis ou mais consultas no pré-natal para uma gestante de risco habitual (BRASIL, 2000). Em 2011, esse número foi ampliado para mais de 7 consultas com a publicação da portaria da RC (BRASIL, 2011a). O objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna e infantil, abordando os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que a cobertura do pré-natal tem aumentado no Brasil desde 1990, obtendo assistência superior a 90% em todas as regiões do país e em mulheres com diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas (DOMINGUES *et al.*, 2015). Estudos realizados por Clemente *et al.* (2012) também relatam a importância das ações de saúde pública mais especificamente do pré-natal em nosso país, com vistas ao diagnóstico e tratamento precoce da sífilis, realizando consultas eficientes que promovam ao paciente o esclarecimento sobre o que é a patologia e o tratamento farmacológico ao qual será submetido.

Estudo realizado por Domingues *et al.* (2012) evidencia que o número de consultas realizadas durante o pré-natal e principalmente a qualidade dessas consultas está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil. Este mesmo estudo descreve que, apesar de não existir conformidade sobre qual seria o número adequado de consultas, um maior número de consultas, aumenta a oportunidade de realização dos procedimentos de rotina do pré-natal pelas gestantes, como orientações gerais, exames, vacinas, entre outros (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Assim a UBS precisa ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, sendo o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, proporcionando

um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez, a assistência pré-natal devendo ser organizada para atender as reais necessidades de toda a população de gestantes da área de abrangência do serviço de saúde, através da utilização de conhecimentos técnico-científicos e com utilização de recursos adequados disponíveis (BRASIL, 2017b).

A ESF, proposta como modelo de atenção à saúde pela PNAB, vem contribuindo para a ampliação da oferta de serviços de saúde no Brasil, entretanto a ESF apresenta desafios substanciais quanto ao acesso integral e oportuno desses serviços pela população (ARANTES *et al.*, 2016). No mesmo sentido o pré-natal é um importante componente do cuidado oferecido pelas equipes de saúde da família, constituindo um momento primordial para o manejo adequado de infecções passíveis de transmissão vertical, como no caso da sífilis, doença capaz de elevar o risco de perda fetal em até 21% em gestantes infectadas, quando comparadas àquelas sem a infecção (DOMINGUES *et al.*, 2013).

A oferta adequada de serviços de saúde em assistência pré-natal tem impactos mais significativos, quando analisamos o curto prazo da intervenção, com duração de nove meses, mas que apresenta alta efetividade dos resultados, prevenindo desfechos adversos da gestação e reduzindo gastos com assistência ao recém-nascido (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

3.5 Estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas

Os estudos por meio da investigação de Conhecimentos, Atitudes e Práticas - CAP são tradicionalmente utilizados pela saúde pública pela sua maior familiaridade e domínio técnico no uso de protocolos clínicos. São também conhecidos como medicina baseada em evidências, quando existe o uso consciente e criterioso da melhor evidência científica atual na tomada de decisões clínicas. Sendo cada vez mais utilizados por associações profissionais, bem como por organizações internacionais de saúde, como a OMS (WHO, 2008).

O conhecimento adquirido por uma população refere-se a sua compreensão sobre determinado tema. A atitude refere-se aos seus sentimentos em relação a este assunto, bem como todas as ideias preconcebidas que as pessoas possuem sobre ele. A prática refere-se às maneiras pelas quais eles demonstram o seu conhecimento e atitudes através de suas ações (KALIYAPERUMAL, 2004).

Assim, estudos tipo CAP avaliam o conhecimento, a atitude e as práticas de uma população, que podem ser as pessoas que prestam ou recebem cuidados na área da saúde, este modelo de estudo visa mostrar os saberes das pessoas como elas se sentem se comportam diante de um fato e/ou circunstância (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Estudo realizado por Domingues *et al.* (2013) evidenciou que esse tipo de estudo, pode favorecer o reconhecimento das barreiras específicas na implantação dos protocolos assistenciais por profissionais pré-natalistas, e tem sido apontado como uma etapa importante na identificação das estratégias a serem adotadas na melhoria da qualidade da assistência pré-natal.

O reconhecimento das barreiras específicas na implantação dos protocolos assistenciais tem sido apontado como um passo importante na identificação das estratégias a serem utilizadas, a escolha de estratégias diferenciadas, como o envolvimento dos usuários e profissionais na formulação e implementação dos protocolos são aspectos relevantes na mudança desse quadro (CABANA *et al.*, 1999; LUGTEMBERG *et al.*, 2011).

Os estudos do tipo CAP possibilitam identificar lacunas no conhecimento, crenças culturais, padrões de comportamentos que podem promover ou impedir a compreensão e ação de um problema de saúde pública, podendo ser utilizados para identificar as necessidades e problemas de uma população e as barreiras na implementação de intervenções e programas, bem como propor soluções para melhoria da qualidade e acesso aos serviços de saúde (WHO, 2008).

Estudos realizados no Brasil entre 2005 e 2011 concluíram que a aplicabilidade de estudos tipo CAP é bastante ampla, abrangendo várias temáticas da área da saúde e permitindo um diagnóstico situacional de uma determinada população a partir da identificação de seus problemas e necessidades, possibilitando assim a elaboração de intervenções, porém ainda sendo pouco utilizada (COSTA, 2012).

Estudos realizados por Gonçalves *et al.* (2015) confirmaram que esta metodologia, desenvolvida na prática da educação popular e da saúde, seria legitimada pelas características particulares do conhecimento sobre a saúde e a doença, a saber: sua complexidade do adoecer humano e os limites do conhecimento sobre as causas e curas das doenças; a experiência da enfermidade na produção do senso comum e a medicalização de comportamentos sociais; a existência de vários sistemas médicos, alternativos e concorrenciais.

Ribeiro *et al.* (2013) realizaram um estudo a fim de analisar o conhecimento, a atitude e a prática das acadêmicas de enfermagem sobre o exame de Papanicolau, o estudo foi realizado com as acadêmicas do curso de enfermagem de uma universidade pública no estado do Piauí, optou-se pela aplicação do inquérito CAP, por entender que este método avalia de uma forma dinâmica o conhecimento que a população tem do assunto, sua atitude frente à problemática abordada e sua prática mediante tal abordagem.

Frente aos dados descritos anteriormente, fica evidente a importância desta temática e os benefícios que surgem da pesquisa realizada. Atender a gestante na sua integralidade realizando uma abordagem integral é tão fundamental quanto, compreender o profissional pré-natalista como ser humano que precisa ser dotado de conhecimento científico e empatia para que a criação de vínculo ocorra. Sendo essas características necessárias para gerar na mulher e nos profissionais pré-natalistas o comprometimento pela realização de um pré-natal equânime, integral e universal tal qual prevê as diretrizes do nosso sistema de saúde.

Em conformidade com as diretrizes para elaboração da dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde – PPGAS, a metodologia, resultados, discussão e conclusão desta pesquisa estão apresentados no formato de artigo, que será submetido à publicação. Esta pesquisa originou o artigo intitulado “Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais pré-natalistas para o manejo da sífilis gestacional”, apresentado a seguir.

4 CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS PRÉ-NATALISTAS PARA O MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL

Resumo

Este estudo teve por objetivo identificar os conhecimentos, as atitudes e as práticas de profissionais pré-natalistas, que atuam em unidades básicas de saúde do SUS, em relação às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para controle da sífilis gestacional em um município de médio porte do Sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado com 50 profissionais que atuam como pré-natalistas. A coleta dos dados foi realizada em outubro de 2019 por meio de um questionário estruturado autoaplicável com 35 questões que abordaram os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais. A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva e inferencial com teste qui-quadrado. Entre os participantes do estudo, 32% eram médicos e 68% enfermeiros. O perfil dos profissionais pré-natalistas se caracterizou por na sua maioria possuírem especialização, apesar de poucos na área de obstetrícia. Em relação ao tempo, a maioria atua como pré-natalistas há 10 anos ou mais. No que se refere ao conhecimento observou-se 92% relataram conhecer o manual de orientações do Ministério da Saúde (92%), embora menos da metade o tenha lido na íntegra. Observou-se ainda que a maioria dos profissionais participou de treinamento sobre manejo da sífilis na gestação e tem o entendimento da dinâmica de atendimento nas unidades de saúde. As principais dificuldades relacionadas as atitudes estão relacionadas ao no manejo da sífilis no serviço onde atua, sendo que a maioria 68% relataram ser as gestantes com início tardio de pré-natal. 76% dos entrevistados sugerem trabalhos educativos com a população geral como estratégia a redução dos casos de sífilis. Os profissionais com mais tempo de formados ($p < 0,01$) e aqueles que relataram ter recebido treinamento sobre o manejo da sífilis na gestação ($p < 0,007$) conhecem melhor a situação de SC no município. Os formados há mais tempo apresentam uma maior familiaridade não somente com a parte teórica dos protocolos, mas também demonstram maior facilidade na abordagem e escolha correta do tratamento. Ainda, conclui-se que os conhecimentos, práticas e atitudes são satisfatórios com destaque para as atitudes, uma vez que os profissionais apresentam um manejo adequado para o controle da infecção por sífilis gestacional.

