

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Ana Lúcia de Lima Guedes

**Avaliação das ações de controle da transmissão de mãe para filho da sífilis na
Assistência Pré-natal, na Atenção Primária à Saúde, no Município de Juiz de
Fora-MG**

Juiz de Fora
2020

Ana Lúcia de Lima Guedes

**Avaliação das ações de prevenção da transmissão de mãe para filho da sífilis,
na assistência pré-natal, na Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de
Fora - MG**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

Coorientadora: Profa. Dra. Sabrina Pereira Paiva

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Guedes, Ana Lúcia de Lima.

Avaliação das ações de prevenção da transmissão de mãe para filho da sífilis, na assistência pré-natal, na Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora - MG / Ana Lúcia de Lima Guedes. -- 2020.

338 f. : il.

Orientador: Luiz Cláudio Ribeiro

Coorientadora: Sabrina Pereira Paiva

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Sífilis Congênita. 2. Assistência Pré-natal. 3. Avaliação em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Ribeiro, Luiz Cláudio, orient. II. Paiva, Sabrina Pereira, coorient. III. Título.

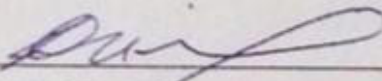
Ana Lúcia de Lima Guedes

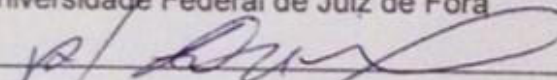
Avaliação da ações de controle da transmissão de mãe para filho da sífilis na assistência ao pré-natal, na Atenção Primária à Saúde, no município de Juiz de Fora-MG

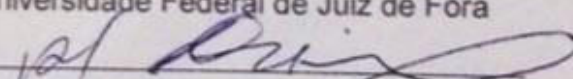
Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

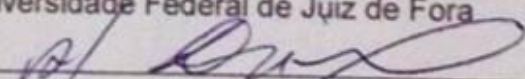
Aprovada em 21 de dezembro de 2020

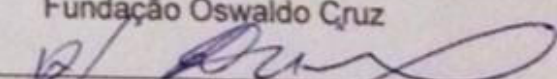
BANCA EXAMINADORA

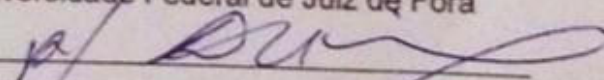

Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora


Profa. Dra. Sabrina Pereira Paiva – Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora


Profa. Dra. Elisabeth Campos de Andrade
Universidade Federal de Juiz de Fora


Profa. Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso
Fundação Oswaldo Cruz


Profa. Dra. Maria da Consolação Magalhães
Universidade Federal de Juiz de Fora


Prof. Dr. Sérgio Henrique de Oliveira Botti
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho a todas as mulheres
e crianças desafortunadas pela sífilis.

AGRADECIMENTOS

À Deus... sempre a Ele!

Aos meus amigos de trabalho de campo: Daniela Guimarães e Diego Sarkis; e às bolsistas de iniciação científica Tamiris Gabriel e Camila Delgado, pelo trabalho compartilhado, o aprendizado conjunto, o compromisso com a pesquisa, a perseverança e o bom humor, que tornaram nosso árduo trabalho mais leve.

Aos profissionais das UBS pela disponibilidade e acolhimento com que me receberam.

Aos amigos da Atenção Primária à Saúde, Marcelo Campos e Sebastião Filho pela ajuda e amizade de sempre.

Às ex residentes do Programa de Saúde da Família e Comunidade da PMJF, Emanuely Moraes, Madali Mael e Carla Caroline Placides.

Aos funcionários da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde pela colaboração.

Ao Gerente do Departamento de Programas e Ações da Atenção à Saúde, João Daniel Neto.

Aos profissionais Andréa Lanzotti e Alim Demian do Departamento de Saúde da Mulher.

Aos bioquímicos do Laboratório Central, Joelma Ishii, Patrícia Lima e Giovani Souza.

À farmacêutica do DAFI, Waleska Brandão.

A Sônia Rodrigues, Jonathan Tomaz e toda equipe do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Aos profissionais das maternidades onde os dados das puérperas foram coletados. Foram tantos que contribuíram dentre residentes de pediatria e ginecologia obstetrícia, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, bioquímicos, profissionais de serviços gerais e da recepção ... que não ousou citar nomes para não correr o risco de esquecer alguém.

À Dra. Gyane Groppo e ao enfermeiro Josias dos Santos do HMTJ que ajudaram nos mínimos detalhes para que a coleta de dados fosse facilitada.

Às funcionárias do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do Hospital Regional João Penido- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Giovanna Godinho e Andréia Assis.

À Maria Lúcia da Cunha Carmona do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, pelos ensinamentos, compromisso e generosidade.

À enfermeira Andréia Lanziotti e ao enfermeiro Fabrício Luís da Silva do Grupo Conductor da Rede Cegonha e Grupo Conductor de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil no município que prontamente disponibilizaram dados para a pesquisa caso fosse necessário.

Aos amigos Letícia Vargas e Mário Círio Nogueira pelo incentivo, generosidade e pela escuta paciente de minhas lamúrias ...

À Universidade Federal de Juiz de Fora pela oportunidade de cursar o doutorado com parte do tempo liberado e pelo apoio financeiro da bolsa Proquali.

A Coordenadora de Ensino da Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFJF, Isabel Leite, pela seriedade e compromisso.

Ao Coordenador do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFJF Maximiliano Ribeiro Guerra por sua disponibilidade e tranquilidade, sempre pronto a ajudar.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFJF pelos ensinamentos e apoio durante o curso. Agradecimento especial aos professores Mário Círio Nogueira e Márcio José Alves que realizaram contribuições valiosas à tese que possibilitaram correções e aprimoramento.

À Angélica Atalla, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por tantos ensinamentos. Pelo compromisso e pelo prazer com que compartilha o que aprende

À Carmen Perches e Lidiane Gonçalves do mestrado em Saúde Coletiva pela escuta paciente

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca -RJ (ENSP), do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER) pela oferta de cursos e disciplinas sobre avaliação em saúde. Por compartilharem seus conhecimentos de uma forma tão generosa e compromissada, em especial à professora Gisela Cardoso.

Aos funcionários do NATES/UFJF Elisangela Martins, Patrícia Daniel, Anderson Oliveira e Aluízio Abib, pelo apoio e disposição em ajudar nos momentos mais precisos.

Aos companheiros e amigos do Departamento Materno Infantil da UFJF.

Aos companheiros do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da UFJF que caminharam juntos nos momentos de alegria e de dificuldade.

Aos companheiros dos cursos do Programa de Pós graduação da ENSP que me acolheram e ajudaram no aprendizado das disciplinas e nos trabalhos desenvolvidos.

À Elizabeth Campos, Patrícia Pinto, Roberta Casela, Mônica Guedes, Cristiane Marcus, Aline Halfeld, “ouvidos” preciosos em momentos difíceis.

A Roberta Mireille Martins e Henrique Neuwald por serem muito mais que amigos...

À Rozana Francisquini, amiga-irmã de todas as horas

À minha família pelo incentivo e compreensão pelos momentos de ausência

À minha irmã Tereza, companheira de todos os momentos ...

À Clara, Felipe e Guilherme ... por tornarem os meus dias mais felizes e por me ensinarem sobre a vida...

Aos meus orientadores Luiz Cláudio Ribeiro e Sabrina Paiva, pelos ensinamentos, incentivo e paciência durante esses longos anos.

Aos doutores que aceitaram participar desta defesa e disponibilizaram seu tempo para colaborar com este trabalho.

A todas as mulheres e profissionais de saúde que fizeram parte do estudo.

De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando...
A certeza de que precisamos continuar...
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar...
Portanto, devemos:
Fazer da interrupção, um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro. (SABINO, 2011, p. 181).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a implementação das ações de prevenção da transmissão de mãe para filho da sífilis na assistência pré-natal, na Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora – Minas Gerais, visando a melhoria do programa. Inicialmente foi realizado um estudo de avaliabilidade e posteriormente uma avaliação de implementação como partes de uma pesquisa avaliativa colaborativa. Realizou-se um estudo transversal, em 2018 e 2019. O grau de implementação foi estimado através de entrevistas estruturadas com mulheres que realizaram o pré-natal na Atenção Primária à Saúde (399), entrevistas semiestruturadas com mulheres com diagnóstico de sífilis (32), entrevistas com supervisores das Unidades Básicas de Saúde (60), *checklist* nas Unidades Básicas de Saúde (58) e pesquisa de dados secundários. Levou-se em consideração dois níveis de análise: mulheres e território. Para a avaliação do grau de implementação foram utilizadas normativas do Ministério da Saúde, parâmetros, matrizes de relevância e julgamento e estatística descritiva. Às variáveis selecionadas foram atribuídos pontos, cujo somatório, classificou o grau de implementação das ações de controle da sífilis congênita no município de Juiz de Fora como: aceitável, insatisfatório e crítico. Para analisar a interação da implementação com o desfecho de sífilis gestacional e com o ambiente da intervenção: contexto externo (vulnerabilidades individual e social das mulheres, e vulnerabilidade social do território das Unidades Básicas de Saúde), organização dos serviços (adesão das equipes ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e utilização dos serviços de pré-natal (acesso precoce e mínimo de seis consultas), utilizou-se estatística descritiva e análises bivariadas. Análise de conteúdo temático das entrevistas semiestruturadas complementou as avaliações do grau de implementação e da interação da implementação com o ambiente de intervenção e com o desfecho de sífilis gestacional. A terceira etapa incluiu a análise de fatores facilitadores e barreiras à implementação. Os principais resultados foram que o Programa de prevenção de SC tem um grau de implementação “insatisfatório” no que concerne no conjunto de seus componentes. Podemos afirmar que a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde da cidade de Juiz de Fora está inadequada em seus componentes mais básicos preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e Programa Previne Brasil, relacionados ao início precoce e/ou realização de um mínimo de seis consultas. Este dado pode

explicar em parte a persistência de resultados perinatais desfavoráveis. Reafirmamos os achados de outros estudos de que são as mulheres com maior escolaridade, maior renda per capita, com companheiro, com idade maior ou igual a 25 anos, sem comportamentos de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis as que tiveram maior implementação das ações de controle da sífilis congênita. Isto revela iniquidades na utilização dos serviços de pré-natal e nas ações de controle da sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Assistência Pré-natal. Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the implementation of actions to prevent mother-to-child transmission of syphilis in prenatal care, in Primary Health Care in the municipality of Juiz de Fora – Minas Gerais, with a view to improving the program. Initially, an evaluability study was carried out and then an implementation evaluation as part of a collaborative evaluative research. A cross-sectional study was carried out in 2018 and 2019. The degree of implementation was estimated through structured interviews with women who underwent prenatal care in Primary Health Care (399), semi-structured interviews with women diagnosed with syphilis (32), interviews with supervisors of the Basic Health Units (60), a checklist in the Basic Health Units (58) and research of secondary data. Two levels of analysis were taken into account: women and territory. To assess the degree of implementation, Ministry of Health regulations, parameters, relevance and judgment matrices and descriptive statistics were used. Points were assigned to the selected variables, the sum of which classified the degree of implementation of congenital syphilis control actions in the municipality of Juiz de Fora as: acceptable, unsatisfactory and critical. To analyze the interaction of the implementation with the outcome of gestational syphilis and with the intervention environment: external context (individual and social vulnerabilities of women, and social vulnerability in the territory of Basic Health Units), organization of services (adherence of teams to the third party cycle of the National Program for Improvement of Access and Quality of Primary Care) and use of prenatal services (early access and minimum of six consultations), descriptive statistics and bivariate analyzes were used. Thematic content analysis of the semi-structured interviews complemented the assessments of the degree of implementation and the interaction of the implementation with the intervention environment and the outcome of gestational syphilis. The third stage included the analysis of facilitating factors and barriers to implementation. The main results were that the SC prevention program has an “unsatisfactory” degree of implementation with regard to the set of its components. We can say that prenatal care in Primary Health Care in the city of Juiz de Fora is inadequate in its most basic components advocated by the Humanization Program in Prenatal and Birth and Previne Brazil Program, related to early initiation and / or realization minimum of six consultations. This data may partially explain the persistence of unfavorable perinatal results. We reaffirm the findings of other studies that are women with higher education,

higher per capita income, with a partner, aged 25 years or more, without risk behaviors for Sexually Transmitted Infections, those who had greater implementation of the control actions of congenital syphilis. This reveals inequities in the use of prenatal services and in actions to control congenital syphilis.

Keywords: Congenital Syphilis. Prenatal Care. Health Evaluation. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	– Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis não tratada.....	31
Quadro 2	– Interpretações de testes treponêmicos e não treponêmicos e a conduta na gestante	40
Quadro 3	– Resumo do esquema terapêutico das gestantes com sífilis e parcerias sexuais.....	43
Quadro 4	– Tratamento para a criança exposta à sífilis gestacional, de acordo com a situação clínico laboratorial da mãe e alterações clínicas ou laboratoriais da criança	51
Mapa 1	– Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por região administrativa em Juiz de Fora	96
Fluxograma 1	– Modelo teórico da avaliação	103
Quadro 5	– Dimensões de análise de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis.....	107
Fluxograma 2	– Modelo lógico do programa de prevenção de sífilis congênita integrado às ações para a prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV	109
Quadro 6	– Matriz de informação: elenco de critérios/indicadores com parâmetros, fontes de informação e técnica de coleta	113
Quadro 7	– Matriz de relevância.....	116
Quadro 8	– Matriz de usuários da avaliação	119
Quadro 9	– Dimensões e subdimensões dos contextos.....	129
Fluxograma 4	– Fluxo de entrada das mulheres no estudo.....	146
Quadro 10	– Dados demográfico, socioeconômico, comportamental, da assistência pré-natal e manejo da sífilis na gestação, Juiz de Fora 2017-2018	155
Gráfico 1	– Relação entre o índice de vulnerabilidade à saúde do setor censitário de domicílio das mulheres e o índice de vulnerabilidade à saúde da região urbana do território das Unidades Básicas de Saúde.....	159

Gráfico 2	– Distribuição das mulheres do estudo de acordo com o índice de vulnerabilidade da saúde e com o diagnóstico de sífilis na gestação 160
Mapa 2	– Território de Juiz de Fora/ MG com a distribuição das mulheres do estudo, de acordo com o IVS e com o diagnóstico de sífilis na gestação 161
Quadro 11	– Matriz de análise e julgamento das ações de controle da sífilis congênita no município de Juiz de Fora 164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e cobertura de Atenção Primária à Saúde por região administrativa em Juiz de Fora, 2013.....	97
Tabela 2 –	Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e cobertura da Atenção Primária à Saúde (população e número de equipes) de acordo com a região sanitária em Juiz de Fora, 2013	97
Tabela 3 –	Fontes de dados e número de observações realizadas.....	147
Tabela 4 –	Equipes de atenção básica do município de Juiz de Fora de acordo com o desempenho no terceiro ciclo do PMAQ-AB e seus quantitativos.....	148
Tabela 5 –	Distribuições univariadas de todas as mulheres e das mulheres com sífilis que realizaram pré-natal na Atenção Primária à Saúde, segundo as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e vulnerabilidade social, Juiz de Fora, 2017-2018.....	151
Tabela 6 –	Distribuições univariadas de todas as mulheres e das mulheres com sífilis, segundo características reprodutivas e de acesso e utilização dos serviços, Juiz de Fora, 2017-2018.....	153
Tabela 7 –	Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde e bivariada com fatores do contexto externo das mulheres (vulnerabilidades individuais – características socioeconômicas e demográficas), Juiz de Fora, 2017-2018.....	188
Tabela 8 –	Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde e bivariada de fatores do contexto externo das mulheres (vulnerabilidades individuais – características comportamentais), Juiz de Fora, 2017/2018	192
Tabela 9 –	Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde e bivariada com fatores do contexto externo das mulheres (índice de vulnerabilidade à saúde do setor censitário de domicílio	

	das mulheres) e de organização dos serviços (realização de pré-natal em Unidades Básicas de Saúde com equipes que aderiram ao PMAQ-AB), Juiz de Fora, 2017-2018.....	196
Tabela 10 –	Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal na Atenção Primária à Saúde e bivariada com as características de organização dos serviços (UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB) e índice de vulnerabilidade da saúde da região urbana do território das Unidades Básicas de Saúde, Juiz de Fora, 2017-2018	198
Tabela 11 –	Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde e bivariada com fatores de utilização dos serviços no pré-natal pelas mulheres, Juiz de Fora, 2017-2018	201
Tabela 12 –	Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita e bivariada com a variável de desfecho de sífilis na gestação, em mulheres que realizaram pré-natal na Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, 2017-2018.....	205

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família
AMQ	Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Estratégia de Saúde
APP	Avaliação Pragmática Participativa
APT	Avaliação Pragmática Transformadora
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	Center for Disease and Control
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAFI	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EA	Estudo de Avaliabilidade
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTA-abs	Fluorescent treponemal antibody absorption
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HMTJ	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus
HRJP	Hospital Regional João Penido
HSVP	Hospital São Vicente de Paulo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
MLP	Modelo Lógico do Programa
MS	Ministério da Saúde
MTA	Modelo Teórico da Avaliação
NATES	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização pan-americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PCA-Tool	Primary Care Assessment Tool
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMT	Prematuridade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SC	Sífilis Congênita
SCMJF	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
SER	Secretaria Executiva Regional
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento de Assistência Farmacêutica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUMC	Serviço Unificado de Marcação de Consulta
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMF	Transmissão de Mãe para Filho
TNT	Teste não Treponêmico
TT	Teste Treponêmico
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
USF	Unidade de Saúde da Família
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

VE

Vigilância Epidemiológica

WHO

World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	24
2	FUNDAMENTOS TEÓRICOS	28
2.1	A SÍFILIS NA GESTANTE E A SÍFILIS CONGÊNITA.....	28
2.1.1	Aspectos biológicos e clínicos da doença	28
2.1.1.1	<i>O agente etiológico, modos de transmissão e transmissibilidade</i>	28
2.1.1.2	<i>Susceptibilidade à infecção e fatores de risco</i>	29
2.1.1.3	<i>Manifestações clínicas da sífilis adquirida e sífilis na gestante</i>	30
2.1.2	Aspectos de controle da doença	32
2.1.2.1	<i>Programas e políticas de saúde</i>	32
2.1.2.2	<i>Diagnóstico de sífilis adquirida e sífilis na gestante</i>	37
2.1.2.3	<i>Tratamento da sífilis na gestante e parcerias sexuais</i>	41
2.1.2.4	<i>Medidas de controle de contactantes</i>	45
2.1.2.5	<i>Diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis congênita</i>	47
2.1.2.5.1	Diagnóstico clínico e laboratorial.....	47
2.1.2.5.2	Tratamento e seguimento	51
2.1.2.6	<i>Vigilância epidemiológica</i>	53
2.1.2.6.1	Definição de caso.....	54
2.1.2.6.2	Notificação	56
2.1.2.6.3	Comitês Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical da sífilis	56
2.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	57
2.2.1	Histórico e definição	57
2.2.2	A Vigilância e o controle da sífilis congênita	60
2.3	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	63
2.3.1	Histórico	63
2.3.2	Definição	64
2.3.3	Tipos de estudos avaliativos	66
2.3.4	O ambiente das intervenções em saúde	68
2.3.5	Teorias, modelos e indicadores	70
2.3.6	Envolvimento dos usuários potenciais e as avaliações participativas e colaborativas	72
2.3.7	A meta-avaliação	75

2.3.8	Avaliação dos serviços de saúde no cenário da Atenção Primária à Saúde	76
2.3.9	Avaliação de programas de prevenção da sífilis congênita na assistência ao pré-natal, no cenário da Atenção Primária à Saúde	79
3	JUSTIFICATIVA	90
4	OBJETIVOS	93
4.1	OBJETIVO GERAL	93
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	93
5	MATERIAIS E MÉTODOS	94
5.1	ESTUDO DE AVALIABILIDADE	94
5.2	LOCAL DE ESTUDO.....	94
5.3	MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO	101
5.4	ABORDAGEM, FOCO E DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO	104
5.5	MODELO LÓGICO DO PROGRAMA.....	108
5.5.1	O ambiente da prevenção da sífilis na gestante e da SC.	111
5.5.2	Perguntas avaliativas	111
5.5.3	Matriz de informação	112
5.5.4	Matriz de relevância	115
5.5.5	Matriz de análise e julgamento	118
5.5.5.1	<i>Padrões para a pontuação dos indicadores</i>	118
5.6	ENVOLVIMENTO DOS USUÁRIOS POTENCIAIS.....	118
5.7	DESENHO DE ESTUDO.....	119
5.8	NÍVEIS DE ANÁLISE	120
5.8.1	Mulheres	120
5.8.2	Território	122
5.9	COLETA DE DADOS: FONTES/INSTRUMENTOS, PRÉ-TESTE, PILOTO E COLETA	122
5.9.1	Fontes/Instrumentos de coleta de dados	122
5.9.2	Pré-teste	123
5.9.3	Piloto	123
5.9.4	Coleta de dados	125
5.9.4.1	<i>Coleta de dados nas maternidades</i>	126

5.9.4.2	<i>Coleta de dados nas UBS</i>	127
5.9.5	Revisão e armazenamento dos dados	128
5.10	ANÁLISE DOS DADOS.....	128
5.10.1	Descrição geral da pesquisa, da população de estudo e do ambiente de implementação	129
5.10.2	Avaliação do grau de implementação das ações de controle da SC no município	130
5.10.3	Avaliação do ambiente e de sua interação com a implementação	131
5.10.3.1	<i>Contexto externo</i>	131
5.10.3.1.1	Vulnerabilidade individual das mulheres	132
5.10.3.1.2	Vulnerabilidade social das mulheres e do território das Unidades Básicas de Saúde	132
5.10.3.2	<i>Organização dos serviços</i>	134
5.10.3.3	<i>Utilização de serviços de pré-natal</i>	135
5.10.4	Avaliação da influência da implementação sobre o desfecho de sífilis gestacional	136
5.10.5	Descrição das variáveis utilizadas no estudo	136
5.10.6	Análise dos dados qualitativos	141
5.11	VIABILIDADE DO PROJETO	142
5.12	QUESTÕES ÉTICAS	143
6	RESULTADOS	145
6.1	DESCRIÇÃO GERAL DA PESQUISA, DA POPULAÇÃO DE ESTUDO E DO AMBIENTE DA IMPLEMENTAÇÃO	145
6.1.1	Descrição geral da pesquisa	145
6.1.2	Descrição da população de estudo e do ambiente da implementação	147
6.2	CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA SC NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA	163
6.2.1	Componente prevenção	166
6.2.2	Componente diagnóstico	174
6.2.3	Componente tratamento	178
6.2.4	Componente vigilância epidemiológica	185

6.3	AVALIAÇÃO DO AMBIENTE E DE SUA INTERAÇÃO COM A IMPLEMENTAÇÃO	186
6.3.1	Contexto externo.....	187
6.3.1.1	<i>Vulnerabilidade individual das mulheres.....</i>	187
6.3.1.2	<i>Vulnerabilidade social das mulheres.....</i>	196
6.3.1.3	<i>Vulnerabilidade social do território das Unidades básicas de Saúde</i>	197
6.3.2	Organização dos serviços.....	200
6.3.3	Utilização dos serviços de pré-natal	201
6.3.4	Fatores facilitadores e obstáculos para a implementação das ações de controle da sífilis congênita.....	203
6.4	AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO SOBRE O DESFECHO DE SÍFILIS GESTACIONAL	205
6.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	205
7	DISCUSSÃO	207
7.1	A PESQUISA, A POPULAÇÃO DE ESTUDO E O AMBIENTE DA IMPLEMENTAÇÃO	207
7.1.1	A Atenção Primária à Saúde como cenário	207
7.1.2	A sífilis na gestação: prevalência e vulnerabilidades.....	210
7.1.3	A assistência pré-natal	212
7.2	O GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO E A INTERAÇÃO COM FATORES DO AMBIENTE.....	215
7.2.1	Prevenção	215
7.2.2	Diagnóstico.....	227
7.2.3	Tratamento.....	232
7.2.4	Vigilância epidemiológica	239
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	244
	REFERÊNCIAS	249
	APÊNDICE A – Estudo pré-avaliativo	271
	APÊNDICE B – Cálculo dos indicadores das matrizes de informação, relevância e julgamento	286
	APÊNDICE C – Roteiro para entrevista estruturada com a puérpera.....	289

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada – puérperas com diagnóstico de sífilis	304
APÊNDICE E – Roteiro para entrevista estruturada com supervisores das UBS	307
APÊNDICE F – Roteiro para checklist nas UBS	313
APÊNDICE G – Manual de campo para entrevista estruturada com as puérperas.....	315
APÊNDICE H – Manual de campo para entrevista semiestruturada com as puérperas.....	322
APÊNDICE I – Manual de campo para coleta de dados nas UBS	326
APÊNDICE J – Carta introdutória, para visita nas UBS	330
APÊNDICE K – Treinamento das alunas bolsistas e pesquisadores colaboradores para a pesquisa de campo.....	331
APÊNDICE L – Roteiro de orientação para transcrição das entrevistas qualitativas.....	332
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF	334

1 INTRODUÇÃO

Da graduação no curso de Medicina em 1995, pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), até ingressar no curso de doutorado da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF foi um longo trajeto, marcado principalmente pela assistência às crianças, especialmente aquelas com doenças infecciosas e parasitárias.

Em minha experiência de atendimento às crianças (e familiares) encaminhadas ao Ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) para acompanhamento de sífilis congênita (SC), pude perceber várias oportunidades perdidas de prevenção e uma desvalorização, por parte de familiares (pais e mães), da sífilis como causadora de problemas de saúde quando comparada com outras doenças de transmissão vertical como o HIV. Iniciei os atendimentos neste ambulatório no ano de 2002 e desde 2010 aproximadamente, percebi um número crescente de casos de SC. É triste ver uma criança doente com uma doença que não deveria mais existir. O conhecimento do *Treponema* data de 1905, há décadas a sífilis tem testes diagnósticos de fácil interpretação e tratamento de baixo custo e alta efetividade. No entanto, permanece como um grande problema de saúde pública demonstrando a complexidade do seu controle.

O termo SC têm sido tradicionalmente usado para descrever os efeitos da sífilis durante a gravidez, em seus conceitos. Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugeriu que quando possível fosse utilizado o termo sífilis de transmissão de mãe para filho (TMF), de modo a destacar todos os possíveis efeitos adversos da doença que incluem aborto espontâneo e natimorto (21%), prematuridade (9%), baixo peso ao nascer (6%), mortes infantis de crianças com evidência clínica de sífilis ao nascimento (15%) e não somente as manifestações clínicas precoces e tardias da SC (BRASIL, 2015e; GOMEZ *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A sífilis tem um efeito negativo na saúde materna, infantil e na transmissibilidade do HIV (BRASIL, 2015e; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2005). E tem uma estreita relação com a qualidade da assistência no pré-natal e/ou com contextos de vulnerabilidade (BRASIL, 2015e; MARTINELLI *et al.*, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2019). A SC é um marcador de qualidade da assistência pré-natal e também está inserida nas doenças negligenciadas da pobreza, no contexto

das desigualdades sociais (AULT, 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009) e do “bem-estar social”. O conceito abrangente de saúde como direito de cidadania e dever do Estado, e a instituição do SUS, foram grandes marcos ao rumo do “bem-estar social”. Inegável que desenvolvemos várias políticas públicas de proteção social, nos últimos anos, que contribuíram para o Bem Estar Social no conceito amplo de saúde. Como exemplo podemos citar o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que se consolidou como o melhor programa de imunizações do mundo, com grande contribuição na diminuição da mortalidade infantil, dentre outros. No entanto, quando pensamos na sífilis e SC como formas de adoecer e morrer que atravessaram os séculos XIX até os dias atuais; será que conseguimos ao menos atingir o velho conceito de saúde como ausência de doença?

Em Juiz de Fora, observa-se um quadro epidemiológico caracterizado por elevada incidência de SC com formas graves da doença (BRASIL, 2016f). A taxa de incidência (por 1.000 NV) de SC passou de 0,6 em 2005 para 15,9 em 2018; valor 30 vezes superior à meta de eliminação preconizada pela OPAS e Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015e, 2019d). No período de 2009 a 2018, 14,6% dos casos notificados de SC tiveram como desfecho aborto ou natimorto por sífilis (BRASIL, 2019e). O município apresenta taxa de incidência de SC quase 2 vezes superior às médias de Minas Gerais e nacional (BRASIL, 2019e). A OMS estima que dois milhões de gestantes adquirem sífilis a cada ano e a região das Américas é responsável por aproximadamente 25% dos casos (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017b). Na América Latina e Caribe (ALC), em 2015, registrou-se 1,7 casos por mil nascidos vivos (NV) de SC; sendo atribuído ao Brasil 85% dos casos estimados (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017a). O número de casos no Brasil quase dobrou entre 2010 e 2015. O Ministério da Saúde (MS) atribuiu este crescimento a três fatores principais: o aumento da realização de rastreamento de sífilis, encontrando mais positividade; indisponibilidade de penicilina; e o fato de que quase metade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não tratarem os pacientes com sífilis, mas encaminharem-nos à atenção secundária levando à perda de pacientes no processo (BRASIL, 2016d; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017b). As seguintes medidas foram instituídas: a) o MS assumiu a aquisição da penicilina em 2016 com redistribuição pactuada pelos estados e municípios; b) instituição pelo MS da Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011 que revoga a Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006, que preconizou a utilização de material de primeiros socorros nas

UBS para casos de reação anafilática à penicilina e o treinamento dos profissionais nesse procedimento como condição para aplicação do medicamento; c) decisão do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 0094/2015 que revogou o parecer 008/2014 que apoiava a Portaria de 2006 do MS, reconhecendo a importância dos profissionais da enfermagem no controle da SC.

No entanto, mesmo após a instituição destas medidas, as taxas de prevalência de SG e incidência de SC continuam crescentes.

