



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI

**MANEJO DA SIFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS**

BOA VISTA, RR

2021

RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI

**MANEJO DA SIFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Linha de pesquisa 2: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Sibajev

BOA VISTA, RR

2021

RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI

**MANEJO DA SIFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada como pré-requisito para conclusão do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Na Área de concentração em Gestão em Sistemas da Saúde. Defendida em 20.08.2021 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Alexander Sibajev
Orientador – PROCISA - UFRR

Prof. Dr. Calvino Camargo
Membro Técnico Interno –PROCISA - UFRR

Prof. Dr. Ananias Noronha Filho
Membro Técnico Externo - IFRR

Ao meu marido André Triani pelo incentivo e apoio incondicional, aos meus filhos Pedro e Miguel e a você Anita (*in memoriam*) pela inspiração de força e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sabedoria e coragem que me direcionou na realização dessa conquista.

A minha família e amigos pela compreensão de minhas ausências, pelo amor e pelo apoio incondicional que me deram na realização de mais esse sonho.

A minha turma querida desse mestrado pela ajuda mútua e pelo apoio nos momentos difíceis dessa jornada.

Aos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária de Boa Vista pela contribuição e participação nessa pesquisa.

A gestão da Atenção Primária municipal na pessoa de Cinthia Brasil pelo apoio na realização desse projeto.

A querida amiga Jacqueline Barros pelo impulso e ajuda na idealização desse projeto.

Ao meu querido orientador pela parceria, paciência e ensinamentos ao longo desses anos.

Ao PROCISA por promover essa oportunidade aos profissionais de Roraima.

RESUMO

A Sífilis é uma doença milenar que vem prevalecendo sobre todas as tentativas de sua eliminação, mesmo com diagnóstico e tratamento acessível e disponível no SUS. Diante disso objetivou-se verificar o conhecimento, as práticas e as atitudes dos profissionais pré-natalistas no manejo da sífilis na gestação que atuam na Atenção Primária de Boa Vista, identificar as principais barreiras para implantação dos protocolos assistenciais e as estratégias para o controle desse agravo na gestação. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e avaliativo, realizado entre outubro de 2020 e fevereiro de 2021, com 67 médicos e enfermeiros, representando 78,8% dos profissionais que atendiam aos critérios de seleção. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário eletrônico, contendo 44 questões sobre o tema abordado. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, através do software excel, por meio de distribuição de frequência. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob parecer nº 31936220.2.0000.5302. Entre os participantes 73% eram enfermeiros e 26% médicos. Os resultados indicaram falhas nos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, relacionadas ao baixo conhecimento sobre as características da doença, sobre a transmissão vertical, definição de casos, controle de cura da doença, tratamento da gestante e abordagem e tratamento dos parceiros. Dificuldades no acesso das gestantes ao pré-natal e demora no retorno de VDRL para a UBS também foram relatadas. As principais barreiras percebidas pelos profissionais estiveram relacionadas principalmente ao usuário, seguidas do serviço e também ao profissional, além do impacto no serviço de diagnóstico e acompanhamento dos casos causado pela pandemia da Covid-19. Os participantes indicaram que a melhoria da assistência deve estar relacionada ao início precoce do pré-natal, tratamento dos parceiros, educação em saúde, treinamentos adequados para o profissional e acesso a situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita do município. Apesar da disponibilidade de diagnóstico e tratamento nas unidades básicas de saúde, pode-se concluir que as gestantes com sífilis não estão recebendo assistência adequada, frente ao constante e crescente número de casos ao longo dos anos, sendo necessário repensar os processos de trabalho, o contexto organizacional e novas ferramentas de educação continuada para os profissionais da ESF, visando proporcionar assistência pré-natal de qualidade para essas mulheres. O estudo pode contribuir com subsídios para o planejamento em saúde na assistência pré-natal a gestante com sífilis, que podem ajudar na formulação e fortalecimento de novas estratégias de combate ao agravo podendo assim apoiar no controle e diminuição da sífilis congênita no município de Boa Vista.

Palavras-chaves: Sífilis na gestação, sífilis congênita, pré-natal, atenção primária.

ABSTRACT

Syphilis is an ancient disease that has prevailed over all attempts to eliminate it, even with diagnosis and accessible treatment available in the SUS. To verify the knowledge, practices and attitudes of prenatal care professionals in the management of syphilis during pregnancy who work in Primary Care in Boa Vista, identify the main barriers to the implementation of care protocols and strategies to control this condition during pregnancy. This is a cross-sectional, descriptive and evaluative study, carried out between October 2020 and February 2021, with 67 doctors and nurses, representing 78.8% of the professionals who met the selection criteria. For data collection, an electronic questionnaire was used, containing 43 questions on the topic addressed. A descriptive analysis of the data was performed using Excel software through frequency distribution. The study was approved by the ethics committee under opinion nº 31936220.2.0000.5302. Among the study participants, 73% were nurses and 26% physicians. The results indicated gaps in knowledge, attitudes and practices of health professionals related to low knowledge about the characteristics of the disease, about vertical transmission, case definition, control of cure of the disease, treatment of pregnant women and approach and treatment of partners. Difficulties in accessing prenatal care for pregnant women and delays in returning the VDRL to the UBS were also reported. The main barriers perceived by professionals were mainly related to the user, followed by the service and also the professional, in addition to the impact on the diagnosis service and follow-up of cases caused by the Covid-19 pandemic. Participants indicated that improved care should be related to the early start of prenatal care, partner treatment, health education, adequate training for the professional and access to the epidemiological situation of gestational and congenital syphilis in the municipality. Despite the availability of diagnosis and treatment in basic health units, it can be concluded that pregnant women with syphilis are not receiving adequate care, given the constant and growing number of cases over the years, making it necessary to rethink the work processes, the organizational context and new continuing education tools for FHS professionals, aiming to provide quality prenatal care for these pregnant women. The study can contribute to health planning in prenatal care for pregnant women with syphilis, which can help in the formulation and strengthening of new strategies to combat the disease, thus supporting the control and reduction of congenital syphilis in the city of Boa Vista.

Keywords: Syphilis in pregnancy, congenital syphilis, prenatal care, primary care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das unidades de saúde conforme macro área de abrangência e número de equipes existentes	30
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos profissionais segundo dados de identificação e formação. Boa Vista - RR, Brasil, 2021	35
Tabela 3 - Acesso a manuais técnicos e treinamentos sobre manejo de sífilis na gestação, segundo categoria profissional. Boa Vista - RR, 2021.....	37
Tabela 4 - Caracterização do pré-natal realizado nas Unidades Básicas de Saúde, segundo relato dos profissionais. Boa Vista - RR, 2021	38
Tabela 5 - Conhecimento dos profissionais da ESF sobre sífilis na gestação e sífilis congênita, segundo categoria profissional. Boa Vista - RR, 2021.....	42
Tabela 6 - Conhecimento dos profissionais da ESF sobre os testes diagnósticos da sífilis na gestação, segundo categoria profissional, Boa Vista – RR, 2021.....	43
Tabela 7 - Conhecimento dos profissionais da ESF sobre o tratamento da sífilis na gestação, segundo categoria profissional, Boa Vista – RR, 2021.....	44
Tabela 8 - Proporção de respostas corretas dos profissionais da ESF sobre os testes diagnósticos da sífilis na gestação, segundo categoria profissional, Boa Vista - RR, 2021.....	46
Tabela 9 - Atitudes dos profissionais da ESF em relação as dificuldades na abordagem da gestante com sífilis e seu parceiro, segundo categoria profissional, Boa Vista – RR, 2021.....	47
Tabela 10 – Barreiras identificadas pelos profissionais no manejo da sífilis na gestação na Estratégia de Saúde da Família, Boa Vista – RR, 2021.....	48

Tabela 11 – Estratégias para melhoria da assistência as gestantes com sífilis na ESF e prevenção da sífilis congênita, Boa Vista – RR, 2021.....	52
---	-----------

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária
COVID	Corona Vírus Disease
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade Gestacional
IM	Intramuscular
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica
PN	Pré-Natal
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidade Internacional
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA.....	14
1.2 OBJETIVOS	14
1.2.1 Objetivo Geral.....	14
1.2.2 Objetivos Específicos.....	14
1.3 JUSTIFICATIVA	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 HISTÓRICO E CLÍNICA DA SÍFILIS.....	16
2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	19
2.3 EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	23
2.4 CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM O CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	25
3 MATERIAIS E MÉTODOS	28
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	28
3.2 LOCAL DO ESTUDO	29
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	30
3.3.1 Critérios De Inclusão	30
3.3.2 Critérios De Exclusão	31
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	31
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
3.6 ANÁLISE DE DADOS	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE BOA VISTA	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
APÊNDICE C – PRODUTO TÉCNICO	70
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	79

1 INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença milenar que vem prevalecendo sobre todas as tentativas de sua eliminação (CARDOSO et al., 2018). É uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), exclusiva do ser humano, de caráter crônico, que se desenvolve em múltiplos estágios, causada pela disseminação da bactéria *Treponema pallidum* na corrente sanguínea (BRASIL, 2016).

Sua transmissão ocorre predominantemente pela relação sexual desprotegida, podendo também ser transmitida por via transplacentária, nos casos de gestantes sem tratamento ou tratadas inadequadamente, em qualquer fase da gestação, e também por transfusão sanguínea, em casos raros devido à rigorosidade na triagem das bolsas. Na atualidade representa um agravo na saúde pública, ganhando destaque no cenário mundial com o aumento no número de casos nos últimos anos, apesar de ser uma patologia evitável havendo protocolos instituídos de prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2016; COSTA, et al, 2018).

Estimativas publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2016 foram reportados mais de meio milhão de casos de sífilis congênita no mundo (aproximadamente 661 mil), resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais, sendo a segunda principal causa de morte fetal evitável em todo o mundo, precedida apenas pela malária. Os desfechos relacionados à transmissão vertical da sífilis podem resultar em baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, aborto, natimorto e manifestações clínicas precoces e tardias (KORENROMP et al., 2019).

No Brasil segundo o boletim epidemiológico da sífilis do Ministério da Saúde de 2018, no ano de 2016 a sífilis foi declarada como grave problema de saúde pública, tornando o combate ao agravo e a prevenção da transmissão vertical da sífilis uma prioridade nos instrumentos de gestão. Em Boa Vista, vem se observando o aumento do número de casos nos últimos anos, de acordo com dados do SINAN 2020, passando de 60 casos de sífilis em gestantes no ano de 2014 para 211 casos em 2020, e de 17 casos de sífilis congênita em 2014 para 49 casos em 2019.

No último boletim publicado pelo Ministério da Saúde em 2020, no ano de 2019 foram notificados 61.127 casos de sífilis em gestantes no Brasil (taxa de detecção

de 20,8/1.000 nascidos vivos), 24.130 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos), resultando em 173 óbitos neonatais (taxa de mortalidade de 5,9/1.000 nascidos vivos). No Brasil, nos últimos 10 anos, houve aumento no coeficiente de mortalidade infantil por sífilis que passou de 2,4 por 100 mil nascidos vivos em 2009, para 7,4 por 100 mil nascidos vivos em 2019. Em 2018, o coeficiente de mortalidade infantil por sífilis foi de 8,9 por 100 mil nascidos vivos, reforçando a necessidade de melhores estratégias para implantação e efetivação das políticas públicas existentes para a redução desse agravo.

A sífilis gestacional é uma doença de fácil diagnóstico que apresenta tratamento eficaz, sendo patologia de rastreio obrigatório no protocolo de assistência pré-natal no Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012). Levando em consideração a presença ou ausência do tratamento Nowtiz e colaboradores (2017), afirmam que os fetos de gestantes com sífilis não tratada serão infectados em 70 a 100% dos casos, diminuindo esse percentual para 1 a 2% se a gestante é tratada adequadamente.

A sífilis na gestação e a sífilis congênita são doenças que podem ser prevenidas, por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. No entanto, ainda assim são fontes frequentes de problemas nos sistemas públicos de saúde do país. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais com sífilis no pré-natal, na Atenção Básica, são determinantes para impactar na redução da morbimortalidade associada à transmissão vertical (BRASIL, 2017).

Portanto, segundo Domingues e colaboradores (2013), a sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada com recursos disponíveis na assistência ao pré-natal. Entretanto, estudos nacionais e internacionais apontam para falhas nesta assistência, com oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento dos casos (COSTA, 2018; PADOVANI, 2018; KORENROMP, 2019; LIU, 2019).

Assim, de acordo com Silva (2014), o controle da sífilis congênita requer maior engajamento e preparo dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao pré-natal na atenção primária, pois os mesmos tem papel central nesse processo, uma vez que é nesse nível que deve ocorrer o acompanhamento de pré-natal, oportunizando os primeiros cuidados relacionados à prevenção da transmissão vertical da sífilis. Levando em consideração que existem protocolos de trabalho

estabelecidos, é necessário então identificar onde está a falha nessa cadeia que faz com que uma doença de fácil diagnóstico e tratamento ainda tenha uma alta incidência na atualidade.

1.1 PROBLEMA

Diante da problemática da sífilis no cenário epidemiológico local, surgiu então o seguinte questionamento: Os profissionais de saúde pré-natalistas do município de Boa Vista possuem conhecimentos, práticas e atitudes adequadas para o manejo da sífilis em gestantes na Atenção Primária a saúde?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Elaborar um diagnóstico situacional, com sugestões pautadas no cenário identificado pelo estudo para melhoria da assistência e redução da transmissão vertical da sífilis

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais da Atenção Primária do município de Boa Vista;
- Verificar os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos profissionais de saúde, atuantes na assistência pré-natal da Atenção Primária no município de Boa Vista, sobre o manejo da sífilis na gestação;
- Analisar o conhecimento desses profissionais sobre os protocolos para manejo da sífilis em gestantes e verificar como estes são aplicados nas práticas e atitudes pelos profissionais;
- Identificar as principais barreiras percebidas pelos profissionais para a implantação dos protocolos assistenciais, se há falhas, e se estão relacionadas a fatores dentro do serviço ou a fatores externos relacionados aos usuários;

1.3 JUSTIFICATIVA

Segundo dados do boletim epidemiológico da sífilis (2020), no Brasil em 2019, 83,81% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto que 11,9% não o fizeram. Em relação ao momento do diagnóstico 58,6% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e 31,5% no momento do parto/curetagem, demonstrando que a grande maioria dessas crianças tiveram acesso ao pré-natal e mais da metade obteve o diagnóstico durante o acompanhamento gestacional, sugerindo falhas na assistência que propiciam a ocorrência da transmissão vertical da sífilis. Sendo assim, se há protocolos instituídos, diagnósticos e tratamento disponível na Atenção Primária, quais seriam as falhas presentes nessa assistência que poderiam estar relacionados ao aumento no número de casos.

No município de Boa Vista vem se observando o aumento desses números nos últimos anos, de acordo com dados do SINAN 2020, passando de 60 casos de sífilis em gestantes no ano de 2014 para 211 casos em 2020, e de 17 casos de sífilis congênita em 2014 para 49 casos em 2019, com redução para 18 casos em 2020, resultando em 1 aborto e 2 óbitos por sífilis congênita no mesmo ano. Diante da ausência de estudos relacionados ao tema no estado, que proporcionem a identificação desses fatores e subsidiem a melhoria da assistência, considerando que esta assistência prestada no pré-natal pela Atenção Primária tem um grande potencial de auxiliar na manutenção de baixos índices de incidência e prevalência da sífilis, é importante investigar se o aumento dos números relativos à doença no município de Boa Vista podem ter relação com a forma de lidar com essa patologia pelas equipes das unidades básicas de saúde.

Assim, este estudo poderá contribuir para identificar eventuais falhas no processo de trabalho e sugerir medidas baseadas na realidade local identificada, através do diagnóstico situacional com ações de promoção e prevenção da saúde visando à correção dessas falhas e consequentemente, a diminuição da ocorrência da sífilis congênita no município de Boa Vista.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO E CLÍNICA DA SÍFILIS

A sífilis era desconhecida até o final do século XV. As primeiras menções sobre ela foram durante o cerco que os franceses fizeram a cidade de Nápoles no ano de 1495. Nesse episódio os espanhóis auxiliaram o rei Fernando de Nápoles, contra o rei Carlos VIII da França. Relata-se que entre os espanhóis haviam soldados com sífilis e com isso a doença se espalhou entre os franceses e os italianos. Nesse período a enfermidade ficou conhecida pelo nome de “Mal de Nápoles” ou Mal Italiano (BRASIL, 2014). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2014), o termo sífilis originou-se de um poema escrito em 1530 pelo médico Girolamo Fracastor. Nele é narrada a história de Syphilus, um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis. Em 1546, o próprio Fracastor levantou a hipótese de que a doença fosse transmitida na relação sexual.