Palavras-chave: Sífilis gestacional. Assistência pré-natal. Conhecimentos, Práticas e Atitudes em Saúde.

Abstract

This study aimed to identify the knowledge, attitudes and practices of prenatal care professionals, who work in SUS basic health units, in relation to the actions recommended by the Ministry of Health to control gestational syphilis in a medium-sized municipality. Southern Brazil. It is a quantitative cross-sectional study carried out with 50 professionals who work as prenatal care workers. Data collection was carried out in October 2019 through a self-administered structured questionnaire with 35 questions that addressed the professionals' knowledge, attitudes and practices. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics with a chi-square test. Among the study participants, 32% were doctors and 68% nurses. The profile of prenatal care professionals was characterized by the majority of them having specialization, although few in the area of obstetrics. Regarding time, most have been prenatal care workers for 10 years or more. Regarding knowledge, 92% reported knowing the Ministry of Health guidelines manual (92%), although less than half had read it in full. It was also observed that most professionals participated in training on the management of syphilis during pregnancy and have an understanding of the dynamics of care in health units. The main difficulties related to attitudes are related to the management of syphilis in the service where it operates, with the majority 68% reporting that they are pregnant women with late prenatal care. 76% of respondents suggest educational work with the general population as a strategy to reduce syphilis cases. Professionals with more time since graduation ($p < 0.01$) and those who reported having received training on the management of syphilis during pregnancy ($p < 0.007$) know better the situation of SC in the city. Those who have graduated for a long time have a greater familiarity not only with the theoretical part of the protocols, but also demonstrate greater ease in approach and correct choice of treatment. Still, it is concluded that the knowledge, practices and attitudes are satisfactory with emphasis on the attitudes, since the professionals present an adequate management for the control of the infection by gestational syphilis

Key Words: Gestational syphilis. Prenatal care. Health Knowledge, Practices and Attitudes.

Introdução

A sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* em qualquer fase da gestação, da gestante tratada ou tratada inadequadamente, para o concepto por via transplacentária, podendo causar sérios danos ao feto ou ao curso da gestação (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015) e, portanto, configura-se como um grave problema de saúde pública (WIJESOORIYA *et al.*, 2016; KORENROMP *et al.*, 2019).

Em 2016, foram registrados 1.976.000 casos de infecções materna devido à sífilis ativa, 661.000 casos de SC e 355.000 efeitos adversos no nascimento, sendo que destes 143.000 resultaram em óbitos fetais ou natimortos, 61.000 óbitos neonatais, 41.000 bebês prematuros/com baixo peso ao nascer e 109.000 bebês com sífilis clínica (KORENROMP *et al.*, 2019).

Assim, a sífilis gestacional (SG) está fortemente associada a frequência de desfechos negativos na gravidez, tais como aborto, natimorto e neomortalidade em mais de 50% dos casos, bem como, a altos índices de morbidade intrauterina (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015; WIJESOORIYA *et al.*, 2016; KORENROMP *et al.*, 2019).

Neste sentido, a SC afeta muito mais a qualidade de vida das crianças do que de adultos portadores, pois estas ficam expostas ao agente etiológico causador da doença, por um longo período (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Suas sequelas são irreversíveis na criança, de modo que mesmo após receber o tratamento adequado os agravos existentes não são curados, pois há a remissão da doença, mas não das sequelas por ela manifestada (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Todos os casos de SC devem ser vistos como uma falha do sistema de saúde coletiva, que precisa fornecer o cuidado pré-natal ideal para as gestantes (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). A SC pode ser prevenida pela triagem sorológica pré-natal precoce e repetida das gestantes, bem como, o tratamento com penicilina de mulheres infectadas, seus parceiros sexuais e seus recém-nascidos (COOPER; SANCHEZ, 2018).

Para que o alcance das ações de redução dos casos de SC se configure, é necessário que a atenção básica tenha alta resolutividade (BRASIL, 2017a). A assistência multiprofissional é fundamental, para favorecer a captação da gestante, para realização do pré-natal (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015).

O panorama epidemiológico da SC divulgado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou no Brasil em 2019, um total de 32.432 casos e em Santa Catarina 2472 casos, evidenciando dados que inspiram cuidados (BRASIL, 2019).

Um município de médio porte do Sul do Brasil, local do presente estudo, apresentou em 2019, 197 casos de SG e 47 casos de SC. Em revisão retrospectiva no SINAN, realizada entre os anos de 2013 a 2019, apresentou um total de 466 casos de SC e 786 casos de SG, ficando entre as cinco primeiras cidades do estado com maiores registros da doença (BRASIL, 2019).

Em resposta ao aumento de casos no Brasil, o Ministério da Saúde elaborou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais com a proposta de redução da SC, por meio da elaboração de um plano de enfrentamento a SC. O protocolo possui entre seus objetivos, melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher, durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2018).

O cumprimento do plano está associado ao envolvimento das três esferas do governo, por meio da atuação dos gestores e profissionais de saúde e baseado no protocolo clínico de diretrizes terapêuticas a fim de facilitar as ações dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2018).

Em estudo realizado com profissionais pré-natalistas, da rede de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro, foi observado baixa familiaridade dos profissionais com os protocolos assistenciais e dificuldades na abordagem das DST com os pacientes, o que evidencia a necessidade de outras formas de abordagens de educação continuada dos profissionais (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Na admissão para o parto, o serviço de obstetrícia referência para a região em estudo registra números expressivos de gestantes que chegam para parir com sífilis no momento do parto (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Os resultados encontrados apontam alta prevalência (4,4%) de SG na referida maternidade, embora tenha sido observada ampla cobertura de acompanhamento de pré-natal (93,6%) e diagnóstico realizado precocemente em 41,6% dos casos. O estudo mostrou fragilidade no tratamento, sendo que foi considerado inadequado/não descrito/sem tratamento em 52,1% das gestantes e 67,0% dos parceiros (OLIVEIRA *et al.*, 2020). A realidade vivenciada no município local do presente estudo, denota que existem lacunas na implementação do protocolo do MS, durante a realização do pré-natal.

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi identificar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais pré-natalistas, que atuam em unidades básicas de saúde do SUS, em relação às

ações preconizadas pelo MS para controle da infecção da sífilis durante a gestação em um município de médio porte do Sul do Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal quantitativo realizado com profissionais pré-natalistas que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo foi realizado em um município de médio porte localizado no Sul do Brasil. O município é o maior em extensão territorial do estado de Santa Catarina, com área total de 2.631,504 km², 158.508 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,770 (IBGE, 2018).

A atenção básica municipal está estruturada em 28 UBS compostas por 49 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), com cobertura de 87% da população. O atendimento pré-natal no SUS é realizado exclusivamente nas UBS, e para isso a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com 47 enfermeiros(as) e 35 médicos(as) pré-natalistas.

Participaram a pesquisa 50 profissionais pré-natalistas médicos e enfermeiros. Os critérios de inclusão foram: comparecer ao encontro organizado pela SMS para orientações referentes à saúde da mulher, que foi o único momento disponibilizado pela SMS para a abordagem dos profissionais para a coleta de dados da pesquisa, e aceitar participar da pesquisa voluntariamente. Foram critérios de exclusão: profissionais afastados por motivos de licença maternidade, tratamento de saúde ou férias, e profissionais contratados temporariamente como médicos de produção. Dos 82 profissionais elegíveis, 32 (39%) não participaram por não atenderem os critérios de inclusão.