No mundo, também se observou um aumento da prevalência da sífilis adquirida e sífilis na gestante e aumento da incidência de SC. Em países europeus, onde a SC era um evento relativamente raro, observou-se um crescimento desse agravo nos últimos anos (FUREGATO *et al.*, 2017). Nos EUA, ocorreu aumento dos casos de SC relatados ao Center for Disease Control and Prevention (CDC), incluindo aumento de natimortos por sífilis (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015). No entanto, paralelamente aos aumentos da prevalência da sífilis em gestantes e incidência de SC em muitos países, saudamos países que receberam a validação da OMS por alcançarem a eliminação da SC como problema de saúde pública, de forma isolada ou em associação com a eliminação do HIV de TMF. São eles: Cuba em 2015; República de Moldova, Belarus e Thailand, em 2016; seis estados e territórios Caribenhos, Anguilla, Antigua e Barbuda, Bermuda, Cayman Island, Montserrat, St. Christopher e Nevis, em 2017; Malásia em 2018 e em 2019 Maldives e Srilanka (WORLD HEALTH ORGANIZATION, c2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS), conforme preconizada na Declaração de Alma Ata, organiza-se segundo quatro atributos principais: porta de entrada preferencial do sistema de saúde; relação personalizada estabelecida pelas equipes de saúde com os usuários ao longo do tempo; capacidade de identificar necessidades e problemas de saúde e manejá-los adequadamente, e coordenação do cuidado. O pré-natal é um dos pilares da APS e o nível do sistema de saúde com maior potencial de resolutividade da SC. Apesar do baixo custo e efetividade do tratamento da sífilis na gestante serem inquestionáveis, as ações de prevenção demandam abordagens complexas que envolvem intervenções não somente de aspectos biomédicos, mas especialmente comportamentais e socioculturais. A organização do modelo assistencial adotado no Brasil na APS, incorpora os princípios do SUS e define um perfil de atuação muito mais adequado ao enfrentamento de problemas como a SC, que demanda uma abordagem proativa da equipe, com importante papel da atuação

extramuros e da vinculação e responsabilidade sanitária das equipes de saúde. O monitoramento e a avaliação das ações de prevenção da TMF da sífilis durante o pré-natal na APS é, portanto, indispensável para o controle da SC.

A proposta desta tese de doutorado é avaliar a implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na APS no município de Juiz de Fora, considerando o ambiente da intervenção: fatores do contexto externo, da organização e utilização dos serviços no pré-natal na APS. O intuito é a produção do conhecimento e a utilidade deste em contribuir com a melhoria da intervenção estudada.

A tese se encontra organizada da seguinte forma. Na seção 2 apresentamos uma revisão teórico-conceitual sobre os temas mais importantes em seu desenvolvimento: a sífilis na gestante e a SC; a Atenção Primária à Saúde e o controle da sífilis congênita; e a avaliação em saúde. Na seção 3 apresentamos a justificativa. A seção 4 traz os objetivos. A seção 5 trata dos materiais e métodos. Nas seções 6 e 7 apresentamos os resultados e a discussão respectivamente. A seção 8 apresenta as considerações finais e as referências bibliográficas estão logo a seguir.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Nesta seção estão abordados os aspectos teóricos relacionados à sífilis na gestante e a sífilis congênita, além do controle da sífilis congênita na Atenção Primária à saúde e sobre a avaliação em saúde.

2.1 A SÍFILIS NA GESTANTE E A SÍFILIS CONGÊNITA

Para melhor compreensão, a abordagem, aqui, se dá em torno dos aspectos biológicos, clínicos e de controle da doença.

2.1.1 Aspectos biológicos e clínicos da doença

Dentre os aspectos biológicos e clínicos da doença destacam-se o agente etiológico, com os modos de transmissão e transmissibilidade; a susceptibilidade à infecção e os fatores de risco; e as manifestações clínicas da sífilis adquirida e sífilis na gestante. São aspectos de importância indiscutível e que, brevemente, estão apresentados a seguir.

2.1.1.1 O agente etiológico, modos de transmissão e transmissibilidade

O agente infeccioso da sífilis é uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum* (CHIN; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001); descoberto por Schaudinn em 1905 (SARACENI; LEAL; HARTZ, 2005).

A transmissão do agente se dá por contato sexual e materno-fetal, e pode produzir respectivamente as formas adquirida e congênita da doença. A transmissão por transfusão sanguínea é rara nos dias atuais (BRASIL, 2019b). A transmissão por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas pode ocorrer, sendo particularmente importante ao manipular bebês com SC e lesões ativas (CHIN; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001; SARACENI; LEAL; HARTZ, 2005). A doença é exclusiva do ser humano.

Os sítios de inoculação do *T. pallidum* são, em geral, os órgãos genitais, podendo ocorrer também manifestações extragenitais (lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade). Em decorrência da presença de treponemas nessas lesões, o contágio é maior nos estágios iniciais da infecção (sífilis primária e secundária), sendo reduzido gradativamente à medida que ocorre a progressão da doença. No entanto, a diferença entre os estágios de sífilis primária, secundária e latente é um tanto arbitrária em termos de transmissibilidade, porque lesões nos estágios primário e secundário podem ser pouco sintomáticas e passarem despercebidas. Lesões secundárias da sífilis podem reaparecer com cada vez menos frequência, em um período até quatro anos após a infecção. No entanto, a transmissão da infecção é menos frequente após o primeiro ano. Por isso, a sífilis precoce nos EUA é definida como aquela que ocorre no primeiro ano de infecção (CHIN; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001).

A TMF do *T. pallidum*, se dá principalmente por via intrauterina ou durante o parto, pode ocorrer em qualquer fase da gestação e estágio da sífilis materna. Nas gestantes com sífilis e não tratadas, a TMF varia de 100 a 30%, se a gestante se encontra nas fases precoce ou tardia da infecção, respectivamente (BRASIL, 2007). Quando adquirida durante a gestação, o risco de TMF é maior com o aumento da idade gestacional.

2.1.1.2 Susceptibilidade à infecção e fatores de risco

A suscetibilidade à sífilis adquirida é universal, cerca de 30% das exposições culminarão em infecção, e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores (CHIN; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001). A pessoa pode adquirir sífilis sempre que se expuser ao *T. pallidum* (BRASIL, 2019b).

No entanto, sabemos que os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda, emprego, dentre outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). O conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), conforme elaborado pela Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS)

foi inspirado no modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead, elaborado em 1991. Este modelo, inclui os DSS organizados em diferentes camadas, conforme seu nível de abrangência, desde os determinantes individuais até os macrodeterminantes. Nas camadas proximais (determinantes sociais proximais) estão o indivíduo, incluindo sexo, idade e fatores hereditários; e seu estilo de vida), nas camadas intermediárias (determinantes sociais intermediários) estão as redes sociais e comunitárias e condições de vida e de trabalho, incluindo o acesso a serviços de saúde, e na camada mais externa (determinantes sociais distais) estão as condições socioeconômicas, culturais e ambientais (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. A maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta porque reflete a distribuição desigual dos DSS pela posição social, muitas vezes intensificada pela segregação residencial ou ocupacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Alguns fatores de risco estão associados a sífilis adquirida e sífilis na gestação como a pobreza, baixa escolaridade, profissionais do sexo, uso de drogas ilícitas, infecções por outras IST, viver em áreas com maior morbidade da sífilis, perda de cuidados pré-natais, parceiros usuários de drogas ilícitas, início precoce da atividade sexual, dentre outros (CHIN; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001; MACÊDO *et al.*, 2017).

2.1.1.3 Manifestações clínicas da sífilis adquirida e sífilis na gestante

O Quadro 1 descreve manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis.

Quadro 1 – Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis não tratada

Evolução	Estágios	Manifestação clínicas
Sífilis recente (menos de 1 ano de evolução)	<i>Primária</i> (10-90 dias, com média de 21 dias após o Contato)	Nódulo indolor único (raramente múltiplo) no local do contato, se úlcera rapidamente, formando o cancro duro. Surgi na genitália, períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. A lesão primária é rica em treponemas e pode ter linfadenopatia regional. Pode não ser notada se presente no canal vaginal, reto ou colo do útero.
	<i>Secundária</i> (6 semanas a 12 meses após o contato) – 1/3 dos casos Desaparecem de 4 a 12 semanas	Sinais/sintomas sistêmicos da infecção. Podem ocorrer erupções cutâneas maculares (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares; placas branco-acinzentadas ou lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha-terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. Lesões secundárias ricas em treponemas
	<i>Latente recente</i> (primeiro ano da infecção)	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Cerca de 25% dos indivíduos intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção
Sífilis tardia (mais de 1 ano de evolução)	<i>Latente tardia</i> (após 1 ano da Infecção)	
	<i>Terciária</i>	É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação aórtica, regurgitação aórtica, estenose do óstio carotídeo). Podem surgir gomas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. Podem ocorrer de um ano a 40 anos em 25% dos pacientes não tratados

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A neurosífilis (que inclui doença do SNC e sífilis ocular) pode ser manifestação clínica de qualquer estágio da sífilis. As manifestações clínicas neurológicas precoces (disfunção do nervo craniano, meningite, acidente vascular cerebral, alteração aguda do estado mental e anormalidades auditivas ou oftálmicas) são geralmente presentes nos primeiros meses ou anos de infecção; e, as manifestações neurológicas tardias (tabes dorsalis e paresias) ocorrem 10 a 30 anos após a infecção (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015; CHIN; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001). Lesões secundárias da sífilis podem reaparecer com cada vez menos frequência, em um período até quatro anos após a infecção (CHIN;

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001). Em 2020 no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com IST, há uma mudança da classificação clínica a partir de critérios da OMS para a classificação utilizada pelo CDC. A sífilis recente, antes considerada até dois anos de evolução, passou a ser considerada até um ano de evolução (BRASIL, 2020b). Os estágios da sífilis orientam o tratamento e monitoramento.

2.1.2 Aspectos de controle da doença

Para se discorrer sobre os aspectos de controle da doença, optou-se por distribuir o assunto nas seguintes questões: os programas e políticas de saúde, o diagnóstico de sífilis adquirida e sífilis na gestante, o tratamento da sífilis na gestante e parcerias sexuais, as medidas adotadas para controle de contactantes e, por fim, o diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis congênita.

2.1.2.1 Programas e políticas de saúde

Para a compreensão das ações implementadas pelo MS a fim de atingir o controle da SC no país, é importante descrevermos os planos de ação e normativas da OPAS, dos quais o Brasil é um signatário, e situarmos a doença no âmbito do modelo de atenção à saúde do SUS. Essas ações visam a disponibilidade de insumos, manuais, guias, protocolos, parcerias com Conselhos de Classe, dentre outros; e garantir qualidade na assistência à mulher e à criança durante o pré-natal na APS.

A SC é doença de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986 (BRASIL, 2014a). Em 1995, a OPAS lançou o Plano de Ação para Eliminação da SC, sendo o Brasil um signatário. As atividades para a eliminação deveriam ser integradas aos programas de saúde materno infantil e controle de IST/AIDS. A meta de eliminação era alcançar uma taxa de incidência de SC (incluindo natimortos) igual ou inferior a 0,5 caso por 1000 NV, até o ano 2000; e o objetivo estabelecer bases sólidas para a eliminação da SC nas Américas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Na década de 1990, no Brasil, as leis 8080/90 e 8142/90 regulamentam o SUS, marco da Reforma Sanitária, que concretiza o direito de todos à saúde e o dever

do Estado mediante a implementação de políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2015a). A estratégia priorizada pela política nacional para a construção do SUS foi a descentralização, mais especificamente a municipalização. O município seria o responsável em primeira instância pela situação de saúde da sua população, assumindo a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde inserem as ações que compõem a atenção básica e o controle da DST/AIDS (BRASIL, 1999).

O modelo de descentralização no SUS foi importante para a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos provenientes dos governos subnacionais. Porém, não foi capaz de resolver as desigualdades regionais presentes no acesso, na utilização e no gasto público; além de não ter proporcionado a integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, nem tampouco a formação de arranjos mais cooperativos na saúde (VIANA, 2020)

Em 2005, dez anos após o Plano de Ação, a OPAS publicou o documento Eliminação da SC na América Latina e Caribe: marco de referência para a sua implantação; uma normativa padronizada, em relação às ações para o controle da sífilis materno infantil (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2005). Em 2008, a SC como problema de saúde pública, obteve reconhecimento de sua relevância internacional e o seu controle contribuiria para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde materno infantil. Ressaltou-se um enfoque integrado dos programas de saúde materno infantil, IST/AIDS e APS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Nos anos 2000, no Brasil, a regionalização passou a ser priorizada como estratégia organizativa do SUS para superar limitações decorrentes da descentralização. Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS/2001), definiu-se “região de saúde” e a regionalização como macroestratégia para aprimorar a descentralização com objetivo de equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços. Para isso, contemplou uma lógica de planejamento integrado, incorporando as noções de territorialidade tanto na definição de prioridades de intervenção como na conformação de “sistemas funcionais de saúde” (VIANA, 2020). Com a NOAS as ações de promoção da saúde da mulher e da criança são requisitos obrigatórios para o município se habilitar na condição de

gestão plena de atenção básica ampliada, além de outros como alimentação regular dos bancos de dados nacionais do SUS (exemplificando a notificação da SC) (BRASIL, 2001). O MS em 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do SUS. Na avaliação da assistência pré-natal dentre outros, há indicadores de processo, resultados e de impacto associados ao controle da SC (BRASIL, 2000). Até a instituição do PHPN, os dados referentes à assistência pré-natal no SUS restringiam-se ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Em 2005, a sífilis em gestante passou a ser doença de notificação compulsória nacional (BRASIL, 2014a). A meta de eliminação da SC até o ano de 2000 não foi alcançada e o documento Diretrizes para o controle da SC teve o objetivo de contribuir com a implementação do diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis materna e congênita (Brasil, 2005a). O Pacto pela Saúde lançado em 2006 buscou fortalecer os acordos intergovernamentais nos processos de organização político-territorial do SUS e coube aos estados e municípios o desenvolvimento de ações necessárias para o cumprimento das metas. Um dos objetivos foi a diminuição da mortalidade materna e infantil, e a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis poderia contribuir para a execução desse objetivo (BRASIL, 2006b). Também em 2006, o MS lançou a Portaria n° 156, de 19 de janeiro, que preconizou a utilização de material de primeiros socorros nas UBS para casos de reação anafilática à penicilina, e o treinamento dos profissionais nesse procedimento como condição para aplicação do medicamento. Esta Portaria foi revogada posteriormente, ao considerar que ela pode ter contribuído para o aumento da SC no país, pois ocasionou a resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina nas UBS. Em 2007 o Brasil lançou o Plano Operacional para Redução da TV do HIV e Sífilis, pactuado com os estados e municípios, visando a melhoria da atenção à saúde da mulher e do seu filho durante a gestação e puerpério (BRASIL, 2007). O plano propôs uma redução das taxas de incidência da SC e HIV de TMF de forma escalonada e regionalizada até 2011, com atividades discriminadas por instâncias de governo.

Embora muitos países tivessem ampliado com êxito a resposta ao HIV, como no Brasil, raramente houve melhora simultânea no acesso ao diagnóstico e tratamento da sífilis. A OPAS então, em 2010, lançou o Plano de ação para a eliminação da TV do HIV e sífilis nas Américas, de forma integrada. Estabeleceu-se a meta de redução da SC a uma taxa de incidência de 0,5 caso ou menos (incluindo natimortos) por 1000

NV, até o ano de 2015 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010). Em 2014, a OMS com o documento “*Global guidance on criteria and processes for validation: Elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis*”, estabeleceu critérios globais mínimos e processos para a validação da EMTCT do HIV e/ou sífilis em um país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Um ano após, Cuba foi o primeiro país a alcançar a dupla eliminação, demonstrando que a eliminação da SC como problema de saúde pública é possível (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017b). Em 2016, no contexto do desabastecimento global da penicilina, a OMS reafirmou ser a Penicilina benzatina o único medicamento que previne a TMF do Treponema devendo ser reservada para uso na gestante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016a). Até 2017, as metas de eliminação não foram atingidas e os compromissos foram renovados na região com o “*Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas*” (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

A década de 2010 no Brasil foi marcada por avanços técnicos, políticos e normativos relacionados à regionalização da saúde. As relações existentes entre regiões e redes de atenção indicam que o avanço do processo de regionalização pode interferir positivamente no acesso às ações de serviços de saúde (VIANA, 2020). Em 2011, o Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, dispõe sobre a organização do SUS, a articulação interfederativa, a assistência à saúde e o planejamento da saúde (BRASIL, 2015a). O Decreto deu novo destaque às regiões de saúde, estabelecendo instrumentos para a sua efetivação: o mapa sanitário (que inclui a oferta pública e privada nas regiões); os Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) – baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões, com aprimoramento do pacto pela saúde; os planos de saúde (o planejamento em saúde é obrigatório e orientado pelas necessidades em saúde da população); a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e as Comissões Intergestores (buscam a construção de consensos federativos em cada nível de organização do sistema e instâncias de governança regional das redes, incluindo as Comissões Intergestores Regionais – CIR). A Assistência à Saúde se inicia e se completa nas RAS. O acesso a ações e serviços de saúde (como ao pré-natal, a testagem para sífilis) e a medicamentos essenciais (como a penicilina benzatina para o tratamento da gestante com sífilis e parcerias sexuais) se efetivará nas RAS, fundamentados em

normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. O planejamento em saúde é obrigatório, orientado pelas necessidades em saúde da população, e dar-se-á em cada Plano de Saúde. O Plano de Saúde deve estar alinhado com o Plano Plurianual (PPA) que é o instrumento que materializa as políticas públicas traduzindo-as em diretrizes, programas, ações e metas a serem implementadas em um período de quatro anos (BRASIL, 2015a). Pactuações inerentes à implantação do Decreto 7.508/2011 ocorreram, dentre elas em 2011, as Portarias que instituem no âmbito do SUS a Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2015b). Essas pactuações têm potenciais impactos diretos e indiretos no controle da SC.

A RC consiste na construção de uma rede de cuidados que assegure à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez ao parto e ao puerpério, bem como a criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Através da RC, objetivou-se intensificar as ações de redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). Os seus componentes são: a) qualificação do pré-natal; b) parto e nascimento; c) puerpério e atenção integral à saúde da criança; d) sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

O componente de qualificação do pré-natal é fundamental para o fortalecimento da APS, na perspectiva de uma RAS integrada. Citam-se alguns marcadores como testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV visando tratamentos em tempo oportuno (BRASIL, 2011). Outra ação foi a normatização dos protocolos dos Cadernos de AB para o pré-natal (BRASIL, 2013a).

O PMAQ-AB estipula um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados essenciais para a Atenção Básica, como garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional, e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde. Para isso propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Relacionadas ao controle da SC e à qualidade da assistência ao pré-natal segue as orientações da RC (BRASIL, 2015b).

Em 2010 a sífilis adquirida passa a ser uma doença de notificação compulsória nacional (BRASIL, 2014a). Em 2011 a Portaria nº 3.161 instituiu e reforçou que a penicilina deve ser de administração obrigatória pelos profissionais da APS, com o apoio do COFEN em 2015, que revogou o parecer 008/2014 (que apoiava a Portaria

nº 156, de 19 de janeiro de 2006) (BRASIL, 2015e). Em 2015, a partir da informação da escassez da penicilina no país, o MS orientou a priorização da penicilina benzatina para gestantes com sífilis (BRASIL, 2015d) e desde 2016 assumiu os processos de aquisição do medicamento e a distribuição para os estados, com critérios para a redistribuição pactuados pelos estados e municípios.

Com o lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da SC no Brasil, em 2015, estabeleceu-se a parceria entre o MS e COFEN para a administração da Penicilina benzatina e a realização da testagem rápida, e houve o lançamento do painel de indicadores e dados básicos da sífilis. Esta agenda proporcionou a ampliação das ações incluindo o projeto “Sífilis Não” de resposta rápida a sífilis nas RAS (FREITAS; PINTO; PEREIRA, 2019). Esta estratégia foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, com uma linha de ação de abrangência universal e uma com municípios selecionados por critério epidemiológico (100 municípios que concentram 60% dos casos e tem *lócus* estratégico nas suas regiões de saúde). O município, foco deste estudo, está entre os 100 municípios selecionados (BRASIL, 2017b). Os municípios terão subsídio financeiro garantidos no orçamento do MS por emenda parlamentar. Dentre os eixos de atuação, ações e atividades estão: qualificação das informações estratégicas; fortalecimento da parceria do MS com outros atores como as instituições de ensino; ampliação dos Comitês de transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais; fortalecimento das RAS; resposta rápida à sífilis nas RAS em relação à vigilância, gestão e governança, cuidado integral e educomunicação (BRASIL, 2017b).

2.1.2.2 Diagnóstico de sífilis adquirida e sífilis na gestante

O diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestante exige uma correlação entre dados clínicos, classificação dos estágios da sífilis, resultados de testes laboratoriais atuais e prévios, histórico de infecções passadas, histórico de tratamento (duração, adesão, esquema e medicação utilizada) e investigação de exposição recente (BRASIL, 2019c). Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado. Como a maioria dos pacientes está na fase de latência e, portanto, sem sinais e sintomas clínicos, a testagem sorológica durante a gestação é fundamental para estabelecer o diagnóstico e a partir daí instituir tratamento.

Os Testes imunológicos são os mais utilizados na prática clínica e dividem-se em testes treponêmicos e não treponêmicos (TNT). Os TNT *Rapid Plasma Reagin* (RPR), *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e *Toluidine Red Unheated Serum Test* (TRUST); detectam anticorpos anticardiolipina não específicos, são quantificáveis por titulação e são importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta terapêutica. As quedas da titulação em pelo menos duas diluições em até 6 meses para sífilis recente e em pelo menos duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia indica resposta sorológica adequada. Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes e consequente negativação dos TNT, ou ainda sua estabilização em títulos baixos. Algumas pessoas podem apresentar TNT persistentemente reagentes, em baixas titulações, após o tratamento, considerando-se como cicatriz sorológica, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015). Se sinais e sintomas persistirem ou recorrerem, ocorrer um aumento de quatro vezes ou mais em títulos de TNT ou se não houver declínio dos títulos em quatro vezes dentro de seis a 12 meses pensar em falência do tratamento ou reinfecção. Quando a reinfecção for excluída a investigação de neurosífilis e coleta de LCR deve ser realizada (BRASIL, 2019c).

Quando há grande produção de anticorpos, especialmente na sífilis secundária, podem ocorrer resultados falso-negativos em decorrência do fenômeno de prozona (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; BRASIL, 2019b). Esse fenômeno consiste na ausência de reatividade aparente no teste realizado em uma amostra não diluída que, embora contenha anticorpos anticardiolipina, apresenta resultado não reagente quando é testada. Por isso, toda amostra deve ser testada pura e diluída a 1:8 antes da emissão de um resultado negativo (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; BRASIL, 2019b). Resultados falso-positivos de TNT podem ser causados por certas infecções virais (por exemplo, infecção pelo vírus Epstein-Barr, hepatite, varicela, sarampo), linfoma, tuberculose, malária, endocardite, doença do tecido conjuntivo, gravidez, abuso de drogas injetáveis, erro técnico ou laboratorial ou contaminação da geleia Wharton quando amostras de sangue do cordão umbilical são usadas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018).

Os testes treponêmicos Fluorescent treponemal antibody absorption (FTA-ABS), Microhemagglutination test para anticorpos *Treponema pallidum* (MHA-TP), T.

pallidum particle agglutination assay (TPPA), *T. pallidum* enzyme immunoassay (TP-EIA), chemiluminescence immunoassay (CIA); e teste rápido treponêmico; em 85% dos casos, permanecem reagentes após tratamento, não se prestam para monitorar resposta terapêutica, detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum* e são os primeiros a se tornarem reagentes (BRASIL, 2019b; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015). Aproximadamente 15% a 25% dos pacientes tratados durante o estágio primário voltam a ser sorologicamente não reativos em testes treponêmicos após 2 a 3 anos. Reações positivas podem ocorrer em pessoas com outras doenças como Pinta, Leptospirose, Febre de mordida de rato, Febre recidivante e Doença de Lyme (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018).

Para o diagnóstico da sífilis na gestante deve ser realizado um teste treponêmico associado a um TNT, não necessariamente nesta sequência (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; BRASIL, 2017b, 2019c). A combinação de testes sequenciais tem por objetivo aumentar o valor preditivo positivo (VPP) de um resultado no teste inicial. Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, o MS recomenda iniciar a investigação pelo teste treponêmico que é o primeiro teste a ficar reagente. A testagem para sífilis na gestação é preconizada na 1ª consulta de pré-natal (idealmente no 1º trimestre), no início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana), no momento do parto ou em caso de aborto, exposição sexual de risco e violência sexual. Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Deve ser realizada a busca dos parceiros sexuais e a testagem sorológica (BRASIL, 2005a, 2007, 2013a, 2019c).

No Quadro 2 estão descritas as interpretações dos testes treponêmicos e TNT e a conduta para a gestante.

Quadro 2 – Interpretações de testes treponêmicos e não treponêmicos e a conduta na gestante

Primeiro teste	Teste complementar	Interpretações	Condutas
Teste treponêmico REAGENTE	Teste não treponêmico REAGENTE	Diagnóstico de sífilis	Tratar e monitorar mensal com TNT para gestante. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste treponêmico REAGENTE	Teste não treponêmico NÃO REAGENTE	Realizar 3º teste treponêmico metodologia diferente do 1º. Se não reagente , considera-se resultado falso reagente para o 1º teste. Se reagente , suspeita-se de sífilis recente, infecção prévia adequadamente tratada no passado ou sífilis não tratada em estágio latente	No caso de suspeita de sífilis primária, aguardar 30 dias para repetir TNT. Na gestante, recomenda-se tratar com penicilina benzatina Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste não treponêmico REAGENTE	Teste treponêmico REAGENTE	Diagnóstico de sífilis	Tratar e monitorar tratamento. Realizar seguimento mensal com TNT para gestante. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante
Teste não treponêmico REAGENTE*	Teste treponêmico NÃO REAGENTE*	Provável falso-reagente no TNT se titulação for menor ou igual a 1:4. Se a titulação maior que 1:4, realizar testes treponêmico com metodologia diferente do 1º teste. O resultado final será definido pelo resultado desse 3º teste*	Novo teste treponêmico reagente: <ul style="list-style-type: none"> tratar e monitorar tratamento realizar seguimento mensal com TNT para gestante notificar e investigar o caso de sífilis em gestante Novo teste treponêmico NÃO reagente: <ul style="list-style-type: none"> retestar em duas a quatro semanas
Teste não treponêmico NÃO REAGENTE OU Teste treponêmico NÃO REAGENTE	Não realizar teste complementar se o 1º teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis 1ª	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve retardar o tratamento, se o diagnóstico de sífilis seja provável ou o retorno ao serviço de saúde não possa ser garantido

Nota: * Na sífilis precoce o TNT pode tornar-se positivo antes do teste treponêmico. Retestar em 2 a 4 semanas ou mais tarde se clinicamente indicado e em pessoas com risco aumentado para sífilis incluindo gestantes (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018)

Legenda: TNT – Teste não treponêmico

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

As indicações de punção lombar para a pesquisa de neurosífilis incluem: presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos, evidência de sífilis terciária tardia, após falha de tratamento clínico sem reexposição sexual (BRASIL, 2019c).

Os exames diretos para a sífilis, como a microscopia de campo escuro ou por contraste de fase, ou a coloração de anticorpos fluorescentes de exsudatos de lesões ou material aspirado dos gânglios linfáticos (se nenhum antibiótico foi administrado) podem confirmar a presença de sífilis primária e secundária. Testes sorológicos geralmente não são reativos no estágio primário inicial, enquanto o cancro persiste. O exame de campo escuro das lesões ulcerativas dos genitais pode ser útil, principalmente quando houver suspeita de sífilis soronegativa primária ou latente precoce (CHIN; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001). No entanto, estes testes não estão disponíveis comumente na prática.

2.1.2.3 Tratamento da sífilis na gestante e parcerias sexuais

O manejo da sífilis adquirida e SG baseia-se na classificação em estágios da doença em sífilis recente, tardia e neurosífilis. Quando os estágios de sífilis recente ou tardia não podem ser estabelecidos classificamos como sífilis de período indeterminado (BRASIL, 2020b). Estas classificações irão guiar o esquema terapêutico.

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento de todas as fases da sífilis, pois o *T. pallidum* é um microrganismo de crescimento lento que requer exposição prolongada ao antimicrobiano para matá-lo eficazmente, pela atividade in vitro de agentes antimicrobianos contra o *T. pallidum*, por mais de 50 anos de experiência clínica de sucesso e por não haver resistência documentada do *T. pallidum* à penicilina (WALKER; WALKER; FRANCO, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b). Na sífilis, níveis contínuos e prolongados de penicilina são necessários para a eliminação do *Treponema*. No entanto, a dosagem, formulação e duração do tratamento dependem do estágio da doença e se a infecção envolve ou não “locais protegidos” que sequestram o *T. pallidum* como as estruturas oculares e SNC. A Penicilina benzatina de ação prolongada administrada intramuscular (IM) fornece níveis contínuos de penicilina em todos os tecidos, exceto nesses locais protegidos. Assim os pacientes com sífilis, envolvendo essas áreas devem ser tratados com

penicilina intravenosa (IV). O tratamento de gestantes infectadas com sífilis, com 2,4 milhões de UI de Penicilina G benzatina, IM, administrada pelo menos 28 dias antes do parto pode resultar em 82% de redução do risco de natimorto e 80% de redução na mortalidade neonatal (BLENCOWE *et al.*, 2011; NURSE-FINDLAY *et al.*, 2017).

A possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de zero a três casos por 100.000 tratados. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara (BRASIL, 2015a; GALVÃO *et al.*, 2013). Diversos medicamentos normalmente prescritos e utilizados na prática clínica diária apresentam maiores riscos de anafilaxia, todavia, não há tanto temor quanto à sua administração ou consumo. Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas com sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença e com a SC (BRASIL, 2017b). Em uma revisão sistemática com 1.244 gestantes que fizeram uso da penicilina houve zero casos de reações adversas graves (GALVÃO *et al.*, 2013) e, portanto, a sua aplicação não deve ser postergada na APS.