Somente no ano de 1905 o agente etiológico da sífilis foi descoberto pelo zoologista Fritz Schaudinn e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman, sendo denominando inicialmente *Spirochaetta pallida* e modificado depois para *Treponema pallidum*, denominação a qual prevalece até os dias de hoje (SOUZA, 2005). O primeiro método para o diagnóstico laboratorial foi descrito em 1907 por Wasserman, Neisser e Bruck com uma taxa de 80% de positividade (BRASIL, 2014).

Doenças como a sífilis assolaram o mundo durante séculos, apresentando resistência a inúmeros elementos químicos empregados em seu tratamento, como mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos, portanto a cura só foi possível com a descoberta da penicilina pelo médico e bacteriologista escocês Alexander Fleming, em 1928, sendo disponibilizada para uso no início da década de 1940. Na atualidade, Isso nos leva a indagar sobre a permanência dessas doenças, mesmo com a existência de prevenção e cura eficaz disponível nos serviços de saúde (SILVA E SANNA, 2016).

A Sífilis é uma infecção bacteriana, causada por uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, exclusiva do ser humano, que penetra na pele e mucosas dos genitais externos íntegros ou com soluções de continuidade e que, quando não tratada precocemente pode evoluir para uma enfermidade crônica com

sequelas irreversíveis em longo prazo (BRASIL, 2015; 2016; SILVA E SANNA, 2017).

De acordo com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis) – PCDT (2016) do Ministério da Saúde, a sífilis desenvolve-se em fases sucessivas: primária, secundária e terciária, intercaladas por períodos de latência durante os quais não se observa a presença de sinais e sintomas. Possui duas formas clínicas, de acordo com o seu tempo de infecção e manifestações clínicas características, relacionadas a cada uma dessas fases conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro 1 – Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida

Estágios da Sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até dois anos de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de dois anos de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Fonte: Brasil, 2019.

De acordo com Peeling e colaboradores (2017), a transmissão sexual da sífilis ocorre durante os primeiros 1-2 anos após a exposição (isto é, durante os estágios primário, secundário e latente recente da infecção). Isso explica-se pela grande quantidade de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). Portanto, a transmissibilidade da sífilis é maior nos seus estágios iniciais durante o ciclo gravídico-puerperal, possuindo as maiores taxas de infecção por via transplacentária, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária, e reduzindo-se para 30% nas fases latente tardia e terciária da infecção materna (COSTA, et al 2018).

A **sífilis congênita** (SC) é o resultado da transmissão da espiroqueta *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o concepto por via transplacentária. A taxa de transmissão vertical da sífilis para o feto é de até 80% intraútero, influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primários e secundários) e pelo tempo que o feto foi exposto, podendo ocorrer também durante o parto vaginal se a mãe apresentar lesões ativas (BRASIL, 2019).

Segundo a classificação clínica da sífilis em gestante, na maioria dos casos, a infecção foi classificada como primária, ou seja, estava no primeiro estágio clínico da doença. Uma série histórica dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita realizada no Brasil, no período de 2005 a 2016, também encontrou que a maioria dos casos foram classificados como sífilis primária, entretanto, apontaram a possibilidade de classificação inadequada. É importante ressaltar que na impossibilidade de se estabelecer a evolução clínica da doença, a classificação adequada é "sífilis latente de duração ignorada", uma vez que o tratamento para a sífilis primária seria insuficiente caso não fosse esta, a classificação clínica da doença (PADOVANNI, et al 2018)

Sabe-se que o diagnóstico de sífilis primária na gestante é raro, uma vez que a sua manifestação, o cancro duro, tem um tempo limitado e curto de permanência, podendo aparecer em regiões não visíveis da genitália ou fora da região genital. Por esse motivo, acredita-se que a grande maioria dos diagnósticos ocorra na fase latente ou tardia. Contudo, este estudo revelou que o tratamento para sífilis primária ainda foi prescrito para 16,0% dos casos (CARDOSO, et al 2018). Por isso, é importante conhecer a evolução da doença, as diferentes fases da infecção e o que cada teste disponível é capaz de detectar, a fim de realizar manejo adequado.

2.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico laboratorial da sífilis pode ser realizado por meio de várias técnicas existentes de acordo com a fase clínica da doença, segundo Lima e colaboradores (2017) associado a critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Geralmente deve ser realizado em duas etapas: triagem e confirmatórias, que são realizadas por meio de testes diagnósticos divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos (BRASIL, 2016).

Os exames diretos são recomendados quando ainda não houve tempo suficiente para a produção de anticorpos *anti-T. pallidum*, ou seja, na fase inicial da doença, que são: microscopia de campo escuro (sensibilidade entre 74% e 84%) que pode ser realizada tanto nas lesões primária como nas lesões secundárias da sífilis e é considerado o teste mais eficiente para determinar o diagnóstico direto da sífilis e possui baixo custo, porém como a leitura do resultado é subjetiva e depende de habilidade pelo técnico de laboratório, existe grande variação na confiança de resultados desses testes. Quando este não é possível, a pesquisa do treponema pode ser realizada por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias (BRASIL, 2008; 2015; 2016).

Os testes imunológicos são os mais utilizados e se dividem em **treponêmicos**, que detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum* e os **não-treponêmicos**, que detectam anticorpos anticardiolipina, e não são específicos para esse antígeno, pois apenas informam se os anticorpos foram encontrados na amostra testada (BRASIL, 2016).

Segundo Brasil, 2016 os **testes treponêmicos** são os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Existem vários tipos de testes treponêmicos, são eles:

- a) Os testes rápidos (TR) utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP) e são distribuídos pelo Ministério da Saúde para estados e Distrito Federal, sendo os mais indicados para início de diagnóstico;

- b) Testes de hemaglutinação (TPHA, do inglês *T. pallidum Haemagglutination Test*) e de aglutinação de partículas (TPPA, do inglês *T. pallidum Particle Agglutination Assay*); ensaios de micro-hemaglutinação (MHA-TP, do inglês *Micro-Haemagglutination Assay*);
- c) Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*);
- d) Ensaios imunoenzimáticos (como os testes ELISA, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) e suas variações, como os ensaios de quimiluminescência (CMIA), com a vantagem desses ensaios é sua elevada sensibilidade e capacidade de automação.

O teste rápido para sífilis é uma tecnologia importante, pois pode proporcionar o acesso precoce ao diagnóstico, especialmente em locais com dificuldade para a realização de testes não treponêmicos laboratoriais (SARACENNI, 2017). Pela simplicidade de execução, facilidade e rapidez na leitura, os TR para sífilis fazem parte das estratégias do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde para ampliar a cobertura diagnóstica da sífilis, sem a necessidade de estrutura laboratorial podem ser feitos com amostras de sangue total, soro ou plasma (BRASIL, 2010a). A portaria nº 3.242 de 2011 do MS determina a utilidade desses testes em situações especiais, dentre elas: locais de difícil acesso ou sem estrutura laboratorial, gestantes e seus parceiros nas unidades básicas de saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha.

A Nota Técnica conjunta nº 391/2012 do MS que regulamenta a realização dos testes rápidos na atenção básica no âmbito da Rede Cegonha, traz que a política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde – 2006, inclui metas para a redução da transmissão vertical da sífilis, para tanto o Ministério da saúde vem conduzindo o processo de implantação da Rede Cegonha em que, no seu componente pré-natal, visa garantir a oferta do teste rápido para triagem da sífilis no acolhimento ou na primeira consulta a gestante na Unidade Básica de Saúde para garantia de diagnóstico rápido e tratamento oportuno.

Os **testes não-treponêmicos** detectam anticorpos anticardioplipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Embora sejam muito sensíveis e possam ser quantificados, estes testes não apresentam especificidade adequada

para sífilis. Permitem a análise qualitativa e quantitativa, e embora ambas utilizem o mesmo reagente, o teste não-treponêmico qualitativo fornece apenas a informação de que anticorpos foram encontrados ou não na amostra testada. Por outro lado, o teste quantitativo permite estimar a quantidade desses anticorpos presentes mediante a diluição seriada da amostra. São utilizados para diagnóstico (como primeiro teste ou complementar) e também para monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura. Os testes mais comumente utilizados no Brasil são: são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) e o USR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*) (BRASIL, 2019, 2016; WHO, 2013).

Testes não-treponêmicos, como é o caso do VDRL, podem gerar resultados falso-positivos, pois esses anticorpos não são produzidos exclusivamente como consequência da sífilis. Muitas condições podem produzir resultados positivos para sífilis em testes não-treponêmicos, a própria gravidez é causa frequente de resultados falso-positivos para sífilis, entretanto, com titulação baixa, sendo necessário sua associação com testes treponêmicos para definição laboratorial do diagnóstico (PADOVANNI, et al 2018).

Os métodos para diagnóstico na gestação dependem da fase da doença, portanto o exame de VDRL deve ser solicitado no início do pré-natal e repetido no terceiro trimestre e momento do parto. No período gestacional visa garantir o diagnóstico precoce à gestante com sífilis e tratamento em tempo hábil e no momento do parto, para instituição do tratamento precoce da criança dependendo da história clínica da gestante caso não tenha sido tratada ou tratada inadequadamente. O método quantitativo tem preferência por ser útil no diagnóstico inicial da sífilis, que pode ser transmitida para o feto a partir da 9ª semana de gestação, apesar de ser mais frequente entre a 16ª e 28ª semanas, reforçando assim a necessidade do diagnóstico e tratamento precoces (NUNES, et al 2012; CARDOSO, et al 2018).

A elevação de títulos nos testes não-treponêmicos em relação ao exame anterior aponta para reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado, por isso a importância do monitoramento laboratorial mensal com VDRL, conforme recomendado pelos protocolos do Ministério da Saúde. Esse risco está relacionado ao não tratamento do parceiro concomitantemente a gestante. É importante não perder oportunidades de prevenção da transmissão vertical da sífilis, diante de um

sinal e sintoma clínico e/ou sorologia não-treponêmica positiva, e na impossibilidade de confirmação do diagnóstico, a conduta é tratar imediatamente a gestante e orientá-la a convocar seu parceiro para que realize o tratamento, evitando assim a reinfecção da mulher. O tratamento deve ser realizado na própria unidade onde foi realizado o diagnóstico, não necessitando de internamento hospitalar (NUNES et al, 2012).

A Benzilpenicilina Benzatina é o padrão ouro para o tratamento da sífilis em gestantes e indivíduos em geral, sendo um medicamento de baixo custo e ótima eficácia. Até o momento, não foram identificadas cepas de *T. pallidum* resistentes à penicilina, clinicamente relevantes (NORWITZ, 2017). É o único antibiótico conhecido eficaz para o tratamento da doença materna e na prevenção de resultados adversos no parto, sendo tratamento de escolha também para a doença fetal estabelecida (PEELING et al, 2017).

Outras opções para não gestantes, como a doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica (BRASIL, 2018). Porém como a doxiciclina é contraindicada na gravidez, e macrolídeos como azitromicina e eritromicina não atravessam bem a placenta, existem poucas alternativas à penicilina para o tratamento de mulheres grávidas com sífilis alérgicas à penicilina (PEELING et al, 2017). Levando isso em consideração o Ministério da Saúde coloca que:

A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica de sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe; por conseguinte, o RN será notificado como sífilis congênita e submetido a avaliação clínica e laboratorial (BRASIL, 2019, p. 69)

Como medida de garantia de acesso, essa medicação passou a ser componente estratégico na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) em 2017, com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Para resguardar também a capilaridade desse acesso a do medicamento a população a portaria nº 3.161 de 2011 do MS, instituiu que a penicilina seja administrada em todas as unidades básicas de saúde, pela equipe de enfermagem, médicos ou farmacêuticos.

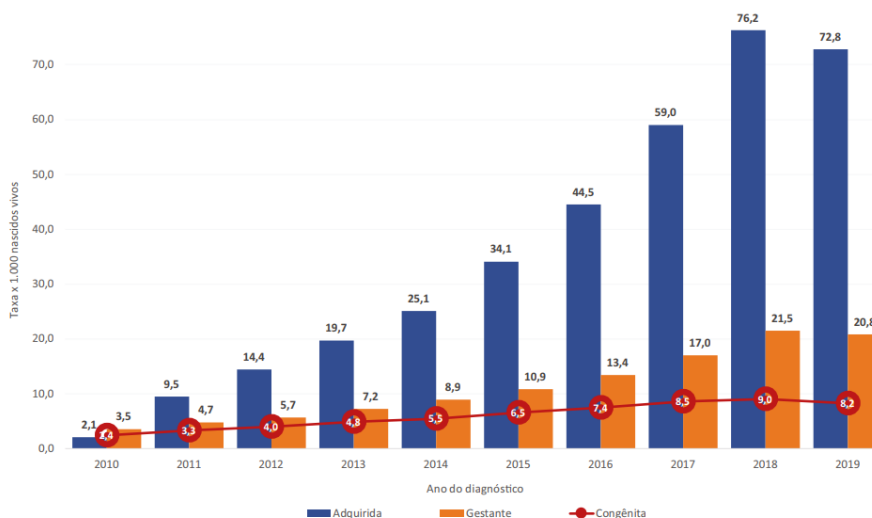
Contudo, apesar da eficácia da penicilina no tratamento e cura, as gestantes acometidas não são tratadas ou inadequadamente tratadas (CARDOSO, et al 2018). Nesse sentido Lazarinni e Barbosa (2017), colocam que em certas situações a desestruturação do processo de trabalho favorece a ocorrência de muitas oportunidades perdidas de diagnóstico e intervenção que possibilitariam a prevenção da transmissão vertical.

2.3 EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS GESTACIONAL E DA SÍFILIS CONGÊNITA

A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo (WHO, 2014), levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças (BRASIL, 2019). Quando acomete a gestante, a sífilis pode provocar a sífilis congênita (SC), que é responsável por aproximadamente 40% das taxas de mortalidade perinatal, 25% de natimortalidade, 14% de mortes neonatais, além acarretar graves consequências para o concepto (CARDOSO, et al 2018).

Fazendo comparativo com os dados publicados nos últimos boletins do MS, observa-se a evolução das taxas de sífilis nos últimos anos, com aumento considerável desde o ano de 2010, verificando-se que a taxa de incidência de sífilis congênita passou de 2,4 em 2010 para 8,2 em 2019 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção de sífilis em gestantes no mesmo período, aumentou de 3,5 para 20,8 casos por mil nascidos vivos. No município de Boa Vista a taxa de detecção da sífilis em gestante em 2019 foi de 22,2/1.000 nascidos vivos, acima da média nacional no mesmo período, já a taxa de incidência da sífilis congênita no mesmo período, é de 4,3 estando abaixo da taxa nacional porém ainda preocupante considerando todas as consequências relacionadas.

Figura 1 – Evolução das taxas de sífilis adquirida, gestacional e congênita no Brasil nos últimos 10 anos.



Fonte: Boletim Epidemiológico da sífilis, MS, 2020.

A vigilância da sífilis em gestantes é essencial de modo que sua notificação compulsória é obrigatória desde 2005, havendo mudança na definição de caso em 2017, objetivando diminuir a subnotificação, podendo a partir disso, ter havido um incremento no número de casos (BRASIL, 2018). A vigilância epidemiológica desse agravo tem a finalidade de controlar a transmissão vertical e acompanhar o comportamento da infecção nas gestantes e parturientes para planejamento, avaliação de medidas, tratamento, prevenção e controle (NUNES et al, 2017).

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso país. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm como meta a eliminação da sífilis congênita, definida como ocorrência de 0,5 ou menos casos de sífilis congênita para cada mil nascidos vivos até 2020 (WHO, 2016). A taxa de incidência registrada em 2019 no Brasil foi de 8,2 casos por mil nascidos vivos, ou seja, 16 vezes que o estabelecido como meta, mostrando a necessidade de desenvolvimento e implementação de estratégias urgentes que gerem impacto na redução desse agravo.

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória no país desde 1986, com definição de caso própria para fins de vigilância, classificadas como criança exposta a sífilis e sífilis congênita. Entretanto, apesar de todos os esforços direcionados na assistência ao pré-natal, da maior oferta de testes diagnósticos para as gestantes e seus parceiros com a introdução dos testes rápidos a transmissão vertical da sífilis não tem declinado da forma esperada (SARACENNI et al, 2017).

Estima-se que o custo per capita, em média, não ultrapasse 1,4 dólar para a detecção dos casos de sífilis ativa e 29 dólares para o tratamento das mulheres gestantes. Em 2017, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 2,8 milhões de dólares com procedimentos de médio e alto custo relacionados a IST, incluindo internações, dos quais um número significativo estava diretamente relacionado à sífilis e à sífilis congênita (BRASIL, 2018).

A sífilis congênita é uma doença evitável e deve haver tolerância zero para a sua ocorrência, pois até mesmo um caso representa falha do sistema público de saúde (COOPER et al, 2016). No Brasil em 2017, 81,8% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, e em relação ao momento do diagnóstico, 57,7% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, mostrando que mais da metade dessas mulheres tiveram oportunidade de serem tratadas, apontando a grande fragilidade da implementação dos protocolos e ações existentes na prevenção da transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2018).