A coleta ocorreu em outubro de 2019 e a abordagem dos profissionais foi iniciada com a apresentação do objetivo da pesquisa. Os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por questões éticas e para manutenção do sigilo e anonimato dos sujeitos, os questionários não foram identificados, garantindo a confidencialidade.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado autoaplicável adaptado de Domingues *et al.* (2013) (Apêndice A). As adaptações realizadas neste questionário referiram: a exclusão das questões sobre HIV e sobre o tipo de unidade onde atua, pois as consultas de pré-natal pelo SUS são realizadas somente nas UBS do município; foi incluída a

coleta de exames sorológicos de rotina também no 2º trimestre, pois no local do presente estudo, devido a gravidade da doença, a recomendação é que se faça no 1º, 2º e 3º trimestres de gestação, segundo Protocolo Regional da Rede Cegonha. Assim o questionário final continha 35 questões.

As questões de 21 a 27 e 34 foram utilizadas para avaliar conhecimentos, abordando os protocolos assistenciais, acesso a treinamentos e materiais normativos do MS e acerto em relação a um caso clínico apresentado. Para avaliar a atitude dos profissionais em relação à infecção pela sífilis na gestação e aos protocolos recomendados foram utilizadas as questões 28, 29, 32, 33 e 35 as quais se referiam a percepção destes em relação à situação epidemiológica da Sífilis Congênita no município; a concordância aos protocolos assistenciais do MS bem como, obstáculos na abordagem e estratégias para aprimorar a assistência (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Para avaliar a prática dos profissionais na assistência pré-natal as questões 7 a 17, 30 e 31. As quais se referiam a realização das rotinas preconizadas: solicitação dos exames sorológicos de rotina (VDRL), prescrição de tratamento para as gestantes com diagnóstico de sífilis, abordagem dos parceiros, e notificação de caso à Secretaria Municipal de Saúde (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Os dados foram tabulados e analisados no software IBM SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. Para análise, e um primeiro momento foi realizada análise descritiva de todos os dados, sendo estes apresentados em números e porcentagens. Para o cálculo do percentual de acerto, realizou-se regra de três, considerando o número de acertos em relação ao número total (100%). Foram considerados com conhecimentos, prática e atitudes satisfatórios aqueles que apresentaram percentual de acerto igual ou superior a 70% e insatisfatórios os que atingiram percentuais abaixo. Posteriormente foi realizada a análise bivariada para verificar associação entre variáveis, aplicando os testes do Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, considerando o valor de $p < 0,05$ para a significância estatística.

Foram cruzadas as variáveis formação, especialização em obstetrícia, tempo de formação (≤ 10 anos ou > 10 anos), tempo de atuação no serviço público de saúde- (≤ 10 anos ou > 10 anos), treinamentos sobre SC, acesso aos manuais de SC, leitura completa dos manuais de SC com o conhecimento da situação de SC no município, solicitação do VDRL de acordo com o protocolo do município (correto 1º, 2º e 3º trimestres), tratamento adequado baseado nos acertos do caso clínico, abordagem adequada do parceiro (considerada abordagem adequada se

profissional realizou busca ativa do parceiro para aconselhamento, diagnóstico e tratamento; considerada conduta inadequada se profissional enviou pedido do exame ou tratamento por meio da gestante) e dificuldades de abordagem sobre SC (dificuldades relatadas pelo profissional para falar sobre sífilis, conversar sobre possível forma de infecção com a sífilis, consequências da doença para o bebê e a mulher, orientação sobre tratamento e uso de preservativo, abordagem do parceiro).

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, sob CAAE 15635619.0.0000.5368, Parecer nº 3.397.838.

Resultados

Dos 50 profissionais que participaram da pesquisa, 16 (32%) eram médicos(as) e 34 (68%) enfermeiros(as). Embora 42 (84%) profissionais tenham relatado ter feito especialização, apenas 8 (16%) profissionais possuíam especialização em obstetrícia. Quanto ao tempo de atuação como pré-natalista, 50% atuam de 1 a 5 anos e 46% atuam na SMS há seis anos ou mais. A maioria dos profissionais (70%) estão formados há 6 anos ou mais. Da totalidade dos entrevistados 78% atuam como pré-natalistas há 10 anos ou mais (Tabela 1).

Tabela 1- Características dos profissionais pré-natalistas que atuam na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de um município do Sul do Brasil em 2019.

Variáveis	N	%
Formação		
Médico(a)	16	32%
Enfermeiro(a)	34	68%
Especialização		
Não	8	16%
Sim	42	84%
Especialização em Obstetrícia	8	16%
Especialização em outras áreas	30	60%
Mestrado	3	6%
Doutorado	1	2%
Não respondeu	8	16%
Tempo de formado		
1 a 5 anos	15	30 %
6 a 10 anos	14	28%
Mais de 10 anos	21	42%
Tempo de atuação como pré-natalista		
Menos de 1 ano	3	6%
1 a 5 anos	25	50%
6 a 10 anos	11	22%
Mais de 10 anos	11	22%
Tempo que atua na SMS		
Menos de 1 ano	7	14%

1 a 5 anos	20	40%
6 a 10 anos	13	26%
Mais de 10 anos	10	20%

Fonte: Autores (2020)

Conhecimentos

Em relação aos conhecimentos, a média de acertos foi de 70 %, atingindo o limite mínimo para ser considerado satisfatório. A maioria dos profissionais sabe que a unidade onde atua encaminha relatório de investigação de sífilis congênita, assim como o objetivo do relatório. Quando questionados sobre a responsabilidade do preenchimento da investigação, 68% informam ser do profissional pré-natalista (Tabela 2).

A maioria também já participou de treinamento sobre manejo da sífilis na gestação e, em 80% dos casos, esta foi oferecida pela própria SMS município de médio porte do Sul do Brasil, sendo que 60% deles recebeu treinamento há menos de um ano. Além disso, os profissionais relataram conhecer o manual (92%), e apenas 40% informaram ter lido o material na íntegra (Tabela 2). No caso clínico apresentado para tratamento de gestante VDRL 1:2, 72% responderam corretamente.

Tabela 2 – Conhecimentos dos protocolos assistenciais sobre sífilis gestacional preconizados pelo Ministério da Saúde por profissionais pré-natalistas que atuam no SUS em um município do Sul do Brasil em 2019. (n=50)

Variáveis	N	%
Esta unidade preenche e encaminha o Relatório de Investigação de Casos de Sífilis Congênita?		
Sim	49	98%
Não	-	-
Não sei informar	1	2%
Em caso afirmativo, quem é o responsável por esse preenchimento?		
Profissional do pré-natal	34	68%
Coordenador de programa da unidade	4	8%
Outro	11	22%
Não respondeu	1	2%
Você sabe qual é o objetivo desse relatório de investigação?		
Sim	49	98%
Não	1	2%
Já participou de algum treinamento sobre manejo da sífilis na gravidez?		
Sim	44	88%
Não	5	10%
Não sei informar	1	2%
Se sim, em que tipo de evento?		
Treinamento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde	40	80%
Treinamento promovido pela Secretaria Estadual de Saúde	4	8%
Não respondeu	5	10%
Quando foi o último?		

Menos de 1 ano	30	60%
1 a 5 anos	15	30%
Não se informar	2	4%
Não respondeu	3	6%
Conhece o manual do Ministério da saúde sobre prevenção da sífilis congênita?		
Sim	46	92%
Não	3	6%
Não sei informar	1	2%
Se sim, como teve acesso a esse material?		
No próprio serviço	18	36%
Treinamentos/eventos Secretaria Municipal de Saúde	15	30%
Internet	13	26%
Outro	1	2%
Quando teve acesso?		
Menos de 1 ano	24	48%
1 a 5 anos	21	42%
Mais de 5 anos	2	4%
Não sei informar	2	4%
Já leu esse material?		
Sim, totalmente	20	40%
Sim, parcialmente	27	54%
Não	3	6%
Pediria teste confirmatório, pois é um exame disponível com resultado	3	6%
Pediria teste confirmatório, mesmo não tendo facilidade de acesso a esse exame	2	4%
Não faria nada, pois trata-se de uma cicatriz sorológica	1	2%
Pediria novo exame para melhor avaliação, pois pode tratar-se de um falso positivo	2	4%
Trataria como sífilis de duração ignorada (penicilina benzatina dose total de 7.200.000U) e pediria exame do parceiro, sem me preocupar com o teste confirmatório	36	72%
Outra conduta	6	12%

Fonte: Autores (2020)

Atitudes

Em relação às atitudes a média geral de acerto foi superior ao conhecimento, atingindo um índice de 89%. Quando questionados sobre quem a sífilis pode afetar, 96% responderam qualquer pessoa com vida sexual ativa e com relações sexuais desprotegidas e 86% consideram o número de casos elevado no município de médio porte da Serra Catarinense, com formas graves da doença incluindo óbitos fetais e neonatais.