A penicilina é a única opção segura e eficaz para o tratamento da gestante. No Quadro 3 há a descrição do esquema terapêutico utilizado para o tratamento da gestante e parceria sexual.

Quadro 3 – Resumo do esquema terapêutico das gestantes com sífilis e parcerias sexuais

Estágio clínico	Esquema terapêutico
GESTANTES E PARCERIAS SEXUAIS	
Sífilis recente: menos de 1 ano evolução (primária, secundária, latente recente)	Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM, dose única;
Sífilis tardia: mais de 1 ano de evolução (sífilis latente tardia, latente de duração ignorada, terciária – não neurosífilis)	Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM (3 séries) intervalo de uma semana entre cada série*. Dose total: 7.200.000 UI.
Neurosífilis	Penicilina G cristalina 18-24 milhões UI/ dia, IV em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 h ou por infusão contínua, por 14 dias
Exposição sexual	Esquema terapêutico
PARCERIA SEXUAL	
Exposição sexual à sífilis 1ª, 2ª, latente dentro de 90 dias anteriores ao diagnóstico	Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM (mesmo se testes não reagentes)
Exposição sexual à sífilis 1ª, 2ª, latente a mais de 90 dias do diagnóstico	Penicilina G benzatina, 2.400.000 UI, IM (se testes indisponíveis ou acompanhamento incerto)
	Não tratar (se testes negativos)

Nota: *O intervalo de 7 dias, não deve ultrapassar 14 dias. Caso isto ocorra, o esquema deve ser reiniciado

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda como aceitável um intervalo máximo entre as doses de 14 dias para sífilis adquirida, sendo gestantes ou não (BRASIL, 2020b). Ghanem (2015) descreve que se um paciente perde uma dose de penicilina durante uma terapia semanal para sífilis tardia, a experiência clínica sugere que um intervalo de 10 a 14 dias entre as doses pode ser aceitável antes de reiniciar a sequência de injeções. No entanto, considerações farmacológicas sugerem que um intervalo máximo de 7 a 9 dias entre as doses é o ideal, não sendo aceitável doses perdidas para mulheres grávidas. O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo recomenda um intervalo máximo de sete dias entre as doses de penicilina para o tratamento da sífilis na gestante (SÃO PAULO, 2016). Outros estudos mais recentes também consideram sete dias o intervalo máximo entre as doses de penicilina para o tratamento da sífilis na gestante (GHANEM; RAM; RICE, 2020).

Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo recomenda Penicilina G benzatina, na dose de 4.800.000 UI, para mulheres grávidas com sífilis primária, secundária e latente recente, visto que algumas evidências sugerem que uma terapia adicional é benéfica para essas mulheres (SÃO PAULO, 2016).

Segundo protocolo da OMS, para gestante com sífilis latente recente, em situações especiais como o desabastecimento global da penicilina, pode-se utilizar ceftriaxona 1g, IM por dez a 14 dias. Mas será necessário notificar/investigar e tratar a criança para SC. Para os casos de sífilis tardia ou de duração desconhecida, não existem outras opções terapêuticas na literatura (BRASIL, 2019c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b).

Como drogas alternativas para as parcerias sexuais (exceto para gestantes) temos: Doxiciclina nas doses de 100 mg 12/12h, VO, por 15 dias e 100 mg 12/12h, VO, por 30 dias; respectivamente para sífilis recente e sífilis tardia. E ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10 a 14 dias para tratamento da neurosífilis (BRASIL, 2019c).

Em situações especiais, quando a penicilina benzatina ou procaína não podem ser utilizadas, para adultos e adolescentes com sífilis precoce, a OMS sugere usar, além da doxiciclina nas doses acima, a Azitromicina, 2g VO, dose única. A azitromicina deve ser usada somente se há conhecimento da susceptibilidade local. Para mulheres grávidas, quando a penicilina benzatina ou procaína não podem ser utilizadas (por alergia a penicilina e inviabilidade de realizar a dessensibilização) ou não são avaliadas, sugere o uso com cautela de eritromicina 500 mg, 6/6h, VO por 14 dias, ceftriaxona 1g IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias ou Azitromicina, 2g VO, dose única. Estas recomendações são condicionais e com baixa qualidade da evidência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b).

Quando a penicilina benzatina ou procaína não podem ser utilizadas, para adultos e adolescentes com sífilis tardia a OMS sugere o uso de doxiciclina nas doses acima por 30 dias. Para mulheres grávidas quando a penicilina benzatina ou procaína não podem ser utilizadas (por alergia a penicilina e inviabilidade de realizar a dessensibilização) ou não são avaliadas, sugere o uso com cautela de eritromicina 500 mg, 6/6h, VO por 30 dias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b). Apesar da eritromicina e azitromicina tratarem a mulher grávida, não atravessam completamente a barreira placentária e como resultado o feto não é tratado, devendo o recém-nascido ser tratado após o nascimento. Devido a sífilis durante a gestação poder levar a complicações adversas graves para o feto ou recém-nascido, outro medicamento que não seja penicilina para o tratamento da sífilis na gestante deve ser criteriosamente avaliado.

A avaliação pré-tratamento é muito importante. Pacientes com sinais e sintomas consistentes com sífilis ou exposição sexual à sífilis devem ser submetidos

a testes sorológicos para confirmar o diagnóstico e estabelecer a adequação da resposta sorológica pós-tratamento. No entanto, certos grupos de pacientes devem ser tratados empiricamente para sífilis precoce, com base em achados clínicos ou uma exposição recente conhecida, especialmente se for improvável que eles façam o acompanhamento, como acontece com grande parte dos parceiros (BRASIL, 2020b). O controle sorológico pós-tratamento deve ser realizado com TNT mensais para gestantes e trimestrais para as parcerias sexuais.

Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da gestante com sífilis: 1) administração de penicilina; 2) início do tratamento a mais de 30 dias anteriores ao parto; 3) esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico; 4) máximo de 14 dias de intervalo entre as doses; 5) avaliação quanto ao risco de reinfecção; 6) documentação de queda do título do TNT em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (BRASIL, 2017b)

Para fins de definição de caso de SC e notificação dos casos considera-se apenas os itens de 1 a 4 para o tratamento materno adequado (BRASIL, 2017b, 2019b).

2.1.2.4 Medidas de controle de contactantes

A transmissão sexual de *T. pallidum* ocorre apenas quando lesões sifilíticas mucocutâneas estão presentes. Tais manifestações são incomuns após o primeiro ano de infecção. Pessoas expostas sexualmente a uma pessoa que tenha sífilis secundária, ou sífilis latente precoce devem ser avaliadas clinicamente e sorologicamente e tratadas de acordo com as seguintes recomendações:

- a) pessoas que tiveram contato sexual com uma pessoa que recebeu um diagnóstico de sífilis primária, secundária ou latente dentro de 90 dias antes do diagnóstico devem ser tratadas presuntivamente para sífilis precoce, mesmo se os resultados dos testes sorológicos são negativos;
- b) pessoas que tiveram contato sexual com uma pessoa que recebeu um diagnóstico de sífilis primária, secundária ou latente mais de 90 dias do diagnóstico deve ser tratada presumivelmente para sífilis precoce se os resultados dos testes sorológicos não forem imediatamente disponíveis e o acompanhamento for incerto. Se os testes sorológicos forem negativos,

o tratamento não é necessário. Se os testes sorológicos forem positivos, o tratamento deve basear-se em alterações clínicas, avaliação dos resultados dos testes e estágio da sífilis;

- c) em algumas áreas ou populações com altas taxas de sífilis, recomenda-se notificação e tratamento presuntivo de parceiros sexuais de pessoas com sífilis latente que têm títulos altos de teste sorológico não treponêmico (>1:32), porque altos títulos podem ser indicativos de sífilis precoce. Esses parceiros devem ser manejados como se o caso índice tivesse sífilis precoce;
- d) parceiros sexuais de longo prazo de pessoas com sífilis latente devem ser avaliados clínica e sorologicamente para sífilis e tratados com base nos resultados da avaliação (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).
- e) Os parceiros sexuais de pessoas com sífilis são considerados em risco de infecção e devem receber notificação confidencial da exposição e necessidade de avaliação os parceiros que tiveram contato sexual dentro de: a) 3 meses mais a duração dos sintomas para as pessoas que recebem um diagnóstico sífilis primária; b) 6 meses mais a duração dos sintomas para aqueles com sífilis secundária; c) 1 ano para pessoas com sífilis latente precoce (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Independente do período de exposição, os parceiros sexuais de curto e longo prazo de pessoas com sífilis necessitam de avaliação clínica e sorológica para avaliação de tratamento, diminuir morbidades e interromper a cadeia de transmissibilidade.

Os parceiros com teste sorológico reagente para sífilis, devem receber tratamento seguindo as recomendações para o tratamento de sífilis adquirida, concomitante à mulher. Em caso de apenas exposição nos últimos três meses (testes sorológicos negativos) estes devem ser tratados com dose única de penicilina G benzatina de 2.400.000 UI (BRASIL, 2019c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b). A descrição do tratamento dos parceiros de acordo com a quadro clínico e exposição sexual está no Quadro 3, apresentado anteriormente.

2.1.2.5 Diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis congênita

Sobre o diagnóstico, o tratamento e o seguimento da sífilis congênita, subdiviu-se a fundamentação teórica em cada um dos assuntos mencionados, a saber: diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento e seguimento.

2.1.2.5.1 Diagnóstico clínico e laboratorial

Não há uma avaliação complementar que determine com alta sensibilidade e especificidade o diagnóstico de infecção na criança. O diagnóstico da SC deve apoiar-se em critérios epidemiológicos (adequação do tratamento materno), clínicos e laboratoriais.

Manifestações intraútero como hepatomegalia, ascite e hidropsia fetal, visualizadas à ultrassonografia fetal, são sinais sugestivos de infecção pelo *Treponema* (HOLLIER *et al.*, 2001; RAC *et al.*, 2014; WENDEL *et al.*, 2002).

A criança nascida de mãe que tenha sífilis na gestação poderá ser classificada como exposta a sífilis sem a doença; ou SC precoce ou tardia. Segundo o novo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019c), considera-se o recém-nascido (RN) exposto aquele filho de mulher diagnosticada com sífilis durante pré-natal e adequadamente tratada. O RN considerado exposto deve ter o teste não treponêmico (VDRL), não reagente, ou reagente, com titulação menor, igual, ou até uma diluição maior que o materno, o que significa baixo risco de SC e, portanto, esses casos não deverão ser notificados como SC (BRASIL, 2019c), no entanto deverão ser acompanhados até dois anos de idade na Atenção Básica.

Há uma grande responsabilidade para a Atenção Básica e Rede de cuidado com as crianças no acompanhamento dos casos de SC ou de crianças expostas a sífilis materna, pois estudos tem mostrado que a perda de seguimento é muito elevada, chegando a 60% no interior do estado de São Paulo, 70% em Porto Alegre e até 80% no interior de Minas Gerais (LAFETÁ *et al.*, 2016; LAGO; VACCARI; FIORI, 2013).

A preocupação acentua-se com a criança exposta, que não foi notificada à vigilância. A Secretaria de estado de São Paulo orienta que todas as crianças sejam

notificadas à Vigilância para monitoramento do seguimento, mas apenas aquelas com SC sejam incluídas ao SINAN.

De acordo com as manifestações clínicas e o tempo de evolução, classifica-se didaticamente a SC como precoce, aquela com evolução até dois anos de idade em que há um predomínio de alterações inflamatórias, e SC tardia aquela com evolução acima de 2 anos em que as lesões cicatriciais são mais exuberantes. O quadro clínico é variável, a depender do tempo de exposição fetal ao *Treponema* (duração da sífilis na gestação sem tratamento); da carga treponêmica materna; da virulência do *Treponema*; do tratamento da infecção materna; da coinfeção materna pelo HIV e da resposta do sistema imunológico fetal à infecção (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; BRASIL, 2019c; IKEDA; JENSON, 1990). Em 40% dos casos de SG não tratadas podem ocorrer aborto espontâneo, natimorto, mortalidade neonatal, com risco aumentado para infecção materna no primeiro trimestre de gestação (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; BRASIL, 2015e; GOMEZ *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Mais de 50% dos recém-nascidos com SC são assintomáticos ou oligossintomáticos ao nascimento e primeiras semanas de vida, podendo apresentar prematuridade e baixo peso ao nascer (BRASIL, 2015e; CHIN; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2001; GOMEZ *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Quando há manifestações clínicas (ao nascimento ou primeiras oito a doze semanas de vida), as crianças podem apresentar:

- a) alterações cutâneo mucosas (15 a 60%): pênfigo palmo plantar, exantema máculo papular, coriza, condiloma plano, placas em mucosa oral, fissuras em lábios, narina e ânus;
- b) alterações viscerais (75 a 100%): hepatite, hepatoesplenomegalia, hiperesplenismo, pancreatite, síndrome disabsortiva, síndrome nefrítica e/ou nefrótica, pneumonia intersticial, neurosífilis, convulsões, hidrocefalia, anormalidades hematológicas, coriorretinite em “sal e pimenta”;
- c) alterações ósteo-articulares: osteocondrite, periostite, osteomielite;
- d) outras manifestações: febre, adenomegalia (principalmente epitrocLEAR), sepse (BRASIL, 2019c).

Lesões cutâneas ou secreções nasais úmidas da SC são altamente infecciosas. No entanto, os organismos raramente são encontrados em lesões mais de 24 horas após o início do tratamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018).

As manifestações da SC tardia englobam malformações ou estigmas decorrentes da evolução cicatricial de lesões do quadro precoce, não tratado, ou da persistência da resposta inflamatória. Acomete principalmente ossos, dentes e SNC. São elas:

- a) alterações ósteo-articulares: periostite da tíbia (tíbia em “Lâmina de Sabre” = arqueamento anterior da parte média da tíbia); sinal de Higoumenakis (espessamento uni ou bilateral da parte esternoclavicular da clavícula); fronte olímpica (proeminência óssea da fronte); mandíbula curta, arco palatino elevado, nariz em sela (sequelas da rinite sífilítica); articulações de Clutton (sinovite uni ou bilateral indolor, que acomete MMII, geralmente joelho, com hidrartrose e edema);
- b) alterações viscerais: ceratite intersticial, hidrocefalia, lesões de nervos cranianos, mielite, meningoencefalite, miocardite, surdez neurossensorial;
- c) alterações dentárias (só ocorrem na dentição definitiva): dentes de Hutchinson (incisivos centrais superiores em forma de barril, nascem em torno dos 6 anos); molares em amora (primeiros molares inferiores com pequena superfície de mastigação e número excessivo de cúspides); esmalte dentário com reentrâncias ao longo da superfície de mastigação;
- d) outras: atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, deficiências de aprendizado (BRASIL, 2019c).

Algumas consequências da infecção intrauterina podem ser aparentes apenas muitos anos após o nascimento, como a ceratite intersticial (5-20 anos) e surdez do oitavo nervo craniano (10 a 40 anos) (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018). A ceratite intersticial, surdez do oitavo nervo craniano e os dentes de Hutchinson são referidos como a tríade de Hutchinson (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018).

A pesquisa direta do *T. pallidum* é possível de ser realizada apenas em uma pequena quantidade de RN com lesões ativas. A OMS incluiu como evidência microbiológica da SC qualquer um dos seguintes: a) demonstração por microscopia de campo escuro ou detecção de anticorpos fluorescentes no cordão umbilical,

placenta, corrimento nasal ou material de lesão cutânea; b) detecção de IgM específica para *T. pallidum*; c) lactente com título sorológico positivo não treponêmico, quatro vezes (ou mais) superior ao materno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014)

Nos testes sorológicos treponêmicos e não treponêmicos, utilizam-se as mesmas metodologias descritas na SG, mas com particularidades de interpretação e indicação. Indica-se coletar na maternidade amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação dos TNT. No TNT um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ou quatro vezes) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência deste achado não exclui a possibilidade de diagnóstico de SC. Alguns estudos demonstraram que menos de 30% das crianças com SC têm resultado pareado do TNT maior que o materno (MORSHED; SINGH, 2015; RAWSTRON *et al.*, 2001). Títulos de anticorpos não treponêmicos devem estar não reagentes por volta de seis meses de vida se as crianças foram infectadas e adequadamente tratadas ou não foram infectadas e inicialmente foram soropositivas devido a anticorpos maternos transferidos passivamente (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018). A resposta sorológica após terapia pode ser lenta para crianças tratadas após o período neonatal (BRASIL, 2020b).

Um teste treponêmico reagente após 18 meses de idade é diagnóstico de SC. Antes deste período, isoladamente, não tem valor diagnóstico pois anticorpos treponêmicos maternos transferidos passivamente podem persistir em uma criança até 15 meses de vida. Os testes treponêmicos não devem ser utilizados para avaliar resposta ao tratamento pois o resultado para uma criança infectada pode permanecer positivo a despeito do tratamento efetivo e para aquelas não infectadas pode refletir apenas anticorpos maternos transmitidos passivamente (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018). Não há correlação entre a titulação dos testes treponêmicos do RN e da mãe que possa sugerir SC (BRASIL, 2019c; SINGH *et al.*, 2013). Desta forma, não se recomenda a realização do testes treponêmicos nas crianças antes de 18 meses de vida (BRASIL, 2019c; SINGH *et al.*, 2013).

Nos recém nascidos com testes não-reagentes, mas com suspeita epidemiológica, deve-se repetir os testes sorológicos após o terceiro mês pela possibilidade de positividade tardia, especialmente quando a infecção materna ocorre próximo ao parto (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018).

As crianças filhas de mães que não foram tratadas ou que as mães foram classificadas como tratamento materno inadequado, e/ou aquelas que apresentam alterações ao exame físico devem ser submetidas a avaliação adicional: radiografia de ossos longos; exames hematológicos e de função hepática; avaliações oftalmológica, audiológica e neurológica incluindo punção de Líquido Cefalorraquidiano (LCR) (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; BRASIL, 2017b, 2020b). Outras avaliações são indicadas de acordo com as manifestações clínicas.

2.1.2.5.2 Tratamento e seguimento

No Quadro 4 está descrito o tratamento para a criança exposta a sífilis de acordo com a situação clínico laboratorial da mãe e alterações clínicas ou laboratoriais da criança.

Quadro 4 – Tratamento para a criança exposta à sífilis gestacional, de acordo com a situação clínico laboratorial da mãe e alterações clínicas ou laboratoriais da criança

A) <u>RN de mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, sintomático ou assintomático: realizar VDRL de sangue periférico da mãe e RN ao mesmo tempo / realizar radiografia de ossos longos, hemograma e punção lombar / outros exames se indicação clínica</u>	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
RN sintomático ou assintomático e alterações radiológicas e/ou Hematológicas e VDRL reagente em qualquer diluição*	Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 h (1os 7 dias de vida) e a cada 8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura
RN sintomático ou assintomático e alteração LCR e VDRL reagente em qualquer diluição*	Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 h (1os 7 dias de vida) e a cada 8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias. (Penicilina procaína pode ser considerada em condições extremas). Referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura
RN assintomático, sem alterações radiológicas, hematológicas e/ou LCR, e VDRL não reagente	Penicilina G benzatina , na dose única de 50.000 UI/kg, IM Seguimento obrigatório: referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura
B1) <u>RN de mãe com sífilis adequadamente tratada e sintomático: realizar VDRL de sangue periférico da mãe e RN ao mesmo tempo / realizar radiografia de ossos longos, hemograma e punção lombar / outros exames se indicação clínica</u>	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
RN sintomático e alterações radiológicas e/ou Hematológicas e VDRL reagente em qualquer diluição*	Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 h (1os 7 dias de vida) e a cada 8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias. Referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura

RN sintomático e alteração LCR e VDRL reagente em qualquer diluição*	Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 h (1os 7 dias de vida) e a cada 8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias. (Penicilina procaína pode ser considerada em condições extremas). Referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura
B2) RN de mãe com sífilis adequadamente tratada e assintomático: realizar VDRL de sangue periférico da mãe e RN ao mesmo tempo	
SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Se RN assintomático e VDRL reagente em qualquer titulação (menor, igual ou maior ao materno) realizar: radiografia de ossos longos, hemograma e punção lombar, e outros exames se indicação	LCR normal e exames alterados Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (1os 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), por 10 dias. Referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura
	LCR alterado Penicilina cristalina , dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (1os 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), por 10 dias. Referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura
	LCR normal e exames normais Penicilina G benzatina , IM, na dose única de 50.000 UI/kg. Referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura
RN assintomático, VDRL não reagente	Proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial Na impossibilidade de garantir o seguimento, deve-se proceder ao tratamento do RN com o esquema: Penicilina G benzatina , IM, na dose única de 50.000 UI/kg. Referenciar para acompanhamento clínico e laboratorial na puericultura

Nota: * Se o RN é sintomático e o VDRL não reagente investigar STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes), repetir VDRL aos três meses.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O tratamento apropriado da SC após três meses de vida pode não prevenir alterações típicas da SC, como as alterações dentárias (PUTKONEN, 1963), a surdez, a ceratite intersticial e o aparecimento das articulações de Clutton (SÃO PAULO, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). O tratamento dentro dos primeiros três meses de vida é capaz de prevenir as manifestações clínicas, mas não todas. A ceratite intersticial e as deformidades ósseas, como a tibia em “lâmina de sabre”, podem ocorrer ou progredir mesmo com terapia adequada (BRASIL, 2020b). Portanto, a prevenção da doença é primordial.

De acordo com orientação do MS, o seguimento da criança exposta a sífilis ou diagnosticada com SC pode ser realizado através das consultas de puericultura, na Atenção Básica, durante as consultas de rotina, com atenção cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de SC além de testes sorológicos e outros exames complementares, por no mínimo dois anos (BRASIL, 2020b). Como citado anteriormente, este é um grande desafio para a Atenção Básica e para Rede

de cuidados devido a alta taxa de perda de seguimento e abandono relatado em vários estudos (LAFETÁ *et al.*, 2016; LAGO; VACCARI; FIORI, 2013; SILVEIRA *et al.*, 2019).

O RN exposto a sífilis materna, tratado ou não, deve realizar acompanhamento clínico com 1,2,3,6,12,18 meses de vida e acompanhamento com TNT com 1,3,6,12 e 18 meses de idade, com interrupção do seguimento laboratorial com dois testes não reagentes consecutivos. O teste treponêmico não é obrigatório para o acompanhamento, mas quando realizado, deve ser após 18 meses de vida. A partir desta idade, se não houver achados clínicos ou laboratoriais, exclui-se a SC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). Caso contrário, em qualquer momento se houver alterações clínicas ou laboratoriais sugestivas de SC, deve-se reavaliar e tratar se necessário.

O RN com diagnóstico de SC deve realizar acompanhamento clínico mensal até seis meses, bimensal do sexto ao décimo segundo mês e semestral até 24 meses de vida e acompanhamento com TNT com 1,3,6,12,18 e 24 meses de idade, com interrupção do seguimento laboratorial com dois testes não reagentes consecutivos. O teste treponêmico deve ser realizado aos 18 meses de vida. Se teste treponêmico positivo, o seguimento deve ser feito por longo prazo, pelo menos até cinco anos, para monitorar possíveis alterações tardias da sífilis (visuais, auditivas e de desenvolvimento), mesmo que a criança tenha recebido tratamento adequado na maternidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). As avaliações oftalmológica, audiológica e neurológica devem ser semestrais, por dois anos. O exame de LCR (se o 1º exame alterado) deve ser semestral até a normalização (máximo aos dois anos) (BRASIL, 2020b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2020). Se sinais compatíveis com SC, elevação ou não negatificação dos títulos dos TNT até 18 meses ou não normalização do LCR (se o primeiro alterado) deve-se reavaliar e retratar a criança, se necessário.

2.1.2.6 Vigilância epidemiológica

A Vigilância em Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de agravos, prioritariamente com ações de promoção à saúde, com o monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis e não transmissíveis, de atividades sanitárias programáticas, de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos

epidemiológicos e proposição de medidas de controle dentre outras (LEANDRO; SILVA; SANTOS, 2016).

A vigilância de casos pode se dar de forma ativa ou passiva. A vigilância ativa é uma das principais estratégias para reduzir a subnotificação de casos, com a existência de vários sistemas de informação em saúde. Já a notificação dos casos é uma das mais importantes fontes de informação em vigilância. As informações produzidas permitem o monitoramento de indicadores de saúde e subsidiam as ações de controle e prevenção nos estados e municípios (LEANDRO; SILVA; SANTOS, 2016).

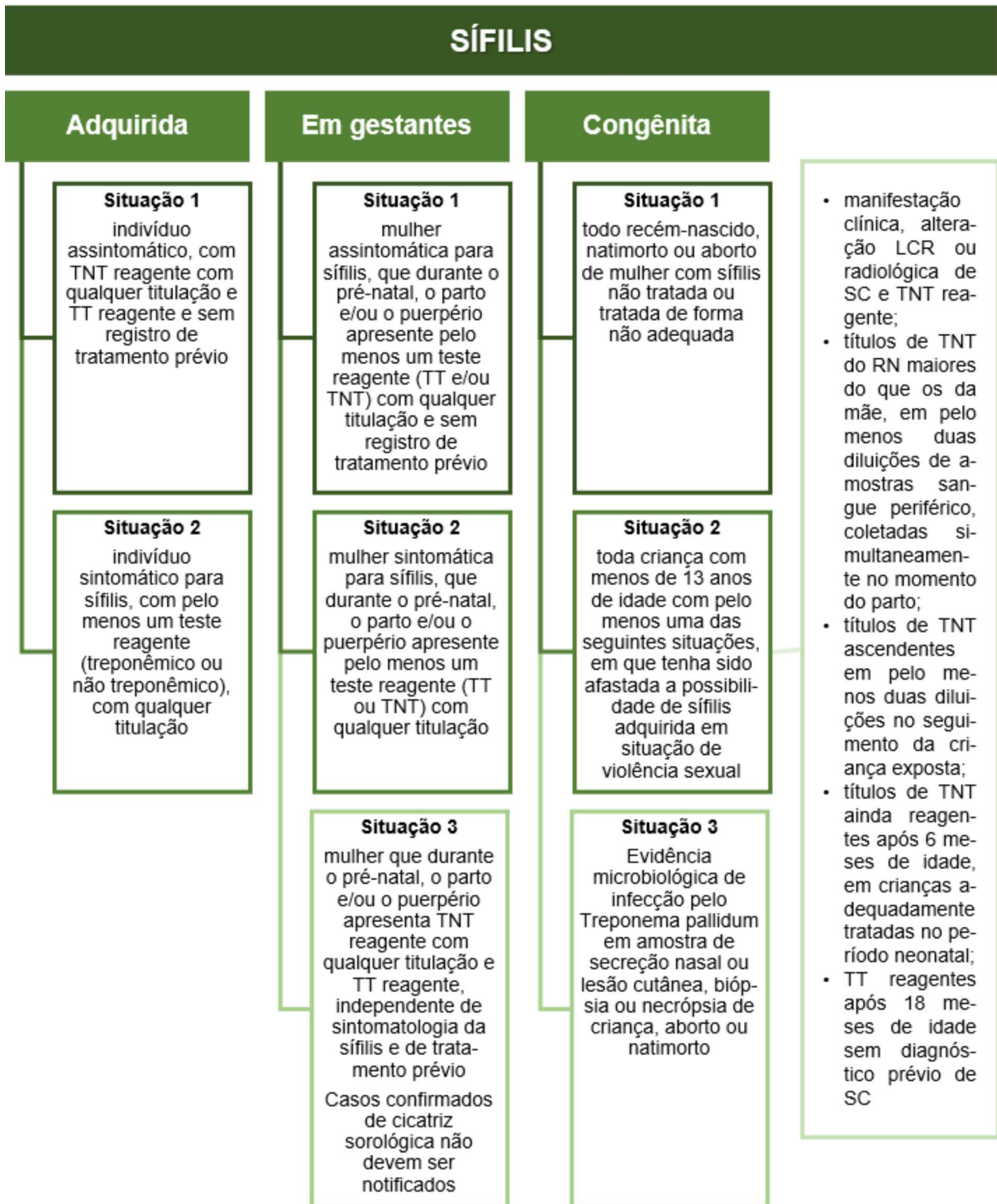
O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) engloba as informações das doenças de notificação compulsória, que são definidas em âmbito nacional, sendo facultado aos municípios a inclusão de agravos relevantes em determinadas regiões. Em âmbito nacional, as ações de vigilância estão sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS que é gestora do SINAN.

A SC é doença de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986, a sífilis em gestante a partir de 2005 e a sífilis adquirida a partir de 2014 (BRASIL, 2014a). A Nota Informativa de setembro de 2017 alterou os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, em gestantes e SC (BRASIL, 2017a). Diante da necessidade de diminuir a subnotificação dos casos de sífilis em gestantes, definiu-se que todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificados como sífilis em gestante, e não mais como sífilis adquirida como acontecia nas duas últimas situações. Os critérios de notificação de casos de SC, para fins de VE, passam a não mais considerar o tratamento da parceria sexual da mãe. A justificativa foi o alinhamento com as recomendações da OPAS e OMS e para isto deve ser avaliada a história clínico-epidemiológica da mãe e/ou os critérios clínicos e laboratoriais da criança exposta (BRASIL, 2017b; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

2.1.2.6.1 Definição de caso

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a) a definição de caso da sífilis é a que está apresentada no Mapa Conceitual 1, a seguir.

Mapa Conceitual 1 – Definição de caso de sífilis



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

2.1.2.6.2 Notificação

É de notificação compulsória regular (em até 7 dias) todo caso confirmado como sífilis adquirida, em gestante ou SC, segundo os critérios de definição de caso. A notificação é registrada no SINAN, mediante o preenchimento e envio das Fichas de Notificação/Investigação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e SC (BRASIL, 2019b). A notificação compulsória é obrigatória para médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente conforme a Lei nº 6.269, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 1975). O aperfeiçoamento da notificação de doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública permite às esferas federal, estadual e municipal de governo monitorar e auxiliar no planejamento das ações de prevenção, de controle, avaliar tendências e impactos das intervenções e indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas. Além disso, a notificação leva ao conhecimento das doenças prevalentes no território de interesse para a saúde pública, e é importante para a própria equipe planejar suas ações de prevenção e controle dos agravos (BRASIL, 2019b).