2.4 CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM O CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O acompanhamento pré-natal na gestação se configura como uma ferramenta de prevenção, detecção precoce, tratamento e diminuição de morbidades no período gestacional tornando possível a redução da prevalência de sífilis. Objetivando garantir a melhoria do acesso e qualidade da assistência ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, o Ministério da Saúde instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), visando reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal no país (SUTO et al, 2016)

A incidência da sífilis na gestação é tida como marcador de qualidade da assistência prestada no pré-natal, da mesma forma que a má qualificação de

recursos humanos, a quantidade insuficiente de profissionais, falhas na identificação e tratamento, além da não captação precoce da gestante e do seu parceiro são fatores que contribuem para as crescentes taxas (COSTA et al, 2018).

Desse modo a dificuldade de tratamento e controle da sífilis no período gestacional é um problema de saúde pública grave, apesar de todas as políticas de prevenção e controle oficializadas na maioria dos países (SILVA et al, 2014). Segundo o boletim do Ministério da Saúde em 2016, 56,5% das gestantes com sífilis receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam tratamento, 12,1% dos casos foram ignorados e apenas 4,1% receberam a terapêutica adequada. Já em análise realizada pelo boletim em 2018, 90,1% das prescrições foram de Penicilina Benzatina (pelo menos 1 dose), demonstrando uma possível melhora na adequação do tratamento, porém não significa que esses tratamentos foram realizados, uma vez que não foi possível mensurar quantas dessas prescrições foram realmente administradas.

Apesar da eficácia da penicilina no tratamento e cura, as gestantes acometidas não são tratadas ou inadequadamente tratadas (CARDOSO, et al 2018). Uma análise feita no boletim municipal da sífilis de Boa Vista em 2018 confirma essa afirmação na realidade local, em relação classificação do estadiamento clínico da sífilis em gestante. Em 2007 havia um maior percentual de casos em de sífilis em gestante classificados como sífilis primária (94,44%) e em 2017 esse percentual diminuiu (53,52%). Cenário divergente do que a literatura apresenta de que a maioria dos diagnósticos em gestante ocorre no estágio de sífilis latente. Além disso, dos casos de sífilis em gestantes classificados como sífilis primária, 47,52% foram tratados com penicilina Benzatina 2.400.000 UI e 33,33% com Penicilina Benzatina 7.200.000 UI, o que reforça a necessidade de atualização contínua dos profissionais da atenção primária a saúde em relação à definição de caso, estadiamento clínico e tratamento da sífilis (BOA VISTA, 2018).

Reforçando ainda essa problemática na realidade local, um estudo realizado por Lins (2014) avaliou a epidemiologia da sífilis gestacional e congênita em Boa Vista, demonstrando falhas na assistência ao pré-natal, onde menos da metade das mulheres estudadas realizaram os exames de VDRL preconizados, os parceiros não realizaram tratamento para sífilis e não usaram método de barreira durante a gestação, demonstrando pouco ou nenhum conhecimento quanto à forma de

tratamento da doença. Todas essas falhas ocasionaram um elevado índice de prematuros ou natimortos na maternidade da capital, totalizando 35 casos.

Diversos estudos estão sendo realizados no Brasil e no mundo para tentar identificar as dificuldades relacionadas à persistência dessas falhas na assistência no pré-natal, em revisão sistemática foram encontrados 6 estudos com objetivos semelhantes ao atual estudo. Todos eles detectaram déficits no conhecimento dos profissionais, principalmente quanto às formas de transmissão da doença, os estágios e manifestações clínicas. Também foi identificado o desconhecimento de condutas preconizadas pelos protocolos assistenciais, dentre elas: o tratamento do parceiro condicionado a realização do exame, falta de conhecimento do controle de cura através periodicidade mensal da solicitação do VDRL, entre outras. Além do mais, foram encontradas também dificuldades ligadas ao processo de trabalho relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento no serviço de saúde que influenciaram na assistência à gestante, sendo: problemas e insegurança na aplicação da penicilina na UBS, dificuldades de acesso ao início precoce do pré-natal, testagem sorológica e convocação do parceiro (COSTA, 2012; GOMES, 2013; RODRIGUES, 2015; DOMINGUES, et al 2013; SILVA, et al 2014; COSTA, et al 2018).

Portanto, segundo Silva (2014) algumas situações contribuem para a persistência da sífilis, dentre as quais se destacam a fragilidade da dinâmica operacional dos serviços de saúde e a baixa qualidade da assistência pré-natal, comprometendo a implementação das recomendações para seu controle. Podendo-se concluir que existem lacunas com relação à assistência prestada pelos profissionais de saúde a gestante com sífilis durante o pré-natal, que ocasionam todas as falhas expostas anteriormente, necessitando serem identificadas para que haja intervenções pontuais para redução e eliminação dessas incorreções.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, utilizando a metodologia do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) que segundo Kalyaperumal (2004) permite mostrar o que as pessoas sabem, sentem e se comportam a respeito de um determinado tema, servindo como um diagnóstico educacional da população estudada. Apesar de não haver uma padronização para execução desse tipo de estudo essa metodologia vem sendo utilizada mundialmente para subsidiar diversos estudos, inclusive de grande magnitude, com objetivo de nortear melhores estratégias intervencionistas (WHO, 2016; BRASIL, 2008).

Neste estudo, adotou-se os conceitos estabelecidos a partir de estudos semelhantes (KALIYAPERUMAL, 2004; COSTA, 2012) conforme abaixo:

- **Conhecimento:** significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos na resolução de problemas, ou ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento;
- **Atitude:** É essencialmente ter opiniões, sentimentos, predisposições ou crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Bem como preconceitos que podem permear o tema.
- **Prática:** é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Uma revisão realizada por Oliveira e colaboradores em 2020, com o objetivo de conhecer e analisar a literatura a respeito do modelo de conhecimento, atitude e prática (CAP), demonstrou que esses estudos são realizados para fins de diagnóstico e como ferramenta de planejamento e avaliação de intervenções em saúde. Os estudos podem ser realizados para avaliar o que as pessoas sabem sobre uma determinada doença ou como se sentem em relação a ela, podem ser realizados como ferramenta para identificação de problemas e planejamento de intervenções e como instrumento de avaliação de formação de cursos.

Um dos exemplos de estudo realizado utilizando esta metodologia para subsidiar estratégias intervencionistas, foi o estudo PCAP (Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira) realizado em 2011, com uma amostra de 8.000 indivíduos entre 15 a 64 anos, que objetivou construir indicadores para monitoramento da epidemia de DST/AIDS no que se refere as medidas de prevenção e de controle das infecções sexualmente transmissíveis, possibilitando cálculo de estimativas mais confiáveis, melhor direcionamento de priorização de populações alvo, subsidio para campanhas de grande mídia e ações de prevenção nos últimos anos (BRASIL, 2008).

Quanto ao instrumento de coleta de dados, existe um norteamento para elaboração do questionário, Kaliyaperumal, 2004 define que o 1º passo é a identificação de um **Domínio**, ou seja, o assunto que o estudo será conduzido, o 2º passo é a **Preparação das perguntas**, que devem ser preparadas para testar todas as 3 áreas do estudo: conhecimento, atitude e práticas, e o 3º passo é a **validação das perguntas**, que deve ser destinada a avaliar sua facilidade de compreensão, relevância aos seus tópicos pretendidos, a eficácia no fornecimento informações úteis e o grau em que o perguntas são interpretadas e entendidas por diferentes indivíduos.

Quanto a análise e avaliação dos dados Oliveira, et al 2020 identificou também que há uma variabilidade quanto aos métodos utilizados e a operacionalização destes, portanto não havendo uma padronização metodológica, porém há uma tendência a aplicação do método para fins de diagnóstico e como ferramenta de planejamento e avaliação de intervenções de saúde.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na atenção primária do município de Boa Vista – RR, onde é ofertado o serviço de pré-natal de baixo risco e todo o suporte relacionado. O município é dividido em 8 macrorregiões de saúde, contendo 34 Unidades Básicas de Saúde que hoje corresponde a cobertura de aproximadamente 76,58% da população e 49,26% de ESF. Sua distribuição nessas macro áreas acontecem conforme tabela abaixo:

Tabela 1: Distribuição das unidades de saúde conforme macro área de abrangência e número de equipes existentes

MACROÁREA	Nº DE UBS	Nº DE ESF
01	03	05
02	04	07
03	05	10
04	05	09
05	04	08
06	06	08
07	04	08
08	03	04
Total:	34	59

Fonte: Dados secretaria Municipal de Saúde Boa Vista, 2020.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por todos os profissionais de saúde médicos e enfermeiros, que atuam diretamente na assistência do pré-natal nessas unidades, que hoje compõem 59 Equipes de ESF, correspondendo a aproximadamente 124 indivíduos.

De todos esses profissionais elegíveis para o estudo, 39 (31,4%) não foram abordados pela pesquisadora por estarem ausentes, sejam por férias, licenças médicas, óbito ou por outros motivos afastados do serviço. Dos 85 (68,5%) restantes todos receberam o questionário eletrônico e 67 (78,8%) responderam, aqueles que tiveram mais de uma abordagem e não responderam foram considerados como recusa.

3.3.1 Critérios De Inclusão

De todos os profissionais médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária, aproximadamente 140 indivíduos, foram selecionados apenas aqueles que realizam consulta individual de pré-natal e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, incluindo profissionais estrangeiros que façam parte do serviço.

3.3.2 Critérios De Exclusão

Foram excluídos do estudo todos os profissionais que estiveram ausentes do serviço, seja por férias, licenças ou qualquer afastamento legal, estagiários, residentes e também aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Roraima – UFRR, aprovado sob parecer nº 31936220.2.0000.5302 e posteriormente foi realizada coleta de dados através da aplicação dos questionários. A participação dos indivíduos se deu de forma voluntária e mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE garantindo seu anonimato e a retirada das informações a qualquer tempo mediante solicitação do participante.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 02 de outubro de 2020 a 24 de fevereiro de 2021. Inicialmente havia sido desenvolvido um questionário semi-estruturado, adaptado, contendo questões fechadas e abertas, conforme modelo utilizado por Rodrigues (2015) em estudo semelhante realizado na Atenção Primária do município de Teresina – PI, pois não foram encontrados na literatura instrumentos validados que possam atender ao objetivo da temática. Porém devido as circunstâncias de distanciamento impostas pela pandemia de Covid-19, o questionário foi adaptado ao modelo de questionário eletrônico, apenas com respostas fechadas, contendo 44 questões, via google Forms e enviado via whatsapp aos profissionais elegíveis.

Os profissionais foram informados sobre o estudo através dos grupos de gestão existentes com médicos e enfermeiros e após foram contactados individualmente via mensagem de whatsapp, explicado inicialmente sobre o objetivo da pesquisa e após aceite de participação enviado o questionário, contendo termo de consentimento livre e esclarecido, para os profissionais que se encaixavam no perfil de pré-natalistas naquele momento. Aqueles que não responderam na primeira

abordagem, foi realizada mais uma tentativa e na persistência da negativa considerado como recusa. Os questionários não continham identificação do profissional, somente a UBS para controle interno do pesquisadora.

Devido a pandemia algumas UBS foram transformadas em atendimento exclusivo para COVID, havendo remanejamento de serviços e profissionais e também grande rotatividade dos mesmos, dificultando manter uma amostra adequada. Houve também sobrecarga aos profissionais que integravam as unidades Não-covid, por aumento da demanda relacionada ao remanejamento de serviços, fator que também dificultou a resposta aos questionários pela falta de tempo dos mesmos, mesmo a pesquisadora optando pelo envio nos horários conhecidos de menor fluxo na unidade. E por fim outro fator dificultante foram as baixas de profissionais contaminados por COVID, levando a grandes períodos de afastamentos.

Durante o período de aplicação dos questionários, foi feita uma atualização dos profissionais médicos e enfermeiros que compunham as equipes de estratégia e profissionais avulsos que também faziam pré-natal na unidade, chegou-se ao total de 124 profissionais. Devido remanejamento de profissionais novos para UBS-COVID e por esse motivo não tiveram oportunidade de realizar consultas de pré-natal, estes também não foram considerados elegíveis para o estudo. Portanto, dentre todas as limitações apresentadas acima, chegou-se ao total de 67 questionários respondidos, que corresponde a 54% do total de profissionais elegíveis conforme anteriormente designados.

O modelo de metodologia empregada foi embasado pela metodologia CAP (conhecimento, atitude e prática), tomando como referências os estudos já realizados nesses moldes e adaptado aos objetivos e a realidade local sobre a temática da pesquisa.

Foi realizado inicialmente um estudo piloto, com 7 profissionais da gestão da atenção básica, que tinham experiência com os protocolos e processos de trabalho relacionados a sífilis, para avaliação do instrumento, técnicas de abordagem e planejamento da logística do estudo. Nesta etapa foram reduzidas o número de questões, agrupando-se algumas com mesmo objetivo devido o instrumento se apresentar muito extenso e outras foram inseridas para contemplar situação de saúde local.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Todos os questionários foram analisados pela pesquisadora e uma planilha paralela foi feita para controle interno de respostas e envio aos participantes.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, avaliando o conhecimento dos profissionais em relação aos protocolos assistenciais recomendados, sua atitude em relação ao manejo da sífilis na gestação, adoção desses protocolos em sua prática assistencial e as principais barreiras para implantação dos mesmos, inclusive durante a pandemia. Esses dados foram expostos por meio de distribuição de frequência, uma característica da pesquisa descritiva, para as variáveis quantitativas relacionadas, foram tabulados em números percentuais e absolutos, através do programa Excel e expostos sob a forma de tabelas

Para **caracterização dos profissionais** foram utilizadas as seguintes variáveis: profissão, idade, sexo, tempo de formado, especialização, tempo de atuação na Atenção Primária e se havia treinamento ou não para manejo de sífilis na gestação. Para **caracterização do pré-natal** na unidade de saúde foram verificadas as rotinas de atendimento, segundo informação dos profissionais (Idade Gestacional de início do pré-natal, número de consultas recebidas, exame diagnóstico de triagem utilizado, tempo de retorno do exame, aplicação de penicilina na UBS, profissional que realiza a primeira consulta de pré-natal, mecanismo de abordagem de parceiros, notificação de sífilis e profissional que realiza a notificação).

Para análise do conhecimento dos protocolos assistenciais sobre sífilis (Ministério da Saúde e locais) verificou-se o conhecimento e o acesso aos manuais, inclusive da situação e incidência local sobre sífilis congênita. Para avaliação de atitude e prática, analisou-se a rotina de solicitação de exame diagnóstico, aconselhamento pré e pós teste sobre os riscos da doença, importância do tratamento do parceiro, reinfecção, controle de cura e conduta com parceiro.

Para identificação das barreiras encontradas pelos profissionais em sua prática assistencial listou-se as principais dificuldades com relação ao manejo da sífilis, incluindo acesso ao pré-natal e exames, confiança nos resultados, processos de trabalho, dificuldade de interpretação dos exames, dificuldade de adesão da gestante e parceiro ao tratamento. Diante da situação de pandemia atual também foram inclusas questões para identificação de impacto no diagnóstico, seguimento e acompanhamento dos casos de sífilis nas unidades. A partir disso incluída também questão para

conhecimento das estratégias sugeridas pelos mesmos sobre o que poderia ser feito para melhorar a assistência as gestantes no pré-natal visando a redução da sífilis congênita local.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE BOA VISTA

A tabela 1 fala sobre as características sociodemográficas e formação dos profissionais da ESF de Boa Vista. Em relação a caracterização dos profissionais, dos 67 questionários respondidos 18 (26%) eram de médicos e 49 (73%) de enfermeiros. A idade variou entre 23 e 61 anos e a maior parte dos profissionais encontrava-se na faixa etária de 20 a 39 anos. Em relação ao sexo, os profissionais da ESF eram predominantemente do sexo feminino (69,3%).

Tabela 2: Características sociodemográficas dos profissionais segundo dados de identificação e formação. Boa Vista, RR, Brasil, 2021

Característica do profissional	Total (N=67/100%)		Médicos (N=18/26%)		Enfermeiros (N=49/73%)	
	N	%	N	%	N	%
1. idade						
20 a 39 anos	37	56%	11	61%	26	53%
40 a 49 anos	19	28%	3	17%	16	33%
>50 anos	11	16%	4	22%	7	14%
2. sexo						
Feminino	45	67%	10	56%	35	71%
Masculino	22	33%	8	44%	14	29%
3. Tempo de formado						
< 5 anos	9	13%	6	33%	3	6%
5 a 10 anos	28	42%	7	39%	21	43%
> 10 anos	30	45%	5	28%	25	51%
4. Pós-graduação						
Sim	61	91%	15	83%	46	94%
Não	6	9%	3	17%	3	6%
5. Tipo de pós-graduação						
Saúde da Família	39	58%	12	66%	27	55%
Ginecologia e Obstetrícia	6	8%	0	0	6	12%
Outras	16	23%	5	27%	14	28%
6. Tempo de atuação na ESF						
< 5 anos	18	26%	9	50%	15	30%
5 a 10 anos	48	71%	13	72%	37	75%
> 10 anos	19	28%	5	27%	12	24%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Em relação a categoria profissional os enfermeiros em sua maioria (51%) apresentam mais de 10 anos de formação, já os médicos em sua maioria (39%) apresentaram entre 5 e 10 anos de formados. O tempo de atuação na ESF tanto médicos (71%) como enfermeiros (72%) apresentam em sua maioria, entre 5 e 10 anos de atuação. Mais de 90% dos profissionais relatavam ter algum tipo de pós graduação, sendo a metade desses cursos em Saúde da família para as duas categorias, com parcela significativa também de enfermeiros apresentando pós graduação em enfermagem obstétrica (12%), como apresentado na tabela 1.