Em relação às principais dificuldades no manejo da sífilis no serviço onde atuam, 68% relataram ser as gestantes com início tardio de pré-natal, 54% a dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de comparecimento do mesmo ao serviço, 42% mencionaram a não realização dos exames pelas mulheres apesar de solicitado e a dificuldade de adesão da gestante ao tratamento, entre outras (Tabela 3). Somente 4% dos profissionais relataram não apresentar nenhum tipo de dificuldade para obter êxito no tratamento da sífilis gestacional.

Para melhorar a assistência aos casos de sífilis na gestação visando a redução transmissão vertical da sífilis, os profissionais elencaram as cinco principais estratégias, sendo que 76% sugerem trabalhos educativos com a população geral, 70% treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis, 56% estratégias para facilitar tratamento do parceiro, 40% treinamento sobre aconselhamento em sífilis e 38% acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos na cidade (Tabela 3).

Tabela 3 – Atitude dos profissionais pré-natalistas que atuam no SUS em um município do Sul do Brasil (2019) em relação à infecção pela sífilis na gestação e recomendações do Ministério da Saúde no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. (n=50)

Variáveis	N	%
Na sua opinião a sífilis pode afetar?		
Predominantemente pessoas com múltiplos parceiros	2	4%
Qualquer pessoa com vida sexual ativa e com relações sexuais desprotegidas	48	96%
Em sua opinião a sífilis congênita na cidade de Lages-SC:		
Apresenta número elevado de casos, porém com formas leves da doença	5	10%
Apresenta número elevado de casos, com formas graves da doença incluindo óbitos fetais e neonatais	43	86%
Não sei qual a situação da doença no momento	2	4%
No seu trabalho na assistência pré-natal quais são as principais dificuldades no manejo da sífilis?*		
Gestante com início tardio de pré-natal	34	68%
Dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de comparecimento do mesmo ao serviço	27	54%
Não realização dos exames pelas mulheres apesar de solicitado	21	42%
Dificuldade de adesão da gestante ao tratamento	21	42%
Demora para recebimento do resultado VDRL	3	6%
Dificuldade de abordar o parceiro em relação a sífilis da gestante, quando do comparecimento do mesmo	3	6%
Pouca confiança no resultado do VDRL	2	4%
Não tenho dificuldades	2	4%
Dificuldade de interpretação do resultado dos exames	-	-
Dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de referência de profissional para atendimento a sífilis	-	-
Dificuldade para a aplicação da penicilina benzatina na minha unidade	-	-
Não concordância com o protocolo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde	-	-
Qual a principal dificuldade da abordagem a gestante com sífilis?		
Conversar com o parceiro	20	40%
Conversar sobre possível forma de infecção com sífilis	4	8%
Informar sobre consequências da doença para o bebê e para a mulher	2	4%
Orientar sobre o uso de preservativo	3	6%
Falar sobre sífilis em geral	1	2%
Não tenho dificuldade	17	34%
Em sua opinião o que poderia ser feito para melhorar a assistência as gestantes nos serviços da SMS – Lages-SC visando a redução da transmissão vertical da sífilis?*		
Trabalhos educativos com a população em geral	38	76%
Treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis	35	70%

Estratégias para facilitar tratamento ao parceiro	28	56%
Acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos na cidade	23	46%
Treinamento e aconselhamento em sífilis	20	40%
Acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos no próprio serviço	16	32%
Garantia de exames de boa qualidade	15	30%
Acesso a manuais técnicos-científicos	10	20%
Serviços de referência para gestantes com alergia a penicilina	7	14%

*Questões de múltipla escolha onde mais de uma resposta poderia ser selecionada.

Fonte: Autores (2020)

Práticas

Por fim, ao analisar-se os acertos da prática identificou-se uma média de 83% demonstrando uma prática satisfatória. A maioria dos profissionais pré-natalistas (80%) seguem as rotinas preconizadas pelos protocolos do município e realizam testagem sorológica no 1º 2º 3º trimestre (Tabela 4). Em relação ao resultado do teste, 60% relatam receber em menos de 15 dias e 96% afirmam que o tratamento da SG é realizado na própria unidade de saúde, em qualquer dia e horário o que visa favorecer o atendimento e cumprimento do tratamento por parte da gestante. Os atendimentos ao parceiro assim como o tratamento são realizados na própria UBS e em 86% dos casos são prestados pelo próprio pré-natalista (Tabela 4).

Dos profissionais entrevistados, 6% relatam dificuldade para informar ao parceiro sobre o diagnóstico de sífilis da gestante. Como estratégia para melhorar a assistência 40% destes assinala a realização de treinamento e aconselhamento em sífilis.

Os profissionais relatam haver rotinas de busca ativa de faltosos (96%), bem como, convocação dos parceiros das gestantes (84%). Todos os profissionais afirmaram que a notificação compulsória de casos de sífilis na gestação é realizada rotineiramente, 72% associam a responsabilidade de seu preenchimento ao próprio profissional pré-natalista (Tabela 4).

Tabela 4 – Prática dos profissionais pré-natalistas que atuam no SUS em um município do Sul do Brasil (2019) em relação à infecção pela sífilis na gestação e recomendações do Ministério da Saúde no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

Variáveis	N	%
Em que trimestres, de acordo com os protocolos do MS, é preconizado a realizado do teste rápido para Sífilis na Serra Catarinense		
1º e 2º trimestre	1	2%
1º, 2º e 3º trimestre	49	98%
Tempo médio para receber o resultado de VDRL na sua Unidade?		
Menos de 15 dias	30	60%
15-29 dias	17	34%
30-60 dias	1	2%
Não sei informar	2	4%
Para tratamento da sífilis é aplicado Penicilina na Unidade?		
Sim, qualquer dia/horário	48	96%
Sim, alguns dias e horários	2	4%
Quem realiza a primeira consulta de pré-natal?		
Enfermeira em atendimento individual	48	96%
Médico	1	2%
Não responderam	1	2%
Quem realiza o atendimento ao parceiro?		
O próprio pré-natalista	43	86%
Por outro médico da própria unidade de saúde	2	4%
Não existe fluxo de atendimento definido	2	4%
Não sei informar/outro	2	4%
Não respondeu	1	2%
Existe algum mecanismo de busca a gestantes faltosas?		
Sim	48	96%
Não	2	4%
Existe mecanismo de convocação aos parceiros das gestantes?		
Sim	42	84%
Não	7	14%
Não sei informar	1	2%
Existem outros profissionais envolvidos na prevenção?		
Sim	43	86%
Não	7	14%
Outros profissionais deveriam estar envolvidos na prevenção?		
Sim	40	80%
Não	3	6%
Não sei dizer	5	10%
Não respondeu	2	4%
Realiza preenchimento de notificação compulsória?		
Sim	50	100%
Não	-	-
Quem é responsável pelo preenchimento?		
Profissional do pré-natal	36	72%
Chefe do pré-natal/ambulatório	1	2%
Coordenador de programa da unidade	2	4%
Outro	11	22%
Em que trimestre da gestação você solicita o VDRL:		

1º trimestre	4	8%
2º trimestre	1	2%
2º e 3º trimestre	1	2%
1º, 2º e 3º trimestre	40	80%
Não responderam	4	8%

Quando a gestante apresenta diagnóstico de sífilis qual sua conduta em relação ao parceiro?

Convoco parceiro para vir a Unidade	42	84%
Envio a solicitação de exame pela gestante	6	12%
Envio o medicamento pela gestante	1	2%
Solicito realização de visita domiciliar	1	2%

Fonte: Autores (2020)

O teste qui-quadrado mostrou que profissionais com maior tempo de formado (>10 anos) ($p<0,01$) e aqueles que relatam ter recebido treinamento sobre o manejo da sífilis na gestação ($p=0,007$) conhecem melhor a situação de SC no município. Além disso, profissionais que atuam há >10 anos na SMS também referiram ter menos dificuldades na abordagem sobre sífilis ($p=0,03$) e a leitura completa dos manuais esteve associada a maior adequação na abordagem com os parceiros ($p=0,02$). As demais variáveis associadas relatadas na metodologia, não apresentaram resultado significativo e, portanto, não foram apresentadas.