2.1.2.6.3 Comitês Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical da sífilis

Em 2014 o MS propôs a criação dos Comitês de Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical da sífilis (municipais, estaduais ou regionais) em locais em que ocorram casos de SC, com o objetivo de identificar as possíveis falhas que ocasionam a transmissão vertical e propor medidas resolutivas na prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e vigilância. Devendo, para isto, avaliar a capacidade local de otimizar os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (ou de outros comitês/grupos existentes) para agregar a discussão de casos de transmissão vertical, considerando essa mesma finalidade (BRASIL, 2014b).

Os estudos de casos com detalhamento do contexto, onde estão inseridos os pacientes e seus familiares, para discutir todos os fatores relevantes para a justificativa das doenças e agravos, bem como fatores facilitadores ou dificultadores do processo propedêutico, terapêutico e da evolução para a cura são importantes, mas desde que haja envolvimento da VE com as RAS e as discussões sejam otimizadas com o maior número possível de atores regionais (BOCCATTO, 2011).

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

O controle da sífilis congênita e sua relação com a Atenção Primária à Saúde, está apresentado em dois subtópicos: histórico e definição e a vigilância e o controle da sífilis congênita.

2.2.1 Histórico e definição

A Reforma Sanitária brasileira, que foi incentivada pela sociedade civil, defendia que a saúde deveria ser uma questão não exclusivamente biológica, mas também uma questão social e política. A consolidação do Movimento pela Reforma Sanitária se deu na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que ampliou o conceito de saúde e criou a base para o SUS. Em 1988 a Constituição Federal assegurou não só a universalidade de cobertura e atendimento, mas a afirmação da saúde ser um dever do estado. No cenário internacional, a Declaração de Alma Ata (1978) foi um marco pelo protagonismo da APS dentro dos sistemas de saúde em todo o mundo.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é definida como um conjunto de ações que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo. O seu processo de trabalho é realizado em equipe, mediante práticas gerenciais e práticas sanitárias democráticas e participativas, para populações de territórios adscritos (BRASIL, 2006). Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019).

As Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) tiveram papel fundamental no processo de implantação da APS no País. A concepção de APS expressa na PNAB 2006 é coerente com o conceito ampliado de saúde presente no texto constitucional de 1988, norteador da criação do SUS. O SUS apresenta os princípios doutrinários da universalização, equidade e integralidade. E os princípios organizativos que tratam de formas de concretizar o SUS na prática, que são a regionalização e hierarquização, a descentralização, o comando único e a participação popular. A PNAB 2006 prevê a oferta e a organização de ações e serviços na perspectiva do acesso à atenção integral em saúde, com papel privilegiado na organização de práticas com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2006a; FAUSTO *et al.*,

2018). No Brasil a APS também é chamada de ABS como significante de resistência à APS seletiva (MELO *et al.*, 2018). No entanto, a PNAB 2011, considerou os termos “ABS e APS como expressões com concepções equivalentes, sujeitando-se aos mesmos princípios e definições” (BRASIL, 2012, p. 22). Neste texto trataremos como equivalentes os termos ABS e APS. Na versão mais recente da PNAB instituída em 2017, introduziu-se a revisão de diretrizes fundantes que segundo alguns autores, ameaçam a organização de uma APS inclusiva e equânime, entre as quais é destacado a autonomia concedida ao gestor municipal para definição do escopo de serviços (essencial ou ampliado) ofertados nas UBS e a delimitação do espaço territorial de vinculação da população às equipes de saúde da família ou outros tipos de arranjos organizacionais na atenção básica. Segundo estes autores, ainda não se sabe com clareza quais serão as repercussões dessas medidas. Todavia, assinalam que é possível identificar ameaças para a efetivação de uma APS universal, abrangente e integral; conseqüentemente, riscos na direção do aprofundamento de desigualdades de acesso na APS e no SUS (FAUSTO *et al.*, 2018; LIMA *et al.*, 2018).

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje designado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994. Desde então é definido como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no país, sendo uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde brasileiro. (FAUSTO *et al.*, 2018). A ESF se estrutura a partir das Unidades de Saúde da Família (USF). A equipe nas USF é composta por no mínimo, um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Todos esses profissionais devem desenvolver suas atividades laborais, tanto nas unidades quanto na comunidade. O funcionamento das USF se dá pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população, vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.000 habitantes (BRASIL, 2006b, 2012). A operacionalização da ESF ocorre por meio da definição territorial da clientela, a noção da família como foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e o vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas (BRASIL, 2006b).

No Brasil, coexistem duas formas de Atenção Básica, a ESF e a Atenção Básica Tradicional (ABT). A ABT existia antes da implantação da ESF e é constituída

por profissionais médicos das clínicas básicas (ginecologista, pediatra e clínico geral), enfermeira e auxiliar de enfermagem.

De acordo com Starfield (2002), como ponto de atenção à saúde a APS deve ser organizada pelos seguintes atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação da atenção, a focalização na família e a participação comunitária. O primeiro contato significa a acessibilidade e o uso dos serviços pelas pessoas, para cada problema ou novo episódio de um problema; a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, ou seja, vai exigir uma adscrição da população às equipes de atenção primária, estabelecendo relação mútua e humanizada entre a equipe de profissionais e a população; a integralidade implica em garantir às pessoas todos os tipos de serviços de atenção à saúde, reconhecendo a necessidade de serviços preventivos e curativos, bem como a necessidade de quaisquer outros serviços da rede integrada; e a coordenação que implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção seja por profissionais seja através do prontuário médico (STARFIELD, 2002).

Ao longo das últimas décadas, a ESF tem apresentado um aumento da cobertura, principalmente nos municípios de menor porte populacional. Em todo o país, a cobertura estimada de equipes de Saúde da Família (eSF) alcançou 64% em 2019, cobrindo potencialmente mais de 133 milhões de brasileiros. Entretanto, essa estimativa não reflete a cobertura real das eSF quanto ao acesso e vinculação da população às equipes, visto que 87 milhões de pessoas estão cadastradas, de acordo com o Sistema de Informação. Portanto, apenas 67% dos 133 milhões que deveriam estar cobertos estão vinculados a uma equipe (BRASIL, 2019c). Em relação à assistência ao pré-natal, observou-se no Brasil, uma cobertura crescente desde os anos 1990 (VICTORA *et al.*, 2010) no entanto, com menor acesso por mulheres indígenas, pretas, com menor escolaridade, com maior número de gestações e residentes nas regiões norte e nordeste, demonstrando as desigualdades sociais no acesso (DOMINGUES *et al.*, 2015; VIELLAS *et al.*, 2014); e não acompanhado de melhorias na adequação da assistência prestada, demonstrada por diversos estudos de âmbito local (COUTINHO *et al.*, 2010; DOMINGUES *et al.*, 2015; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017a) e pelos números crescentes de incidência de SC em todo o país (BRASIL, 2015e).

Entre os desafios mais urgentes na atual fase de implementação do SUS estão a ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados, por meio da

regionalização e da consolidação das RAS (VIANA, 2020). A APS está na centralidade do modelo regionalizado e hierarquizado das redes de atenção e de vigilância em saúde (BRASIL, 2015a). Caracteriza-se como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, centro de comunicação e base de ordenamento das RAS (BRASIL, 2018b; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Existe consenso na literatura de que sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS alcançam melhores indicadores de saúde, apresentam maior satisfação por parte dos usuários, possibilitam maior equidade e implicam em menores custos (MACINKO; ALMEIDA; SÁ, 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019). A revisão realizada por MACINKO e MENDONÇA (2018), apontou evidências sobre a efetividade da ESF em redução de internações hospitalares, melhoria na equidade do acesso, expansão de acesso a tratamentos, melhores resultados de saúde e diminuição da mortalidade infantil, e melhor acesso e utilização dos serviços. HONE *et al.* (2017) demonstraram que o aumento da cobertura foi associado a uma redução das taxas de mortalidade.

No entanto, apesar do potencial de resolutividade atribuído à APS, ainda é observado um número inaceitável de agravos que seriam perfeitamente evitáveis nesse nível de atenção, como a ocorrência de casos SC, até mesmo em municípios com altas coberturas da ESF e de pré-natal.

2.2.2 A Vigilância e o controle da sífilis congênita

Em 1990, o SUS incorporou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica definido em seu texto legal (Lei nº 8.080/90) e em 2011 através do Decreto 7.508, houve a regulamentação da Lei 8.080/90 que dispõe, dentre outros, a centralidade da APS nas Redes de Atenção e de Vigilância à Saúde (BRASIL, 1990, 2015a). A Saúde da Família hoje, ultrapassou os limites de um programa e é uma política central do SUS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Com o processo de municipalização da saúde no Brasil, as ações de vigilância em saúde passam a ser descentralizadas com a valorização da produção e divulgação de informações sobre as condições de saúde locais e globais para gestores e para a população (LEANDRO; SILVA; SANTOS, 2016). A vigilância encontra-se distribuída em patamares hierárquicos técnico-administrativos, nas esferas federal, estadual, municipal e regional, sendo que a base de todas as informações é a região, mais precisamente a microárea. Neste modelo, propõe-se integrar as ações de vigilância com as práticas assistenciais, utilizando a Vigilância epidemiológica como parte

integrante de um sistema e corresponsável na definição de ações prioritárias das políticas de saúde (CARVALHO *et al.*, 2005).

Na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) desencadeou todo um processo de regionalização também na Vigilância. A ESF tem como diretriz a existência da territorialização e a determinação de área geográfica com o delineamento das áreas de abrangência de cada uma das UBS. Nas áreas cobertas pela ESF trabalha-se com microáreas e área de abrangência, que são de responsabilidade sanitária das equipes. Para se repensar o papel da rede básica, torna-se essencial que o processo de descentralização não tenha como lócus final o município, mas as UBS, pois a autonomia e a capacidade de decisão neste nível são elementos essenciais para a reorganização das ações de saúde no interior dos serviços. Isso requer, no nível de atuação das equipes das unidades de saúde em áreas adscritas, que se repense e reorganize também os processos de trabalho (PASSOS, 2003). A capilaridade e a territorialização das ações da Atenção Básica a tornam um elemento-chave para uma vigilância em saúde efetiva, que requer a compreensão dos determinantes sociais da saúde, o diagnóstico oportuno de agravos de relevância sanitária e a implementação ágil de intervenções que minimizem o seu impacto (LEANDRO; SILVA; SANTOS, 2016).

De acordo com os atributos da APS descritos por STARFIELD (2002) e as diretrizes do MS para um pré-natal qualificado e humanizado (BRASIL, 2000, 2006b, 2013a), as mulheres devem ter primeiro contato para iniciar o pré-natal precocemente, no primeiro trimestre e o acompanhamento deve ser longitudinal, com o mínimo de 6 consultas. Os testes sorológicos para sífilis devem estar disponíveis para gestantes e parcerias sexuais, a realização dos testes deve se dar em tempo oportuno (na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre e no início do terceiro trimestre) e os resultados estarem disponíveis em tempo hábil. O tratamento com penicilina deve ser instituído o mais precocemente possível e a mais de 30 dias do parto, para evitar a SC e diminuir morbidades e mortalidade associadas. A abordagem dos parceiros deve ser realizada incluindo a solicitação de testes sorológicos e tratamento concomitante à gestante. As ações curativas devem associar-se às ações preventivas, de educação em saúde e aconselhamentos pré e pós teste para darem à mulher e às parcerias sexuais, a possibilidade de conhecimento sobre a doença, sobre os fatores de risco para a aquisição de sífilis e outras IST, as formas de prevenção; o que pode

gerar mudanças de comportamentos e a diminuição de práticas que põem risco a saúde.

A SC tem uma estreita relação com a qualidade da assistência no pré-natal e/ou com contextos de vulnerabilidade (BRASIL, 2015e; MARTINELLI *et al.*, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2019). Pesquisas demonstram que apesar do aumento da cobertura da assistência ao pré-natal, melhorias na adequação são necessárias, incluindo as ações de controle da SC (ARAÚJO, M. A. L. *et al.*, 2014; MARTINELLI *et al.*, 2014). Os princípios norteadores da ESF incorporam os princípios do SUS e definem um perfil de atuação muito mais adequado ao enfrentamento de problemas como a SC, devido a responsabilidade sanitária das equipes de saúde, o acesso às famílias, o que pode facilitar o diagnóstico e tratamento do casal, e dispõe de mecanismos de busca ativa de casos e de faltosos por meio dos Agentes Comunitários de Saúde. Alguns estudos demonstraram uma associação negativa entre ESF e incidência de SC (LEITE *et al.*, 2019). No entanto, outros estudos, não identificaram uma melhor associação entre o pré-natal realizado pelas UBS com ESF em comparação com UBS tradicionais, em relação ao controle da SC (ARAÚJO, M. A. L. *et al.*, 2014; SARACENI; MIRANDA, 2012). Apesar do baixo custo e efetividade do tratamento precoce da sífilis serem inquestionáveis, as ações de prevenção demandam abordagens complexas que envolvem intervenções não somente de aspectos biomédicos, mas especialmente comportamentais e socioculturais. Segundo alguns autores, a organização do modelo assistencial, adotado no Brasil na APS é adequado à complexidade do controle da SC, no entanto, não incorporou o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (ARAÚJO, M. A. L. *et al.*, 2014; SARACENI *et al.*, 2007).

A integração das ações da vigilância em saúde (VS) com a atenção básica (AB) pode ser considerada um dos grandes desafios do SUS no Brasil, em todas as esferas de gestão. Embora diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas no sentido de estimular essa integração nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos para viabilizar os recursos financeiros e organizar estruturas técnico administrativas locais, a integração dessas duas áreas de conhecimento ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas UBS (BRASIL, 2018b).

2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde foi abordada nos seguinte nove tópicos: histórico, definição, tipos de estudos avaliativos, o ambiente das intervenções em saúde, teorias, modelos e indicadores, envolvimento dos usuários e as avaliações participativas e colaborativas, a meta-avaliação, a avaliação dos serviços na atenção primária e a avaliação dos programas de prevenção na assistência pré-natal no contexto da atenção primária.

2.3.1 Histórico

A avaliação sistemática das intervenções sociais é uma atividade muito antiga. Há quatro mil anos, os chineses já utilizavam métodos avaliativos formais para recrutar seus “funcionários públicos”. A história moderna da avaliação no ocidente começa no século XVIII na Grã-Bretanha e na França e desde então aconteceram etapas marcantes da história da avaliação que foram divididas em quatro períodos ou gerações (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2013).

No primeiro período (século XIX até 1930), da mensuração, o papel do avaliador era o de um técnico que tinha de saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida. O objeto de interesse são os indivíduos. No segundo período (até os anos cinquenta), o da descrição, “medida” e “avaliação” se tornaram conceitos distintos e o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados. O avaliador deixa de ser considerado um mero técnico e há uma mudança do foco de interesse dos sujeitos para o programa. O terceiro período é o do julgamento, em que o avaliador assumia o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva anterior. Este período se inicia nos anos 1960 e vai até o final dos anos 1980, com o advento do próximo período. As certezas e o ideal de verdade subjacentes ao método positivista dão lugar às dúvidas, no quarto período. O papel de moderador do avaliador prevalece sobre as funções de técnico, de descritor e de juiz (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2013; KANTORSKI *et al.*, 2009). A avaliação participativa tem origem na reforma sanitária do século XX e possibilitou pensar a avaliação não somente como técnica, mas também como dispositivo de emancipação para todos os envolvidos: especialistas, cidadãos, decisores e grupos marginalizados (DUBOIS; CHAMPAGNE;

BILODEAU, 2013; KANTORSKI *et al.*, 2009). Este enfoque aparece com várias denominações: *empowerment evaluation*, que pode ser traduzido como avaliação que auto fortalece, avaliação de quarta geração ou construtivista (FURTADO; CAMPOS, 2008). As desilusões acerca da capacidade real dos avaliadores para induzir mudanças sociais levam a uma abordagem mais pragmática, mais desejosa de considerar as necessidades dos clientes e dos usuários das avaliações (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2013).

A caracterização do percurso da avaliação em etapas ou gerações se apresenta como recurso pedagógico útil, possibilitando indicar diferentes tendências na área, que predominaram sobre outras em determinados momentos. No entanto, não permite explicar a simultaneidade de referenciais que vem caracterizando o espaço da avaliação, no qual os polos que enfatizam a mensuração do objeto avaliado coexistem e influenciam aqueles dirigidos a descrever ou julgar o mesmo (FURTADO; SILVA, 2015).

2.3.2 Definição

Não existe consenso na literatura sobre o que seja avaliação, há várias definições que traduzem a evolução de diferentes concepções no curso do tempo (HARTZ; CAMACHO, 1996). CONTANDRIOPOULOS (2006), define avaliação como um julgamento de valor de uma intervenção, que se faz através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diversos atores envolvidos se posicionarem ou construírem um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Em relação às intervenções em saúde, podemos entender como programas, políticas, projetos, serviços ou componentes destes. Segundo TANAKA e MELO (2001), ao avaliarem, identifica-se uma situação específica como problema e utilizam-se teorias, conceitos, referências e instrumentos de diversas áreas do conhecimento, para emitir um juízo de valor, inerente a este processo. Segundo os autores, a avaliação deve ser compreendida como uma área de aplicação e não como uma ciência; e como uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas. Já para L. M. V. Silva (2005), há uma diversidade de possibilidades de expressão como faixas ou pontos de um espectro, cujo extremo esquerdo pode ser representado pelas avaliações presentes na vida cotidiana e o outro extremo pela investigação avaliativa. A avaliação

das práticas cotidianas corresponderia a um julgamento que se faz a partir do recurso oriundo do “senso comum”, a técnicas não sistemáticas de observação e à análise e formulação de juízos de valor dicotômicos e simplificados. A pesquisa avaliativa corresponderia ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características destas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através do recurso a metodologias científicas. Entre esses dois extremos opostos do espectro da avaliação estaria uma multiplicidade de possibilidades de avaliação para a gestão ou avaliação administrativa em saúde, que podem ser consideradas pesquisas avaliativas, se recorrerem à metodologia científica e vierem a preencher uma lacuna no conhecimento sobre a situação de controle de determinado problema de saúde (SILVA, L. M. V., 2005).

Pode-se conceber que os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Para Tanaka e Melo (2001), antes de iniciar uma avaliação, devemos identificar o quanto da situação problema pode ser modificada ou afetada pela nossa intervenção direta; e as seguintes perguntas devem ser feitas: a) Minha ação pode ter algum grau de influência para modificar a situação identificada como problema? b) Posso ter algum grau de influência sobre as pessoas envolvidas nesta situação? Se a resposta para estas questões é sim, ainda que parcialmente, podemos decidir por iniciar uma avaliação.

A avaliação como elemento do trabalho cotidiano de saúde, não pode estar deslocada do contexto do sistema de saúde e da rede de serviços de saúde, e parte da análise e do conhecimento existentes, da situação que se quer avaliar (SILVA, L. M. V., 2014; TANAKA; MELO, 2001). Quando a seleção de prioridades para a avaliação, envolve pessoas chave, aumentam as chances de que as prioridades selecionadas sejam aquelas mais relevantes para os gestores, pois traz à tona quase sempre problemas relacionados a gestão, com ênfase nas carências estruturais ou nas questões relacionadas aos agentes do programa. A opção de conduzir a seleção de prioridades a partir de problemas terminais de saúde (morbidade e mortalidade), auxilia na objetivação da avaliação e possibilita direcionar todo o processo de avaliação para a problemática da saúde. Salvo algumas exceções, os problemas da

gestão inevitavelmente aparecem como obstáculos a sua implantação ou boa operacionalização (SILVA, L. M. V., 2014). Furtado (2001), propõe um método construtivista para a avaliação em saúde, com a instauração de um processo participativo em avaliação em que a coleta, análise e definição de ações práticas ocorrem conjuntamente, superando a linearidade do planejamento tradicional em que primeiro deve-se elaborar diagnósticos exaustivos, para depois compor um plano total e, somente depois, desencadear operações.

2.3.3 Tipos de estudos avaliativos

Existem dois tipos principais de estudos avaliativos de uma intervenção e, o julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CHAMPAGNE; HARTZ; *et al.*, 2013; CONTANDRIOPOULOS, 2006). De acordo com Champagne, Hartz *et al.* (2013), a pesquisa avaliativa pode classificar-se em seis tipologias de análise: a) análise estratégica (pertinência da intervenção); b) análise lógica (mérito da intervenção); c) análise de produção (recursos utilizados, o volume e a qualidade dos serviços prestados); d) análise dos efeitos (eficácia da intervenção); e) análise de eficiência (relação entre os recursos e os efeitos obtidos); f) análise de implantação (relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto).

Na pesquisa avaliativa, permite-se analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. Já na avaliação normativa emite-se um julgamento sobre uma intervenção comparando, por um lado, os recursos empenhados e sua organização (estrutura), os serviços e bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com, por outro lado, critérios e normas (CHAMPAGNE; HARTZ; *et al.*, 2013). Na avaliação normativa procura-se responder a três perguntas relativas ao resultado: Os recursos são adequados para que se obtenha os resultados esperados? Os serviços são adequados para que se obtenha os resultados? Os resultados obtidos correspondem aos almejados? Cinco critérios permitem responder a estas perguntas: a fidelidade-ou a conformidade àquilo que era previsto; a cobertura-ou a capacidade da intervenção de alcançar as clientela focalizadas; a qualidade; os efeitos e os custos (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; *et al.*, 2013). Importante salientar que a qualidade dos

resultados da avaliação normativa depende da escolha adequada das normas que serão adotadas e na força do vínculo causal entre as estruturas, os processos e os resultados (DONABEDIAN, 1968, 1988). Embora distintas e até opostas em sua concepção filosófica, as definições descritas, em sua essência, enfatizam os seguintes aspectos da avaliação: ela é a emissão de juízo de valor sobre determinada intervenção; deve ser incluída no processo de planejamento das ações; tem o papel de subsidiar a gestão, e não visa a castigar as pessoas atingidas ou envolvidas nela, mas melhorar seu desempenho (MINAYO, 2008).

No modelo de Donabedian (1968, 1988, 2003), os principais componentes de uma intervenção correspondem a estrutura, ao processo e ao resultado. Uma estrutura (insumos, recursos humanos, padrão organizacional) adequada favorece a realização de um processo (a intervenção propriamente dita) de melhor qualidade, que por sua vez associa-se a melhores resultados ou efeitos sobre a clientela e situação de saúde da população. A abrangência dessa classificação e a redução que ela opera do real são limitações já reconhecidas (DONABEDIAN, 2003; SILVA, L. M. V., 2005), mas que não a impedem de prosseguir contribuindo para sistematizar os estudos avaliativos, principalmente quando se quer avaliar práticas clínicas (DONABEDIAN, 2003). Segundo Donabedian (1988, 2003), a maneira mais direta de avaliar a qualidade do cuidado seria analisar os processos que o constituem, sendo as abordagens de estrutura e os resultados formas indiretas para realizá-las. Tanaka e Melo (2001), também orientam começar com a avaliação do processo ou das atividades desenvolvidas e baseadas em padrões, e a partir daí desenvolver a avaliação de estrutura e/ou resultado.

No entanto, defendem que, qualquer que seja o componente inicial selecionado na avaliação, é desejável que se analise a inter-relação e interdependência, que facilite responder às hipóteses formuladas e propicie maior efetividade nas decisões a serem tomadas. Quando relacionamos estes componentes à avaliação, determinamos o foco específico a ser abordado na avaliação. Outros modelos surgiram, outras nomenclaturas para os componentes da intervenção como insumos, atividades, produtos, resultados e impacto, como no modelo do Centers for Diseases Control (CDC) (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999); ou do modelo contexto, insumo, processo, produto (CIPP) (STUFFLEBEAM; CORY, 2014).

2.3.4 O ambiente das intervenções em saúde

A atividade dos sistemas de saúde ocorre em diferentes níveis: o nível macro (sistemas de saúde globais e nacionais), o nível meso (sistema de saúde local e distrital) e o nível micro (unidades de saúde individuais até a interface paciente-provedor) (DANIELS, 2018). Os sistemas de saúde existem dentro e, são sensíveis a contextos particulares. Em outras palavras, os sistemas de saúde são sensíveis a fatores políticos, sociais e econômicos que ocorrem localmente, nacionalmente e internacionalmente; interagindo com a população e com contextos específicos em que estão embutidos (DANIELS, 2018). A informação e o estudo dos contextos é fundamental para o planejamento e desenvolvimento de políticas e visa identificar os fatores que podem facilitar ou dificultar a implantação de uma intervenção (CHAMPAGNE; HARTZ; *et al.*, 2013; DANIELS, 2018; HARTZ; CAMACHO, 1996; PFADENHAUER *et al.*, 2017; SCAMMON *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que o uso da palavra “contexto” e seus significados variam amplamente na literatura da saúde sem definições consensuais e descrições, bem como limites claramente delineados (PFADENHAUER *et al.*, 2017). E a literatura nem sempre é clara sobre a diferença entre contexto e ambiente, com alguns autores usando os termos indistintamente e outros que distinguem os dois (DANIELS, 2018; PFADENHAUER *et al.*, 2017). Além disso, na literatura há um fraco relato do contexto em estudos primários (DANIELS, 2018; PFADENHAUER *et al.*, 2017; SCAMMON *et al.*, 2013). De acordo com o dicionário online, um contexto significa uma relação de dependência entre as situações que estão ligadas a um fato ou circunstância (“CONTEXTO”, c2020). Para Hartz e Camacho (1996), as mudanças nos fatores contextuais têm potencial de exercer um forte impacto sobre a sustentabilidade de um projeto e podem estar relacionadas às situações políticas, socioeconômicas e à estrutura administrativa em seus vários níveis. Para Champagne, Hartz *et al.* (2013), por ambiente da intervenção entende-se os aspectos físico, jurídico, simbólico, histórico, econômico e social que estruturam o campo em que a intervenção é implementada, bem como todos os outros sistemas de ação organizados com os quais a intervenção interage. Para Pfenhauer *et al.* (2017) o contexto é conceituado como um conjunto de características e circunstâncias que consistem em fatores únicos e ativos que cercam a implementação, interagindo, influenciando, modificando; e facilita ou restringe a intervenção e sua implementação. E é determinado por fatores

situacionais, estruturais, culturais e internacionais ou exógenos (DANIELS, 2018; PFADENHAUER *et al.*, 2017). Weiner (2004) e Weiner *et al.* (2010), utiliza o termo “contexto do paciente” para os elementos do ambiente ou comportamento de um paciente que são relevantes para os seus cuidados e na interação entre paciente e o sistema de saúde.

Em resposta ao fraco relato do contexto nos estudos primários, Scammon *et al.* (2013) desenvolveram uma ferramenta para os pesquisadores com quem trabalhavam, para ser usada na coleta de informações contextuais em estudos primários usando desenhos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. Esta ferramenta é baseada na experiência de coleta de informações contextuais em 14 equipes de pesquisa em cuidados primários. Ao publicar suas conclusões, cada uma das 14 equipes adicionou as informações contextuais que coletaram, como apêndices para o artigo principal. Os autores classificaram três níveis específicos de fatores contextuais (nível 1 – de práticas, nível 2 – organizacional, nível 3 – ambiente externo). Os três níveis destacam a interrelação e às vezes a natureza hierárquica dos fatores contextuais. No nível de prática incluem as características que descrevem o cenário de prática e as que são diretamente relacionadas a experiência dos profissionais e pacientes (exemplo: capacidades estruturais; número de profissionais e carga horária; dados demográficos, atitudes e capacitação dos profissionais; número de pacientes atendidos e status socioeconômico dos pacientes). O segundo nível engloba fatores associados à organização-maior, com a qual uma prática individual está associada (exemplo: crise financeira, integração das RAS, arranjos contratuais). E o terceiro nível inclui fatores fora da prática e organização como o sistema de cuidados de saúde, políticas e o meio comunitário relevante para a pesquisa (exemplo: características comunitárias como nível de urbanização, disponibilidade de transporte, status socioeconômico). A motivação e os caminhos da implementação são temas transversais aos níveis específicos de fatores contextuais. Alguns autores estimulam os investigadores que realizam pesquisas primárias a considerar o uso de uma ferramenta como a desenvolvida por Scammon *et al.* (2013) ou desenvolver uma ferramenta própria para a investigação dos contextos. O uso de tais ferramentas pode melhorar a riqueza do registro do contexto em que o estudo foi realizado e onde foi implementada a intervenção que será avaliada (DANIELS, 2018).

2.3.5 Teorias, modelos e indicadores

Uma vez definida a intervenção a ser avaliada, temos que obter uma compreensão precisa das relações que esta mantém com o contexto em que ocorreu, e de sua lógica. É importante lembrar que toda intervenção programática em saúde carrega uma teoria subjacente às suas práticas. Chen (2012) define teoria do programa como um conjunto de suposições explícitas ou implícitas por partes interessadas sobre o que é necessário para resolver um problema social, ou problema de saúde e por que o problema irá responder a esta ação.

O objetivo da avaliação orientada pela teoria não é apenas avaliar se uma intervenção funciona ou não funciona, mas também como e por que ela faz isso. A informação é essencial para que as partes interessadas melhorem os seus programas existentes ou futuros. A teoria pode ser considerada como causal quando tem por objetivo explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados; e normativa ou prescritiva, quando está voltada para definir a imagem objeto da intervenção. Na análise da rede causal do problema, pode-se considerar a macroteoria do programa, que requer o recurso de uma teoria sociológica sobre as práticas sociais; e a microteoria do programa, que corresponde ao estabelecimento de relações entre os recursos disponíveis, as atividades e os resultados. A microteoria é obrigatória em qualquer tipo de avaliação, seja ela normativa ou avaliativa (SILVA, L. M. V., 2014). A ênfase na teoria como estratégia metodológica privilegiada para a avaliação de programas, remete à elaboração de modelos lógicos como componentes deste processo (CHEN, 2012).