Observa-se que os profissionais entrevistados eram predominantemente do sexo feminino e a maioria da enfermagem, assemelhando-se a estudo realizado em Fortaleza em 2014, com 269 profissionais, em que 59,5% eram enfermeiros e 70,3% do sexo feminino e também no Mato Grosso com 71 enfermeiros, objetivando identificar o perfil sociodemográfico e profissional de uma unidade hospitalar. Segundo os autores, a predominância do sexo feminino na profissão pode ser justificada pela participação histórica das mulheres na profissão e a maior inserção no mercado de trabalho.

Quanto ao tempo de graduação e atuação, a grande maioria apresentou mais de 5 anos de formados, sendo os enfermeiros apresentando mais tempo de formação, ambas as categorias com aproximadamente mesmo tempo de atuação na ESF e também com formação específica em Saúde da Família, supondo maior experiência profissional e segundo pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro por Domingues e colaboradores em 2013, os profissionais com maior tempo de formação e atuação no pré-natal possuem maior habilidade no manejo da sífilis gestacional.

4.2 MANUAIS E TREINAMENTOS

Em relação ao treinamento sobre manejo de sífilis a maior parte dos profissionais (67%) relataram possuir treinamento, sendo a maioria (86%) nos últimos 5 anos, situação encontrada também nos 4 estudos realizados semelhantes a esse, em que mais da metade de todos profissionais possuíam algum tipo de treinamento sobre sífilis (DOMINGUES et al, 2013; SILVA et al 2014, RODRIGUES, 2015, COSTA et al, 2018). Parcela ainda significativa de profissionais não

receberam treinamento (22), sendo que os médicos apresentaram percentual mais elevado entre os não treinados (38%).

Tabela 3 – Acesso a manuais técnicos e treinamentos sobre manejo de sífilis na gestação, segundo categoria profissional. Boa Vista-RR, 2021.

	Total (N=67/100%)		Médicos (N=18/26%)		Enfermeiros (N=49/73%)	
	N	%	N	%	N	%
1. Treinamento sobre manejo de sífilis						
Sim	45	67%	10	55%	35	71%
Não	22	31%	7	38%	14	28%
2. Tempo do último treinamento						
< 1 ano	2	4%	0	0	2	4%
1 a 5 anos	39	86%	8	17%	31	68%
> 5 anos	4	8%	2	4%	2	4%
3. Acesso a manuais técnicos						
Sim	63	94%	16	89%	47	96%
Não	4	6%	2	11%	2	4%
4. Tempo de acesso ao manual						
Menos de 1 ano	15	22%	2	11%	13	27%
1 a 5 anos	35	52%	12	67%	23	47%
Mais de 5 anos	8	12%	1	5%	7	14%
Não sabe informar	9	13%	3	17%	6	12%
5. Leitura do manual						
Sim, totalmente	10	15%	2	11%	8	16%
Sim, parcialmente	52	78%	13	72%	39	78%
Não	5	7%	3	17%	2	4%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Uma intervenção educacional realizada na atenção básica voltada para prevenção da sífilis congênita, no município de Londrina-PR em 2017, apresentada em estudo feito por Lazarini e Barbosa, mostrou mudanças e melhorias importantes tanto nas respostas dos profissionais sobre diagnóstico e manejo da sífilis gestacional e congênita, quanto na detecção de sífilis nas gestantes, tendo como resultado a melhoria da detecção precoce da sífilis gestacional, acarretando redução na taxa de transmissão vertical. Isso demonstra a importância da manutenção de profissionais treinados para realização de assistência específica para o agravo. Outro estudo realizado na Bahia, com gestantes, puérperas e enfermeiros, para caracterizar a assistência prestada à gestante com diagnóstico de sífilis durante o

pré-natal, verificou-se que os profissionais que não participavam de capacitações apresentavam dificuldades no manejo da sífilis gestacional, resultando assim no aumento do índice dessa enfermidade (SUTO, et al 2016).

Quanto ao acesso aos manuais técnicos 94% referiram ter acesso, sendo que 52% deles acessaram nos últimos 5 anos, e 75% destes referiram somente leitura parcial dos referidos manuais. Os enfermeiros referiram maior participação nos treinamentos e acesso a manuais técnicos, sendo que poucos médicos e enfermeiros informaram leitura total e recente dos manuais técnicos (tabela 3).

4.3 CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A tabela 3 apresenta as características da assistência pré-natal (PN) prestada na Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista. De acordo com as respostas apresentadas, a maioria relatou que as gestantes recebem em média 7 ou mais consultas durante a gravidez e a primeira consulta de PN é realizada por enfermeiro em atendimento individual.

Tabela 4: Caracterização do pré-natal realizado nas Unidades Básicas de Saúde, segundo relato dos profissionais. Boa Vista-RR, 2021

Característica do Pré-natal	N	%
1. Início do pré-natal		
Menos de 12 semanas	28	42%
Entre 12 e 28 semanas	38	57%
Mais de 28 semanas	1	2%
2. Consultas pré-natal		
4 a 7 consultas	34	51%
Mais de 7 consultas	30	45%
Não sabe informar	3	5%
3. Primeira consulta pré-natal		
Enfermeiro em atendimento individual	56	84%
Enfermeiro em atendimento em grupo	1	2%
Médico ou Enfermeiro	10	15%
4. Diagnóstico da sífilis na gravidez		
Teste Rápido	67	100%
Teste rápido e VDRL	9	13%
5. Retorno do resultado do exame para a UBS		
Menos de 15 dias	24	36%
15 a 29 dias	22	33%

30 a 60 dias	12	18%
Mais de 60 dias	1	2%
Não sabe informar	8	12%
6. Tratamento realizado na UBS		
Sim em qualquer dia e horário de funcionamento da unidade	67	100%
7. Atendimento dos parceiros de gestantes com DST		
Profissional que realiza o pré-natal	63	94%
Outro médico da própria UBS	2	3%
Não existe fluxo de atendimento definido	2	3%
8. Notificação de casos de sífilis na gravidez		
Sim	67	100%
9. Responsável pela notificação dos casos de sífilis na gravidez		
Mesmo profissional que realiza o pré-natal	64	95,5%
Outro profissional da unidade	2	3%
Depende de quem atende	1	1,5%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

A sífilis quando detectada em gestantes a doença se torna ainda mais grave, sendo prejudicial tanto para a saúde da mãe quanto da criança. Além disso é um forte indicador de qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) do país, visto a necessidade de que a enfermidade seja identificada, acompanhada e resolvida durante o pré-natal (Silva e autores, 2021).

O início precoce da assistência pré-natal segundo apresenta Domingues e colaboradores em 2015, é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), pois para muitas intervenções assistenciais tais como: prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, controle da anemia, manejo da hipertensão e do diabetes, entre outros, é fundamental a identificação precoce desses agravos e os principais fatores associados ao início tardio da assistência pré-natal no país são a dificuldade de diagnóstico da gravidez, questões pessoais e barreiras de acesso.

Em Boa Vista os profissionais referiram que 60% das mulheres começam o pré-natal com mais de 12 semanas gestacionais, ou seja, no 2º trimestre de gestação, mantendo cenário apresentado em dezembro de 2020 no boletim epidemiológico de sífilis local, que observou que o diagnóstico da gestante segundo idade gestacional, no período de 2015 a 2019 a maior proporção da doença está sendo detectada tardiamente entre o segundo e terceiro trimestre gestacional chegando a 52,4%. Contrariando as recomendações do MS para rastreamento da sífilis, que deve ser realizado na primeira consulta e ainda no primeiro trimestre,

pois, segundo cita o PCDT do MS de 2020, a infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto.

Silva e colaboradores, 2021 afirma que com o rápido diagnóstico da sífilis em gestantes e o início imediato do tratamento adequado, reduz significativamente a transmissão vertical da infecção, por este fato o MS recomenda que as gestantes sejam testadas para sífilis, no mínimo na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto (PCDT, 2020). O município de Boa Vista possui protocolo próprio voltado para a saúde da mulher e a recomendação de conduta para o profissional frente a solicitações de exames de sífilis na gestação, também está de acordo com a orientação acima apresentada, ao que é recomendado pelo MS (BOA VISTA, 2016).

O protocolo de Saúde da mulher de Boa Vista também recomenda que o primeiro exame de escolha para sífilis seja o teste rápido, e se positivo realizar a solicitação do VDRL. A grande maioria dos profissionais (97,3%) informaram que o exame de rotina mais comumente utilizado para o diagnóstico de sífilis é o teste rápido realizado na própria unidade, e 10% ainda referiu o uso de VDRL, mostrando ainda falta de conhecimento por parte de alguns profissionais sobre os protocolos nacionais e municipais instituídos. Quanto ao retorno do resultado desse exame para a UBS a maior parte relatou retorno com menos de 15 dias, e aproximadamente um terço referiu retorno entre 15 e 29 dias.

Os protocolo nacional e local recomenda que as gestantes com testes rápidos para sífilis reagentes, deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até que se prove o contrário, na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, a gestante deverá receber a primeira dose ainda na primeira consulta e ainda nesse momento deve ser solicitado ou preferencialmente colhido teste não trepônemico, para linha de base e seguimento sorológico (BRASIL, 2020; BOA VISTA, 2016).

Todos os profissionais informaram que o tratamento para sífilis é realizado na própria UBS em qualquer dia e horário de funcionamento da unidade e a notificação é realizada em todos os casos, ou seja, foram pontos positivos encontrados pois de acordo com Silva et al (2021) isso é um forte indicador de qualidade da Atenção Primária à saúde (APS) do país, visto a necessidade de que a enfermidade seja identificada, acompanhada e resolvida durante as consultas de PN. Outro dado relevante apontado, é de que o atendimento aos parceiros de gestantes com IST

(94%) é feito pelo próprio pré-natalista, evidenciando fortalecimento de vínculos do casal com o profissional e também o aproveitamento de oportunidade da presença do mesmo na consulta, para realização de exame e tratamento rápido e oportuno, para que não ocorra casos de reinfeção.

O Ministério da Saúde tem como política estratégica o pré-natal do parceiro, que tem como objetivo estimular a participação do pai/parceiro proporcionando bem estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio, sendo momento oportuno para inserção do homem aos serviços de saúde oferecidos na atenção básica (BRASIL, 2016). Um estudo realizado por Horta e colaboradores em 2017 reforça a importância do pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita, se confirmando como importante estratégia para redução da transmissão vertical de infecções, pois é necessário que a gestante e o parceiro sejam tratados adequadamente e em tempo oportuno, ou seja, até 30 dias antes do parto. Para isso é necessário demonstrar quais são seus benefícios e sua importância para os gestores e profissionais de saúde.

O tratamento das parcerias sexuais das gestantes ainda é um desafio para os serviços de saúde e para isto, uma boa estratégia para enfrentar esta problemática é a sua inclusão nas consultas de pré-natal. Tal estratégia é de extrema importância para o tratamento e cura eficaz da gestante e, conseqüentemente, interromper a cadeia de transmissão da doença impedindo que a infecção seja disseminada para a criança (MAGALHÃES et al., 2013).

4.4 CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS

Sobre a transmissão vertical da sífilis na gestação, foram abordadas duas questões sobre os conhecimento dos profissionais no que tange ao assunto: a primeira em relação a transmissão segundo a idade gestacional (IG), todos os profissionais afirmaram corretamente que ela pode ocorrer “em qualquer época da gestação”. Porém a transmissibilidade é influenciada pelo estágio da doença na mãe, possuindo as maiores taxas de infecção por via transplacentária, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária e reduzindo para 30% nas fases tardias da doença (COSTA, et al 2018). A pergunta relacionada a transmissão de acordo com a fase da doença, apenas metade dos profissionais responderam corretamente

que “depende da fase da doença, sendo maior nas fases primárias e secundária”, desses a maioria apontada por médicos.

Tabela 5 – Conhecimento dos profissionais da ESF sobre sífilis na gestação e sífilis congênita, segundo categoria profissional. Boa Vista-RR, 2021.

	Total (N=67/100%)		Médicos (N=18/26%)		Enfermeiros (N=49/73%)	
	N	%	N	%	N	%
1. Transmissão da sífilis na gestação (IG) ^a						
Em qualquer época da gestação	67	100%	18	100%	49	100%
2. Transmissão da sífilis na gravidez (fase da doença)						
É elevada em qualquer fase da doença	33	49%	6	33%	27	55%
Depende da fase da doença, sendo maior nas fases primárias e secundárias	32	48%	12	67%	19	39%
Não sabe informar	2	4%	0	-	3	6%
4. Definição de caso de sífilis congênita ^b						
C-Sinais da doença ou VDRL maior que o materno	42	63%	15	83%	27	55%
C-Tratamento inadequado da mãe	40	60%	11	61%	29	59%
Mãe tratada menos de 30 dias antes do parto	31	46%	9	50%	22	45%
Parceiro não recebeu tratamento	10	15%	3	17%	7	14%
Não conhece	3	4%	0	0%	3	6%

^a=IG (idade gestacional); ^b= questões de múltiplas escolhas

O conhecimento sobre o estadiamento da sífilis é de fundamental importância para o profissional, pois é o que direcionará o manejo terapêutico do mesmo, pois o tratamento é diferenciado de acordo com a fase da doença. Visto que no início da doença a infecção é maior, devido a elevada propagação da bactéria pela corrente sanguínea e maior número de lesões, para que se evite a transmissão da doença ao feto, é necessário que o tratamento seja adequado de acordo com esse estágio e haja empenho e agilidade por parte do profissional para que seja realizado em tempo oportuno e com garantia de realização de todas as doses do tratamento preconizadas.

Com relação a definição de caso de sífilis congênita, mais de 60% dos profissionais selecionaram os critérios corretos segundo o protocolo do Ministério da Saúde que era “apresentar sinais da doença e ou VDRL maior que o materno” e “tratamento inadequado da mãe”. Porém parcela significativa, ainda referiu critérios incorretos em relação ao tratamento antes do parto (36%) e sobre tratamento da parceria sexual (15%).

Sobre os testes diagnósticos de sífilis na gestação, a pergunta relacionada às características do VDRL, dentre as respostas corretas a mais citadas foi o uso para controle de cura (84%), que é um fator importante para o monitoramento da resposta imunológica ao tratamento, indicando sucesso quando há redução de títulos e também a identificação dos possíveis casos de reinfecção. Seguido de porcentagens semelhantes em torno de 40%, apontando como “exame qualitativo” e que “apresenta reação cruzada com outras infecções”. Das repostas incorretas, 33% dos enfermeiros indicaram que é um exame que se torna não reagente após tratamento adequado.

Tabela 6 – Conhecimento dos profissionais da ESF sobre os testes diagnósticos da sífilis na gestação, segundo categoria profissional, Boa Vista – RR, 2021.

	Total (N=67/100%)		Médicos (N=18/26%)		Enfermeiros (N=49/73%)	
	N	%	N	%	N	%
1. Características do VDRL						
Exame qualitativo	29	43%	7	39%	22	45%
Usado para controle de cura	56	84%	16	89%	40	82%
Reação cruzada com outras infecções	27	40%	9	50%	18	37%
Se torna não reagente após tratamento adequado	18	27%	2	11%	16	33%
Não sabe interpretar	0	0%	0	0%	0	0%
2. Características Testes treponêmicos						
Exame qualitativo	52	78%	14	78%	38	78%
Se torna não reagente após tratamento adequado	8	12%	2	11%	6	12%
Pode ser usado para controle de cura	21	31%	3	17%	18	37%
Reação cruzada com outras infecções	15	22%	4	22%	11	22%
Não sabe interpretar	0	0%	0	0%	0	0%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Os resultados do VDRL tendem a negativar com a terapêutica bem sucedida, porém existem casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negativação. Esse fenômeno pode ser temporário ou persistente denominado *Cicatriz Sorológica* (PCDT, 2020). Pessoas não tratadas ou inadequadamente tratadas podem evoluir para sífilis latente e permanecer durante anos com a titulação baixa. Cardoso et al, 2018 afirma que por este motivo, as baixas titulações em gestantes devem ser analisadas cuidadosamente, e não serem consideradas cicatriz sorológica antes da realização de uma boa anamnese, especialmente em relação ao histórico de tratamento anterior.