Discussão

A sífilis gestacional é uma doença de notificação obrigatória e quando a transmissão ocorre via transplacentária, causa a SC. Em mulheres grávidas não tratadas, os índices de transmissão nos estágios primários e secundários são de 70 a 100%. Com taxas de mortalidade que chegam a 40% (FERTONANI *et al.*, 2015). Sua ocorrência pode ser considerada uma combinação de múltiplos fatores que perpassam por aspectos sociodemográficos, comportamentais, de acesso aos serviços de saúde e adesão ao tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Frente a esses fatos e seu ressurgimento englobando diretamente a saúde materno-infantil, emergem também dificuldades encontradas pela vigilância epidemiológica para o controle da doença (BRASIL, 2015). Fragilidades essas expressadas pelos números crescentes de casos de SC, mortes fetais, abortos e sequelas irreversíveis para os recém-nascidos atingidos por essa infecção tratável (BRASIL, 2015).

Oliveira *et al.* (2020), em estudo de revisão sistemática observaram que para além dos fatores de risco relacionados a gestante como fatores comportamentais e socioeconômicos, a

transmissão vertical da sífilis está fortemente associada à falha na prevenção e no controle da infecção pelos serviços de saúde. Por outro lado, os melhores resultados são encontrados quando os serviços de saúde apontam estratégias para redução da sífilis gestacional, tais como, rastreamento precoce, diagnóstico e tratamento das gestantes e parceiros sexuais no mesmo local e no mesmo dia, e ênfase na educação em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No presente estudo, observou-se que os profissionais formados há mais tempo apresentam uma maior familiaridade não somente com a parte teórica dos protocolos, mas também demonstram maior facilidade na abordagem e escolha correta do tratamento, o que consequentemente pode transmitir mais segurança ao paciente que recebe as informações. Profissionais com mais experiência possivelmente tiveram mais oportunidade de contato com o problema e/ou de receber treinamento em serviço (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Em relação aos conhecimentos sobre o manejo de um caso clínico, a maioria dos entrevistados o realizariam corretamente. Entretanto, mais da metade dos profissionais não tinham conhecimento do conteúdo completo do manual do Ministério da Saúde o que pode justificar a escolha da opção errada de tratamento para o manejo do caso clínico. Saber da existência dos protocolos sem leitura e aprofundamento das ações propostas pode repercutir na fragilidade das atitudes dos profissionais em relação a SG e a SC. O conhecimento fragmentado, pode ser um divisor de águas quando se pensa em realizar uma assistência pautada em protocolos assistenciais.

Identificar a proporção de profissionais que escolheram a alternativa correta para tratamento no caso, demonstra que o raciocínio clínico dos profissionais pré-natalistas é bom, sendo uma ferramenta indispensável para a prática diária. Por outro lado, a falta de assertividade corrobora que condutas inadequadas ainda estão presentes e acarretam prognósticos indesejáveis no curso da gestação. Tal conduta, pode estar diretamente relacionada a adesão dos profissionais aos protocolos existentes, assim como ao conhecimento de seu conteúdo na totalidade. Treinar os profissionais repercute em impactos positivos na prevenção a propagação da infecção, uma vez que estes estarão cientes dos problemas que a sífilis traz e saberão as condutas corretas (MILANEZ, 2016).

Em relação as atitudes dos profissionais, a maioria sabe dos malefícios que a sífilis pode causar e conhecem a situação epidemiológica do município. Porém, os profissionais relatam dificuldades para o manejo, como início tardio do pré-natal, não realização de exames pelas mulheres, baixa adesão ao tratamento por parte da gestante e dificuldade de atendimento ao

parceiro. Tais fatos tendem a dificultar a abordagem da gestante, mesmo que este profissional tenha conhecimento dos protocolos existentes e saibam qual a conduta correta. Minimizar essas barreiras de acesso ao pré-natal, à testagem sorológica e ao diagnóstico e tratamento dos parceiros são essenciais para melhorar o manejo e controle da sífilis na gestação, sendo necessárias estratégias diferentes para cada comunidade que a UBS/ ESF abrange (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Há evidências que os esforços no Brasil devem visar não apenas atingir 100% de cobertura do pré-natal, mas também aumentar sua qualidade com novas estratégias para identificar mulheres em risco aumentado e colocá-las em bom atendimento (BENZAKEN *et al.*, 2020). Em Belo Horizonte-MG, no período de 2001 a 2008, constatou que a alta taxa de incidência de SC estava diretamente relacionada ao pré-natal de baixa qualidade e que quase metade dos diagnósticos havia sido feita durante ou após o parto (LIMA *et al.*, 2013). O rastreamento por exames laboratoriais da SG deverá ser realizado minimamente duas vezes durante o pré-natal e uma no momento do parto, conforme preconiza o manual do MS (BRASIL, 2015). No começo da gestação para detectar infecção prévia à gravidez, no começo do terceiro trimestre para detectar infecção adquirida durante a gestação, e na admissão para o parto objetivando principalmente impedir infecção fetal ou neonatal (BRASIL, 2015).

O início do pré-natal antes da 12^a semana gestacional é essencial para o diagnóstico precoce da infecção, visando evitar casos de abortamento por sífilis e outros desfechos adversos (BRASIL, 2018). O MS recomenda que a periodicidade das consultas deve ser mensal até a 28^a semana, quinzenal entre 28 e 36 semanas e semanal até o parto, não existindo alta do pré-natal (BRASIL, 2012a).

Estudos realizados nos Estados Unidos (BOWEN *et al.*, 2015) e na China (QIN *et al.*, 2014) reforçam que o pré-natal favorece a quebra da cadeia de transmissão de sífilis de mãe para filho e, conseqüentemente, o controle da sífilis. Por outro lado, alguns estudos evidenciaram falhas no pré-natal, principalmente no que se refere ao diagnóstico e tratamento, que comprometem o controle da transmissão da sífilis de mãe para filho (DOMINGUES; LEAL, 2016; MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Entre as principais estratégias de saúde pública destacam-se: a detecção precoce da sífilis, o tratamento de parceiros infectados e a promoção do acesso aos serviços de saúde (ECDC, 2015).

Os dados epidemiológicos contribuem para a compreensão das lacunas de rastreio pré-natal (ECDC, 2015). A proporção de mulheres grávidas com sífilis positivas tratadas idealmente por volta da 24ª semana de gestação é considerada pelo Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC) como um indicador importante que permite aos países estimar a eficácia do programa implantado (ECDC, 2015).

As ações de educação sobre SG e SC direcionadas à população e aos profissionais pré-natalistas constituem as principais estratégias para melhorar os desfechos vivenciados na realidade dos serviços de saúde (LAZARINI; BARBOSA, 2017). Enfatiza-se o potencial que as estratégias educativas possuem para disseminação de conhecimentos, promoção da saúde e prevenção de complicações (LAZARINI; BARBOSA, 2017). Estudo demonstrou que após ação de educação continuada foram identificadas transformações positivas dos profissionais, nas etapas de diagnóstico e manejo da SG e SC e na diminuição da transmissão vertical, que repercutiu em aumento da detecção precoce e eliminação da mortalidade específica por sífilis no período estudado (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

O desenvolvimento de trabalhos educativos com a população geral indica a necessidade de estratégias voltadas também aos usuários, facilitando o acesso a informações em relação à SG e SC (ECDC, 2015). Ações de prevenção buscam reduzir barreiras relacionadas as atitudes frente as abordagens dos parceiros e gestantes para realizar o tratamento da SG e a forma de transmissão da sífilis (ECDC, 2015).

Sobre as práticas desenvolvidas pelos profissionais, a maioria segue as rotinas preconizadas pelos protocolos do município, porém 20% não executam conforme preconizado, o que pode acarretar em desfechos negativos. Embora relatem que o tratamento para a gestante e o parceiro seja realizada na própria UBS em qualquer dia e horário, apontam dificuldades para o tratamento. Essas dificuldades vão desde a fragilidades da notícia que envolve questões familiares, até a forma do aconselhamento que envolve o treinamento pelo qual este profissional passou.