O desenho do modelo lógico é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, sendo muitos os caminhos que podem ser utilizados na sua construção (MEDINA, 2005). Basicamente, o modelo lógico é uma maneira sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre os recursos disponíveis para as ações programadas e as mudanças ou resultados que se espera alcançar (W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2004). O modelo lógico de uma intervenção pode ser apresentado de variadas formas, seja por meio de texto, fluxograma, mapa ou tabela; sendo que os diagramas são os que melhor permitem a visualização dos vínculos entre os diferentes elementos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999). Ele também é utilizado para a definição de indicadores que serão utilizados para a avaliação das atividades do programa e de seus efeitos

esperados, pode exibir a infraestrutura necessária para apoiar as atividades do programa, e fornece uma referência para uma ou mais avaliações do programa (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999; CHEN, 2012; MINAYO, 2011; TAYLOR-POWELL; HENERT, 2008; W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2004). Um modelo lógico detalhado pode também reforçar as alegações de causalidade e ser uma base para estimar o efeito do programa em pontos extremos que não são medidos diretamente, mas que estão ligados em uma cadeia causal apoiada por pesquisa prévia (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999; MINAYO, 2011; TAYLOR-POWELL; HENERT, 2008). Famílias de modelos lógicos podem ser criadas para exibir um programa em diferentes níveis de detalhe, de diferentes perspectivas, ou para diferentes públicos. Os elementos que compõem um modelo lógico incluem os insumos, as atividades, os produtos e os efeitos imediatos, de médio e de longo prazo do programa (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999; TAYLOR-POWELL; HENERT, 2008; W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2004). Efetivamente, a modelização das intervenções compreende três modelos principais: o modelo causal, o lógico teórico e o lógico operacional. O modelo causal representa o problema a ser corrigido e suas causas. O modelo lógico teórico representa o caminho lógico entre as causas imediatas e as causas distantes focalizadas pelo programa. O modelo lógico operacional representa a maneira como o programa deveria permitir os objetivos de intervenção (CHAMPAGNE; HARTZ; *et al.*, 2013).

O indicador é uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar. Ele é representado por uma variável numérica ou uma qualidade do evento, e é válido para o contexto específico do que se está avaliando. Para se chegar ao juízo de valor, que é o pressuposto da avaliação, é imprescindível a comparação dos indicadores com parâmetros definidos (TANAKA; MELO, 2001; W.K. KELLOGG FOUNDATION, 2004). O parâmetro, é uma referência adotada por quem está avaliando, deve ser um referencial factível no contexto do programa avaliado e pode ser baseado na situação inicial que se quer modificar, no objetivo da avaliação ou no conhecimento científico prévio (TANAKA; MELO, 2001). Para L. M. V. Silva (2014), também deve se apoiar na consulta a um painel de especialistas.

Para vários autores, a avaliação que melhor consegue compreender e explicar as situações sociais e de saúde alia as abordagens quantitativas e qualitativas

(MINAYO, 2011; STECKLER *et al.*, 1992). O uso de métodos mistos (qualitativos e quantitativos) na avaliação pode se dar no planejamento da pesquisa (desenho quali e quanti), na coleta de dados (variadas fontes e instrumentos) e na análise dos dados (estatísticos e interpretativos) (O'CATHAIN; THOMAS, 2009). O fenômeno social (intervenção em saúde) é complexo, dinâmico e contextualmente diverso; e os desafios políticos, organizacionais e interpessoais envolvidos na avaliação impõem a utilização de múltiplas ferramentas. Na tipologia dos métodos mistos há a triangulação (uso de diferentes técnicas para gerar achados que sejam convergentes em relação a um mesmo fenômeno, em busca de concordância), complementariedade (uso de diferentes técnicas/métodos para caracterizar diferentes faces de um mesmo fenômeno permitindo uma visão mais abrangente), desenvolvimento (uso sequencial ou concomitante de diferentes técnicas/ métodos em que um é utilizado explicitamente para auxiliar ou melhorar as informações coletadas pelo outro), expansão (uso de diferentes técnicas/métodos de modo a ampliar a abrangência da compreensão sobre o avaliando ou a avaliação, buscando descobrir o que não se encaixa e produzindo um novo conhecimento sobre o objeto). Os propósitos dos métodos mistos são aumentar a validade e a credibilidade na inferência (triangulação) e maior compreensão dos achados (complementariedade, desenvolvimento e expansão) (GREENE *et al.*, 2001). Enquanto o aprimoramento das alternativas metodológicas na pesquisa avaliativa contribui para o aumento da validade interna da pesquisa, a principal vantagem de uma avaliação orientada pela teoria (*theory-driven evaluation*) é poder contribuir para a reprodutibilidade ou validade externa, fornecendo resultados generalizáveis a outras populações, contextos ou períodos; relacionados à robustez e capacidade de explicação da teoria no seu confronto com a realidade empírica, especialmente nos estudos de caso (HARTZ, 1999; MEDINA, 2005).

A realidade concreta pode ser reconhecida por meio de dados subjetivos (significados, intencionalidades, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequências e outras) inseparáveis e interdependentes (MINAYO, 2011).

2.3.6 Envolvimento dos usuários potenciais e as avaliações participativas e colaborativas

Segundo Patton (1997), uma abordagem que enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação dos pontos fortes e fracos, especialmente a partir da perspectiva daqueles que estão diretamente implicados no programa, aumenta a relevância, a compreensão e a autoria da avaliação, tornando-a útil e de alta qualidade.

De acordo com Smith (1989) e Thurston e Ramaliu (2005) é importante que avaliadores e usuários potenciais possam: a) identificar propósitos e objetivos da intervenção; b) descrever o modelo lógico do programa; c) delimitar o modelo teórico de avaliação; d) apontar critérios que possam ser utilizados em uma meta-avaliação.

Cousins e Whitmore (1998), também enfatizam a incorporação de diferentes interessados (Stakeholders) ao processo avaliativo como uma forma de aumentar a relevância e apropriação dos resultados, a utilização da avaliação e favorecendo deste modo, que haja o comprometimento com as mudanças. Esses autores apresentam duas formas de avaliação participativa, uma pragmática (APP) e a outra transformadora (APT). A APP surgiu inicialmente nos EUA e Canadá e auxilia a tomada de decisão e a solução de problemas organizacionais ou de programa. Nesta corrente, avaliadores assumem responsabilidade para realizar tarefas técnicas e stakeholders atuam predominantemente na definição do problema da avaliação, em atividades para determinar seu escopo e, posteriormente, na interpretação dos dados resultantes do estudo. A APT surgiu no início da década de 1970, na América Latina e África, orientou-se por princípios de emancipação e justiça social buscando dar poder a membros de grupos comunitários em posição desfavorável, e teve Paulo Freire como uma figura central na constituição de seus fundamentos filosóficos. Mesmo tendo objetivos centrais, funções e raízes históricas e ideológicas distintas ambas têm a intenção de envolver stakeholders e membros de comunidade no projeto de avaliação, e no desenvolvimento de conhecimento local válido, baseado em compreensão compartilhada e em construção conjunta de significados.

As etapas do processo avaliativo segundo modelo do CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999) e Davis (2006), são as seguintes:

- a) definir finalidade, princípios e normas da avaliação;
- b) envolvimento dos interessados: pessoas envolvidas em, ou afetadas pelo programa e usuários primários da avaliação para análise do programa, viabilidade da avaliação, alianças, consenso sobre o objetivo da avaliação;
- c) descrever o programa: elaboração de modelos lógicos;

- d) definir o foco e projeto de avaliação: elaboração das perguntas de pesquisa/avaliativas, usuários, usos, métodos, avaliação das necessidades, avaliação formativa, avaliação de processos e desempenho, avaliação de impacto;
- e) obter evidências confiáveis: métodos qualitativos e quantitativos, teste piloto/validar métodos, implementação do plano de avaliação, coleta-análise e armazenamento dos dados;
- f) justificar conclusões: organizar os dados da avaliação;
- g) compartilhamento das lições aprendidas, relatório de resultados, assegurar o uso. A ênfase destas etapas do processo avaliativo, é a avaliação focada na utilização para melhorar ou assegurar impacto do programa avaliado.

Rodríguez-Campos e Rincones-Goméz (2012) utilizam a expressão 'avaliação colaborativa' na perspectiva de ampliação do papel dos stakeholders. Para estes autores, os avaliadores criam intencionalmente um ambiente de parceria entre avaliadores e stakeholders. De acordo com o tipo e o nível de participação desses atores, os autores identificam as avaliações segundo três abordagens: a) colaborativas; b) participativas; c) de empoderamento.

Na avaliação colaborativa, o envolvimento dos stakeholders ocorreria para fortalecer o desenho avaliativo, ampliando a coleta de informações e a compreensão dos resultados pelos interessados, de forma a aumentar sua utilização e sua influência, sendo os avaliadores responsáveis pela condução do processo. Na avaliação participativa, a proposta é que o envolvimento dos atores seja feito desde a definição da avaliação, construção dos instrumentos de coleta, análise dos achados, até a divulgação e a disseminação dos resultados. Nesta abordagem a função dos avaliadores seria de compartilhar todo o processo de avaliação com os atores. Na abordagem de empoderamento, os stakeholders controlariam todo o processo da avaliação, conduzindo a coleta e a análise das informações, assim como sua disseminação. A função dos avaliadores seria estimular a capacidade decisória e de ação dos envolvidos, mantendo o rigor e o foco da avaliação. Esta abordagem visa a mudança na postura dos diversos atores, estimulando a justiça social. Assim sendo, considerando-se o grau de inserção dos stakeholders no processo avaliativo, a abordagem colaborativa de Rodríguez-Campos e Rincones-Goméz (2012) aproxima-se da APP de Cousins e Whitmore (1998), mas diferencia-se dela por preconizar sua

participação em todos os momentos da avaliação, embora o controle do processo avaliativo continue nas mãos da equipe de avaliação (CARDOSO, G. C. P. *et al.*, 2019). Os componentes do modelo de avaliação colaborativa são: identificar a situação, clarificar as expectativas, estabelecer um compromisso coletivo, assegurar uma comunicação aberta, incentivar práticas efetivas, seguir diretrizes específicas. Esse modelo envolve seis componentes interativos em que estão incluídas atividades voltadas para o planejamento, execução e divulgação dos resultados. No modelo não necessariamente existe uma sequência cronológica, mas o primeiro componente deve permitir identificar a situação como um todo, incluindo os diversos Stakeholders, e a intervenção que será avaliada. E o último destaca a importância de seguir as diretrizes que regem a qualidade dos processos avaliativos, assim como da avaliação colaborativa (RINCONES-GÓMEZ; HOFFMAN; RODRÍGUEZ-CAMPOS, 2016).

2.3.7 A meta-avaliação

A meta-avaliação, ou seja, a avaliação da avaliação, utiliza critérios mínimos para a verificação dos quatro parâmetros internacionais de qualidade dos estudos de avaliação: a utilidade, pois jamais deve-se empreender uma avaliação inútil; a viabilidade do ponto de vista político, prático e de custo benefício; a ética que ressalta os valores dos interessados; e a precisão técnica (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999; CONTANDRIOPOULOS, 2006; DAVIS, 2006; FIGUEIRÓ; THULER; DIAS, 2008; JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION, 1981; MINAYO, 2008). Figueiró, Thuler e Dias (2008), acrescentam um quinto parâmetro: especificidade do objeto em foco.

Como não existe uma definição universal da avaliação, não pode existir uma definição universal da utilização. Qualquer definição desta última dependerá, necessariamente, de uma definição prévia da avaliação e dela será derivada (PATTON, 1997). No entanto, nenhuma regra universal permite garantir uma utilização ótima da avaliação (LEVITON; HUGHES, 1981). A utilização depende da natureza da intervenção e do contexto em que ela acontece; mas será tanto maior quanto todos os atores envolvidos, mantiverem inter-relações constantes. Segundo Patton (1997), a utilização não deve se reduzir a elaboração do relatório da avaliação e de sua divulgação. Sem dúvida que estas estratégias são importantes para a difusão, mas podem não ser legitimadas pelos potenciais usuários da avaliação e por

isto não se transformar em objeto de uso. A garantia do uso dos resultados da avaliação, deve ser prevista, desde o seu planejamento, para que sejam definidos os meios para o envolvimento dos potenciais usuários da avaliação. Assim, o grande desafio nesta era contemporânea da informação não é apenas a capacidade de produzir, armazenar ou transmitir informação, mas sim reconhecer o que é importante saber e, de fato, utilizar esta informação.

Pretende-se realizar uma pesquisa avaliativa colaborativa, que busca a produção de conhecimento e a utilidade deste para melhorar a intervenção estudada; viável do ponto de vista político, prático e de custo-benefício; que ressalta os valores dos interessados e com precisão técnica.

2.3.8 Avaliação dos serviços de saúde no cenário da Atenção Primária à Saúde

O compromisso político de fortalecer a avaliação da Atenção Básica como uma estratégia do SUS foi assumido pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). O Proesf compreendeu os anos de 2002 a 2009 e um dos seus três componentes técnicos foi destinado para apoio à estruturação e implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processos e desempenho dos serviços de saúde na Atenção Básica. Coube à Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do DAB da Secretaria de Atenção à Saúde o desenvolvimento deste componente (BRASIL, 2004; CORDEIRO *et al.*, 2009). Neste contexto, Camargo Júnior *et al.* (2006), apresentaram uma proposta de avaliação da Atenção Básica acreditando que a efetiva consecução dos objetivos do SUS em sua plenitude depende também da incorporação dos processos de avaliação à sua dinâmica de funcionamento.

O primeiro instrumento de avaliação da APS foi o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* elaborado por Starfield nos EUA que, ao compor os indicadores de saúde, apoiou-se nos pressupostos de Donabedian. O *PCATool* foi validado nos EUA em 1998 e no Brasil em 2010, sendo utilizado pelo MS (CASTANHEIRA *et al.*, 2015).

No Brasil uma das primeiras iniciativas de institucionalização da avaliação da APS no SUS, como estratégia indutora de avaliação em saúde, foi o projeto *Avaliação para a Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ)*, que contou com a cooperação técnica e financeira da OPAS e do Banco mundial. Foi lançada em 2005 pelo DAB do MS com uma metodologia de autoavaliação e autogestão (CASTANHEIRA *et al.*, 2015)

(BRASIL, 2015b). A partir da experiência com o projeto AMQ, em 2011 a PNAB por meio da iniciativa “Saúde mais perto de você”, lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), como garantia de manter um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local (BRASIL, 2015b).

Até o momento foram realizados três ciclos do PMAQ. O terceiro ciclo (2016/2017) foi organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (BRASIL, 2015b).

A adesão das equipes teve caráter voluntário e pressupôs um processo de pactuação de compromissos a serem firmados pelas equipes da AB, os gestores municipais e o MS. Para contratualização e certificação das equipes de AB foram selecionados 11 indicadores de desempenho que foram subdivididos em quatro grupos: a) acesso e continuidade do cuidado; b) coordenação do cuidado; c) resolutividade da Equipe de Atenção Básica; d) abrangência de oferta de serviços.

Para a certificação também se considerou a implementação de processos autoavaliativos e uma avaliação externa.

A recontratualização caracteriza-se pela pactuação dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2015b).

O Eixo de desenvolvimento foi organizado em cinco dimensões:

- a) Autoavaliação (foi verificada no processo de certificação, compondo uma parte do desempenho da equipe);
- b) Monitoramento (dos indicadores contratualizados e das ações desenvolvidas pelas equipes, que foram verificados no processo de certificação, compondo uma parte do desempenho da equipe);
- c) Educação Permanente (vinculação dos processos de educação permanente às estratégias de apoio institucional);
- d) Apoio Institucional (pode se dar em três planos: o das relações interfederativas, relativo ao desenho e articulação da atenção básica com outros pontos de atenção da rede bem como das linhas de cuidado e no que se refere ao processo de trabalho das equipes e à micropolítica do cotidiano);

e) Cooperação Horizontal (compartilhamento de experiências das equipes participantes que possibilite o aprimoramento de suas práticas).

Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passa a receber mensalmente os valores diferenciados do componente de qualidade do PAB variável, conforme o desempenho alcançado por cada equipe contratualizada, mediante transferência fundo a fundo (BRASIL, 2016c). O desempenho das equipes poderá ser comparado com as demais e também com a sua evolução, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população (BRASIL, 2015b).

A autoavaliação é o ponto de partida do eixo de desenvolvimento, é um dispositivo que pretende provocar na equipe a constituição de um grupo sujeito da mudança e da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação.

Na avaliação externa são observados a infraestrutura e condições de funcionamento, entrevistas com os profissionais das equipes participantes e verificação de documentos (BRASIL, 2015b). O instrumento de avaliação externa para as equipes de AB e Saúde Bucal foi organizado em seis módulos, conforme o método de coleta de informações: Módulo I (observação da UBS: objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS), Módulo II (entrevista com o profissional da equipe da UBS e verificação de documentos na UBS: objetiva avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários), Módulo III (entrevista com o usuário- pesquisa de satisfação: não foi utilizado para a certificação das equipes), Módulo IV (entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na UBS), Módulo V (observação da UBS para saúde bucal) e Módulo VI (entrevista com profissional da saúde bucal). Para cada módulo, os padrões de acesso e qualidade verificados para as equipes são classificados como essenciais, estratégicos e gerais. No Módulo I, há a verificação de insumos diretamente associados ao controle da SC e assistência ao pré-natal, dentre outros a caderneta da gestante, teste rápido para gravidez, teste rápido para sífilis, preservativos masculino e feminino, penicilina benzatina para ser dispensada. O Módulo II contempla dentre outros, a Atenção ao Pré-natal e Puerpério com a verificação se a equipe realiza consulta de pré-natal, utiliza protocolos para estratificação de risco da gestante, utiliza caderneta da gestante; se o exame para sífilis é ofertado no município, se possui acesso satisfatório e se o resultado é

conhecido em tempo oportuno; se a UBS realiza a aplicação da penicilina benzatina. Outros itens importantes na avaliação da qualidade dos processos de trabalho na APS são: apoio matricial para as equipes de AB, educação permanente dos profissionais da AB e qualificação das ações desenvolvidas (como participação em atividades educativas, integração ensino serviço), atividades de telessaúde, territorialização e população de referência, organização dos prontuários, planejamento da equipe e apoio institucional, organização da agenda (exemplo como se dá as marcações de consultas), oferta de serviços (como exemplo se os exames são coletados e quais realizados na UBS, realização de procedimentos de medicação injetável), relação da AB com outros pontos de Atenção à Saúde, planejamento familiar, visita domiciliar (número de ACS na equipe, se há população descoberta por ACS), dentre outros.

O PMAQ-AB é considerado por alguns estudiosos como uma avaliação de quarta geração tendo como diretriz o estímulo à mudança de trabalho na APS por meio da avaliação dos serviços de saúde. É a principal alternativa institucional de avaliação da APS, com abrangência nacional como parte da PNAB (BRASIL, 2015b). É considerado uma das maiores iniciativas mundiais para melhorar a APS. Ele está sendo utilizado para compreender as condições estruturais que os trabalhadores da linha de frente da rede básica enfrentam.

Alguns autores encontraram melhorias na APS, associadas ao PMAQ-AB (MORAIS, 2016; SODRÉ, 2015). Isto abre um campo de investigação no município, se as UBS que aderiram ao PMAQ-AB e/ou tiveram melhores avaliações, também apresentaram melhorias na assistência ao pré-natal e no controle da SC. Pois, a adesão das equipes tem caráter voluntário e pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados pelas equipes de AB, os gestores municipais e o MS. Outra possibilidade é desenvolver pesquisas utilizando o PMAQ-AB em termos de determinar se os incentivos financeiros proporcionados em nível municipal melhoram a qualidade da assistência à saúde e promovem a equidade (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

2.3.9 Avaliação de programas de prevenção da sífilis congênita na assistência ao pré-natal, no cenário da Atenção Primária à Saúde

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica a partir do ano de 2010 até janeiro de 2020 para localizar artigos, dissertações ou teses sobre avaliação em saúde, com

abordagem das ações para prevenção da TMF da sífilis durante a gestação, na APS, isoladamente ou integrada à avaliação da prevenção da TMF do HIV. A partir da pesquisa dos descritores em Ciências da Saúde, na base DeCs, foram utilizadas na pesquisa bibliográfica os descritores em português e inglês: avaliação, sífilis, pré-natal (ou gestação), por representarem o assunto de forma ampla. Pesquisou-se os descritores em todos os campos. A pesquisa foi realizada através do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Portal Capes, via PubMed e via Biblioteca Digital de teses e Dissertação (BDTD). Após a leitura dos resumos foram selecionadas as pesquisas brasileiras que se relacionavam à prevenção da TMF da sífilis, na assistência ao pré-natal, na APS. Talvez o número de bibliografias seja maior que o encontrado devido ao fato da palavra avaliação ser substituída por outras, mesmo quando de fato foi realizado a avaliação de uma intervenção. Por outro lado, foram encontrados artigos em que a palavra avaliação foi utilizada, e que foram feitas apenas descrições sobre a intervenção, sem estabelecimento de parâmetros, critérios e/ou julgamento de valor.

Na década de 2000, a SC era um agravo sem controle em Fortaleza, havia uma subnotificação de casos, 70% da população utilizava serviços públicos de saúde e quase 70% dos casos notificados de SG no período de 2001 a 2009, as mulheres frequentaram o pré-natal e apenas 46% foram diagnosticadas durante a gestação. As investigações de M. A. L. Araújo *et al.* (2014) e Guanabara (2011) e desenvolveram-se neste contexto. Fortaleza é dividida em seis regiões denominadas secretarias executivas e regionais (SER). Guanabara (2011) descreve ter realizado uma pesquisa qualitativa cujo objetivo foi avaliar como se desenvolviam as ações de prevenção e controle da SC em Unidade Primária de Saúde da Família em Fortaleza. A pesquisa foi realizada em duas SER, a que mais notificou casos de SC e a que menos notificou no período de 2007 a 2009; sendo escolhidas duas unidades de cada SER seguindo o mesmo critério. Esse critério teve como base a ideia de que as notificações poderiam estar relacionadas à qualidade da implementação das ações de prevenção e controle da SC recomendadas pelo MS. Foram realizadas observação direta da unidade de saúde e da consulta médica e de enfermagem, entrevistas com profissionais de saúde, grupos focais com ACS e análise de cadernetas da gestante, a partir de roteiros padronizados. Os resultados descritos foram que as gestantes não têm acesso precoce ao pré-natal, ao exame de VDRL e ao tratamento (inclusive para as parcerias sexuais). A autora descreve que as ações para a prevenção e o controle da

SC não são desenvolvidas a contento nas unidades primárias de saúde. No estudo de M. A. L. Araújo *et al.* (2014), intitulado “*Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo*”, os autores descrevem que realizaram uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, de julho a outubro de 2011 em 89 Unidades de atenção primária, distribuídas nas seis SER. O objetivo foi avaliar a estrutura das UBS partindo do pressuposto que a estrutura afeta, em alguma medida, a assistência prestada pelos profissionais de saúde; e, avaliar os aspectos do processo de trabalho das equipes de saúde da Família em Unidades Primárias de Saúde de Fortaleza, Ceará, para desenvolver as ações de prevenção da SC. Realizou-se um *checklist* nas unidades através de instrumento padronizado, feito a partir dos documentos normatizados do MS, com itens para verificação da estrutura física, recursos materiais, recursos humanos e processo organizacional. Foram descritos os componentes avaliativos, suas variáveis, critérios de avaliação e julgamento. As unidades, de acordo com cada componente, foram classificadas como satisfatórias e insatisfatórias. Na classificação geral, encontrou-se que aproximadamente metade (47,2%) das unidades recebeu conceito insatisfatório. Estrutura física, recursos materiais, recursos humanos e processo organizacional seguiram esta mesma tendência. Em relação à Estrutura Física, destacou-se a ausência de sala de coleta de sangue, nos Recursos Materiais, a falta de medicamentos necessários para tratamento de anafilaxia. Em Recursos Humanos evidenciou-se o baixo índice de profissionais com capacitação em sífilis (21,3%) e anafilaxia (5,6%). A avaliação do processo organizacional apontou que o tempo de retorno dos exames em geral é igual ou superior a 30 dias, pouca realização de atividades educativas e que apenas 16,9% das unidades aplicam a penicilina em gestantes. O autor concluiu, a partir dos achados, que no geral, as unidades primárias de saúde não se encontravam em condições estruturais e processuais para contribuir para o controle da SC. No entanto, enfatizou que o maior entrave para o controle da SC residia no processo de trabalho, indicando a necessidade de uma melhor organização dos serviços. As recomendações elencadas foram adoção das ações corretivas necessárias e de avaliações periódicas com discussões envolvendo gestores, profissionais e comunidade.

Lopes (2010), em sua dissertação de mestrado, realiza uma avaliação da implementação das ações de prevenção da SC no pré-natal em Unidades de Saúde da Família (USF) de Cuiabá. No Mato Grosso, mesmo com a melhoria na notificação

da SC, o número de casos registrados estava abaixo do estimado. Isso sugeria que havia necessidade de implementar a vigilância desse agravo. Em Cuiabá, o maior número de casos notificados aconteceu entre os anos 2006 a 2008. Segundo estudo de prevalência para o centro-oeste, a estimativa de gestantes com sífilis que deveriam ser notificadas por ano seria de aproximadamente 120 casos, no entanto, foram notificadas apenas 23% do estimado no mesmo período. Os principais objetivos foram avaliar o grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis no momento do pré-natal e analisar fatores dos contextos externo e interno associados ao grau de implementação. Considerou-se critérios e normas do MS para a prevenção da SC, insumos e atividades, e o envolvimento dos usuários potenciais da avaliação. Fez-se a descrição do modelo lógico da intervenção, do modelo teórico da avaliação, dos indicadores utilizados, das matrizes de informação e de relevância e dos parâmetros utilizados para a caracterização do grau de implementação. Realizou-se um estudo transversal com revisão de prontuários, de casos notificados nos anos de 2007 e 2008 e não casos de sífilis na gestação; e, estudo de casos múltiplos (dois casos de Equipe de Saúde da Família com êxitos contrastantes em relação à notificação dos casos de SC). Os critérios de inclusão foram unidades de saúde da Família em bairros em que a população apresentou rendimentos até 2,91 salários-mínimos, ter ESF implantada há mais de três anos e equipe completa na hora da coleta de dados. Para o estudo de casos foram realizadas entrevistas semiestruturadas com médicos, enfermeiros, responsáveis pelo laboratório, responsáveis pela farmácia; e observação da infraestrutura. Também se realizou análise documental. A autora encontrou que o grau de implementação das ações para prevenção da SC no pré-natal de Cuiabá encontrava-se incipiente, atendendo a 47,5% dos critérios/indicadores definidos para a classificação. Citam-se fatores negativos: baixos percentuais de gestantes que realizaram o exame VDRL no primeiro trimestre de gestação e início do terceiro trimestre, baixo percentual de parceiros tratados, ausência de capacitação profissional para as ações de prevenção da SC, ausência de atividades de promoção da saúde e prevenção da TV da sífilis, ausência de incentivo ao uso de preservativo e indisponibilidade do medicamento na UBS. Em relação aos contextos, a autora, dentre outros:

- a) descreve a distribuição de renda nas quatro regiões administrativas do município relacionando os bairros com renda abaixo de 2,91 SM como áreas de vulnerabilidade social para os casos de sífilis na gestação;

- b) na caracterização das equipes aponta que há vínculos empregatícios precários e não há conselho gestor instituído;
- c) em relação à caracterização do contexto organizacional e sua capacidade técnica gerencial, descreve que apesar do município possuir orçamento e planejamento específicos para as ações de prevenção da TV da sífilis, não há registro de meta de redução dos casos de SC no Plano Municipal de Saúde e não há política de educação continuada definida;
- d) em relação às ações de controle da SC no pré-natal quase 80% das gestantes realizaram pré-natal (menos de 40% com seis ou mais consultas), 40% com dois ou mais testes, menos de 15% dos prontuários havia registros de testes para sífilis dos parceiros;
- e) em relação às ações de controle da sífilis nas duas USF a unidade que mais notificou também realizou mais exames para sífilis em número e no primeiro trimestre, com diferenças estatisticamente significativas entre as duas UBS
- f) os fatores associados a testagem para sífilis no pré-natal com significância estatística foram ter de 1 a 7 anos de estudo, mulheres não brancas e realizar cuidados pré-natais.

Elencou-se as seguintes recomendações:

- a) disponibilizar medicamentos e material de apoio às atividades educativas individuais e coletivas, em todas as UBS;
- b) investir em ações de capacitação permanente e sensibilização dos profissionais envolvidos no atendimento ao pré-natal e gestante com sífilis;
- c) ter o protocolo de prevenção da TV do HIV e sífilis, acessível para consulta em todas as UBS;
- d) priorizar nos laboratórios a realização de exames para a gestante;
- e) orientar sobre os riscos a infecção pelo *T. palidum* e o uso de preservativos, durante e após o tratamento;
- f) aprimorar o registro de atividades multiprofissionais no prontuário;
- g) realizar a adesão municipal à Avaliação para Melhoria da qualidade (AMQ);
- h) capacitar profissionais e monitorar casos para melhorar a vigilância do agravo;
- i) implementar estratégias eficazes de busca ativa para tratamento do parceiro concomitante à gestante;

j) ter cópia cartão da gestante nos prontuários.