Em relação aos testes treponêmicos a pergunta relacionada teria como única característica correta a indicação como “um exame qualitativo”, que foi apontada por 78% dos profissionais. Chamou atenção outra característica também ser citada, que foi a que o teste “pode ser usado para controle de cura”, apontada por 37% dos enfermeiros e 17% dos médicos, mostrando desconhecimento por parte desses profissionais em relação as características do mesmo, pois segundo traz o PCDT, em 85% dos casos, permanece reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Situação preocupante pois esse desconhecimento também leva o profissional a não detectar os casos de reinfecção, pois só é possível através do monitoramento por teste não treponêmico. Entre as duas categorias profissionais observou-se maior indicação de respostas incorretas entre os enfermeiros.

A tabela 6 mostra os conhecimentos dos profissionais sobre o tratamento da sífilis na gestação, segundo a categoria profissional. Em relação a **sífilis primária** 72% dos profissionais referiu tratamento preconizado que seria a dose de 2.400.000UI em dose única, porém 24% deles ainda referiu dosagem inadequada com essa fase de acordo com os protocolos, que seria o tratamento com 3 doses de Penicilina Benzatina (dose total de 7.200.000 UI) a maioria entre enfermeiros.

Tabela 7 – Conhecimento dos profissionais da ESF sobre o tratamento da sífilis na gestação, segundo categoria profissional, Boa Vista – RR, 2021.

	Total (N=67/100%)		Médicos (N=18/26%)		Enfermeiros (N=49/73%)	
	N	%	N	%	N	%
1. Tratamento sífilis primária						
Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, dose única	49	73%	13	72%	36	73%
Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, duas doses com intervalo de 1 semana	3	4%	1	6%	2	4%
Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, três doses com intervalo de 1 semana	15	22%	4	22%	11	22%
2. Tratamento sífilis secundária ou latente recente						
Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, dose única	18	26%	4	22%	13	27%
Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, duas doses com intervalo de 1 semana	32	49%	8	45%	25	51%
Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, três doses com intervalo de 1 semana	17	25%	6	33%	11	22%
3. Tratamento sífilis terciária, latente tardia ou de						

duração ignorada

Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, dose única						
Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, duas doses com intervalo de 1 semana	3	4%	0	0	3	6%
	0	0%	0	0	0	0
Penicilina Benzatina 2.400.000U, IM, três doses com intervalo de 1 semana	62	92%	17	94%	45	92%
Outro tratamento com outra medicação						
Não sabe tratar	1	2%	1	6%	0	0
	1	2%	0	0	1	2%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Na sífilis secundária ou latente recente, vários tipos de dosagens de Penicilina Benzatina foram apontados, a maioria (49%) informou tratamento com duas doses, com porcentagens semelhantes entre médicos (45%) e enfermeiros (51%), ou seja dose total de 4.800.000UI, porém esse esquema deixou de ser recomendado desde a publicação do primeiro Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) em 2015, que também refere que embora não exista evidência científica de que uma segunda dose de Penicilina G Benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais a recomendam, porém todos os protocolos seguintes do MS recomendam dose única. Somando-se todas as indicações de dosagens inadequadas, cerca de 74% dos profissionais referiram tratamento divergente ao recomendado para a sífilis secundária.

Na sífilis terciária, latente tardia ou de duração ignorada, foram onde foram encontradas a maioria dos acertos, 92% dos profissionais indicaram terapia adequada ao recomendado pelos protocolos, chamando atenção para alguns profissionais ainda referindo não saber tratar, terapias diferentes e não adequadas.

A tabela 7 exhibe a proporção de acertos dos profissionais em relação ao conhecimento sobre o tratamento para sífilis na gestação, de acordo com as fases da doença. Foram consideradas como respostas corretas: “O tratamento preconizado pelo MS para sífilis Primária é a Penicilina Benzatina (2.400.000 UI IM, dose única)”; “O tratamento preconizado pelo MS para sífilis Secundária ou latente recente é a Penicilina Benzatina (2.400.000 UI IM, dose única)”; “O tratamento preconizado pelo MS para sífilis terciária, latente tardia ou de duração ignorada é a Penicilina Benzatina (2.400.000 UI IM, três doses, com intervalo de 1 semana)”.

Tabela 8 – Proporção de respostas corretas dos profissionais da ESF sobre os testes diagnósticos da sífilis na gestação, segundo categoria profissional, Boa Vista – RR, 2021.

	Total (N=67/100%)		Médicos (N=18/26%)		Enfermeiros (N=49/73%)	
	N	%	N	%	N	%
1. Tratamento sífilis primária						
Resposta correta	49	73%	1	6%	36	73%
Resposta incorreta	18	27%	17	94%	13	27%
2. Tratamento sífilis secundária ou latente recente						
Resposta correta	18	27%	4	22%	13	27%
Resposta incorreta	49	73%	14	78%	36	73%
3. Tratamento sífilis terciária, latente tardia ou de duração ignorada						
Resposta correta	62	93%	17	94%	45	92%
Resposta incorreta	5	7%	1	6%	4	8%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Uma proporção elevada de profissionais respondeu corretamente sobre o tratamento da sífilis na gestação nas fases primária e terciária, latente tardia ou de duração ignorada, mas em relação a sífilis secundária ou latente recente a grande maioria indicou respostas incorretas e com proporção semelhante entre médicos e enfermeiros.

4.5 ATITUDE DOS PROFISSIONAIS

A tabela 8 apresenta a proporção de respostas corretas dos profissionais sobre a sua prática de tratamento da sífilis, de acordo com a categoria profissional. Foram consideradas condutas adequadas: “sempre realizar orientações sobre os riscos da doença para a mãe e para a criança”; “sempre realizar orientações sobre o tratamento do parceiro”; “sempre realizar orientações sobre o uso do preservativo”; “realizar o controle de cura da sífilis na gravidez mensalmente”; “abordar os parceiros de gestantes com diagnóstico de sífilis por meio de convocação para comparecer a UBS ou realização de visita domiciliar” e “prescrever tratamento para o parceiro independente do resultado do exame do VDRL”.

Tabela 9 – Atitudes dos profissionais da ESF em relação as dificuldades na abordagem da gestante com sífilis e seu parceiro, segundo categoria profissional, Boa Vista – RR, 2021.

	Total (N=67/100%)		Médicos (N=18/26%)		Enfermeiros (N=49/73%)	
	N	%	N	%	N	%
1. Orientações sobre prevenção da SC	0	0	0	0%	0	0%
Nunca	2	3%	0	0%	2	4%
As vezes	65	97%	18	100%	47	96%
Sempre						
2. Orientações sobre tratamento do parceiro						
Nunca	1	2%	1	5%	0	0%
As vezes	1	2%	1	5%	0	0%
Sempre	65	96%	16	90%	49	100%
3. Orientações sobre uso do preservativo						
Nunca	1	2%	1	5%	0	0%
As vezes	1	2%	0	0%	1	2%
sempre	65	96%	17	95%	48	98%
4. Controle de cura						
VDRL mensal	45	65%	12	67%	32	65%
VDRL trimestral	21	31%	5	28%	16	33%
VDRL bimestral	1	2%	0	0%	1	2%
1º mês, depois cada 6 meses por 2 anos	1	2%	1	5%	0	0%
5. Conduta parceiro^b						
Convoca para ir a UBS	60	90%	15	8%	44	90%
Solicitação de exame pela gestante	7	10%	3	17%	2	4%
Realização de visita domiciliar	1	10%	0	0%	1	2%
Envio de medicação pela gestante	0	0%	0	0%	0	0%
Não faz nenhuma abordagem	0	0%	0	0%	0	0%
6. Tratamento parceiro						
Prescreve se o VDRL do parceiro for reagente	26	38%	10	56%	16	33%
Prescreve mesmo se não tiver resultado do exame ou tiver VDRL não reator	39	58%	8	44%	31	63%
Não sabe informar pois é feito por outro profissional	1	2%	0	0%	1	2%
Parceiros raramente são tratados, pois não comparecem ao serviço	1	2%	0	0%	1	2%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

b= questão com múltiplas respostas

Quanto as orientações, mais de 90% dos profissionais referiram sempre fazer orientações sobre prevenção da sífilis congênita, tratamento do parceiro e sobre o uso do preservativo, a educação em saúde nesse contexto é imprescindível para que a gestante seja empoderada da importância de aderir as orientações relacionadas a prevenção da transmissão vertical da sífilis, e que os serviços de

saúde obtenham um postura que favoreça o acolhimento e identificação conjunta com a paciente de estratégias de negociação com o parceiro, uma vez que a reinfecção pode perpetuar a sífilis (BECK e SOUZA, 2018). O aconselhamento e tratamento quando bem executado, é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das IST pois proporciona à pessoa avaliação das condições de risco (DOMINGUES, et al 2013).

Um estudo realizado em Fortaleza-CE por Guanabara e colaboradores em 2017, evidenciou que os profissionais de saúde tem dificuldade em lidar com as questões subjetivas relacionadas às IST's e com isso as gestantes não tem acesso as diferentes tecnologias para prevenção e controle da SC. Pois geralmente o atendimento é mecanizado com orientações descontextualizadas, atribuído também pelo excesso de demanda, não favorecendo o diálogo e a troca, considerando suas singularidades, subjetividades e realidade de vida que são recomendações para um bom acolhimento e aconselhamento, assim dificultando então para ambas as partes, o cuidado diferenciado que a gestante com sífilis requer, no sentido de uma maior atenção levando em consideração todas essas particularidades.

4.6 BARREIRAS NO MANEJO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO NA ESF

A tabela 10 apresenta as principais barreiras na percepção dos profissionais de saúde sobre o manejo da sífilis na gestação. As **barreiras relacionada ao usuário** foram as que tiveram maior número de indicações pelos mesmos, dentre elas a mais apontada foi o não comparecimento do parceiro, indo de encontro aos diversos estudos existentes sobre a sífilis na gestação que demonstraram como uma das principais dificuldades a captação, abordagem e tratamento dos parceiros (MACEDO et al, 2020; CARDOSO et al, 2018; COSTA et al, 2017, FIGUEIREDO et al, 2020).

Tabela 10 – Barreiras identificadas pelos profissionais no manejo da sífilis na gestação na Estratégia de Saúde da Família, Boa Vista – RR, 2021.

Barreiras/Dificuldades	Total (N=67/100%)		Médicos (N=18/26%)		Enfermeiros (N=49/73%)	
	N	%	N	%	N	%
1. Barreiras relacionada ao usuário^a						
Início tardio do pré-natal	48	72%	14	78%	34	69%

Não realização de exames pela gestante	39	58%	13	72%	26	53%
Adesão da gestante ao tratamento	14	21%	5	28%	9	18%
Não comparecimento do parceiro	53	79%	12	67%	41	84%
2. Barreiras relacionada ao profissional^a						
Pouca confiança nos resultados de exames	3	4%	1	5%	2	4%
Abordar o parceiro sobre IST's	20	30%	5	28%	15	31%
Interpretação nos resultado de exames	1	2%	0	0%	1	2%
3. Barreiras relacionadas ao serviço^a						
Dificuldade de acesso a exames confirmatórios treponêmicos	20	30%	7	39%	13	27%
Aplicação de penicilina na UBS	0	0%	0	0%	0	0%
Demora no resultado de exames	25	37%	7	39%	18	37%
4. Interferência no serviço de diagnóstico, seguimento e acompanhamento de casos na pandemia da COVID-19						
Sim	42	63%	14	78%	29	59%
Não	23	34%	4	22%	18	37%
Não sei informar	2	3%	0	0%	2	22%
5. Área de mais impacto						
Diagnóstico	31	47%	8	44%	28	57%
Tratamento	2	2%	0	0%	2	4%
Acompanhamento dos casos	34	51%	10	56%	23	47%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

b= questão com múltiplas respostas

Figueiredo et al, 2020 traz a discussão de que no Brasil há evidências que apontam para o tratamento insuficiente dos parceiros das gestantes com diagnóstico de sífilis e que essa dificuldade de abordagem a esses usuários pode ser um dos elementos importantes para a baixa adesão e grande número de falhas terapêuticas nessa população.

A segunda barreira mais indicada foi o início tardio do pré-natal, que corrobora com os dados já apresentados acima que demonstraram que mais de 50% das mulheres iniciam pré-natal entre o segundo e terceiro trimestre, sendo necessário então investigar com mais detalhes que fatores estão ocasionando essas mulheres a procurar tardiamente o início do seu pré-natal e se há fatores dentro dos serviços que contribuem com este fato. Macedo et al, 2020 mostrou em seu estudo que mesmo com a elevada cobertura da assistência pré-natal alcançada no Brasil, permanecem barreiras para o acesso oportuno das gestantes, evidenciando dificuldades na superação das desigualdades sociais, especialmente entre as mais vulneráveis: indígenas, pretas, de menor escolaridade, com maior número de gestações e as residentes nas regiões Norte e Nordeste.

Estudo realizado por Domingues e Leal em 2016, demonstrou que mulheres com transmissão vertical da infecção apresentaram início mais tardio da assistência PN, menor proporção de número adequado de consultas, menor realização de uma ou duas sorologias para sífilis e menor registro de sorologias reagentes no cartão de PN, mostrando que as mulheres com infecção pela sífilis são mais vulneráveis socialmente. Corroborando também com estudo feito por Cardoso et al, 2018 que analisou 175 casos notificados de sífilis em gestantes de 2008 a 2010, em que as mulheres no geral tinham baixa escolaridade e renda, o que engloba uma série de fatores limitantes no processo saúde-doença como o acesso restrito aos serviços de saúde, capacidade limitada no conhecimento de práticas de saúde e de fatores de risco.

A não realização de exames pela gestante, que foi a terceira barreira mais indicada por 58% dos profissionais, que mostra ser um fator preocupante e pode também estar relacionada a situação de vulnerabilidade social apresentada acima, sendo importante investigar as causas locais da não realização desses exames por parte dessas gestantes e se existem dificuldades de acesso, para que essas barreiras sejam eliminadas, visto a importância que o exame representa no monitoramento da resposta ao tratamento e identificação dos casos de reinfecção. Com menor indicação, mas ainda referida por 21% dos profissionais, a adesão das gestantes ao tratamento também representa um problema enfrentado pelos profissionais, que se fazem necessário lançar mão de outras estratégias de diálogo para que essas mulheres consigam compreender os riscos dessa decisão o desfecho da transmissão da doença para seu bebê.

Sobre as **barreiras relacionadas ao profissional** a mais indicada, porém somente por 30% dos profissionais, foi a abordagem do parceiro sobre as IST's, pela maioria de enfermeiros. Recomendações que envolvem ações de aconselhamento em temas sensíveis, como IST, sexualidade, uso de preservativos, podem ser percebidas como constrangedoras, tanto pelos profissionais como pelos usuários, constituindo-se numa barreira para sua adoção (DOMINGUES et al, 2013), mesmo o acesso a manuais e treinamento referida por parte deles, parecem não ser suficientes para desenvolvimento de competências para esse tipo de abordagem.

Sobre as **barreiras relacionadas ao serviço**, 37% dos profissionais referiram demora no acesso ao resultado de exames, provavelmente relacionado o VDRL, que converge com as informações já apresentadas quanto ao retorno do resultado desse

exame para a UBS, com mais de 50% desses profissionais relatando ocorrer com mais de 15 dias. Essa situação sugere que medidas estratégicas para facilitação de acesso desse exame para as gestantes e profissionais sejam pensadas, discutidas e implementadas para melhoria dessa realidade.

Diante do cenário de pandemia pela COVID-19 surgido no desenvolver desse estudo, foram adicionadas questões relativas com a finalidade de entender o impacto gerado nos serviços de atenção básica que pudessem interferir no diagnóstico, seguimento e acompanhamento dos casos de sífilis na gestação, 63% dos profissionais referiram que esse impacto aconteceu, tornando ainda mais preocupante as consequências que isso pode gerar as mulheres e crianças acometidas por esse agravo.

O boletim da sífilis do MS de 2020, refere que a diminuição dos casos no referido ano pode estar relacionada a identificação de problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS, podendo ocasionar diferença no total de casos entre as bases das 3 esferas de governo, devido demora na notificação e alimentação dessas bases pela mobilização local de profissionais de saúde ocasionada pela pandemia da covid-19. Situação também presente na realidade de todos os serviços de saúde onde a necessidade de priorização dos casos relacionados a covid-19 foi necessária dada a situação de emergência em saúde pública em detrimento do outros agravos.

Mesmo diante desta realidade, 34% dos profissionais acham que não houve impacto relacionado ao diagnóstico, seguimento e acompanhamento dos casos, podendo estar relacionado aos serviços que não foram direcionados para tratamento exclusivo para os casos de COVID-19, de acordo com a reorganização feita pelo município. O diagnóstico e acompanhamento dos casos foram as área de mais impacto segundo a percepção dos profissionais, sugerindo que o acesso dessas gestantes possa ter sido prejudicado por diversos fatores, sejam por indisponibilidade de vagas devido aumento da demanda, gerando também medo na busca por parte da gestante na exposição ao vírus, por fazerem parte do grupo de risco. O tratamento foi apontado somente por 2 profissionais, podendo ou não ser um fator positivo, pois pela dificuldade no diagnóstico, pouca demanda possa ter sido gerada pela subnotificação dos casos, fator preocupante que requer maior investigação para elucidação dos fatos e programação de novas estratégias para diminuição desses impactos.