Mesmo com mecanismos de busca ativa, para captação de gestantes e parceiros faltosos as consultas o que evidencia uma falta de adesão por parte das pacientes, os profissionais colocaram como estratégias para melhorar tais dados, ampliação nos encontros para treinamentos sobre diagnóstico e tratamento para sífilis e aconselhamento da sífilis.

A devolutiva das informações sobre casos de SC, ocorridos na cidade e no próprio serviço também deve ser utilizada nas capacitações. O protocolo para manejo da sífilis na

gestação atualmente recomendado pelo MS visa a eliminação da SC, para isso, prevê o tratamento de todas as gestantes com exame reagente, mesmo que não confirmado por teste treponêmico, bem como o tratamento de todos os parceiros (BRASIL, 2015).

A notificação compulsória de casos é uma importante medida de vigilância, pois possibilita reunir dados necessários para a realização de análises epidemiológicas, bem como para informar o planejamento das ações de controle (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Por outro lado, a subnotificação dificulta a compreensão da magnitude do problema, interferindo na capacidade de controlar a doença (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

O presente estudo apresenta como limitação o curto período de tempo para aplicabilidade do instrumento e coleta dos dados, o que dificultou a abordagem da totalidade de todos os profissionais pré-natalistas que atuam nas UBS do município.

Considerações Finais

A adesão ao pré-natal é característica definidora para sucesso ou não do tratamento completo da sífilis. Os profissionais participantes do estudo demonstraram conhecimentos, práticas e atitudes satisfatórios para o manejo da sífilis gestacional, com destaque para as atitudes.

Acredita-se que aliada às questões inerentes ao profissional a sensibilização das gestantes e parceiros é fundamental. A empatia e o vínculo com a equipe interprofissional da UBS certamente contribuirão para os esclarecimentos sobre a importância do pré-natal e das consequências do não tratamento da SG para criança e a família. Assim, o profissional pré-natalista assume papel de articulador na promoção da saúde, acompanhamento dos casos de SC e prevenção de complicações por meio de ações efetivas no tratamento da SG.

Referências

ALBUQUERQUE, C. M. *et al.* A compreensão da qualidade de vida atrelada a sífilis congênita. **Revista APS**, v.18, n.3, p.293-297, 2015.

BENZAKEN, S. A. *et al.* Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, v.36, n.1, p. e00057219, 2020.

BOWEN, V. *et al.* Increase in incidence of congenital syphilis—United States, 2012–2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 64, n. 44, p. 1241-1245, 2015.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 30 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a, 114 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de DST e AIDS/ transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 178 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde **Boletim epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 48, 2017a. 44p. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 252 p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57801/pcdt_tv_20_08_18.pdf?file=1&type=node&id=57801&force=1 Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação de agravos de notificação - Sinam**. Dados fornecidos pela responsável da vigilância epidemiológica da Regional de Saúde de Lages, em 10 de dezembro de 2019, sujeitos a alterações conforme atualização do sistema. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan> Acesso em: 10 dez. 2019.

COOPER, J. M.; SANCHEZ, P. J. Congenital syphilis. **Seminars in Perinatology**, v.42, n.3, p.176-184, 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n.5, p. 1341-1351, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00082415, 2016.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). **Annual epidemiological report 2014–congenital syphilis**. Stockholm: ECDC, 2015. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/annual-epidemiological-reports>. Acesso em: 25 nov. 2020

FERTONANI, H. P. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência Saúde Coletiva**. [Internet]. 2015; 20(6):1869-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en. Acesso em: 25 nov. 2020.

GONÇALVES, R. P. *et al.* Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde e Sociedade**, v.24, n.3. Abr/jun.2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages>. Acesso em: 01 maio 2019.

KORENROMP, E. L. *et al.* Correction: global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE**, v. 14, n. 7, e0219613, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0219613&type=printable>. Acesso em: 25 nov. 2020.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 25:e2845. 2017; Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100305&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2020

LIMA, M. G. *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Caderno de Saúde Pública**. v.29, n.6, p.1109-1120, jun. 2013.

MILANEZ, H. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: why can we not yet face this problem? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 425-427, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000900425&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2020.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.4, p.681-94, 2015.

OLIVEIRA, R. A. de *et al.* Fatores associados a prevenção e controle da sífilis gestacional: panorama e desafios. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, n. 2020-02, 2020.

QIN, J. *et al.* Risk factors for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in Shenzhen, China: a prospective nested case-control study. **Sexually transmitted diseases**, v. 41, n. 1, p. 13-23, 2014.

SILVA, G. A.; OLIVEIRA, C. M. G. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v.4, n.3, p.215-220, 2014.

WIJESOORIYA, N. S. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 4, n. 8, p. e525-e533, 2016.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou de fato aquilo que a minha vivencia já vinha apresentando, as fragilidades relacionadas a adesão ao pré-natal que advém muito mais por parte dos usuários do sistema do que por barreiras relacionadas a atitude ou conhecimento dos profissionais que prestam a assistência.

Os protocolos são equânimes, as capacitações são constantes, os dados estão presentes e de fato são alarmantes. Porém, quando existe um baixo índice de escolaridade, falta de conhecimento das consequências da doença para o conceito o desfecho apresentado é triste. Crianças fadadas ao peso da sífilis congênita com destino incerto, tratamento continuo a margem da sociedade e sobrecarregando ainda mais um sistema que já se mostra saturado.

Pude presenciar no decorrer da coleta de dados, profissionais engajados em criar estratégias para mudar essa realidade, porém a principal barreira do ponto de vista prático é, quando a comunidade não compreende a gravidade da doença não consegue compreender a importância do tratamento.

Deste modo surge então a principal potencialidade deste estudo, desvencilhar novos estudos que busquem criar grupos de pesquisa que trabalhem a educação continuada dos profissionais pré-natalistas para que juntos possam construir estratégias que sanem essas fragilidades, pois se a educação é continuada a pesquisa em saúde também deve ser. As adequações referentes a coleta dos dados, dificultaram a obtenção de sua totalidade, uma vez que no primeiro momento seriam realizadas visitas as UBS, mas quando em contato com a secretaria foi sugerido participação na reunião geral de todas as equipes. Assim o tempo reduzido para expor o questionário e importância do preenchimento foram fatores que limitaram o tempo de aplicabilidade do mesmo.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. M. *et al.* A compreensão da qualidade de vida atrelada a sífilis congênita. **Revista APS**, v.18, n.3, p.293-297, 2015.
- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, v.46, n.34, p.52-55, fev. 2012.
- ARANTES, L. J. *et al.* Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p1499-1510, maio. 2016.
- ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a estratégia saúde da família. **Revista de Saúde Pública**. v.46, n.3, jun.2012.
- AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. Syphilis: diagnosis, treatment and control. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.
- BENZAKEN, S. A. *et al.* Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, v.36, n.1, p. e00057219, 2020.
- BOWEN, V. *et al.* Increase in incidence of congenital syphilis—United States, 2012–2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 64, n. 44, p. 1241-1245, 2015.
- BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 15 set. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita**. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério de Saúde, p.53 1993
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 68p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva . **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 28p.
- BRASIL. **Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005**. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis caminhando para a eliminação da sífilis congênita: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 73p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.70p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 24p. Disponível em :
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf Acesso em: 10 out. 2018

BRASIL. **Portaria n 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3.242, 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, DF: Presidência da República, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p.114. 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> .Acesso em: 02 fev. 2019.

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: Ministério da Saúde, p. 320. 2012b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 814 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de DST e AIDS/ transmissão vertical do HIV e sífilis**: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 178p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde **Boletim epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 48, 2017a. 44p. Disponível em:
<http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 252 p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57801/pcdt_tv_20_08_18.pdf?file=1&type=node&id=57801&force=1 Acesso em: 02 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação de agravos de notificação - Sinam**. Dados fornecidos pela responsável da vigilância epidemiológica da Regional de Saúde de Lages, em 10 de dezembro de 2019, sujeitos a alterações conforme atualização do sistema. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan> Acesso em: 10 dez. 2019.

CABANA, M. D. *et al.* Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **JAMA**. v.282, n.15, p.1458-1465, out 1999.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p.563-574, fev.2018.