O estudo de F. F. A. Silva (2010), intitulado “*Sífilis e HIV na gestação: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, 2007/2008*”, ocorreu em um contexto de elevada incidência de SC no município e com um grande número de gestantes que chegavam às maternidades no momento do parto, sem resultado recente de sorologia para sífilis e HIV. Os objetivos foram descrever e comparar condutas em relação aos diagnósticos de sífilis e HIV no pré-natal, segundo variáveis sociodemográficas, e testar a hipótese de associação do exame de VDRL e outros procedimentos realizados no pré-natal a fim de utilizar este procedimento como marcador de qualidade dessa assistência. Utilizou-se como guia o Manual de Atenção ao Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde de 2006 e como estratégia metodológica uma avaliação normativa. Foram entrevistadas 2422 gestantes em unidades de saúde do município do Rio de Janeiro entre 2007 e 2008. Apenas 71,5% das mulheres referiram ter ambos os exames solicitados. Mulheres com maior nível de escolaridade, idade maior ou igual a 20 anos e maior renda *per capita* tiveram mais pedidos de sorologia VDRL com diferença estatisticamente significativa pelo teste de Quiquadrado de Pearson (χ^2). Nas análises multivariadas por regressão logística entre a solicitação das sorologias e procedimentos do pré-natal, houve associação com a solicitação de VDRL as variáveis de fluxo “disseram para qual maternidade você deveria ir ao momento do parto” e de exame físico “em alguma consulta fizeram exame das mamas”. A análise com variável resposta “solicitação de Anti-HIV” obteve associação apenas com a variável do grupo de exame físico “em alguma consulta fizeram exame das mamas”. A solicitação de Anti-HIV dá-se indistintamente na assistência pré-natal, enquanto o VDRL ainda precisa de estratégias mais eficazes para o sucesso no monitoramento e prevenção da doença. A autora ressalta que se utilizou relatos das gestantes sobre a solicitação do exame e não informações colhidas da caderneta da gestante ou prontuário, com possível viés de informação presente nestes dados. Esta pesquisa utilizou dados da pesquisa de Domingues (2011).

Domingues (2011), realizou a avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV, através de um estudo transversal em 2007-2008. Foram feitas entrevistas com gestantes e profissionais de saúde, análises de cartão de pré-natal e busca de casos de SG e SC nos Sistemas de informação SIM, SINAN, SIH. Três

artigos científicos foram subprodutos desta pesquisa. No artigo intitulado “Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro”, avalia-se a adequação das ações de controle da sífilis e do HIV, às normas do MS. Os protocolos assistenciais dos programas de assistência pré-natal e de DST/Aids do MS serviram como referência normativa para elaboração do modelo lógico operacional, como para a construção da matriz da relevância e julgamento. Foi considerado adequado o cumprimento de 100% das ações previstas. Foram encontradas falhas no aconselhamento das gestantes, na realização dos exames sorológicos, no tratamento dos casos de sífilis e na abordagem dos parceiros. As gestantes com início tardio da assistência ao pré-natal e número inadequado de consultas apresentaram pior adequação de todas as ações, exceto do aconselhamento anti-HIV. Estas foram barreiras identificadas no controle da transmissão vertical dessas doenças (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012). No artigo intitulado “Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro” foi realizado um estudo transversal, inquérito tipo conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), com 102 médicos e enfermeiros que atuavam na assistência pré-natal de unidades do SUS do município do RJ, através de questionário estruturado, autoaplicável. Os estudos de CAP objetivam reconhecer o que as pessoas sabem sobre determinado tema; o que sentem e pensam sobre esse tema; e a maneira como demonstram seus conhecimentos e atitudes por meio de suas ações. Foram verificadas diversas barreiras como o baixo conhecimento da situação da SC no município, baixa familiaridade com os protocolos assistenciais e dificuldades na abordagem das IST. A autora enfatiza que o acesso ao conteúdo dos protocolos por treinamentos e manuais técnicos mostraram efeito discreto na melhoria das condutas assistenciais, sendo necessárias outras abordagens de educação continuada dos profissionais (DOMINGUES *et al.*, 2013).

D. C. Rodrigues (2015), em sua pesquisa que avaliou os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família de Teresina, para o controle da sífilis em gestante, encontrou resultados semelhantes ao encontrado no estudo de Domingues *et al.* (2013). Foi realizado um estudo transversal, com abordagem quantitativa, do tipo CAP, com 366 médicos e enfermeiros que atuam na ESF em Teresina, nas 89 UBS. A coleta de dados foi realizada de janeiro a maio de 2015, através de um questionário estruturado e

autoaplicado. Houve o estabelecimento de critérios e padrões para o julgamento. Verificou-se um baixo conhecimento sobre a transmissão vertical da sífilis, os testes diagnósticos, a definição de casos de SC, a situação epidemiológica da doença no município e seu objetivo de eliminação; erros no diagnóstico, no tratamento, no controle de cura da doença, na abordagem dos parceiros; problemas na aplicação da penicilina na ESF e baixa familiaridade com os protocolos. As barreiras identificadas pelos profissionais para o manejo da sífilis na gestação foram relacionadas ao usuário (início tardio do pré-natal, atendimento do parceiro por não comparecimento à Unidade, adesão da gestante para realização do exame ou tratamento da sífilis), à organização dos serviços (demora para o recebimento do teste sorológico, dificuldade de acesso a testes confirmatórios, dificuldades para aplicação da penicilina na própria unidade e para atendimento dos parceiros) e relacionadas ao próprio profissional (dificuldades para abordar o parceiro em relação à IST da gestante). As estratégias sugeridas para melhorar a assistência aos casos de sífilis na gestação foram: criação de um protocolo local de assistência ao pré-natal, busca ativa das gestantes e vinculação da gestante no território, participação do parceiro durante a assistência ao pré-natal, implantação de teste rápido para sífilis nas USF, aplicação da penicilina nas USF, definição de serviços de referência para gestantes com história de alergia à penicilina, melhor articulação com a VE e conhecimento e investigação dos casos de SG e SC, envolvimento de profissionais, usuários e gestores para o controle da doença.

Moreira, Fontes e Barboza (2014), descrevem ter realizado um estudo de avaliação do tipo normativo da atenção pré-natal com ênfase na SG tomando como padrão os documentos do MS, Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco e Protocolo para a Prevenção de Transmissão vertical de HIV e sífilis. O estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade do Recife, que apresentava uma cobertura de ESF de 48,4%. Realizaram-se entrevistas com 70 enfermeiros e 65 médicos que atuavam em 71 USF, no período entre novembro de 2014 e março de 2015, utilizando questionários semiestruturados. Foram realizados cálculos de frequências simples e feito uma análise do pré-natal com ênfase nas medidas de controle da SC. Foram identificadas fragilidades em toda a assistência e, principalmente no que se refere ao rastreamento, tratamento da infecção e abordagem dos parceiros. Como recomendações a autora sugere a realização de avaliações da assistência pré-natal que contemplem a observação de consultas de pré-natal, análise

dos registros nos cartões e/ou prontuários de gestantes atendidas na USF e entrevista com as mulheres assistidas, para verificar se as respostas fornecidas pelos enfermeiros e médicos são de fato implementadas. Também enfatiza a necessidade de aumentar a frequência dos treinamentos e torná-los contextualizados à realidade do serviço, visando à atenção integral à saúde das gestantes. Observado como limitação e citado pela própria autora foi o estudo ter se baseado em apenas uma fonte de dados.

Cerqueira (2018), realizou uma avaliação e melhoria da qualidade da assistência à SG na APS no município do Rio de Janeiro (RJ). Dentre as capitais, o município do RJ apresentava a maior taxa de detecção de SG, com 34,2 casos por mil nascidos vivos e, a taxa de SC, de 11,0 casos por mil nascidos vivos. Devido à sua extensa área territorial e densidade demográfica, o município teve seu território sanitário dividido, desde 1993, em 10 Áreas de Planejamento (AP). O presente estudo foi desenvolvido neste contexto, nas UBS da AP 3.3, com aproximadamente 70% da população da área coberta pelo modelo de ESF e com indicadores de “Proporção de notificações de sífilis na gestação com tratamento adequado” muito aquém da meta. O objetivo foi avaliar a qualidade da assistência prestada às gestantes com sífilis e testar o efeito de uma estratégia de melhoria. O projeto foi realizado em 26 UBS, entre janeiro e dezembro de 2017. O desenho foi quase- experimental misto com análises antes e depois e de série temporal. A assistência foi avaliada em todas as gestantes notificadas com sífilis e pré-natal já encerrado ($n = 178$) mediante 10 critérios de qualidade e um indicador contratualizado. A intervenção foi planejada com base em dados, de forma participativa e foi multifacetada, abrangendo educação permanente, melhoria do registro e dos sistemas de informação, auditoria e *feedback*, educação ao paciente e mudanças organizacionais e nos processos de trabalho. Foram calculadas as estimativas de conformidade dos critérios, melhorias absoluta e relativa e significância estatística mediante teste do valor z unilateral e regras de controle estatístico ($\alpha = 5\%$) e realizou-se análise do contexto. A avaliação inicial revelou graves problemas de qualidade na assistência à SG, especialmente em relação à abordagem das parcerias sexuais (critérios 6 e 7), ao registro das informações (critérios 3, 4 e 10) e ao seguimento terapêutico (critério 8). Todos esses seis critérios tiveram resultados com menos de 65% de cumprimento e concentraram assim, 79% das inadequações encontradas. A intervenção foi útil para melhorar cinco dos seis critérios de qualidade da atenção à sífilis no contexto do estudo (3, 4, 6, 7, 10). Em

relação a realização de testes laboratoriais para a sífilis (critérios 1 e 2) e tratamento das gestantes (critério 5 e 9) que apresentaram bons níveis de cumprimento na primeira avaliação, três também apresentaram melhoria (critérios 1, 5, 9). A intervenção mostrou-se efetiva, pois oito dos 10 critérios tiveram melhoria absoluta, sendo significativa ($p < 0,05$) em quatro deles (critérios 3,5,9,10). O indicador mensal também melhorou de forma significativa e sustentável. Fatores contextuais como a pressão para melhorar os resultados do indicador, uma vez que ele compõe a matriz da avaliação de desempenho da Organização, e a crise político-econômica vivenciada pelo município em 2017 gerando grande impacto na disponibilidade de recursos financeiros e humanos, interagiram com a intervenção tanto como facilitadores quanto como dificultadores do processo de melhoria.

Com os fundamentos teóricos, constatamos as bases sólidas do Programa de prevenção da SC em nível internacional e nacional, com metas, objetivos e diretrizes bem definidos e protocolos de assistência de fácil acesso, com avanços ao longo dos anos. Também observamos avanços na cobertura, assistência e nas formas de avaliação da APS e pré-natal no SUS. Com todos estes avanços esperava-se a redução da sífilis gestacional e conseqüentemente o controle da SC no país. No entanto, sabemos que fatores socioeconômicos, demográficos, culturais e comportamentais estão associados à sífilis; como também a integração das RAS para a oferta de insumos e atividades no contexto do controle da SC. E, apesar das medidas de valorização da APS, persiste ainda em muitos serviços sua tradução como uma atenção simplificada, centrada na medicalização e pouca ou nenhuma ênfase na promoção à saúde, prevenção dos agravos e na vigilância em saúde no território. Isto pode ser observado inclusive em unidades de saúde da família, apontando a necessidade de mudanças que consigam alterar o próprio processo de trabalho. A atuação do profissional de saúde na Atenção Básica requer planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe para intervenção oportuna nos agravos mais prevalentes. Este planejamento deve partir de um diagnóstico da situação sanitária do território sob responsabilidade da ESF e ser finalizado com uma programação, pactuada com a comunidade e a gestão da APS, das estratégias para abordagem integral dos agravos considerados prioritários.

Para avaliar o controle da SC na APS, portanto, vários contextos devem ser considerados, dentre eles problemas no modelo de prevenção e na RAS para o acesso à assistência ao pré-natal, a insumos e atividades para o controle da SC;

dificuldades de integração entre a Vigilância em saúde e profissionais da APS; os contextos de vida das mulheres e de seus endereços de domicílio e a organização dos processos de trabalho pelos profissionais da APS.

3 JUSTIFICATIVA

Apesar de nos últimos anos ter havido aumento das coberturas da ESF e da assistência ao pré-natal (VICTORA *et al.*, 2010), e melhorias no acesso e qualidade da AB observadas nas avaliações do PMAQ-AB (MORAIS, 2016; SODRÉ, 2015), há evidências de casos de SC associados a desfechos gestacionais de uma parcela significativa de mulheres que receberam cuidados pré-natais (BRASIL, 2019d).

Se significativa parcela dos casos de SC ocorreu em mulheres que receberam assistência pré-natal, com diagnóstico e tratamento acessíveis como ocorre nesta situação clínica, é provável que as oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento durante a gestação, contribuindo para redução da TMF desta infecção, estejam desperdiçadas. Torna-se necessário então, verificar esta hipótese. De fato, as ações direcionadas à eliminação da TMF da sífilis dependem, invariavelmente da qualificação na assistência à saúde, essencialmente nas mãos dos profissionais que realizam acompanhamento pré-natal e atendimento à mulher e criança no parto e puerpério (ARAÚJO, E. C. *et al.*, 2006; DE LORENZI; MADI, 2001; DOMINGUES *et al.*, 2013; HOLANDA *et al.*, 2011; RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004). Também, fatores ambientais como a organização dos serviços, as vulnerabilidades individual e social das mulheres, a vulnerabilidade social do território das UBS, bem como todos os outros sistemas de ação organizados com os quais a intervenção interage podem interferir com a implementação das ações de controle (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; *et al.*, 2013).

A ideia deste projeto surgiu a partir das seguintes considerações:

- a) a TMF da sífilis é um problema de saúde pública no Brasil e em Juiz de Fora, com taxas de transmissão desta infecção, superior as metas de eliminação propostas pelo MS e OPAS (BRASIL, 2016e, f, 2019d);
- b) a prevenção da TMF da sífilis é uma lacuna identificada na saúde materno-infantil, é prioritária no Brasil e tem políticas públicas bem definidas (BRASIL, 1993, 2007, 2014b, 2015e, c, 2016e, 2019d, 2020b);
- c) a sífilis de TMF é rara após tratamento materno adequado, sendo a maioria dos casos atuais resultantes de falhas em detectar e tratar a gestante corretamente (BRASIL, 2015e, 2019d, 2020b; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017b);

- d) existem protocolos do MS bem definidos para a profilaxia da TMF da sífilis (BRASIL, 2013a, 2015e, 2020b);
- e) existem testes diagnósticos sensíveis e específicos, e tratamento efetivo para a infecção (BRASIL, 2013a, 2015e, 2020b; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017b);
- f) os testes rápidos para sífilis podem ser ofertados na APS para gestantes e parceria sexual, no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2011);
- g) os testes diagnósticos e tratamento específico, são disponibilizados no município para a realização das profilaxias;
- h) há uma associação da sífilis com situações de vulnerabilidade (MACÊDO *et al.*, 2017; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010);
- i) em minha experiência de atendimento às crianças (e familiares) encaminhadas ao Ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital Universitário da UFJF para acompanhamento de SC, pude perceber várias oportunidades perdidas de prevenção, e uma desvalorização por parte de familiares (pais e mães) da sífilis como causadora de problemas de saúde, quando comparada com outras doenças de TMF como o HIV e a toxoplasmose;

Os possíveis usos que a avaliação poderia propiciar seriam:

- a) produzir conhecimento sobre as prevenções da TMF da sífilis em Juiz de Fora, que tenha potencial para ser incorporado em soluções a curto, médio e longo prazo, devido à urgência de intervenções eficazes;
- b) popularizar o tema para gestores e profissionais de saúde, para conscientizá-los sobre as oportunidades perdidas de prevenção;
- c) reafirmar o pré-natal um dos pilares da APS e o momento operativo do serviço em que problemas nas ações de controle podem significar a possibilidade de caso de SC (SANTOS *et al.*, 2010);
- d) reafirmar a APS o nível do sistema de saúde com maior potencial de resolutividade deste agravo;
- e) apontar a avaliação e o monitoramento das ações de prevenção da TMF da sífilis durante o pré-natal, na APS, como essenciais para o controle da SC.

Como guia da avaliação, propomos com este projeto que as seguintes perguntas sejam respondidas:

- a) Qual é o grau de implementação das ações de controle da TMF da sífilis, durante o pré-natal, na APS em Juiz de Fora em relação aos componentes de prevenção, assistência (diagnóstico e tratamento) e vigilância epidemiológica?
- b) Em que medida o contexto externo (vulnerabilidade individual e social das mulheres, e a vulnerabilidade social do território das UBS) e o contexto de organização dos serviços (adesão das equipes ao PMAQ-AB) favorecem ou desfavorecem a implementação?
- c) Em que medida a utilização dos serviços de pré-natal (acesso precoce e longitudinalidade do cuidado) favorece ou desfavorece a implementação?
- d) Quais fatores são facilitadores ou empecilhos para a implementação das ações de controle da TMF da sífilis, durante o pré-natal, na APS em Juiz de Fora?
- e) Em que medida a implementação das ações de controle da TMF da sífilis influencia o desfecho de sífilis gestacional?

4 OBJETIVOS

Para realização deste estudos foram traçados os objetivos que se seguem.

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implementação das ações de controle da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na APS no município de Juiz de Fora, visando a melhoria do programa.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Verificar o grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na APS, em relação aos componentes de prevenção e assistência (diagnóstico, tratamento) e vigilância epidemiológica;
- b) Analisar em que medida os fatores do contexto externo (vulnerabilidades individual e social das mulheres, e vulnerabilidade social do território das UBS) e da organização dos serviços (adesão das equipes ao PMAQ-AB) favorecem ou desfavorecem a implementação;
- c) Analisar em que medida a utilização dos serviços de pré-natal (acesso precoce e longitudinalidade do cuidado) favorece ou desfavorece a implementação;
- d) Analisar a influência da implementação das ações de controle da SC sobre o desfecho de sífilis gestacional.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Os materiais e os métodos utilizados nesta pesquisa estão apresentados, a seguir.

5.1 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O Estudo de Avaliabilidade (EA) ou estudo pré-avaliativo (Apêndice A) foi a etapa inicial da avaliação de implementação das ações de controle da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na APS em Juiz de Fora. Este estudo, considerado como uma fase exploratória da avaliação a ser conduzida, pode ser definido como o “planejamento de um conjunto de procedimentos de avaliação, com envolvimento das partes interessadas, para maximizar a utilidade da avaliação”.

No EA pode-se ter uma compreensão do cenário da intervenção e das RAS para a oferta de insumos e ações para o controle da SC.

O EA permitiu de forma colaborativa a organização do desenho da pesquisa (mapeamento dos atores chave, descrição/modelização da intervenção, seleção de perguntas, elaboração do modelo de avaliação).

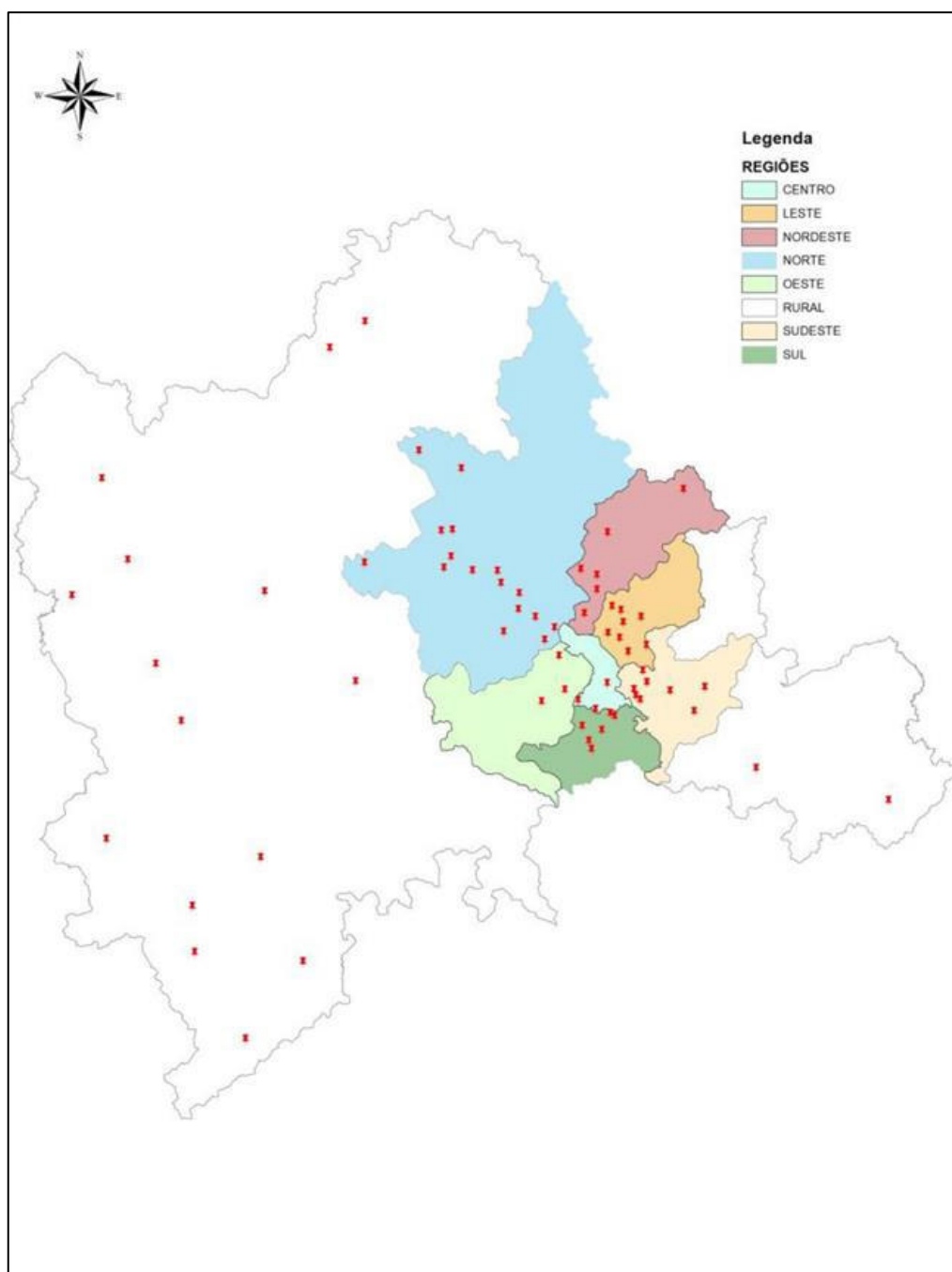
5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Juiz de Fora, situada na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, com uma população de 555.284 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, c2017). A população distribui-se em sete regiões urbanas, uma região do campo e 12 regiões sanitárias. Segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2014, houve 8.645 nascidos vivo, 6.770 (78%) de mães residentes em Juiz de Fora (BRASIL, 2017c). Os principais hospitais credenciados à rede SUS são: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCMJF); Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus (HMTJ); Hospital Regional João Penido (HRJP), da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG); Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Dados do Sinasc de 2016, cedidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde de Juiz de Fora, mostram 8150 nascidos vivos, com ocorrência de 80% dos partos nos quatro hospitais citados acima.

Há uma predominância no município, de usuários do SUS em relação aos usuários da saúde suplementar (37,26%); e, uma cobertura de Atenção Básica de 67,67%, considerando a ESF com cobertura de 62%, ou seja, 91,6% da APS as faz através da ESF (BRASIL, 2017). No documento “*A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Juiz de Fora*”, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (JUIZ DE FORA, 2014a), há a descrição de 63 UBS, com 39 UBS alocando 89 eSF. Atuando no modelo Tradicional de Assistência estão 24 equipes, em uma dessas UBS convivem o Modelo Tradicional e a ESF; em outra, o Modelo Tradicional e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Quinze UBS localizam-se na área rural. Neste documento há o registro de 81% de cobertura de AB no município (JUIZ DE FORA, 2014a). Dados do portal DAB de fevereiro de 2018, considerando o histórico de cobertura da Atenção Básica para a população de 559.636 habitantes, mostram uma cobertura populacional estimada de eSF e de equipes de Atenção Básica (eAB) de 324.300 habitantes (57,95%) e 107.550 habitantes (19,22%) respectivamente, total de 431.850 habitantes (77,17%). Estima-se que 22,83%, o que equivale a 127.786 habitantes não têm cobertura de Atenção Básica e, portanto, UBS de referência.

O acesso ao sistema é feito prioritariamente pela atenção básica, a qual convive com os dois modelos: tradicional e o da ESF (JUIZ DE FORA, 2014a). O Mapa 1 mostra a distribuição das UBS por região administrativa em Juiz de Fora.

Mapa 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por região administrativa em Juiz de Fora



Fonte: Juiz de Fora (2014, p. 52)

As Tabelas 1 e 2 mostram a distribuição das UBS e cobertura de APS por região administrativa e região sanitária, respectivamente.

Tabela 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e cobertura de Atenção Primária à Saúde por região administrativa em Juiz de Fora, 2013

Região	Tipologia das UBS			Total de UBS	População atendida (valor absoluto)	População atendida (%)
	ESF	Tradicional	Mista/ PACS			
Norte	11	3	0	14	110.851	21
Nordeste	4	2	0	6	45.895	9
Leste	8	0	0	8	67.351	13
Centro	1	2	0	3	45.639	9
Oeste	0	1	2	3	37.614	7
Sul	4	2	0	6	57.383	11
Sudeste	7	1	0	8	47.480	9
Rural	4	11	0	15	16.220	3
Total	39	22	2	63	428.433	81

Legenda: ESF – Estratégia Saúde da Família; PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; UBS – Unidade Básica de Saúde

Fonte: Adaptado de Juiz de Fora (2014, p. 53)

Tabela 2 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e cobertura da Atenção Primária à Saúde (população e número de equipes) de acordo com a região sanitária em Juiz de Fora, 2013

Unidades Básicas de Saúde			
Região Sanitária	UBS	População	Nº de Equipes
Região 7 - Norte/Noroeste	Esplanada (T)	7.586	1
	Monte Castelo (ESF)	10.770	3
	Industrial (T)	6.711	1
	Jardim Natal (ESF)	6.779	2
	Milho Branco (ESF)	8.481	3
	Jóquei Clube I (ESF)	7.788	2
	Jóquei Clube II (ESF)	7.266	2
	Cidade do Sol (ESF)	5.094	2
Total	8	60.475	16
Região 8 - Norte	Nova Era (ESF)	9.338	3
	São Judas Tadeu (ESF)	6.240	2
	Santa Cruz (ESF)	10.733	4
	Benfica(T)	18.325	1
	Vila Esperança (ESF)	8.550	3
	Barreira do Triunfo (ESF)	3.577	1
Total	6	56.763	14

continua

continuação

Unidades Básicas de Saúde			
Região Sanitária	UBS	População	Nº de Equipes
Região 5- Nordeste	Nossa Senhora das Graças (T)	21.430	1
	Bandeirantes (ESF)	9.023	3
	Total	2	30.453
Região 6 - Nordeste	Parque Guarani (ESF)	3.186	1
	Filgueiras (ESF)		2
	Granjas Bethânia (ESF)	3.561	1
	Gramma (T)	8.790	1
	Total	4	15.537
Região 3 - Leste	Linhares (ESF)	13.378	5
	São Sebastião (ESF)	8.179	3
	São Benedito (ESF)	8.911	3
	Total	3	30.468
Região 4 - Leste	Santa Rita (ESF)	4.813	2
	Marumbi (ESF)	9.027	3
	Progresso (ESF)	9.247	3
	Nossa Senhora Aparecida (ESF)	6.423	2
	Alto Grajaú (ESF)	7.373	2
	Total	5	36.883
Região - Centro/Sul	Centro Sul (T)	37.666	1
	Dom Bosco (T)	13.560	1
	Santa Cecília (ESF)	9.326	3
Total	3	60.552	5
Região 9 - Oeste	Santos Dumont (MISTA)	15.825	1
	São Pedro (PACS)	24.627	1
	Borboleta (T)	9.698	1
Total	3	50.150	3
Região 11 - Sul	Cruzeiro do Sul (T)	6.565	1
	Santa Luzia (ESF)	14.743	4
	Santa Efigênia (ESF)	8.422	2
	Vale Verde (ESF)	7.372	3
	Ipiranga (T)	15.033	1
	Teixeiras (ESF)	10.595	3
	Total	6	62.730
Região - Sudeste	Retiro (ESF)	5.526	2
	Jardim Esperança (ESF)	5.389	2
Total	2	10.915	4
Região 2 - Sudeste	Santo Antônio (ESF)	9.276	3
	Bairro de Lourdes (T)	9.368	1
	Jardim da Lua (ESF)	3.564	1
Total	3	22.208	5

conclusão

Unidades Básicas de Saúde			
Região Sanitária	UBS	População	Nº de Equipes
Região 12 - Sudeste	Vila Ideal (ESF)	6.072	2
	Vila Olavo Costa (ESF)	3.108	1
	Furtado de Menezes (ESF)	6.666	2
Total	3	15.846	5
Região do Campo	Paula Lima (T)	1.536	1
	Chapéu D'Uvas(T)	716	1
	Dias Tavares(T)	767	1
	Igrejinha (ESF)	2.499	1
	Humaitá (ESF)	2.257	1
	Penido (T)	522	1
	Valadares (T)	1.052	1
	Rosário de Minas (T)	865	1
	Toledos (T)	437	1
	Torreões (ESF)		1
	Pirapitinga (ESF)	2.474	1
	Monte verde (ESF)		1
	Sarandira (T)	472	1
	Caeté (T)	726	1
	Jacutinga (Volante)	1.309	1
Total	14	15.632	14
Total Geral			
ESF	39	265.026	89
Tradicional	22		22
Mista	1	15.825	1
PACS	1	24.627	1
Total	62	468.612	112

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família
 Fonte: Juiz de Fora (2014b).

Dados do relatório de acompanhamento pré-natal de gestantes, do período de 01/01/2016 a 31/12/2016 cedido pela Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-DAPES, da Secretaria de Atenção à Saúde; mostram 2833 gestantes cadastradas para realização do pré-natal no período. Destas, 2198 (77,7%) em UBS com ESF, 529 (18,7%) em UBS tradicionais, 63 (2,2%) em uma UBS com PACS e 40 (1,4%) cadastraram-se em uma UBS Mista.

Há um laboratório de referência (Laboratório Central) e métodos sorológicos padronizados para o diagnóstico de sífilis na gestante e na criança. Os testes habitualmente oferecidos para o diagnóstico de sífilis são: o VDRL (do inglês Venereal

Disease Research Laboratory) que é um TNT, o *Treponema pallidum* anticorpos totais, FTA-Abs (Testes de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), e testes rápidos treponêmicos. O município segue as orientações do MS e realiza a testagem reversa iniciando pelo teste treponêmico e se o resultado deste for reagente, realiza-se o TNT. Os testes rápidos para o diagnóstico de sífilis não são oferecidos nas UBS. A marcação e a coleta de sangue para a realização dos testes solicitados na rotina do pré-natal é feita nas UBS e o material coletado transportado ao Laboratório Central no mesmo dia. O retorno dos resultados à UBS se dá em papel impresso via mensageiro ou por via *on line*. Não há identificação nos exames solicitados, de se tratar de gestante ou que o VDRL seja solicitado para observância de queda de títulos no controle de tratamento.