4.7 ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AS GESTANTES

Em relação as estratégias sugeridas pelos profissionais para melhoria da assistência a sífilis nas Unidades Básicas de Saúde, as que se destacaram **relacionadas aos usuários** foram necessidades de estratégias para facilitar o início precoce do pré-natal e para facilitar o tratamento dos parceiros, visto ser um problema relevante para o município pois mais da metade das gestantes na percepção dos profissionais iniciam o pré-natal após o segundo trimestre de gestação, de acordo com dados já apresentados anteriormente. E a dificuldade para abordagem e tratamento dos parceiros mostra ser uma dificuldade presente também na realidade desses profissionais e que necessitam de intervenções para melhoria desses problemas.

Tabela 11 – Estratégias para melhoria da assistência as gestantes com sífilis na ESF e prevenção da sífilis congênita, Boa Vista – RR, 2021.

Barreiras/Dificuldades ^a	Total		Médicos		Enfermeiros	
	N	%	N	%	N	%
1. Relacionadas ao usuário						
Estratégias para facilitar o início precoce do pré-natal	44	66%	14	78%	28	57%
Estratégias para facilitar o tratamento dos parceiros	44	66%	12	67%	33	67%
Trabalhos educativos com a população em geral	40	60%	13	72%	27	55%
2. Relacionadas ao profissional						
Treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis	46	69%	11	61%	34	69%
Treinamento sobre aconselhamento em DST/AIDS	26	39%	8	44%	16	33%
Acesso a manuais técnicos-científicos	9	13%	2	11%	7	14%
Acesso a informações sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita do município	45	67%	12	67%	32	65%
3. Relacionados ao serviço						
Garantia de exames de boa qualidade	27	40%	5	28%	21	24%
Serviço de referência para gestantes com alergia a penicilina	26	39%	11	23%	14	29%

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Macedo e colaboradores, 2020 recomenda reorganizar os fluxos e ações assistenciais, com integração de programas materno-infantil locais, busca ativa das gestantes e parceiros sem atendimento e tratamento, visitas domiciliares, ampliação do planejamento familiar e a integração entre a vigilância, a assistência à saúde e a

intersetorialidade, priorizando mulheres de risco, são estratégias importantes para diminuir a iniquidades presentes na realidade dessas mulheres.

As sugestões **relacionadas ao profissional** que tiveram mais destaque foram a necessidade de treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis, referida por 69% deles, com porcentagens semelhantes entre médicos e enfermeiros, podendo-se justificar pelas inadequações de condutas encontradas ao longo desse estudo, que reforça a importância de profissionais serem rotineiramente treinados e monitorados diante de suas condutas para manejo da sífilis na gestação, afim de reduzir intervenções não condizentes com os protocolos em tempo oportuno.

Domingues et al, 2013 em estudo similar a este realizado, enfatiza que estratégias de educação continuada que são efetivas para mudança de pratica dos profissionais são as que visam aumentar a competência dos mesmos, facilitando a adoção dos protocolos na prática assistencial ou reforçar a mudança. As evidências disponíveis sugerem que a transmissão passiva de informações por meio de treinamentos tradicionais e divulgação por correio, sejam as estratégias com efeitos mais fracos. Quando realizada no contexto assistencial, direcionada a profissionais específicos, por pares, direcionando ao profissional o que deve ser feito de forma individualizada, durante a rotina do serviço, são as que representam efeitos mais fortes.

Devem também ser inclusas nas capacitações e nas rotinas de informes aos serviços informações sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita do município, sendo uma necessidade relevante apontada por 67% dos profissionais. Treinamento sobre aconselhamento em IST/AIDS foram solicitados por 39% dos profissionais, 44% dos médicos e 33% dos enfermeiros, indo de encontro com a dificuldade já mencionada acima por parte de alguns sobre a abordagem dos parceiros sobre as IST's. A necessidade de acesso a manuais técnico científicos foi referida por 13% dos profissionais, fazendo-se necessário que durante os treinamentos ou mesmo na rotina do serviço, sejam socializado aos profissionais os protocolos existentes nacionais e locais instituídos relativos a assistência a gestante na prevenção e manejo dos casos de sífilis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto ao perfil dos profissionais participantes do estudo a maioria se encontrava na faixa etária de 20 a 39 anos, composto pela maioria de enfermeiros com maior tempo de formação em relação aos médicos. Mais da metade dos profissionais apresentaram especialização em saúde da família e mais de 5 anos de atuação na ESF. Percebeu-se nesta pesquisa a existência de algumas fragilidades em relação a assistência da sífilis na gestação na atenção primária de Boa Vista, tanto nos serviços quanto no conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais pré-natalistas para o manejo adequado desse agravo, mesmo com mais da metade dos profissionais referindo possuir treinamento sobre manejo de sífilis, acesso e leitura parcial dos protocolos e manuais técnicos relacionados.

Em relação ao serviço foram encontradas inconformidades, no acesso as gestantes ao pré-natal e demora no retorno de exames para a UBS. Observou-se que em relação aos conhecimentos e a prática os profissionais possuem alguma dificuldade na escolha do teste diagnóstico, baixo conhecimento sobre suas características, sobre a transmissão vertical da sífilis, definição de casos, controle de cura da doença, abordagem e tratamento dos parceiros. Sobre o tratamento a gestante com a Penicilina Benzatina, não foram relatadas dificuldades na sua administração na unidade, porém quanto a prescrição dosagens incorretas foram referenciadas, principalmente com relação a sífilis secundária.

Dentre a principais barreiras percebidas pelos profissionais estão relacionadas principalmente ao usuário, seguidas pelo serviço e também relacionadas ao profissional, foram elas: início tardio do pré-natal, não realização de exames e adesão ao tratamento pela gestante, não comparecimento e dificuldade de abordagem ao parceiro, dificuldades de acesso e demora no resultado de exames e também impactos no diagnóstico e acompanhamento dos casos durante a pandemia, são fatores que dificultam o combate e a prevenção ao agravo que necessitam de intervenção imediata.

Estratégias de melhoria da assistência foram propostas pelos profissionais, que são importantes para intervenções mais precisas na assistência com base na realidade das dificuldades vivenciadas por eles. A remoção de obstáculos para realização de um pré-natal adequado envolve, entre outras questões, a captação precoce da gestante, o aconselhamento, a intervenção educacional, a solicitação e

realização dos exames conforme protocolos, o recebimento de resultados em tempo oportuno, além do tratamento adequado da mulher e seu parceiro.

Frente ao exposto, pode-se concluir que as gestantes com sífilis não estão recebendo assistência adequada, sendo necessário repensar os processos de trabalho, o contexto organizacional e novas ferramentas de educação continuada para os profissionais da ESF, visando proporcionar assistência pré-natal de qualidade para essas gestantes. Sendo assim, o estudo pode contribuir com subsídios para o planejamento em saúde que podem ajudar na formulação e fortalecimento de novas estratégias de combate ao agravo podendo assim apoiar no controle e diminuição da sífilis congênita no município de Boa Vista.

REFERÊNCIAS

BAMPI, J.V.B.; CORREA, M.E.; BET, G.M.S; MARCHIORO, S.B.; SIMIONATTO, S. Descriptive analysis of syphilis cases report in Mato Grosso do Sul, Brazil identifies failure in treatment. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.52:e20180026, 2019.

BOA VISTA. Prefeitura Municipal de Boa Vista. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis – Outubro/Ano 2018**. Boa Vista, 2018.

BOA VISTA. Prefeitura Municipal de Boa Vista. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis – Outubro/Ano 2019**. Boa Vista, 2019.

BOA VISTA. Prefeitura Municipal de Boa Vista. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância Epidemiológica. Coordenação Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis – Dezembro/Ano 2020**. Boa Vista, 2020.

BOA VISTA. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Básica. **Protocolo da Saúde das Mulheres**. Boa Vista: Secretaria Municipal de Saúde, 2016, 93p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 248p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 248p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Diagnóstico da sífilis – TELELAB - Aula 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégias para o diagnóstico no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 302p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora do Ministério da Saúde, 2016, 55p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011.

CARDOSO, A.R.P.; ARAUJO, M.A.L.; CAVALCANTE, M.S.; FROTA, M.A.; MELO, S.P. 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, 2018.

COSTA, Camila Chaves. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

COSTA, L.D.; FARUCH, S.B.; TEIXEIRA, G.T.; CAVALHEIRI, J.C.; MARCHI, A.D.A.; BENEDETTI, V.P. Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal na atenção básica sobre o manejo da sífilis. **Ciência Cuidado e Saúde**, Jan-Mar, v.17, n.1, Paraná, 2018.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LAURIA, L.M.; SARACENI, V.; LEAL, M.C. Manejo da sífilis na gestação: conhecimento, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência e 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. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, Rio de Janeiro, 2016.

DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; Torres, J.A.; THEME-FILHA M.M.; GAMA, S.G.N.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. v. 37, n. 3, p. 140 – 7, 2015.

GOMES, Suely Ferreira. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife-PE**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

HORTA, H.H.L.; MARTINS, M.F.; NONATO, T.F.; ALVES, M.I. Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. **Rev. APS**. v. 20 n. 4, p. 623 – 627, out/dez, 2017.

KALIYAPERUMAL, K. **Guideline for conduct a Knowledge, attitude and practice (KAP) study**. AECS Illumination, v. 4, n. 1, p. 7-9, jan/mar, 2004.

KORENROMP, E.L.; ROWLEY, J.; ALONSO, M.; MELLO, M.B.; WIJESOORIYA N.S.; MAHIANE, S.G.; et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes - Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLOS ONE**, India, v.14, n. 2, p.1-17, 2019.

LAZARINNI, F.M.; BARBOSA, D.A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2017.

LIMA, V.C.; MORORÓ, R. M.; MARTINS, M.A.; RIBEIRO, S.M.; LINHARES, M.S.C. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no nordeste brasileiro. **J. Health Biol Sci**. v.5, n. 1. 2017.

LINS, C.D.M. **Epidemiologia da Sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia**. Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em ciências da saúde da Universidade Federal de Roraima, 2014.

LIU, H.; CHEN, N.; YU, J.; TANG, W.; HE, J.; XIAO, H.; LIN, S.; HU, F.; FENG, Q.; TUCKER, J.D.; XIA, H.; QIU, X. Syphilis-attributable adverse pregnancy outcomes in China: a retrospective cohort analysis of 1187 pregnant women with different syphilis treatment. **BMC Infections Diseases**, China, v.19, 292, p. 1-8, 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-avanca-no-enfrentamento-sifilis>. Acesso em: 25 abril 2021.

NORWITZ, E.R.; HICKS, C.B. **Syphilis in pregnancy**. 2017. Disponível em: www.uptodate.com. Acesso em: 27/06/2019.

NUNES, J.T.; MARINHO, A.C.V.; DAVIM, R.M.B.; SILVA, G.G.O.; FELIX, R.S.; MARTINO, M.M.F. sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, 2017.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.R.; PELOSO, S.M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, 26e, 3019, 2018.

PEELING, R.W.; MABEY, D.; KAMB, M.L.; CHEN, X.S.; RADOLF, J.D.; BENZAKEN, A.S. Syphilis. **Nat. Ver. Dis. Primers**. doi:10.1038/nrdp.2017.73. 2017

RIBEIRO, A.C.; RAMOS, L.H.D.; MANDÚ, E.N.T. Perfil sociodemográfico e profissional de enfermeiros de um hospital público de Cuiabá - MT. **Ciência, Cuidado E Saúde**, 13(4), 625 - 633.

RODRIGUES, Daniele Carvalho. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina para o controle da sífilis em gestante**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SARACENI, V.; PEREIRA, G.F.M.; SILVEIRA, M.F.; ARAUJO, M.A.L.; MIRANDA, A.E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2017;41:e44.

SILVA, D.M.A.; ARAUJO, M.A.L.; SILVA, R.M.; ANDRADE, R.F.V; MOURA, H.J.; ESTEVES, A.B.B. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto Contexto Enferm.**, Fortaleza, v.23, n.2, p.278-85, 2014.

SILVA, M.R.G.; SANNA, M.C. Perfil dos pacientes diagnosticados com doenças sexualmente transmissíveis assistidos na Santa Casa de Guaxupé-MG no período de 1923 a 1932. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**. DOI: 10.5935/1415-2762.20160060. 2016.

SILVA, R.S. et al. De mãe para filho: os impactos da sífilis gestacional e congênita na saúde pública do Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1, p.330-343 Jan/Feb. 2021.

SINAN. Sífilis – Notificações Registradas: banco de dados. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de IST/AIDS. Acesso em: 26 abril 2021, Boa Vista, RR.

SUTO, C.L.S.; SILVA, D.L.; ALMEIDA, E.S.; COSTA, L.E.L.; EVANGELISTA, T.J. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem e Atenção a saúde**, v. 5, n.2, p.18-33, 2016.

WHO. World Health Organization. **Inquéritos sobre Conhecimentos, atitudes e práticas: Doença do vírus zika e potenciais complicações.** WHO, 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204689/WHO_ZIKV_RCCE_16.2_por.pdf;jsessionid=DFEF9DBF17CB6F7879A73F8CA083C639?sequence=5 Acesso em: 25/06/2019.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TÍTULO DA PESQUISA: “MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO: CONHECIMENTOS,
PRÁTICAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE BOA VISTA –RR

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

I - Caracterização Profissional

1. Qual sua UBS de atuação hoje? _____

2. Idade (anos completos): _____

3. Sexo

() Feminino

() Masculino

4. Categoria profissional:

() médico

() enfermeiro

5. Tempo de formado: _____

6. Possui especialização?

() não

() sim

7. Em caso afirmativo, qual? **NOTA: ASSINALE O CURSO MAIS RECENTE**

() especialização em Saúde da Família

() residência em Saúde da Família

() mestrado

() doutorado

() outro. Qual? _____

8. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família: _____

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

() não (**Passa para a questão 11**)

() sim

() não sei informar

10. Se sim, qual a carga horária do treinamento? _____

11. Quando foi o último?

- menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- mais de 5 anos
- não sei informar

II - Caracterização do pré-natal na Unidade de Saúde

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

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

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

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

14. Qual exame para diagnóstico da sífilis é utilizado rotineiramente como triagem nesta unidade?

- coleta de sangue venoso para VDRL
- teste rápido realizado na própria unidade (Passe para a questão 15)
- Não sei informar

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

- menos de 15 dias
- 15-29 dias
- 30-60 dias
- mais de 60 dias
- não sei informar

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

- não
- sim, em qualquer dia/horário de funcionamento da unidade
- sim, apenas em alguns dias/horários específicos da semana
- não sei informar

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

- enfermeiro em atendimento individual
- enfermeiro em atendimento em grupo
- médico em atendimento individual
- médico em atendimento em grupo
- outro. Qual? _____

18. Nesta unidade, o atendimento a parceiros de gestantes com DST é feito:

- pelo próprio profissional que realiza pré-natal
- por outro médico da própria unidade de saúde
- por médico de outra unidade de saúde
- não existe fluxo de atendimento definido
- outro. Qual? _____
- não sei informar

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

- não
- sim
- não sei informar

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

- o próprio profissional que realiza pré-natal
- outro profissional de saúde da unidade
- diretor da unidade de saúde
- outro. Qual? _____

III – Prevenção da transmissão vertical da sífilis

21. Conhece o manual do Ministério da Saúde sobre prevenção da sífilis congênita?

- não (passe para a questão 24)
- sim
- não sei informar

22. Quando teve acesso?

- menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- mais de 5 anos
- não sei informar

23. Já leu esse material?

- não
- sim, totalmente
- sim, parcialmente

24. A transmissão da sífilis na gestação pode ocorrer:

- apenas no início da gestação
- apenas no final da gestação
- em qualquer época da gestação
- não sei informar

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

- é baixa em qualquer fase da doença
- é elevada em qualquer fase da doença
- depende da fase da doença, sendo maior nas fases primária e secundária
- não sei informar