CLEMENTE, T. S. *et al.* A importância do pré-natal como ferramenta na prevenção da sífilis congênita: revisão bibliográfica. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits** v. 1, nº1, p. 33-42, nov. 2012.

COOPER, J. M.; SANCHEZ, P. J. Congenital syphilis. **Seminars in Perinatology**, v.42, n.3, p.176-184, 2018.

COSTA, C.C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2012. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* 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, nº3, p.269-280, agos/set.2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n.5, p. 1341-1351, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v.37, n.3, p.140-147, mar.2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00082415, 2016.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). **Annual epidemiological report 2014–congenital syphilis**. Stockholm: ECDC, 2015. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/annual-epidemiological-reports>. Acesso em: 25 nov. 2020

FERTONANI, H. P. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência Saúde Coletiva**. [Internet]. 2015; 20(6):1869-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en. Acesso em: 25 nov. 2020.

GLOYD, S. S. *et al.* Antenatal syphilis in Sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. **Health Policy and Planning**, v. 16, p. 29-34, 2001.

GOMEZ, G. B. *et al.* Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v.91, p.217-226, 2013.

GONÇALVES, R. P. *et al.* Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde e Sociedade**, v.24, n.3. Abr/jun.2015.

GONZALES, G. F. *et al.* Gestational syphilis and associated factors in public hospitals of Peru during 2000-2010. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v.31, n.2, p.211-221, 2014.

HERSH, A. R; MEGLI, C. J.; CAUGHEY, A. B. Repeat screening for syphilis in the third trimester of pregnancy: a cost-effectiveness analysis. **Obstetrics & Gynecology**, v.132, n.3, p.699-707, 2018.

HONG, F. C. *et al.* Risk of congenital syphilis (CS) following treatment of maternal syphilis: results of a CS control program in China. **Clinical Infectious Diseases**, v.65, n.4, p.588 -594, 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages>. Acesso em: 01 maio 2019.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **AECS Illuminations**. v.4, n.1, p.7-9, Nov 2004.

KORENROMP, E. L. *et al.* Correction: global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE** v. 14, n.7 : e0219613, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0219613&type=printable> Acesso em: 25 nov. 2020.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017; 25:e2845. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100305&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2020

LIMA, M. G. *et al.* Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.

LIMA, V. C. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **Revista de Saúde e Ciências Biológicas**, v.5, n.1, p.56-61, 2017.

LUGTENBERG, M. *et al.* Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. **BMC Family Practice**, v.98, n.12, p.1471-2296, set. 2011.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Caderno de Saúde Pública**. v.29, n.6, p.1109-1120, jun. 2013.

MELO, N. G. D. O. *et al.* Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006) **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.2, p.213-222, abr-jun, 2011.

MESQUITA, K. O. *et al.* Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v.24, n.1, p. 20-27, 2012.

MILANEZ, H. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: why can we not yet face this problem? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 425-427, Sept. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032016000900425&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 ago. 2020.

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.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.4, p.681-94, 2015.

NUNES, P. S. *et al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da estratégia saúde da família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, 2018.

OLIVEIRA, R. A. de *et al.* Fatores associados a prevenção e controle da sífilis gestacional: panorama e desafios. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, n. 2020-02, 2020.

PAHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. 2012 **Progress report**: elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington, 2013.

PROTOCOLO Regional de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério da Serra Catarinense. **Lab mãe serrana**: educação permanente transformando práticas, - capítulo: apoio matricial nos casos de sífilis congênita, autoria coletiva. Lages, 2017. Autoria Coletiva, Lages, 2015

revisão em 2017/ Rede Cegonha Serra Catarinense: uma experiência exitosa na educação permanente, Coordenadora do projeto Daniela Rosa de Oliveira, autoria coletiva, Lages 2015.

QIN, J. *et al.* Risk factors for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in Shenzhen, China: a prospective nested case-control study. **Sexually transmitted diseases**, v. 41, n. 1, p. 13-23, 2014.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 13ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

RIBEIRO, K. F. C. *et al.* Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de papanicolaou. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.2, abr-jun, p 460-7 2013.

RODRIGUES, D. C. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família de Teresina para o controle da sífilis em gestante**.96F. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SARACENI, V. *et al.*, Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador de qualidade da atenção a mulher e a criança. **Caderno Saúde Pública**, v.21, n.4, p. 1244-1450, 2005.

SARACENI, V. *et al.*, Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.103-111.jun. 2007.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da estratégia saúde da família e o diagnóstico e sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.490-496, 2012.

SILVA, G. A.; OLIVEIRA, C. M. G. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v.4, n.3, p.215-220, 2014.

SILVA, M. R. F. *et al.* Percepção de mulheres com relação a ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. **Revista APS**, v.13, n.3, p.301-309, 2010.

SONDA, E. C. *et al.* Sífilis congênita: uma revisão de literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. v.3, n.1, p.28-30, jan.2013.

TRINH, T. T. *et al.* Syphilis testing practices in the Americas. **Tropical Medicine and International Health**, v. 22, n.9, p. 1196-1203, 2017.

VANINI-BRITO, E. S. *et al.* Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda. **Revista APS**, v.12, n.1, p. 62-71, 2009.

WIJESOORIYA, N. S. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 4, n. 8, p. e525-e533, 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Advocacy, communication and social mobilization for TB control:** a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global guidance on criteria and processes for validation:** elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Geneva, 2014.

ANEXO A - Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS PRÉ-NATALISTAS PARA O MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL

Pesquisador: mariany nunes amada

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15635619.0.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.397.838

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo possível de ser atingido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios, bem como os riscos foram detalhados pelos pesquisadores e os mesmos responsabilizam-se pelos encaminhamentos viáveis dos participantes em caso de riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de alta relevância tanto em meio acadêmico quanto em meio profissional, haja vista que a sífilis vem ganhando destaque no cenário onde será realizada a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram apresentados tanto em projeto quanto na plataforma.

Recomendações:

Recomenda-se que os pesquisadores conduzam toda a pesquisa com os preceitos éticos, sem identificar e divulgar os participantes, bem como seus locais de atuação. Em caso de divulgação de dados, respeitar da mesma maneira o anonimato dos mesmos.

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 122B
Bairro: Universitário CEP: 88.509-900
UF: SC Município: LAGES
Telefone: (40)3251-1095 E-mail: cep@uniplacatas.edu.br

Continuação do Parecer: 3.367/2019

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após avaliação do CEP, os pesquisadores estão liberados para iniciar a condução dos processos metodológicos.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1372584.pdf	10/06/2019 21:44:51		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_institulcao.pdf	10/06/2019 21:42:48	mariany nunes amuda	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador_responsavel.pdf	10/06/2019 21:37:24	mariany nunes amuda	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/06/2019 21:35:33	mariany nunes amuda	Acelto
Outros	Questionario.pdf	04/06/2019 19:51:30	mariany nunes amuda	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	04/06/2019 19:51:05	mariany nunes amuda	Acelto

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.500-000

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1088

E-mail: cep@uniplages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 3.397.030

Ausência	TCLE.pdf	04/06/2019 19:51:05	mariany nunes arruda	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	04/06/2019 19:50:53	mariany nunes arruda	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 17 de Junho de 2019

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador(a))

APÊNDICE A - Questionário utilizado para coleta de dados adaptado de Domingues *et al.* (2013).

Pesquisa sobre conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais de saúde em relação à infecção pela sífilis na gestação.

I Caracterização do Profissional

1. Categoria Profissional

1. () Médico 2. () Enfermeiro

2. Possui Especialização?

0. () não 1. () sim

3 Em caso afirmativo, qual?

Nota: Assinale o curso mais recente

1. () especialização em obstetrícia

2. () residência em obstetrícia

3. () mestrado

4. () doutorado

5. () outro. Qual? _____

4. Tempo de Formado:

1. () menos de 1 ano

2. () 1 a 5 anos

3. () 6 a 10 anos

4. () mais de 10 anos

5. Tempo de atuação pré-natalista

1. () menos de 1 ano

2. () 1 a 5 anos

3. () 6 a 10 anos

4. () mais de 10 anos

6. Tempo de atuação na SMS/Lages:

1. () menos de 1 ano
2. () 1 a 5 anos
3. () 6 a 10 anos
4. () mais de 10 anos

II Caracterização da Unidade de Saúde

7. Em que trimestres de acordo com os protocolos do MS é preconizado a realizado do teste rápido para Sífilis na Serra Catarinense?