Os medicamentos utilizados para tratamento da sífilis materna e congênita; penicilinas G benzatina, procaína ou cristalina são fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Através do Sistema Integrado de Gerenciamento de Assistência Farmacêutica (SIGAF)- programa de atenção à sífilis, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), estabeleceu-se o fluxo de distribuição da penicilina do estado de Minas Gerais para os municípios e, através do Departamento Farmacêutico (DAFI) da PMJF realiza-se a aquisição e distribuição da Penicilina G benzatina às UBS. A entrega do medicamento à gestante e a aplicação fica a cargo da UBS. A aquisição é feita, através do SIGAF, por via online. Para facilitar a gestão da aquisição, distribuição e uso do medicamento, a farmacêutica do DAFI, responsável pelas solicitações, criou um grupo de *whatsapp* em agosto de 2017 denominado Grupo Logístico, em que fazem parte todos os farmacêuticos da rede municipal que atendem o público, incluindo os farmacêuticos e agentes de atendimento das UBS. Neste grupo são anexadas as fotografias das receitas médicas apresentadas às Farmácias com prescrição de Penicilina G benzatina para tratamento de sífilis adquirida, juntamente com as fotografias das fichas de notificação do SINAN e dos relatórios médicos. Este material é arquivado digitalmente pela Farmacêutica do DAFI e é utilizado para realizar as solicitações de aquisição no SIGAF e distribuição às UBS. A partir da solicitação realizada ao SIGAF, o medicamento é enviado via correios a uma empresa logística que presta atendimento à PMJF. Esta empresa realiza o acondicionamento das medicações e distribuição para as UBS. O controle da distribuição das medicações às UBS é realizado pelo DAFI através do repasse por *e-mail* para a empresa logística, das UBS onde a Penicilina G benzatina deve ser

entregue para posterior dispensação ou entrega e aplicação. A aplicação não é realizada de forma regular nos locais de assistência ao pré-natal.

No Instituto da Mulher da PMJF, HU-UFJF, HMTJ, SCMJF, HRJP e ACISPES, realizam-se ambulatórios de pré-natal de alto risco e atendimento a gestantes referenciadas com suspeita ou definição diagnóstica de sífilis. No HU-UFJF, existe um ambulatório de infectologia infantil e atendimento às crianças referenciadas devido ao diagnóstico de SC, com marcação de consultas que era realizada via Centrais de Marcação de Consultas (CMC) lotadas nas UBS e desde julho de 2018 estão sendo realizadas em uma central única, denominada Serviço Unificado de Marcação de Consulta (SUMC), da PMJF. As gestantes diagnosticadas com sífilis e seus contactos, mesmo quando referenciadas para ambulatórios da atenção secundária, deveriam manter a assistência pré-natal nas UBS.

Destacamos o fato do município ser beneficiário do Programa Rede Cegonha no componente Parto e Nascimento, no entanto, sem adesão ao componente pré-natal e não ter instituído Comitê de Investigação da TV da SC, duas ações que poderiam contribuir com o controle da SC local. Também destacamos o município ter atrelado o PMAQ-AB como ferramenta de avaliação e critério de concessão de incentivo financeiro para o desenvolvimento do PDAPS.

5.3 MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO

O modelo teórico da avaliação (MTA) (Fluxograma 1) elaborado no estudo de avaliabilidade (EA), que antecedeu esta pesquisa (Apêndice A) compreendeu sete etapas:

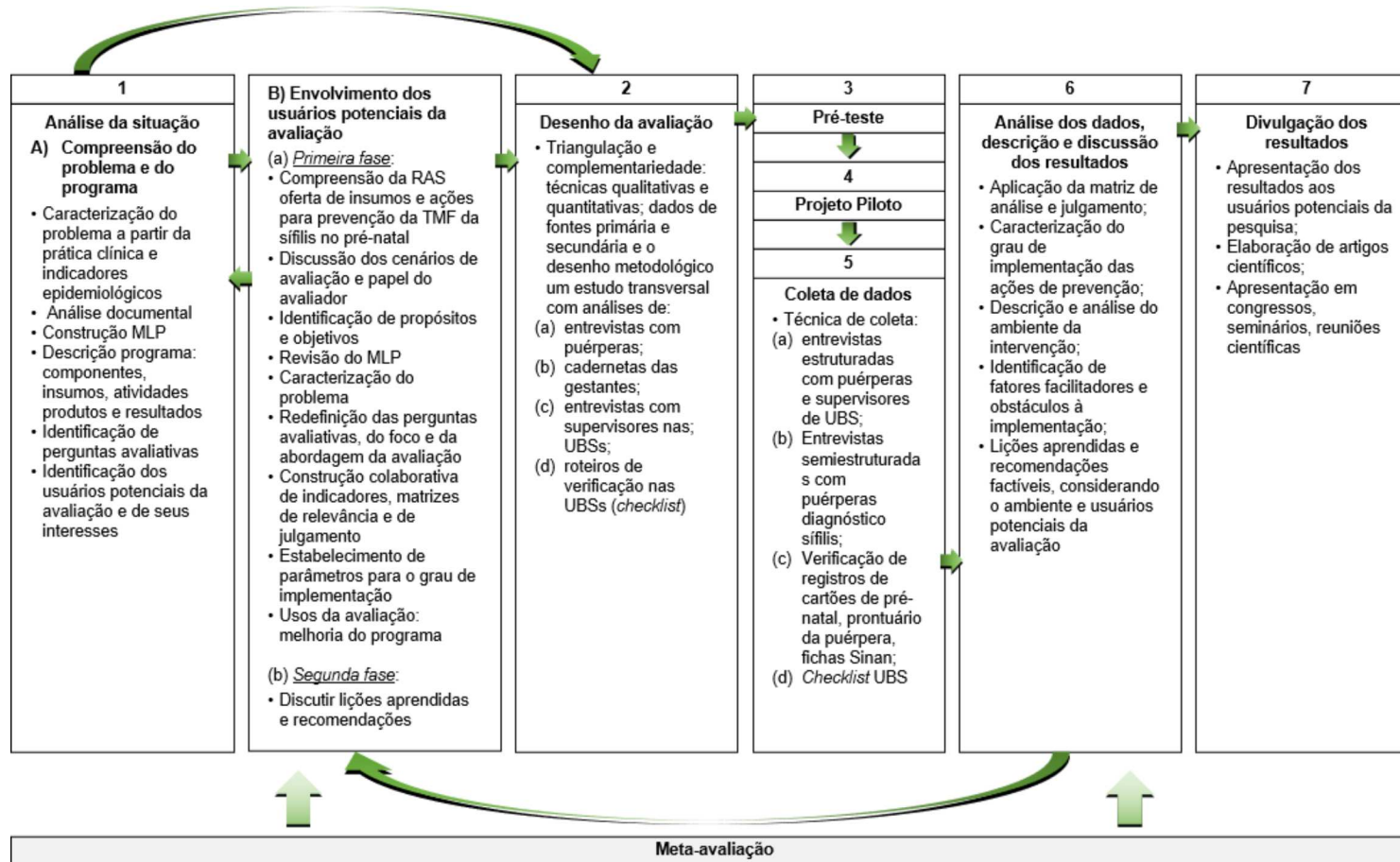
- a) análise da situação, dividido em duas fases. A primeira fase englobou a compreensão do problema e do programa de prevenção da TMF da sífilis na assistência ao pré-natal na APS, que envolve: caracterização da situação problema, construção do modelo lógico da intervenção, descrição do programa com seus componentes, identificação de perguntas avaliativas, identificação de usuários potenciais da avaliação e seus possíveis interesses. A segunda fase, compreendeu o envolvimento dos usuários potenciais da avaliação que englobou: discussão dos cenários de avaliação e do papel do avaliador, identificação de propósitos e objetivos, revisão do MLP, caracterização da situação problema, redefinição de

perguntas avaliativas e do foco e abordagem da avaliação, revisão de indicadores e das matrizes de informação e de relevância, elaboração da matriz de julgamento, estabelecimento de parâmetros para caracterização do grau de implementação, revisão do MTA;

- b) elaboração do desenho da avaliação;
- c) pré-teste;
- d) projeto piloto;
- e) coleta de dados;
- f) descrição e análise dos dados, e discussão dos resultados com usuários potenciais;
- g) divulgação dos resultados.

No MTA as etapas um e dois constituíram o EA. O início da execução do desenho de estudo (etapa 2) e as etapas subsequentes constituíram o presente estudo. A etapa 7, que concluiria o processo da avaliação colaborativa iniciada no EA, não foi realizada devido ao isolamento social imposto pela Pandemia do COVID-19.

Fluxograma 1 – Modelo teórico da avaliação



Legenda: MTA – Modelo teórico da avaliação; MLP – Modelo lógico do programa

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

5.4 ABORDAGEM, FOCO E DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO

Após identificar através de indicadores epidemiológicos e da prática clínica que a TMF da sífilis persiste como problema de saúde pública no Brasil e em Juiz de Fora, a partir de fundamentações teóricas, delimitou-se como objeto de estudo as intervenções para a prevenção da TMF desta infecção realizadas durante o pré-natal, na APS.

Foi realizada uma análise de implementação das ações para a prevenção da TMF da sífilis durante o pré-natal na APS, considerando os componentes estruturais (insumos e atividades) e os componentes técnicos de prevenção, assistência (diagnóstico e tratamento) e vigilância epidemiológica. Caracteriza-se como uma pesquisa de natureza observacional, avaliativa, com abordagem de processo e com foco na melhoria das ações de prevenção.

Tendo em vista a morbimortalidade associada a SC, e esta ser evento ainda sem controle no município de Juiz de Fora, apesar dos investimentos do Brasil em políticas de prevenção, urge uma reflexão de como os programas nesta área são implementados. A análise de implementação é usualmente abordada como equivalente à avaliação de processo por complementar o monitoramento de insumos e produtos com uma dimensão explicativa, viabilizando a compreensão do contexto organizacional que pode afetar o programa (HARTZ; SILVA, 2005). A opção por uma avaliação de implementação tem por fundamento as argumentações de Champagne e colaboradores, segundo os quais é relevante realizar este tipo de estudo em situações cuja intervenção implementada tem seus resultados fortemente relacionados ao contexto (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; *et al.*, 2013). As avaliações de implementação envolvem quatro etapas:

- a) caracterizar o grau ou nível de implementação;
- b) explicar o grau de implementação considerando fatores contextuais (ou do ambiente);
- c) discutir a influência do grau de implementação nos efeitos da intervenção;
- d) medir a influência do processo avaliativo na intervenção avaliada.

Neste estudo serão abordadas as três primeiras etapas (na terceira etapa discute-se a influência do processo avaliativo no desfecho de sífilis gestacional), com a identificação de fatores facilitadores e obstáculos à implementação.

Tomando como referência, Champagne, Contandriopoulos *et al.* (2013), consideramos no ambiente da intervenção como possíveis fatores explicativos da implementação, os fatores do contexto externo, do contexto de organização dos serviços e gestão da APS e de programas relacionados com os quais a intervenção interage como o Programa de assistência ao pré-natal.

Embora se tenha adotado uma abordagem normativa por considerar os critérios e normas previamente definidos para a intervenção, esta avaliação de implementação pretendeu ser uma avaliação formativa, uma vez que ocorreu no momento em que as ações do programa estavam acontecendo, permitindo o redirecionamento na tomada de decisões.

Neste estudo, o acesso foi escolhido como a dimensão da análise de implementação das ações para a prevenção da TMF da sífilis, na assistência pré-natal, na APS. Os componentes técnicos da análise são: prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica. Esta dimensão foi selecionada ao levarmos em consideração a ênfase de vários autores, de que a utilização da categoria acesso é a melhor estratégia para compreender os critérios de sucesso da implementação de um programa (CRUZ, 2006; JESUS; ASSIS, 2010; SANTOS *et al.*, 2010); ao levarmos em consideração as iniquidades e barreiras relacionadas às IST/AIDS; a perspectiva de garantia de um direito básico; e por guardar relação com a integralidade da atenção. A integralidade, na dimensão de organização dos serviços, diz respeito à necessidade de garantir acesso a todos os diferentes níveis de tecnologia, necessária em cada situação, de forma contínua, de modo que a assistência possa ser bem sucedida. Também nas etapas preliminares da pesquisa, em que se realizou o EA e fez-se visitas aos serviços e conversas com profissionais de saúde da APS, do Departamento de Saúde da Mulher, do Departamento de IST/AIDS, da VE; e com os coordenadores do DAFI e do Laboratório Central; os termos acesso e integralidade surgiram de formas variadas.

Penchansky e Thomas (1981) utilizam o termo acesso e centram este conceito como o grau de combinação entre usuários e o sistema. Esses autores sugerem cinco dimensões de acesso:

- a) (disponibilidade (*availability*), explicita a existência de recursos e serviços de acordo com as necessidades dos clientes;
- b) poder aquisitivo (*affordability*), relaciona-se ao aspecto de custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos clientes;

- c) acessibilidade (*accessibility*), adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes;
- d) aceitabilidade (*acceptability*), refere-se às atitudes dos usuários com os provedores e dos profissionais de saúde para com os usuários, tecnologias e as atividades do programa;
- e) adequação (*accommodation*), diz respeito à maneira como os recursos (insumos e atividades) são organizados para atender às necessidades dos usuários e a capacidade dos usuários para se adaptarem a esta organização.

Alguns estudos realizados no país adequaram as dimensões de acesso propostas por estes autores à suas avaliações de implementação, incluindo como subdimensão de acesso a oportunidade (CRUZ, 2006; GUANABARA *et al.*, 2002; LOPES, 2010; SOUSA, 2006) e abordando a adequação enquanto conformidade (CRUZ, 2006; GUANABARA *et al.*, 2002; LOPES, 2010; SOUSA, 2006).

Nesta avaliação optou-se pela dimensão acesso, por entendê-la como oferta e utilização dos serviços, considerando a qualidade da ação realizada. Utilizou-se a categoria acesso de Penchansky e Thomas (1981), como a categoria capaz de envolver as dimensões necessárias para a avaliação de implementação, após adaptá-la à realidade estudada. A dimensão considerada foi a disponibilidade, sendo esta entendida como uma composição das subdimensões de oportunidade (*timeliness*) e adequação (*accommodation*), esta última aqui abordada enquanto conformidade. A conformidade aqui tratada refere-se à qualidade técnico científica, em conformidade com normas do MS para a prevenção da TMF da sífilis na assistência ao pré-natal e ao conhecimento técnico científico vigente. Esta adaptação das dimensões baseou-se nos estudos citados anteriormente, particularmente de Sousa (2006), visando a compreensão do acesso das gestantes às ações de prevenção da TMF da sífilis durante a assistência pré-natal, nas UBS.

A disponibilidade relaciona-se à magnitude e o tipo de recurso oferecido em relação à necessidade dos usuários. É geralmente mensurada através de indicadores de produção. Explicita a existência de insumos (recursos humanos, material educativo, preservativos, protocolos assistenciais, insumos de laboratório, medicamentos) e atividades (ações educativas, aconselhamentos, testagens, tratamentos, notificação dos casos) de acordo com a necessidade da demanda. A oportunidade refere-se à existência dos recursos e atividades no lugar e no momento

em que é requerido pelos usuários. A disponibilidade deve ser oportuna, ocorrendo no momento exigido para que as ações de controle sejam efetivas; além da conformidade com os padrões de qualidade.

As ações educativas e de aconselhamento devem ser programadas para ocorrerem no início e/ou decorrer da gestação. As testagens para sífilis na gestante devem ocorrer no início da gestação (idealmente no primeiro trimestre) e início do terceiro trimestre, devem ser priorizadas, e a coleta de sangue e retorno do resultado à UBS, facilitada. A Penicilina G benzatina deve estar disponível para a gestante VDRL reagente e suas parcerias sexuais, para dispensação/liberação e aplicação na própria UBS de realização do pré-natal. O início de tratamento da gestante deve acontecer o mais precocemente possível após o estabelecimento do diagnóstico e anterior a 30 dias do parto para evitar a SC e manifestações como abortamentos e natimortalidade; e, o tratamento das parcerias sexuais deve acontecer concomitante ao tratamento da gestante para evitar reinfecções na mulher durante e após a gestação.

Importante ressaltar que essas dimensões são complementares e têm entre si áreas de sobreposição. Portanto a classificação é meramente didática e acadêmica. No Quadro 5 há as dimensões de análise de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis, com suas subdimensões.

Quadro 5 – Dimensões de análise de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis

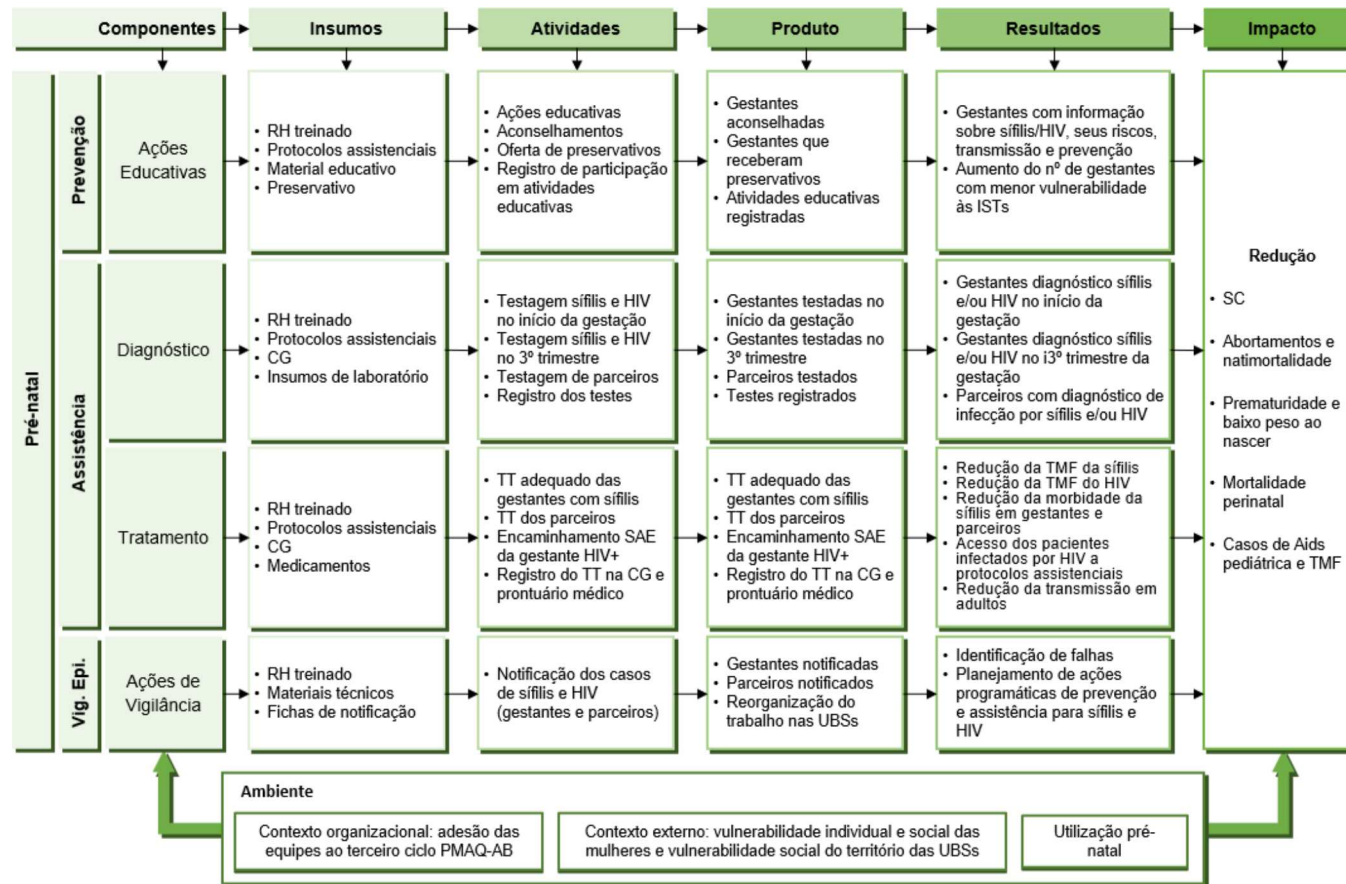
Componentes	Dimensões	Subdimensões	Perguntas
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicos: prevenção, assistência e vigilância epidemiológica • Estruturais: insumos e atividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Há insumos e atividades para as ações de controle da TMF da sífilis?
		<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Os insumos e atividades para as ações de controle da TMF da sífilis, estão disponibilizados em tempo oportuno para evitar o caso de SC?
		<ul style="list-style-type: none"> • Conformidade (Qualidade técnico-científica) 	<ul style="list-style-type: none"> • As atividades estão ocorrendo em conformidade com critérios e normas do Ministério da Saúde para a prevenção da TMF da sífilis?

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

5.5 MODELO LÓGICO DO PROGRAMA

O modelo lógico do programa (MLP) ou modelo lógico da intervenção (Fluxograma 2) foi usado para descrever a intervenção durante o momento operacional do pré-natal. Entende-se por momento operacional aquele em que problemas nas ações de controle podem significar a possibilidade de ocorrência da SC. Desta forma o desfecho esperado para este momento operacional é que as gestantes tenham menos vulnerabilidade às IST a partir de ações educativas (individuais ou em grupo) e de aconselhamentos pré e pós teste, a realização dos testes com resultados conhecidos em tempo oportuno, tratamento adequado da gestante com VDRL reagente, concomitante com o parceiro, e que os casos sejam notificados.

Fluxograma 2 – Modelo lógico do programa de prevenção de sífilis congênita integrado às ações para a prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV



Legenda : RH – recursos humanos; SC – sífilis congênita; TMF – transmissão de mãe para filho; HIV –vírus da imunodeficiência humana; APS – Atenção Primária à Saúde; ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis; SAE – Serviço de Atendimento Especializado; TT – tratamento; AIDS – síndrome da imunodeficiência adquirida; IST – infecções sexualmente transmissíveis; CG – caderneta da gestante

Fonte: elabora pela autora

Para a elaboração do MLP, utilizou-se como referência protocolos do MS referentes ao pré-natal, controle de IST, prevenção da transmissão vertical da sífilis e demais protocolos da atenção básica (BRASIL, 2005a, b, 2007, 2013a, 2015e); e, modelos lógicos elaborados em outras avaliações (DOMINGUES, 2011; SANTOS *et al.*, 2010). É importante destacar que os Cadernos da Atenção Básica do MS, são protocolos clínicos baseados em evidências que constituem “pacotes tecnológicos” de rastreamento e tratamentos comprovadamente eficazes, adequados ao nível da atenção básica e suportada por uma rede de atenção e vigilância à saúde (BRASIL, 2013a).

Contemplou-se os componentes técnicos de prevenção, assistência (diagnóstico e tratamento) e vigilância epidemiológica e os componentes estruturais (insumos, atividades, produtos, resultados). Utilizou-se como base teórica dos componentes estruturais a proposta do CDC que inclui a apresentação dos insumos, das atividades, dos produtos imediatos e dos resultados a médio prazo e impacto a longo prazo, estabelecendo suas conexões causais (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999). A escolha dos componentes técnicos se deu segundo divisão esquemática predominante nas normativas e levando-se em consideração os objetivos do estudo. Partindo-se dos componentes técnicos (prevenção, assistência e VE) foram estabelecidos os insumos disponíveis para a intervenção e as atividades às quais cada uma se destinava. A partir das atividades, foram estabelecidos produtos, critérios mensuráveis que refletem a realização das atividades. Em seguida foram agrupados os resultados esperados e o impacto a longo prazo da intervenção. Também se considerou, no MLP, o ambiente da intervenção.

Conforme orientações do MS/OPAS/OMS, a sífilis e o HIV são agravos que devem ser abordados de forma integrada visando à dupla eliminação como problema de saúde pública (BRASIL, 2013a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Com o objetivo de destacar a integração da prevenção de ambas as infecções, no pré-natal, estas duas intervenções foram descritas no MLP.

O MLP contribuiu para a formulação das perguntas avaliativas e como guia para avaliar se as intervenções para a prevenção da TMF da sífilis, durante o pré-natal na APS, estão em conformidade com os protocolos normalizados do MS. A partir da construção do modelo foram feitas as matrizes de informação, relevância e de análise e julgamento, com os critérios/indicadores; e elaborados os roteiros de entrevistas e de *checklist* nas UBS. As matrizes de informação, relevância e

juízo foram construídas levando em consideração os componentes técnicos da avaliação, a dimensão acesso e as subdimensões disponibilidade/oportunidade e disponibilidade/conformidade.

Este modelo, assim como os temas das perguntas avaliativas deste estudo foram apresentados e discutidos com profissionais de saúde da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (dos Departamentos de DST/AIDS e de Saúde da Mulher, da APS incluindo residentes do Programa de Residência Médica na especialidade de Medicina de Família e Comunidade da PMJF; do DAFI; do Laboratório Central; da VE), na fase preliminar da pesquisa (Apêndice A). Os profissionais fizeram algumas sugestões de alterações, todas consideradas pertinentes e incorporadas ao modelo apresentado no Fluxograma 2.

5.5.1 O ambiente da prevenção da sífilis na gestante e da SC.

Tendo como referência Champagne, Brousselle *et al.* (2013), no MLP está esquematizado o ambiente de prevenção da sífilis na gestante e da SC levando em consideração as suas influências sobre o desfecho e sobre a implementação de programas de controle. Levou-se em consideração fatores do contexto externo (vulnerabilidade individual e social das mulheres), do contexto de organização dos serviços (adesão das equipes ao terceiro ciclo do PMAQ-AB) e a utilização dos serviços de pré-natal (início no primeiro trimestre e número mínimo de seis consultas).

5.5.2 Perguntas avaliativas

- a) Pergunta 1: Qual é o grau de implementação das ações de controle da TME da sífilis na assistência pré-natal, na APS, em relação aos componentes de prevenção, assistência (diagnóstico e tratamento) e vigilância epidemiológica?
- b) Pergunta 2: Em que medida o contexto externo (vulnerabilidade individual e social das mulheres, e vulnerabilidade social do território) e o contexto de organização dos serviços (adesão das equipes ao terceiro ciclo do PMAQ-AB) favorecem ou desfavorecem a implementação?

- c) Pergunta 3: Em que medida a utilização dos serviços de pré-natal (acesso precoce e longitudinalidade do cuidado) favorece ou desfavorece a implementação?
- d) Pergunta 4: Quais fatores são facilitadores ou obstáculos à implementação das ações de controle da TMF da sífilis.
- e) Pergunta 5: Em que medida a implementação das ações de controle da SC influencia o desfecho de sífilis gestacional?

5.5.3 Matriz de informação

No Quadro 6 há o elenco de critérios/indicadores com parâmetros, fontes de informação e técnica de coleta. O cálculo de cada indicador encontra-se no Apêndice B. Para cada componente técnico os indicadores foram distribuídos para a dimensão de acesso e para as subdimensões disponibilidade/oportunidade e disponibilidade/conformidade. Os indicadores foram elaborados a partir das normas do MS para a prevenção da SC e de adequação ao pré-natal (BRASIL, 2005b, a, 2007, 2013a, 2015e) e com a colaboração dos profissionais de saúde da PMJF, no período de setembro a novembro de 2017. Considerando-se que para a prevenção da TMF da sífilis os procedimentos de controle devem ser realizados em todas as gestantes, adotamos para o julgamento dessas ações 100% para praticamente todos os itens. Para os seguintes indicadores utilizou-se o parâmetro de 70%: proporção de UBS com material informativo afixado sobre a prevenção da TMF da sífilis e/ou IST (devido a algumas UBS estarem em obras e funcionando em espaços restritos), proporção de UBS com atividades de educação em saúde programadas durante a gestação que abordem prevenção de IST (dificuldades descritas na literatura de alcançar 100% dessas ações), proporção de profissionais capacitados nos últimos anos para prevenção e manejo da sífilis e/ou IST na gestação (rotatividade dos profissionais da APS, nos últimos anos), indicadores relativos ao tratamento dos parceiros (dificuldades descritas na literatura de alcançar 100 dessas ações). Estes parâmetros foram ajustados de acordo com os profissionais de saúde, nas etapas preliminares da pesquisa.