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

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

27. Na assistência pré-natal realizada nesta unidade de saúde, em que trimestre da gestação você solicita rotineiramente o exame para diagnóstico da sífilis na gestação?
- 1º trimestre
 - 2º trimestre
 - 3º trimestre
 - 1º e 3º trimestres
 - 1º e 2º trimestres
 - 2º e 3º trimestres
 - 1º, 2º e 3º trimestres
28. Essa solicitação é realizada mediante aconselhamento pré-teste?
- nunca
 - às vezes
 - sempre
29. No momento da entrega do resultado do exame para sífilis, é feito aconselhamento pós-teste com avaliação de situações de risco da gestante?
- nunca
 - às vezes
 - sempre
30. Em relação ao exame VDRL, podemos afirmar que: (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)
- é um exames qualitativo
 - é um exame que se torna “não reagente” após tratamento adequado
 - pode ser usado para controle de cura
 - apresenta reação cruzada com outras infecções
 - não sei interpretar esse exame
31. Em relação aos exames treponêmicos, podemos afirmar que: (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)
- são exames qualitativos
 - são exames que se tornam “não reagentes” após tratamento adequado
 - podem ser usados para controle de cura
 - apresentam reação cruzada com outras infecções
 - não sei interpretar esse exame
32. Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis primária?
- Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única
 - Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)
 - Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)
 - Outro tratamento com penicilina Benzatina
 - Outro tratamento com outra medicação
 - Não sei tratar essa forma da doença
33. Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis secundária ou latente com menos de um ano de evolução?
- Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única
 - Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)
 - Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)
 - Outro tratamento com penicilina Benzatina
 - Outro tratamento com outra medicação
 - Não sei tratar essa forma da doença

34. Qual é o tratamento preconizado para uma gestante com diagnóstico de sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada?
- () Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, dose única
 () Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 U)
 () Penicilina Benzatina, 2.400.000 U IM, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 U)
 () Outro tratamento com penicilina Benzatina
 () Outro tratamento com outra medicação
 () Não sei tratar essa forma da doença
35. Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis, você fornece orientações sobre os riscos da doença para ela e para o bebê?
- () nunca () às vezes () sempre
36. Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis você fornece orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção?
- () nunca () às vezes () sempre
37. Quando uma gestante apresenta diagnóstico de sífilis você fornece orientações sobre a importância de usar preservativos para evitar a reinfecção?
- () nunca () às vezes () sempre
38. Como é feito o controle de cura após o tratamento de uma gestante com sífilis?
- () solicitação de VDRL mensal
 () solicitação de VDRL trimestral
 () outro exame. Qual? _____
 () não solicito exame para controle de cura
39. Quando a gestante apresenta um diagnóstico de sífilis, qual a sua conduta em relação ao parceiro?
- () convoco o parceiro para vir à unidade
 () envio a solicitação de exame pela gestante
 () envio o medicamento pela gestante
 () solicito realização de visita domiciliar
 () não realizo qualquer tipo de abordagem em relação ao parceiro
 () outra. Qual? _____
40. Como é feito o tratamento do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis?
- () o tratamento é prescrito se parceiro apresentar VDRL reagente
 () o tratamento é prescrito, mesmo se parceiro não tiver resultado de exame ou apresentar VDRL não reator
 () não sei informar, pois o tratamento dos parceiros é feito por outro profissional
 () parceiros raramente são tratados, pois não comparecem ao serviço
 () Outro. Qual? _____
41. No seu trabalho na assistência pré-natal na UBS, quais são as suas principais dificuldades no manejo da sífilis? (MARQUE AS CINCO PRINCIPAIS)
- () gestantes com início tardio do pré-natal
 () não realização dos exames pelas mulheres, apesar de solicitado
 () demora para recebimento do resultado do exame para sífilis
 () pouca confiança no resultado do exame para sífilis
 () dificuldade de acesso a exames confirmatórios treponêmicos
 () dificuldade de interpretação do resultado dos exames
 () dificuldade de adesão da gestante ao tratamento
 () dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de comparecimento do mesmo ao serviço

- dificuldade para abordar o parceiro em relação à DST da gestante, quando do comparecimento do mesmo
- dificuldade para atendimento ao parceiro por falta de referência de profissional
- dificuldade para a aplicação da penicilina benzatina na minha unidade
- não concordância com o protocolo de tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde
- não tenho dificuldade
- outros. Qual? _____

42. Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes nos serviços de pré-natal da Atenção Primária de Boa Vista visando à redução transmissão vertical da sífilis? (ASSINALE AS CINCO PRINCIPAIS)

- treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis
- treinamentos sobre aconselhamento em DST/Aids
- acesso a manuais técnico-científicos
- acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos no próprio serviço
- acesso à informação sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita ocorridos na cidade
- estratégias para facilitar tratamento dos parceiros
- estratégias para facilitar o início precoce da assistência pré-natal
- trabalhos educativos com a população geral
- garantia de exames de boa qualidade
- serviços de referência para gestantes com alergia a penicilina
- outros. Qual? _____

43. Durante a pandemia da Covid-19 houve interferência no serviço de diagnóstico, seguimento e acompanhamento dos casos de sífilis na sua UBS?

- sim
- não
- não sei informar

44. se na pergunta anterior respondeu sim, em que área você acha que houve mais impacto?

- diagnóstico
- tratamento
- acompanhamento dos casos

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado profissional,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde da atenção básica do município de Boa Vista – RR”**, desenvolvida por **Rayssa Leite Dutra Triani**, discente do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima - UFRR, sob a orientação do Prof. Dr. Alexander Sibajev.

O objetivo do estudo é verificar os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos profissionais de saúde, atuantes na assistência pré-natal da Atenção Primária do município de Boa Vista, sobre o manejo da sífilis na gestação. Sua colaboração nessa pesquisa contribuirá para o melhor planejamento e desenvolvimento das ações relacionadas ao manejo da sífilis na gravidez, pois apesar da existência e disponibilidade de protocolos assistenciais bem estabelecidos e de ações já desenvolvidas nas unidades básicas de saúde e na rede de atenção como um todo, ainda não foram obtidos os resultados desejados para o controle da sífilis congênita em Boa Vista, nos outros municípios do estado de Roraima e no Brasil.

A sua participação consistirá em responder um questionário estruturado e autoaplicado que verificará suas características profissionais e da unidade de saúde onde você atua, e as atividades desenvolvidas para o manejo da sífilis na gestação, incluindo a prevenção, o diagnóstico, tratamento, ações de vigilância epidemiológica, bem como as dificuldades encontradas por você na adoção dos protocolos existentes.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado (a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. O preenchimento do questionário não tem caráter punitivo ou de avaliação do seu desempenho.

Esta pesquisa não trará nenhum risco a sua saúde e somente poderá causar algum tipo de desconforto ou constrangimento, pela presença da pesquisadora durante a aplicação do questionário, pois para preservar a fidedignidade dos dados não serão permitidas consultas e pesquisas em outros materiais, essa situação será minimizada com a garantia de um ambiente reservado de modo a assegurar sua privacidade nesse momento e serão garantidas a confidencialidade e privacidade das informações por você prestadas, o questionário não terá seu nome e será identificado apenas por um número, o que não permitirá a sua identificação. Todas as análises serão feitas de forma agregada, para o conjunto das unidades, e o material será armazenado em local seguro durante 5 anos, onde apenas a pesquisadora e seu orientador terão acesso conforme resolução 466/12 e orientações do CEP/UFRR. A qualquer momento durante a pesquisa, ou posteriormente você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados nesse termo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação, em artigo científico e durante evento científico, onde serão apresentados aos gestores e profissionais de saúde da ESF de Boa Vista com a finalidade de contribuir com as estratégias de treinamento e recomendar propostas para o manejo da sífilis na gestação. **Este termo deverá ser assinado em duas vias, sendo uma para você e outra para o pesquisador, e todas as páginas deverão ser rubricadas também por você e pelo pesquisador e responsável.**

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o comitê de ética em pesquisa da UFRR. Endereço: Comitê de Ética em Pesquisa: Bloco da PRPPG-UFRR, última sala do corredor em forma de T à esquerda (o prédio da PRPPG fica localizado atrás da Reitoria e ao lado da Diretoria de Administração e Recursos Humanos - DARH) Av. Cap. Ene Garcez, 2413 – Aeroporto (Campus do Paricarana) CEP: 69.310-000 - Boa Vista – RR E-mail: coep@ufrr.br (95) 3621-3112 Ramal 26.

Contato com o pesquisador responsável:

Tel: (95) 98121-6400 e-mail: rayssaldtriani@gmail.com
End.: Secretaria Municipal de Saúde (Rua Coronel Mota, 356 – Centro)
Setor: Coordenação de Macroárea, 1º Piso

Contato com o orientador:

Tel: (95) 3621-5236 e-mail: procisa@ufrr.br
End. Institucional: UFRR – Campus do Paricarana (Av. Capitão Ene Garcez, 2413, Aeroporto – Boa Vista/RR)
Setor: PROCISA – lado direito após a guarita de segurança da entrada da Ene Garcez)

Boa Vista ____/____/____

Pesquisador

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

APÊNDICE C – PRODUTO TÉCNICO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI

RELATÓRIO TÉCNICO CONCLUSIVO

**MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS**

BOA VISTA, RR

2021

Organização: Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Discente: Rayssa Leite Dutra Triani

Docente Orientador: Dr. Alexander Sibajev

Dissertação Vinculada: MANEJO DA SÍFILIS GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS PROFISSIONAIS

Data da defesa: 20/08/2021

Setor beneficiado com o projeto de pesquisa realizado no âmbito do programa de mestrado: Atenção Primária do município de Boa Vista - RR

Classificação: Produção com médio teor inovativo (combinação de conhecimentos pré-estabelecidos).

✓ **Conexão com a pesquisa**

Projeto de pesquisa: O produto é resultado do trabalho realizado pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA) vinculado à UFRR.

Linha de pesquisa vinculada a produção: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde.

Justificativa para elaboração do produto: O estudo teve como objetivo final a elaboração de um Relatório Técnico Conclusivo com a finalidade de ser entregue para a gestão municipal a partir do diagnóstico situacional realizado com os resultados da pesquisa, com a identificação das fragilidades e dificuldades apontadas pelos profissionais pré-natalistas da atenção primária do município de Boa Vista no manejo da atenção a sífilis gestacional, percebidas por meio dos dados levantados, de acordo com o cenário identificado pelo estudo. Optou-se por definir esse produto pois acredita-se que alcançará maior impacto no ajuste de condutas dos profissionais, pois este instrumento poderá servir de apoio para customização dos conteúdos das capacitações direcionando quais são as maiores dificuldades e assim quais assuntos devem ter maior foco e o tipo de abordagem que pode ser mais efetiva, podem também indicar a necessidade de elaboração de outros protocolos para favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizando a variabilidade das informações e condutas entre os profissionais de saúde.

Aplicabilidade da produção técnica/tecnológica: Acredita-se que o relatório técnico poderá contribuir positivamente para o fortalecimento das ações de prevenção e promoção a saúde da mulher voltadas a qualificação da assistência pré-natal as mulheres portadoras de sífilis na gestação, pois a gestão terá ferramentas para melhor planejamento de como atuar para minimizar as condutas inadequadas dos profissionais que prestam assistência a esse público, diminuindo então o número de gestantes com tratamento incorreto e assim reduzindo as chances de recém-nascidos serem infectados com a sífilis congênita e assim terem prejuízos a saúde por toda a vida.

Descrição da abrangência realizada: O produto será entregue para a gestão da atenção primária municipal e caso haja possibilidade poderá também ser apresentado aos profissionais pré-natalistas que participaram do estudo e também aos que não participaram para que os benefícios sejam estendidos a todos

Descrição da abrangência potencial: Espera-se que após a entrega do relatório a gestão da atenção primária municipal, novas ações poderão ser subsidiadas através do diagnóstico que a pesquisa proporcionou, devendo ser estendido as todas as unidades de atenção primária municipal, assim como também, as demais que abrangem outros municípios do estado de Roraima, pois poderá contribuir gerando mudanças positivas na assistência a gestante com sífilis.

APRESENTAÇÃO

Este relatório é resultado da pesquisa de dissertação de mestrado Manejo da sífilis gestacional na Atenção Primária: conhecimentos e práticas profissionais, que teve por objetivo: caracterizar o perfil dos profissionais, verificar os conhecimentos, as práticas e as atitudes destes sobre o manejo da sífilis na gestação, analisar o conhecimento desses profissionais sobre os protocolos para manejo da sífilis em gestantes, verificar como são aplicados na prática e identificar as principais barreiras, se há falhas, e se estão relacionadas a fatores dentro do serviço ou a fatores externos relacionados aos usuários. Justificou-se devido ao número crescente de dados anualmente de sífilis em gestantes no município de Boa Vista, passando de 60 casos de sífilis gestacional no ano de 2014 para 211 casos em 2020, e de 17 casos de sífilis congênita em 2014 para 49 casos em 2019 e pelo dado alarmante encontrado no boletim epidemiológico da sífilis que no Brasil no ano de 2019, 83,81% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, 58,6% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e 31,5% no momento do parto/curetagem, demonstrando que a grande maioria dessas crianças tiveram acesso ao pré-natal e mais da metade obteve o diagnóstico durante o acompanhamento gestacional, sugerindo falhas na assistência que propiciam a ocorrência da transmissão vertical da sífilis. Diante deste fato e da ausência de estudos relacionados ao tema no estado, que proporcionem a identificação desses fatores e subsidiem a melhoria da assistência, considerando que esta assistência prestada no pré-natal pela Atenção Primária tem um grande potencial de auxiliar na manutenção de baixos índices de incidência e prevalência da sífilis, foi importante investigar se o aumento dos números relativos à doença no município de Boa Vista podem ter relação com a forma de lidar com essa patologia pelas equipes das unidades básicas de saúde.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo avaliativo, utilizando a metodologia do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) que segundo Kalyaperumal (2004) permite mostrar o que as pessoas sabem, sentem e se comportam a respeito de um determinado tema, servindo como um diagnóstico educacional da população

estudada. Realizado com 67 profissionais médicos e enfermeiros pré-natalistas pertencentes as 8 macroáreas da atenção primária de Boa Vista, através de questionário eletrônico adaptado, devido a pandemia e as medidas sanitárias estabelecidas, com dados coletados no período de 02/10/20 a 24/02/21.

RESULTADOS

Com relação as **características sociodemográficas e formação dos profissionais** estudados, 26% da amostra foi composta por médicos e 73% de enfermeiros, a maior parte entre 20 a 39 anos, 69,3% do sexo feminino. Os enfermeiros apresentaram maior tempo de formação (10 anos), ambas as categorias tempo de atuação na ESF de 5 a 10 anos, mais de 90% pós graduados e metade desses cursos em saúde da família. Quanto ao treinamento sobre manejo de sífilis a maior parte dos profissionais (67%) relataram possuir treinamento, sendo a maioria (86%) nos últimos 5 anos, parcela ainda significativa de profissionais não receberam treinamento (22), sendo que os médicos apresentaram percentual mais elevado entre os não treinados (38%).

Quanto a **assistência pré-natal** os profissionais referiram que 60% das mulheres começam o pré-natal com mais de 12 semanas gestacionais, a grande maioria (97,3%) informaram que o exame de rotina mais comumente utilizado para o diagnóstico de sífilis é o teste rápido realizado na própria unidade, e 10% ainda referiu o uso de VDRL e quanto ao retorno do resultado desse exame para a UBS a maior parte relatou retorno com menos de 15 dias, e aproximadamente um terço referiu retorno entre 15 e 29 dias.

Sobre o **conhecimento dos profissionais acerca da sífilis na gestação**, somente metade indicou resposta correta em relação a transmissão de acordo com a fase da doença, sobre o **VDRL** 33% dos enfermeiros indicaram que é um exame que se torna não reagente após tratamento adequado, 31% também relataram realizar o exame para controle de cura de forma trimestral. Em relação aos **testes treponêmicos (testes rápidos)** Chamou atenção outra característica também ser citada, que foi a que o teste “pode ser usado para controle de cura”, apontada por 37% dos enfermeiros e 17% dos médicos, mostrando desconhecimento por parte desses profissionais em relação as características do mesmo, pois segundo traz o PCDT, em 85% dos casos, permanece reagentes por toda a vida, mesmo após o

tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Situação preocupante pois esse desconhecimento também leva o profissional a não detectar os casos de reinfecção, pois só é possível através do monitoramento por teste não treponêmico. Entre as duas categorias profissionais observou-se maior indicação de respostas incorretas entre os enfermeiros.

Em relação ao **tratamento** uma proporção elevada de profissionais respondeu corretamente sobre o tratamento da sífilis na gestação nas fases primária e terciária, latente tardia ou de duração ignorada, mas em relação a sífilis secundária ou latente recente a grande maioria indicou respostas incorretas e com proporção semelhante entre médicos e enfermeiros. Em relação a **sífilis primária** 24% referiu dosagem inadequada com essa fase de acordo com os protocolos, a maioria entre enfermeiros. Na **sífilis secundária ou latente recente**, vários tipos de dosagens de Penicilina Benzatina foram apontados, a maioria (49%) informou tratamento com duas doses, com porcentagens semelhantes entre médicos (45%) e enfermeiros (51%), esquema não preconizado desde 2015, somando-se todas as indicações de dosagens inadequadas, cerca de 74% dos profissionais referiram tratamento divergente ao recomendado para a sífilis secundária. **Na sífilis terciária, latente tardia ou de duração ignorada**, foram onde foram encontradas a maioria dos acertos, chamando atenção para alguns profissionais ainda referindo não saber tratar, terapias diferentes e não adequadas.