1. () 1º e 2º trimestre
2. () 2ºe 3º trimestre
3. () 1º 2ºe 3º trimestre

8. Qual tempo médio de retorno de um retorno resultado de VDRL na sua unidade?

1. () menos de 15 dias
2. () 15-29dias
3. () 30-60 dias
4. () mais de 60 dias
9. () não sei informar

9. Para tratamento da Sífilis é aplicada a Penicilina Benzatina na Unidade?

1. () não
2. () sim, em qualquer dia/horário
3. () sim, em alguns dias/horários
4. () não sei informar

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

1. () enfermeira em atendimento individual
2. () enfermeira em atendimento em grupo
3. () médico

4. () outro. Qual? _____

11. Nesta unidade, o atendimento a parceiros de gestantes com Sífilis é feito:

1. () pelo próprio pré-natalista
2. () por outro médico da própria unidade de saúde
3. () por médico de outra unidade de saúde
4. () não existe fluxo de atendimento definido
5. () outro. Qual? _____
9. () não sei informar

12. Nesta unidade de saúde, existe algum mecanismo de busca de faltosas na assistência pré-natal?

1. () não
2. () sim. Qual? _____
3. () não sei informar

13. Nesta unidade de saúde, existe algum mecanismo de abordagem/convocação de parceiros de gestantes com sífilis?

1. () não
2. () sim. Qual? _____
9. () não sei informar

14. Nesta unidade existem outros profissionais envolvidos na prevenção da transmissão vertical da sífilis além dos pré-natalistas?

1. () não
2. () sim. Qual? _____
9. () não sei informar

15. Você acha que outros profissionais deveriam estar envolvidos?

1. () não
2. () sim. Quais? _____
9. () não sei dizer

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

- 1.() não
- 2.() sim
- 9.() não sei informar

17. Em caso de afirmativo quem é o responsável por esse preenchimento?

- 1.() profissional do pré-natal
- 2.() chefe do pré-natal /ambulatório
- 3.() coordenador de programa da unidade
- 4.() administrativos
- 5.() direção
- 6.() outro.Qual?_____

18. Esta unidade preenche e encaminha o Relatório de Investigação de Casos de Sífilis Congênita?

- 1.() não
- 2.() sim
- 9.() não sei informar

19. Em caso afirmativo, quem é o responsável por esse preenchimento

- 1.() profissional do pré-natal
- 2.() chefe do pré-natal /ambulatório
- 3.() coordenador de programa da unidade
- 4.() administrativos
- 5.() direção
- 6.() outro.Qual?_____

20. Você sabe qual é o objetivo desse relatório de investigação?

1. () sim
2. () não

III Prevenção da Transmissão vertical da Sífilis

21. Já participou de algum treinamento sobre manejo da sífilis na gravidez?

1. () não
2. () sim
9. () não sei informar

22. Se sim, em que tipo de evento?

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 médicas (CREMESC, etc..)
5. () congressos científicos
6. () outros. Qual? _____

23. Quando foi o último?

1. () menos de 1 ano
2. () 1 a 5 anos
3. () mais de 5 anos
9. () não sei informar

24. Conhece o manual do Ministério da saúde sobre prevenção da sífilis congênita?

1. () não
2. () sim
9. () não sei informar

25. Se sim, como teve acesso a esse material?

1. () no próprio serviço

2. () treinamentos/eventos Secretaria Municipal de saúde
3. () treinamentos/ eventos sociedades médicas (CREMESC, etc..)
- 4.() internet
- 5.() correio
6. () outro. Qual? _____

26. Quando teve acesso?

1. () menos de 1 ano
2. () 1 a 5 anos
- 3.() mais de 5 anos
- 9.() não sei informar

27. Já leu esse material?

- 1.() não
- 2.() sim, totalmente
- 3.() sim, parcialmente

28. Na sua opinião, a sífilis é uma doença que pode afetar:

1. () predominantemente pessoas com múltiplos parceiros
- 2.() predominantemente pessoas de baixa renda
- 3.() qualquer pessoas com vida sexual ativa e com relações sexuais desprotegidas
- 4.()outro.Qual?_____

29. Em sua opinião, a sífilis congênita na cidade de Lages:

1. () não representa um problema de saúde pública
- 2.() é um problema que afeta apenas os filhos de gestantes sem acesso a pré-natal
- 3.() apresenta número elevado de casos , porém com formas leves da doença
- 4.() apresenta número elevado de casos, com formas graves da doença, incluindo óbitos fetais e neonatais
- 5.() não sei qual é a situação dessa doença no momento
- 6.() outro. Qual?_____

30. Na assistência pré-natal realizada nesta unidade de saúde, em que trimestre da gestação você solicita rotineiramente o exame VDRL?

1. () 1º trimestre
2. () 2º trimestre
3. () 3º trimestre
4. () 1º e 3º trimestre
5. () 1º e 2º trimestre
6. () 2º e 3º trimestre
7. () 1º, 2º e 3º trimestre

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

1. () convoco o parceiro para vir a unidade
2. () envio a solicitação de exame pela gestante
3. () envio o medicamento pela gestante
4. () solicito realização de visita domiciliar
5. () não realizo qualquer tipo de abordagem em relação ao parceiro
6. () outra. Qual? _____

32. No seu trabalho na assistência pré-natal na SMS/Lages, quais são suas principais dificuldades no manejo da Sífilis?

1. () gestantes com início tardio de pré-natal
2. () não realização dos exames pelas mulheres, apesar de solicitado
3. () demora para recebimento do resultado VDRL
4. () pouca confiança no resultado do VDRL
5. () dificuldade de acesso a exames confirmatórios treponêmicos
6. () dificuldade de interpretação do resultado dos exames
7. () dificuldade de adesão da gestante ao tratamento
8. () dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de comparecimento do mesmo ao serviço
9. () dificuldade para abordar o parceiro em relação a sífilis da gestante, quando do comparecimento do mesmo

10. () dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de referência de profissional para atendimento á sífilis
- 11.() dificuldade para a aplicação da penicilina benzatina na minha unidade
- 12.() não concordância com o protocolo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde
- 13.() não tenho dificuldade
- 14.() outro. Qual?_____

33. No seu trabalho na assistência pré-natal na rede pública, quais são as suas principais dificuldades na abordagem da gestante com sífilis?

- 1.() falar sobre sífilis em geral
- 2.() conversar sobre possível forma de infecção com a sífilis
- 3.() informar sobre consequência da doença para o bebê e para a mulher
- 4.() orientar sobre o tratamento
- 5.() orientar sobre o uso de preservativo
- 6.() conversar com o parceiro
- 7.() não tenho dificuldade
- 8.() outra.Qual?_____

34. Durante o atendimento pré-natal, você atende uma gestante com VDRL 1:2, que nega tratamento anterior para sífilis. Qual seria sua conduta neste caso?

1. () pediria teste confirmatório, pois é um exame disponível com resultado
- 2.() pediria teste confirmatório, mesmo não tendo facilidade de acesso a esse exame
- 3.() não faria nada, pois trata-se de uma cicatriz sorológica
- 4.() pediria novo exame para melhor avaliação, pois pode tratar-se de um falso positivo
- 5.() trataria como sífilis de duração ignorada (penicilina benzatina dose total de 7.200.000U) e pediria exame do parceiro, sem me preocupar com o teste confirmatório
- 6.() Outra conduta. Qual?_____

35. Em sua opinião o que poderia ser feito para melhorar a assistência ás gestantes nos serviços da SMS-Lages visando á redução transmissão vertical da sífilis?

Nota assinale as cinco principais

1. () treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis
- 2.() treinamento sobre aconselhamento em Sífilis

- 3.() acesso a manuais técnicos-científicos
- 4.() acesso a informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos no próprio serviço
- 5.() acesso a informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos na cidade
- 6.() estratégias para facilitar tratamento do parceiro
- 7.() trabalhos educativos com a população geral
- 8.() garantia de exames de boa qualidade
- 9.() serviços de referencia para gestantes com alergia a penicilina
- 10.() outros. Qual? _____

36. Em sua opinião especificamente em relação aos parceiros, que estratégias poderiam ser utilizadas para aumentar seu comparecimento ao serviço e viabilizar seu diagnóstico e tratamento?