Sobre as barreiras enfrentadas na percepção dos profissionais **relacionada ao usuário** as que tiveram maior número de indicações pelos mesmos, foi o não comparecimento do parceiro ao serviço, o início tardio do pré-natal, não realização de exames pela gestante. As **barreiras relacionadas ao profissional** a mais indicada, porém somente por 30% dos profissionais, foi a abordagem do parceiro sobre as IST's, pela maioria de enfermeiros. E sobre as **barreiras relacionadas ao serviço**, 37% dos profissionais referiram demora no acesso ao resultado de exames, provavelmente relacionado o VDRL.

Em relação as estratégias sugeridas pelos profissionais para melhoria da assistência a sífilis nas Unidades Básicas de Saúde, as que se destacaram **relacionadas aos usuários** foram necessidades de estratégias para facilitar o início precoce do pré-natal e para facilitar o tratamento dos parceiros, visto ser um problema relevante para o município pois mais da metade das gestantes na percepção dos profissionais iniciam o pré-natal após o segundo trimestre de

gestação, de acordo com dados já apresentados anteriormente. E a dificuldade para abordagem e tratamento dos parceiros mostra ser uma dificuldade presente também na realidade desses profissionais e que necessitam de intervenções para melhoria desses problemas.

As sugestões **relacionadas ao profissional** que tiveram mais destaque foram a necessidade de treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis, referida por 69% deles, com porcentagens semelhantes entre médicos e enfermeiros, podendo-se justificar pelas inadequações de condutas encontradas ao longo desse estudo, que reforça a importância de profissionais serem rotineiramente treinados e monitorados diante de suas condutas para manejo da sífilis na gestação, afim de reduzir intervenções não condizentes com os protocolos em tempo oportuno.

RECOMENDAÇÕES

A partir dos dados, identificamos que para melhoria da assistência a gestante com sífilis na Atenção primária de Boa Vista, é importante que sejam desenvolvidas estratégias para início precoce da assistência pré-natal, é fundamental a identificação precoce desses agravos pois os principais fatores associados ao início tardio da assistência pré-natal no país são a dificuldade de diagnóstico da gravidez, questões pessoais e barreiras de acesso.

Outro ponto importante identificado, é que seja garantido que a administração da primeira dose da penicilina benzatina seja realizada na primeira consulta e ainda nesse momento deve ser solicitado ou preferencialmente colhido teste não treponêmico, para linha de base e seguimento sorológico. A não realização de exames pela gestante, que foi a terceira barreira mais indicada por 58% dos profissionais, mostra ser um fator preocupante e pode também estar relacionada a situação de vulnerabilidade social apresentada acima, sendo importante investigar as causas locais da não realização desses exames por parte dessas gestantes e se existem dificuldades de acesso, para que essas barreiras sejam eliminadas.

A educação em saúde nesse contexto é imprescindível para que a gestante seja empoderada da importância de aderir as orientações relacionadas a prevenção da transmissão vertical da sífilis, e que os serviços de saúde obtenham um postura que favoreça o acolhimento e identificação conjunta com a paciente de estratégias de negociação com o parceiro, uma vez que a reinfeção pode perpetuar a sífilis.

O pré-natal do parceiro é outra ferramenta fundamental para garantia que o tratamento do mesmo seja realizado, pois tem como objetivo estimular a participação do pai/parceiro proporcionando bem estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio, sendo momento oportuno para inserção do homem aos serviços de saúde oferecidos na atenção básica. O tratamento das parcerias sexuais das gestantes ainda é um desafio para os serviços de saúde e para isto, uma boa estratégia para enfrentar esta problemática é a sua inclusão nas consultas de pré-natal.

Quanto aos profissionais médicos e enfermeiros, é importante que sejam rotineiramente treinados e monitorados diante de suas condutas para manejo da sífilis na gestação, afim de reduzir intervenções não condizentes com os protocolos em tempo oportuno. As capacitações quando realizadas no contexto assistencial, direcionada a profissionais específicos, por pares, direcionando ao profissional o que deve ser feito de forma individualizada, durante a rotina do serviço, são as que representam efeitos mais fortes. Devem também ser inclusas nas capacitações e nas rotinas de informes aos serviços, informações sobre os casos de sífilis na gravidez e sífilis congênita do município, sendo uma necessidade relevante apontada por 67% dos profissionais. Treinamento sobre aconselhamento em IST/AIDS foram solicitados por 39% dos profissionais, 44% dos médicos e 33% dos enfermeiros, indo de encontro com a dificuldade já mencionada acima por parte de alguns sobre a abordagem dos parceiros sobre as IST's. A necessidade de acesso a manuais técnico científicos foi referida por 13% dos profissionais, fazendo-se necessário que durante os treinamentos ou mesmo na rotina do serviço, sejam socializados aos profissionais os protocolos existentes nacionais e locais instituídos relativos a assistência a gestante na prevenção e manejo dos casos de sífilis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se nesta pesquisa a existência de algumas fragilidades em relação a assistência da sífilis na gestação na atenção primária de Boa Vista, tanto nos serviços quanto no conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais pré-natalistas para o manejo adequado desse agravo, mesmo com mais da metade dos profissionais referindo possuir treinamento sobre manejo de sífilis, acesso e leitura parcial dos protocolos e manuais técnicos relacionados.

Estratégias de melhoria da assistência foram propostas pelos profissionais, que são importantes para intervenções mais precisas na assistência com base na realidade das dificuldades vivenciadas por eles. A remoção de obstáculos para realização de um pré-natal adequado envolve, entre outras questões, a captação precoce da gestante, o aconselhamento, a intervenção educacional, a solicitação e realização dos exames conforme protocolos, o recebimento de resultados em tempo oportuno, além do tratamento adequado da mulher e seu parceiro.

Frente ao exposto, pode-se concluir que as gestantes com sífilis não estão recebendo assistência adequada, sendo necessário repensar os processos de trabalho, o contexto organizacional e novas ferramentas de educação continuada para os profissionais da ESF, visando proporcionar assistência pré-natal de qualidade para essas gestantes. Sendo assim, o estudo pode contribuir com subsídios para o planejamento em saúde que podem ajudar na formulação e fortalecimento de novas estratégias de combate ao agravo podendo assim apoiar no controle e diminuição da sífilis congênita no município de Boa Vista.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANEJO DA SIFILIS NA GESTAÇÃO: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOA VISTA - RR

Pesquisador: RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31936220.2.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.245.866

Apresentação do Projeto:

Introdução: A Sífilis é uma doença milenar que vem prevalecendo sobre todas as tentativas de sua eliminação (CARDOSO et al., 2018). É uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), exclusiva do ser humano, de caráter crônico, que se desenvolve em múltiplos estágios, causada pela disseminação da bactéria *Treponema pallidum* na corrente sanguínea (BRASIL, 2016). Sua transmissão ocorre predominantemente pela relação sexual desprotegida, podendo também ser transmitida por via transplacentária, nos casos de gestantes sem tratamento ou tratadas inadequadamente, em qualquer fase da gestação, e também por transfusão sanguínea, em casos raros devido à rigorosidade na triagem das bolsas. Na atualidade representa um agravo na saúde pública, ganhando destaque no cenário mundial com o aumento no número de casos nos últimos anos, apesar de ser uma patologia evitável havendo protocolos instituídos de prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2016; COSTA, et al, 2018). Estimativas publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2016 foram reportados mais de meio milhão de casos de sífilis congênita no mundo (aproximadamente 861 mil), resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais, sendo a segunda principal causa de morte fetal evitável em todo o mundo, precedida apenas pela malária. Os desfechos relacionados à transmissão vertical da sífilis podem resultar em baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, aborto, natimorto e manifestações clínicas precoces e tardias (KORENROMP et al., 2019). No Brasil

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto **CEP:** 69.310-000
UF: RR **Município:** BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 **Fax:** (95)3621-3112 **E-mail:** coep@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.245.868

segundo o boletim epidemiológico da sífilis do Ministério da Saúde de 2018, no ano de 2016 a sífilis foi declarada como grave problema de saúde pública, tornando o combate ao agravo e a prevenção da transmissão vertical da sífilis uma prioridade nos instrumentos de gestão. Em 2017 foram notificados 49.013 casos de sífilis em gestantes, 24.666 casos de sífilis congênita, resultando em 206 óbitos neonatais. No município de Boa Vista, segundo o boletim epidemiológico da sífilis local em 2018, esses números também apresentaram aumento nos últimos cinco anos, reforçando a necessidade de melhores estratégias para implantação e efetivação das políticas públicas existentes para a redução desse agravo. A sífilis gestacional é uma doença de fácil diagnóstico que apresenta tratamento eficaz, sendo patologia de rastreio obrigatório no protocolo de assistência pré-natal no Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012). Levando em consideração a presença ou ausência do tratamento Nowtiz e colaboradores (2017), afirmam que os fetos de gestantes com sífilis não tratada serão infectados em 70 a 100% dos casos, diminuindo esse percentual para 1 a 2% se a gestante é tratada adequadamente. A sífilis na gestação e a sífilis congênita são doenças que podem ser prevenidas, por meio de ações e medidas de programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis, tratamento efetivo e de baixo custo. No entanto, ainda assim são fontes frequentes de problemas nos sistemas públicos de saúde do país. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais com sífilis no pré-natal, na Atenção Básica, são determinantes para impactar na redução da morbimortalidade associada à transmissão vertical (BRASIL, 2017). Portanto, segundo Domingues e colaboradores (2013), a sífilis congênita é uma doença que pode ser evitada com recursos disponíveis na assistência ao pré-natal. Entretanto, estudos nacionais e internacionais apontam para falhas nesta assistência, com oportunidades perdidas no diagnóstico e tratamento dos casos (COSTA, 2018; PADOVANI, 2018; KORENROMP, 2019; LIU, 2019). Assim, de acordo com Silva (2014), o controle da sífilis congênita requer maior engajamento e preparo dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao pré-natal na atenção primária, pois os mesmos tem papel central nesse processo, uma vez que é nesse nível que deve ocorrer o acompanhamento de pré-natal, oportunizando os primeiros cuidados relacionados à prevenção da transmissão vertical da sífilis. Levando em consideração que existem protocolos de trabalho estabelecidos, é necessário então identificar onde está a falha nessa cadeia que faz com que uma doença de fácil diagnóstico e tratamento ainda tenha uma alta incidência na atualidade.

Hipótese: - A transmissão vertical da sífilis possui relação com manejo inadequado na gestação dos profissionais da atenção primária. - As barreiras de acesso ao início oportuno do pré-natal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.245.888

colaboram para transmissão vertical da sífilis no município. Metodologia: Será desenvolvido um questionário semi-estruturado, adaptado, contendo questões fechadas e abertas, conforme modelo utilizado por Rodrigues (2015) em estudo semelhante realizado na Atenção Primária do município de Teresina – PI, pois não foram encontrados na literatura instrumentos validados que possam atender ao objetivo da temática. O modelo de metodologia empregada será embasado pela metodologia CAP (conhecimento, atitude e prática), tomando como referências os estudos já realizados nesses moldes e será adaptado aos objetivos e a realidade local sobre a temática da pesquisa. Será feito inicialmente um estudo piloto, com uma pequena amostra de profissionais participantes da pesquisa para avaliação do instrumento, técnicas de abordagem e planejamento da logística do estudo. Posteriormente as visitas serão previamente agendadas com o diretor responsável pela unidade, a fim de encontrar o maior número de profissionais possíveis e minimizando a menor interferência na rotina da unidade. Serão abordadas as seguintes variáveis no questionário: características dos profissionais de saúde (formação profissional, faixa etária, sexo, especialização, tempo de atuação na atenção básica); caracterização do pré-natal na unidade de saúde; avaliação do conhecimento dos protocolos assistenciais sobre sífilis (Ministério da Saúde e locais); acesso a manuais e treinamentos; identificação de como realizam o manejo da sífilis; conhecimento sobre o tratamento e conduta sobre o VDRL, fatores dos usuários (início tardio do pré-natal, não comparecimento dos parceiros, não adesão das gestantes); identificação das barreiras ao cumprimento dos protocolos vigentes; principais dificuldades encontradas e estratégias sugeridas pelos profissionais sobre o manejo da sífilis gestacional. Metodologia de Análise de Dados: Os dados coletados vão ser tratados por meio de distribuição de frequência, uma característica da pesquisa descritiva, para as variáveis quantitativas e qualitativas relacionadas e serão tabulados em números percentuais e absolutos, através do programa Excel e expostos sob a forma de tabelas e gráficos, visando alcançar cada um dos objetivos propostos.

Critério de Inclusão: De todos os profissionais médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária, aproximadamente 140 indivíduos, serão selecionados apenas aqueles que realizam consulta individual de pré-natal e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, incluindo profissionais estrangeiros que façam parte do serviço.

Critério de Exclusão: Serão excluídos do estudo os profissionais que estiverem ausentes do serviço, seja por férias, licenças ou qualquer afastamento legal, estagiários, residentes, todos os profissionais pertencentes a macroárea 1.0 por possuírem relação de hierarquia com a pesquisadora e também aqueles que não aceitem participar da pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.245.866

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Elaborar um plano de ação, com sugestões pautadas no cenário identificado pelo estudo para melhoria da assistência e redução da transmissão vertical da sífilis.

Objetivo Secundário: - Caracterizar o perfil dos profissionais da Atenção Primária do município de Boa Vista; - Verificar os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos profissionais de saúde, atuantes na assistência pré-natal da Atenção Primária no município de Boa Vista, sobre o manejo da sífilis na gestação; - Analisar o conhecimento desses profissionais sobre os protocolos para manejo da sífilis em gestantes e verificar como estes são aplicados nas práticas e atitudes pelos profissionais; - Identificar as principais barreiras percebidas pelos profissionais para a implantação dos protocolos assistenciais, se há falhas, e se estão relacionadas a fatores dentro do serviço ou a fatores externos relacionados aos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois durante a aplicação dos questionários pode haver algum tipo de desconforto do participante pela presença da pesquisadora, pois para preservar a fidedignidade dos dados não serão permitidas consultas e pesquisas em outros materiais. Além disso, alguma pergunta poderá gerar algum tipo de constrangimento ao participante pois como se trata de análise de conhecimentos, atitudes e práticas o próprio desconhecimento de algumas questões podem ocasionar o fato.

Benefícios: Nesse sentido, visando minimizar os riscos, será feito inicialmente uma explicação e sensibilização ao profissional pela própria pesquisadora sobre a finalidade da pesquisa e todos os seus benefícios relacionados principalmente a melhoria da própria assistência prestada por esse profissional a gestante, minimizando erros ou condutas inadequadas na sua prática durante o manejo da sífilis na gestação e conseqüentemente diminuição dos fatores que ocasionam a transmissão vertical da sífilis. Também serão tomadas medidas necessárias para propiciar um ambiente seguro no local da pesquisa ao participante de modo a assegurar sua privacidade no momento de realização da aplicação dos questionários. Para minimizar os riscos relacionados ao vazamento de informações, todos os dados serão coletados e analisados pelo pesquisador objetivando a preservação da confidencialidade e privacidade desses indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde que retorna ao CEP/UFRR para sanar as seguintes pendências: PENDÊNCIA 1: No cronograma, adequar o período de coleta de dados (consta o mês

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br

Continuação do Parecer: 4.245.866

de março e de abril de 2020); PENDÊNCIA 2: No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o pesquisador deverá: 1) Inserir os riscos mínimos do estudo (redação dos riscos que consta no PB Informações Básicas do Projeto); 2) Informar que o TCLE será assinado em duas vias (uma para o participante e uma para o pesquisador; e, 3) Endereço institucional do professor orientador. PENDÊNCIA 3: Em relação aos benefícios do estudo, no PB Informações Básicas do Projeto, a pesquisadora deverá: 1) Inserir a redação dos benefícios que consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, 2) No PB Informações Básicas do Projeto, nos benefícios do estudo, a pesquisadora relata as medidas para minimizar os riscos do estudo. Assim, a pesquisadora deverá recortar esta redação nos riscos mínimos e inserir a redação dos benefícios que consta no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória constam no projeto de pesquisa.

Recomendações:

Considerando a Pandemia de COVID-19, aconselhamos aos pesquisadores a realizarem coleta de dados de forma virtual, entretanto caso não seja possível, solicitamos que durante a coleta de dados os pesquisadores adotem todas as normas de biossegurança preconizadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, de forma a garantir a integridade do participante e do próprio pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do protocolo de pesquisa, pois não foram observados óbices éticos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1528936.pdf	02/08/2020 14:52:06		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	resolucao_pendencias.pdf	02/08/2020 14:51:38	RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROJETO.pdf	02/08/2020 14:40:15	RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI	Aceito
Declaração de concordância	carta_de_anuencia.pdf	05/05/2020 10:59:23	RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	21/04/2020 16:32:52	RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI	Aceito

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
 UF: RR Município: BOA VISTA
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 4.245.866

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/04/2020 16:07:27	RAYSSA LEITE DUTRA TRIANI	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 29 de Agosto de 2020

Assinado por:
Bianca Jorge Sequeira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
UF: RR Município: BOA VISTA
Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br