Quadro 6 – Matriz de informação: elenco de critérios/indicadores com parâmetros, fontes de informação e técnica de coleta

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Critérios/Indicadores ^a	Parâmetro	Fontes de Informação	Técnica de coleta
Prevenção	Acesso	Disponibilidade Oportunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de UBS com preservativo disponível na Farmácia no momento da verificação • Proporção de UBS com preservativo disponível na Farmácia nos últimos 6 meses • Proporção de UBS com material informativo afixado sobre prevenção da TMF da sífilis e/ou IST • Proporção de UBS com material informativo sobre prevenção da TMF sífilis e/ou IST para disponibilizar a gestante • Proporção de UBS com protocolo de prevenção/manejo da TMF sífilis e/ou IST disponível para consulta • Proporção de UBS atividades programadas de educação em saúde durante a gestação que abordem prevenção de IST • Proporção de gestantes com participação em atividades programadas no pré-natal que receberam informações sífilis 	100 100 70 100 100 70 70	<ul style="list-style-type: none"> • Roteiros de entrevista: puérpera e supervisor da UBS • Roteiro de <i>checklist</i>: UBS • Roteiro coleta de dados CG: puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas estruturadas • <i>Checklist</i> • Verificação da CG
		Disponibilidade Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de profissionais capacitados nos, últimos cinco anos na prevenção e manejo da sífilis e/ou IST na gestação • Proporção de gestantes orientadas sobre os riscos da doença • Proporção de gestantes orientadas sobre uso de preservativos 	70 100 ^b 100 ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Roteiros de entrevista: puérpera e supervisor da UBS • Roteiro coleta de dados CG: puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas estruturadas • Verificação da CG
Diagnóstico	Acesso	Disponibilidade Oportunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de supervisores que relataram testes para sífilis disponíveis para a gestante nos últimos 6 meses • Proporção de gestantes com 2 ou mais testes sorológicos para sífilis no pré-natal • Proporção de gestantes testadas para sífilis no 1° trimestre • Proporção de gestantes testadas para sífilis no 3° trimestre 	100 100 100 100	<ul style="list-style-type: none"> • Roteiros de entrevista: puérpera e supervisor da UBS • Roteiro coleta de dados CG: puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas estruturadas • Verificação da CG
		Disponibilidade Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de UBS com resultado dos testes sorológicos entregue em até 15 dias da coleta • Proporção de gestantes com resultado dos testes sorológicos em até 15 dias da coleta • Proporção de cadernetas da gestante com registro do resultado do primeiro teste para sífilis • Proporção de cadernetas da gestante com registro do resultado do segundo teste para sífilis • Proporção de gestantes com solicitação de testes para o parceiro 	100 100 100 100 100	<ul style="list-style-type: none"> • Roteiro de entrevista: puérpera • Roteiro coleta de dados CG: puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estruturada • Verificação da CG

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Critérios/Indicadores ^a	Parâmetro	Fontes de Informação	Técnica de coleta
Tratamento	Acesso	Disponibilidade Oportunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT sífilis na gestante nos últimos 6 meses • Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT parceiros das gestantes com sífilis, últimos 6 meses • Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para dispensação/entrega no momento do diagnóstico • Proporção de UBS com aplicação de Penicilina G Benzatina • Proporção de gestantes tratadas • Proporção de gestantes com parceiros tratados 	100 100 100 100 100 ^b 70 ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Roteiros de entrevista: supervisor da UBS e puérpera • Roteiro de <i>checklist</i>: UBS • Roteiro coleta de dados CG: puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estruturada • Verificação da CG • <i>Checklist</i> nas UBS
		Disponibilidade Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de gestantes tratadas com Penicilina G Benzatina • Proporção de gestantes com esquema terapêutico adequado para a prevenção da SC • Proporção de gestantes tratadas e com o máximo de 15 dias de intervalo entre as doses • Proporção de gestantes com início de TT anterior a 30 dias da DPP • Proporção de gestantes tratadas e com solicitação/registro VDRL para controle de cura • Proporção de gestantes com parceiros tratados concomitantemente 	100 ^b 100 ^b 100 ^b 100 ^b 100 ^b 70 ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Roteiro de entrevista com puérpera • Roteiro coleta de dados CG: puérpera 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estruturada • Verificação da caderneta da gestante
Vigilância Epidemiológica	Acesso	Disponibilidade Oportunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de UBS com fichas de investigação de sífilis em gestante disponíveis para notificação no momento da verificação • Proporção de UBS com fichas de investigação de sífilis em gestante disponíveis para notificação nos últimos 6 meses 	100 100	<ul style="list-style-type: none"> • Roteiro de entrevista: supervisor da UBS • Roteiro de <i>checklist</i> nas UBS 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estruturada • <i>Checklist</i>
		Disponibilidade Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de gestantes VDRL reagentes diagnosticadas e notificadas pela UBS • Proporção de UBS que utilizam o registro dos casos notificados para reorganização do trabalho 	100 ^b 100	<ul style="list-style-type: none"> • Fichas e Banco de Dados SINAN • Roteiro de entrevista: supervisor da UBS 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de fichas, Banco de Dados SINAN • Entrevista estruturada

Notas: ^a Cálculo dos indicadores (apêndice B); ^b Gestantes VDRL reagente

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

5.5.4 Matriz de relevância

No Quadro 7 encontra-se a Matriz de Relevância. A matriz agrega uma relevância referida como muito relevante (RRR), relevante (RR) e pouco relevante (R), construída em reuniões com os profissionais de saúde na fase preliminar da pesquisa. Para praticamente todos os indicadores foi atribuída a relevância RRR, entendendo assim que todos os indicadores e componentes selecionados são relevantes para a implementação. Ela indicará quais indicadores devem ser priorizados no momento do julgamento e, além disso, permite estabelecer um padrão de valoração dos indicadores, na medida em que eles podem receber mais ou menos peso no julgamento. A soma dos valores dos pontos atribuídos aos critérios/indicadores por subdimensão e por componente técnico avaliado será utilizada como base da análise e julgamento dos componentes. Para o indicador proporção de UBS com protocolos de prevenção/manejo da SC e/ou IST disponíveis para consulta foi atribuída a relevância de RR devido ao acesso aos protocolos via celular, ser hoje uma importante fonte de informação para os profissionais de saúde e não ter sido avaliado nesta pesquisa. A relevância deste indicador foi modificada durante a coleta de dados, por sugestão dos profissionais das UBS.

Quadro 7 – Matriz de relevância

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	CrITÉrios/Indicadores	Relevância	Pontuação
Prevenção	Acesso	Disponibilidade / Oportunidade Máximo esperado: 7 indicadores e 100pts	• Proporção de UBS com preservativo disponível na Farmácia no momento da verificação ³	RRR	15
			• Proporção de UBS com preservativo disponível na Farmácia nos últimos 6 meses ⁴	RRR	15
			• Proporção de UBS com material informativo afixado sobre prevenção da TMF da sífilis e/ou IST ³⁻⁴	RRR	15
			• Proporção de UBS com material informativo- prevenção da TMF sífilis e/ou IST para ser disponibilizado à gestante ³⁻⁴	RRR	15
• Proporção de UBS com protocolo de prevenção/manejo da TMF sífilis e/ou IST disponível para consulta ³⁻⁴	RR		10		
• Proporção de UBS com atividades de educação em saúde programadas durante gestação abordem prevenção de IST ³⁻⁴	RRR		15		
• Proporção de gestantes que participaram de atividades programadas pré-natal que receberam informações sobre sífilis ¹	RRR	15			
		Disponibilidade / Conformidade 3 indicadores e 45pts	• Proporção de profissionais de saúde capacitados últimos cinco anos na prevenção/manejo da sífilis e/ou IST gestação ⁴	RRR	15
			• Proporção de gestantes orientadas sobre os riscos da doença ²	RRR	15
			• Proporção de gestantes orientadas sobre uso de preservativos ²	RRR	15
		Total esperado			145
Diagnóstico	Acesso	Disponibilidade / Oportunidade Máximo esperado: 4 indicadores e 60pts	• Proporção de supervisores que relatam testes para sífilis disponíveis para a gestante nos últimos 6 meses ⁴	RRR	15
			• Proporção de gestantes com 2 ou mais testes sorológicos para sífilis no pré-natal	RRR	15
			• Proporção de gestantes testadas para sífilis no 1º trimestre ¹	RRR	15
			• Proporção de gestantes testadas para sífilis no 3º trimestre ¹	RRR	15
		Disponibilidade / Conformidade Máximo esperado: 05 indicadores e 75 pts	• Proporção de UBS com resultado dos testes sorológicos entregue em até 15 dias da coleta ⁴	RRR	15
			• Proporção de estantes com resultado dos testes sorológicos em até 15 dias da coleta ¹	RRR	15
			• Proporção de cadernetas da gestante com registro do resultado do primeiro teste para sífilis ¹	RRR	15
			• Proporção de cadernetas da gestante com registro do resultado do segundo teste para sífilis ¹	RRR	15
			• Proporção de gestantes com solicitação/registo de testes para o parceiro ²	RRR	15
		Total esperado			135

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Critérios/Indicadores	Relevância	Pontuação
Tratamento	Acesso	Disponibilidade / Oportunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT da sífilis na gestante nos últimos 6 meses⁴ • Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT dos parceiros das gestantes com sífilis últimos 6 meses⁴ • Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível na farmácia para dispensação/entrega no diagnóstico³ • Proporção de UBS com aplicação da Penicilina G Benzatina 3 • Proporção de gestantes tratadas 2 • Proporção de gestantes com parceiros tratados² 	RRR	15
		Máximo esperado: 06 indicadores e 90 pts		RRR	15
		Disponibilidade / Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de gestantes tratadas com Penicilina G Benzatina • Proporção de gestantes com esquema terapêutico adequado para a prevenção da SC² • Proporção de gestantes tratadas e com o máximo de 15 dias de intervalo entre doses² • Proporção de gestantes com início de TT anterior a 30 dias da DPP² • Proporção de gestantes tratadas e com solicitação/registro VDRL para controle de cura² • Proporção de gestantes com parceiros tratados concomitantemente² 	RRR	15
		Máximo esperado: 06 indicadores 90 pts		RRR	15
		Total esperado			180
Vigilância Epidemiológica	Acesso	Disponibilidade / Oportunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de UBS com fichas de investigação de sífilis na gestante disponíveis para notificação³ • Proporção de UBS com fichas de investigação de sífilis na gestante disponíveis para notificação nos últimos 6 meses⁴ 	RRR	15
		Máximo esperado: 02 indicadores e 30 pts		RRR	15
		Disponibilidade / Conformidade	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de gestantes VDRL reagente diagnosticadas e notificadas pela UBS³ • Proporção de UBS que utilizam o registro dos casos notificados para reorganização do trabalho 	RRR	15
		Máximo esperado: 02 indicador e 30 pts		RRR	15
		Total esperado			60

Notas: 1R = 5 pts; 2R = 10 pts; 3R = 15 pts. Total de 520 pts. 1 = 399 gestantes; 2 = 36 gestantes com diagnóstico de sífilis; 3 = 60 UBS/*checklist*; 4 = 62 supervisores

Legenda: TMF- transmissão de mãe para filho; IST- infecção sexualmente transmissível; TT – tratamento; DPP- data provável do parto; SC- sífilis congênita; VDRL- *Venereal Disease Research Laboratory*; UBS- Unidade Básica de Saúde; R – Relevância

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

5.5.5 Matriz de análise e julgamento

Os componentes e indicadores priorizados na Matriz de análise e julgamento da implementação, foram identificados a partir da matriz de relevância. A composição da matriz com as pontuações máxima e observada está apresentada na seção de resultados.

5.5.5.1 Padrões para a pontuação dos indicadores

Após a contabilização dos pontos observados, foi estabelecido o grau de implementação, a partir do seguinte cálculo:

$$GI\ 1 = \text{Prevenção} = 100 * \sum PO / \sum PM \quad (1)$$

$$GI\ 2 = \text{Diagnóstico} = 100 * \sum PO / \sum PM \quad (2)$$

$$GI\ 3 = \text{Tratamento} = 100 * \sum PO / \sum PM \quad (3)$$

$$GI\ 4 = \text{Vigilância Epidemiológica} = 100 * \sum PO / \sum PM \quad (4)$$

Onde:

GI = Grau de implementação

\sum = somatório

PO = pontuação após observação e PM = pontuação máxima

Foi utilizado para a classificação do grau de implementação os seguintes pontos de corte: implementação aceitável (80% e mais), implementação insatisfatória (40 a 79,9%) e implementação crítica (39,9% e menos) (GUANABARA *et al.*, 2002; HARTZ; CAMACHO, 1996; OJEDA, 1992; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1987; SANTOS *et al.*, 2010).

5.6 ENVOLVIMENTO DOS USUÁRIOS POTENCIAIS

Entende-se como interessados ou usuários potenciais da avaliação todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente com a saúde materno infantil e

prevenção de IST/AIDS. Identificamos os seguintes usuários potenciais desta avaliação: responsáveis técnicos e profissionais das áreas de saúde da mulher, e de IST/AIDS; da vigilância epidemiológica dos agravos de sífilis adquirida, sífilis na gestante e SC; do Laboratório Central, do Departamento farmacêutico e insumos, e os profissionais da APS. O envolvimento destes na avaliação foi programado para acontecer em dois momentos. Na etapa inicial da pesquisa, se deu como um EA do Programa de Prevenção da SC no município. Na etapa final da pesquisa se daria para discutir os resultados, lições aprendidas e recomendações. Esta fase não ocorreu devido o momento atual de isolamento social imposto pela Pandemia do COVID-19. Mas assim que seja possível esta etapa será realizada. No Quadro 8 está a matriz de usuários da avaliação.

Quadro 8 – Matriz de usuários da avaliação

Atores	Interesses na avaliação	Responsabilidade na avaliação	Uso dos achados
Coordenadores da Subsecretaria da APS	Aperfeiçoar e adequar as atividades em sua gestão; melhoria das ações; identificar facilidades e dificuldades no processo de implementação.	Disponibilizar informações necessárias à execução do projeto de avaliação	Ajustes nos processos de gestão, mobilização para aplicar o processo avaliativo na rotina do serviço
Profissionais da APS e da RAS à gestante com sífilis e criança com SC	Melhoria do conhecimento sobre o Programa de prevenção da SC, melhoria das ações de prevenção, identificar dificuldades e facilidades no processo de implementação	Disponibilizar informações necessárias para à execução do projeto de avaliação	Ajustes nos processos de trabalho, mobilização para aplicação do processo avaliativo na rotina de serviço

Fonte: Adaptação de Costa (2013).

5.7 DESENHO DE ESTUDO

Na avaliação de implementação realizou-se um estudo transversal empregando métodos mistos, principalmente a triangulação e a complementariedade de técnicas de coleta e fontes de evidências.

A etapa qualitativa compreendeu entrevista semiestruturada com puérperas com diagnóstico de sífilis na gestação e registros em diário de campo.

A etapa quantitativa aconteceu em dois níveis (mulheres e território) e compreendeu:

- a) entrevista estruturada com puérperas, durante a internação para o parto ou aborto; complementadas com dados da caderneta da gestante,

prontuários na maternidade, exames e receituários trazidos pela mulher no momento da entrevista, fichas de notificação e Banco de Dados do SINAN (2017 e 2018) disponibilizados pela VE

- b) entrevista estruturada com profissionais (supervisores) das UBS
- c) aplicação de roteiro de verificação nas UBS (*checklist*)
- d) coleta de dados secundários: dados socioeconômicos e de saneamento por setor censitário (IBGE, 2010) para cálculo do IVS, dados extraídos de documentos oficiais da PMJF, UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB e o desempenho por equipe de atenção básica no município.

O desenho da avaliação de implementação está esquematizado na etapa 2 do MTA (Fluxograma 1).

5.8 NÍVEIS DE ANÁLISE

Os níveis de análise trabalhados são “mulheres” e “território” e se apresentam a seguir.

5.8.1 Mulheres

- a) População do estudo: mulheres que comparecem aos hospitais da rede SUS, por ocasião do parto ou aborto, no período determinado, e que realizaram atendimento pré-natal nas UBS em Juiz de Fora;
- b) Critérios de inclusão: mulheres, que no momento da coleta de dados, se encontravam nos leitos reservados à assistência pós-parto ou aborto em hospitais da rede SUS (HMTJ, SCMJF, HRJP, HSVP), e realizaram o pré-natal nas UBS em Juiz de Fora.
- c) Critérios de exclusão: mulheres que compareceram aos hospitais da rede SUS (HMTJ, SCMJF, HRJP, HSVP), por ocasião do parto ou aborto, que no período da coleta de dados estavam em risco de vida, identificadas com distúrbios mentais, incapazes de estabelecer contato verbal ou que não estavam portando suas cadernetas da gestante; Mulheres, que antes de iniciarem o pré-natal, já estavam em acompanhamento no SAE por serem soropositivas para o HIV; mulheres que fizeram pré-natal na APS e em

outros serviços, pela dificuldade de diferenciar as condutas de prevenção realizadas na APS, de outros locais de realização do pré-natal.

- d) Amostra: a amostra para a coleta de dados quantitativos foi selecionada a partir de mulheres internadas em hospitais da rede SUS (HMTJ, SCMJF, HRJP, HSVP) em Juiz de Fora, por ocasião do parto ou aborto, no período de agosto a dezembro de 2018, tempo necessário para que fosse atingido o tamanho de amostra esperado. O tamanho da amostra foi definido considerando-se o desfecho “adequação ao pré-natal”, estimado em 50%, erro alfa de 0,05 e correção para a população finita, considerando uma população estimada de 6.259 nascidos vivos de mães residentes em Juiz de Fora, no ano de 2016. O número foi aumentado em 10% considerando possíveis perdas, recusas ou ausências do cartão da gestante no local do parto, o que resultou em uma amostra final de 399 mulheres.

Do total de partos realizados em Juiz de Fora, 28% ocorrem na SCMJF, 18% no HRJP, 39% no HMTJ e 15% no HSVP (dados cedidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde, de Juiz de Fora, para o ano de 2016). A alocação da amostra não foi feita de forma proporcional ao número de partos em cada maternidade, pois no Projeto Piloto evidenciou-se que o tempo necessário para a coleta, inviabilizaria o estudo. A coleta foi realizada em dias consecutivos, pois a sequência não afeta a probabilidade da inclusão das mulheres no estudo.

A amostra para a coleta de dados qualitativos foi selecionada a partir do universo de puérperas em que foi aplicado o questionário estruturado. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres que preencheram os critérios de seleção da amostra (mulheres com VDRL reagente ou outro teste treponêmico ou não treponêmico reagente) durante o pré-natal ou no momento do parto/puerpério, exceto nos casos em que havia registro de que o resultado reagente fosse decorrente de sífilis anterior adequadamente tratada ou resultado falso reagente. O tamanho da amostra foi determinado através do critério de saturação teórica, definido como o fenômeno pelo qual, depois de certo número de entrevistas tem-se a impressão de não apreender nada de novo em relação ao objeto sociológico da entrevista (SIEGEL; VAZQUEZ, 2013).

A entrada no estudo foi proporcional à admissão das mulheres para o parto ou aborto.

5.8.2 Território

- a) População do estudo: UBS de Juiz de Fora; profissionais que ocupavam o cargo de Supervisor nas UBS em Juiz de Fora;
- b) Critérios de inclusão: todas as UBS de Juiz de Fora, do modelo de ESF ou não; profissionais que ocupavam o cargo de Supervisor nas UBS em Juiz de Fora, no momento da entrevista;
- c) Critérios de exclusão: UBS que por algum motivo encontravam-se fechadas, sem prestar atendimento no período de coleta de dados; supervisores que por alguma eventualidade estavam afastados de suas atividades e não havia outro profissional substituto;
- d) Amostra: todas as UBS do município foram incluídas no estudo.

Em relação à amostra de profissionais das UBS, foi selecionado o profissional de cada UBS, que no momento da entrevista exercia o cargo de supervisor, para realização de entrevista estruturada e aplicação do *checklist*;

A entrada das UBS no estudo foi aleatória, e na semana eram visitadas as UBS de acordo com a ordenação dos supervisores que estavam disponíveis para a entrevista e realização do *checklist*. A entrada no estudo dos profissionais, foi proporcional a cada UBS visitada.

5.9 COLETA DE DADOS: FONTES/INSTRUMENTOS, PRÉ-TESTE, PILOTO E COLETA

Para coleta de dados foram utilizados os instrumentos que estão elencados a seguir.

5.9.1 Fontes/Instrumentos de coleta de dados

- a) Roteiro para entrevista estruturada com puérperas (Roteiro 1 – Apêndice C). Contém roteiro para cópia de informações: da caderneta da gestante, do prontuário da internação, de exames laboratoriais e prescrições.
- b) Roteiro para entrevista semiestruturada com puérperas com diagnóstico de sífilis (Roteiro 2 – Apêndice D).

- c) Roteiro para entrevista estruturada com supervisores das UBS (Roteiro 3 – Apêndice E).
- d) Roteiro para Checklist nas UBS (Roteiro 4 – Apêndice F).
- e) Diário de campo

5.9.2 Pré-teste

No período de maio de 2018, foi realizado um pré-teste do roteiro 1 com cinco puérperas e gestantes no final da gestação, no ambulatório de pré-natal da UFJF. Inicialmente foi explicado a cada gestante sobre a importância da pesquisa, sobre o roteiro de coleta de dados, que a confidencialidade das respostas estariam resguardadas e que o objetivo da entrevista era fazer ajustes no roteiro de entrevista e para isto contava com a atenção nas perguntas e sinceridade nas respostas. Todas as mulheres participaram de forma voluntária. Uma questão que chamou atenção em relação ao Bloco IV (Manejo da sífilis) foi quando questionadas se havia sido solicitado exame para sífilis na primeira consulta de pré-natal e na rotina de exames, no início do terceiro trimestre, todas as mulheres responderam que não, e para todas havia os registros de VDRL negativos no caderneta da gestante. Algumas não sabiam o que era sífilis, outras sabiam que sífilis era uma doença, mas não associavam o VDRL ao exame que era realizado para triagem de sífilis. Outra questão observada foi a variedade de cartões de pré-natal, com dados variados registrados neles. A partir do pré-teste algumas questões foram retiradas, outras tiveram modificações nos enunciados e na forma de abordagem devido ao não entendimento da mulher. As entrevistas realizadas no pré-teste, foram apresentadas e discutidas com a professora e coordenadora do ambulatório, que pensou em mudanças para a abordagem da sífilis no seu ambulatório e colaborou ativamente na correção de questões da entrevista. Neste período foi elaborado um manual de campo para a coleta de dados com este instrumento (Apêndice G).

5.9.3 Piloto

Em junho e julho de 2018, realizou-se um projeto piloto utilizando os roteiros 1, 2, 3 e 4. Os roteiros 1 e 2 foram aplicados a seis e três puérperas respectivamente, que estavam internadas em leitos de uma das quatro maternidades que fizeram parte

do estudo. Os roteiros 3 e 4 foram aplicados a quatro supervisores em quatro UBS (três com ESF e uma tradicional).

Neste período foi possível realizar ajustes nos instrumentos, adequando-os às populações que foram aplicados, aos indicadores da matriz de análise e julgamento e à dinâmica da pesquisa de campo. Em relação aos roteiros 3 e 4, foram incorporadas sugestões de retiradas, modificações e inclusões de novas questões, dadas pelos supervisores.

Neste período, também foi possível:

- a) apresentar-me e apresentar o projeto de pesquisa e o documento de liberação do CEP para iniciar a pesquisa, a cada coordenador das maternidades incluídas no estudo; e, aos supervisores das UBS e coordenador da Subsecretaria de Atenção Primária (durante reunião mensal que acontece com os supervisores);
- b) conhecer os profissionais de saúde e a rotina dos locais onde os roteiros foram aplicados;
- c) quantificar o número de puérperas com critérios de inclusão, por semana em cada Maternidade participante do estudo, com o intuito de realizar uma estimativa do tempo de coleta de dados;
- d) observar o tempo gasto para a aplicação de cada instrumento;
- e) observar facilidades e empecilhos no campo para a realização da pesquisa.

Em duas Maternidades, o número de mulheres com critérios de inclusão foi pequeno no período. Uma, é referência para mulheres que realizaram pré-natal de alto risco e atende um grande número de mulheres para o parto, de cidades vizinhas. Outra, atende um grande número de mulheres para o parto, de cidades vizinhas e da Saúde Suplementar. A partir deste dado, optou-se por não fazer a amostra proporcional ao número de partos em cada maternidade, por ser inviável o tempo que se estenderia a coleta de dados.

Durante este período, realizou-se a confecção dos manuais de Campo para entrevista semiestruturada com puérperas com o diagnóstico de sífilis (Apêndice H) e para coleta de dados nas UBS (Apêndice I), e carta introdutória com a descrição da situação da SC em Juiz de Fora para ser entregue aos supervisores, por ocasião das visitas às UBS (Apêndice J). Após este período fez-se a organização do período posterior de coleta de dados.

5.9.4 Coleta de dados

A coleta de dados nas UBS se deu nos meses de junho a agosto de 2018 e janeiro e fevereiro de 2019. As entrevistas com as puérperas nas maternidades foram realizadas no período de julho a dezembro de 2018.

A partir dos instrumentos definidos e o estabelecimento dos primeiros contatos para a entrada em campo, partiu-se para a coleta de dados nas maternidades e UBS.

O Diário de campo foi inserido na pesquisa pois, segundo Minayo (2014), proporciona complementariedade à coleta de dados e favorece a qualidade e profundidade das análises. Nele o pesquisador vai anotando o que observa em tempo real e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista (MINAYO, 2014). Pope e Mays (2009) enfatizam que o registro deve ter descrições concretas e observações (citações literais de conversas, comportamento não verbal e gestos ou representações espaciais) e além disso, o pesquisador precisa documentar suas impressões, sentimentos e reações pessoais a essas observações. E esse acervo de impressões e notas sobre falas, comportamentos e relações, que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo (MINAYO, 2014).

No diário de campo foram inseridas as descrições concretas e observações do momento da coleta de dados relacionadas às puérperas, profissionais das UBS, dinâmica e contexto das UBS. Nele foram escritas impressões pessoais, questionamentos, relações entre as vivências da pesquisa e os fundamentos teóricos da pesquisa, resultados de conversas informais, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, observações de comportamentos (contraditórios ou não com as falas) e do cenário da UBS, dentre outros aspectos. Posteriormente, o que foi escrito foi filtrado, decodificado e atribuído um sentido aos dados tornando-os significativos. No entanto, de acordo com Pope e Mays (POPE; MAYS, 2009), esse processo analítico é entrelaçado com a coleta de dados e a redação, quando o pesquisador está constantemente pensando sobre o que observou. O diário de campo foi um dos instrumentos mais utilizados em todas os passos da pesquisa e proporcionou complementariedade à coleta e análise dos dados.

5.9.4.1 Coleta de dados nas maternidades

A coleta de dados foi diária, incluindo finais de semana e feriados. Participaram da coleta, duas alunas bolsistas de iniciação científica, selecionadas através do Edital 01/2018-PROPP/Pesquisa. Edital de Chamada de Projetos para os Programas Institucionais de Bolsas de Iniciação Científica: XXVII PIBIC/CNPq/UFJF – 2018/2019, XXXI BIC/UFJF- 2018/2019 e II VIC 2018/2019; e dois pediatras, egressos da UFJF, que no decorrer da pesquisa tornaram-se efetivos do quadro de professores da UFJF. O treinamento dos pesquisadores colaboradores e das alunas bolsistas para a pesquisa de campo, se deu no mês de agosto de 2018 (Apêndice K).

Os roteiros para entrevista estruturada com a puérpera (Roteiro 1) foram codificados quando ainda em branco, antes de serem entregues aos entrevistadores. Devido à variedade de cadernetas da gestante em uso e a utilização de muitas siglas e termos técnicos, a extração de dados das cadernetas, por profissionais da área da saúde, com conhecimento e experiência na assistência pré-natal e pediátrica, permitiu um melhor entendimento e avaliação das informações registradas. As entrevistas estruturadas com as puérperas (399), foram realizadas pelas alunas bolsistas, profissionais colaboradores e pela pesquisadora. As entrevistas qualitativas com as puérperas com diagnóstico de sífilis (32) (Roteiro 2), foram realizadas pela pesquisadora. Há 31 gravações em dispositivo digital e uma entrevista escrita, pois não houve autorização da puérpera para a gravação. Após uma seleção diária em cada maternidade que fez parte do estudo, das mulheres que apresentavam critérios de inclusão e não tinham critérios de exclusão, fez-se uma abordagem inicial com cada mulher sobre a gravidade da SC, a transmissão de mãe para filho, a possibilidade da doença ser prevenida durante o pré-natal e do aumento do número de casos em Juiz de Fora. A seguir foi explicado brevemente o objetivo da pesquisa, sobre a confidencialidade dos dados, o conteúdo da entrevista; e por fim, solicitada a sua colaboração nos autorizando a entrevistá-la. Para as mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação também foi solicitado a autorização para a gravação da entrevista semiestruturada. Informações mais detalhadas da abordagem realizada com as mulheres encontram-se nos Apêndices G e H. As entrevistas foram individuais, face a face, em salas reservadas nas maternidades. A duração foi de aproximadamente 50 minutos para as entrevistas estruturadas e 30 minutos para as semiestruturadas.

Alguns dados da caderneta da gestante e prontuários médicos não foram obtidos por registros insuficientes ou letras ilegíveis nestes documentos como datas de realização de exames, idade gestacional, tipo de tratamento, tratamento do parceiro, fatores relacionados às vulnerabilidades, dentre outros.

A coleta de dados nas maternidades foi cansativa e parecia interminável. No entanto, foi gratificante ter conhecimento das vivências das mulheres, poder escutá-las e esclarecer-lhes as dúvidas, contribuindo mesmo que de forma singela para o conhecimento delas sobre IST e suas formas de prevenção.

5.9.4.2 Coleta de dados nas UBS

A coleta de dados nas UBS aconteceu de segunda a sexta-feira após agendamento por telefone, em horários variados, de acordo com a disponibilidade dos profissionais das UBS com vistas a não atrapalhar a rotina de trabalho. Os roteiros de *checklist* e de entrevista com supervisores das UBS foram codificados à medida que se deu a coleta de dados. Os dados foram coletados pela pesquisadora.

Antes da entrada em campo, um grande receio era a receptividade dos profissionais da APS à pesquisa, especialmente por se tratar de uma pesquisa avaliativa e o resultado da avaliação, muitas vezes, ser traduzido como punição para os profissionais envolvidos. Desde as primeiras falas sobre o projeto de pesquisa, no EA (estudo preliminar que antecedeu a avaliação de implementação, descrito no Apêndice A) procurou-se desconstruir este conceito, enfatizando que o objetivo da pesquisa era contribuir de forma colaborativa com o controle da SC no município. No EA os profissionais da APS relataram a característica de profissionais acolhedores, da maioria dos supervisores das UBS do município e a experiência prévia com a avaliação do PMAQ-AB. Também realizou-se antes da visita nas UBS uma apresentação do projeto na reunião dos supervisores, de ocorrência mensal e uma apresentação pessoal da pesquisadora em cada UBS combinando com os supervisores qual seria o melhor contato, época, período do dia para agendamento da entrevista e realização do *checklist*. Acredito que por uma soma destes fatores, mas principalmente por uma cultura de avaliação na APS, ainda em construção, mas já iniciada pela adesão das equipes ao PMAQ-AB no município, a coleta de dados nas UBS se deu de uma forma tranquila e colaborativa.

5.9.5 Revisão e armazenamento dos dados

A primeira revisão das entrevistas realizadas com as puérperas foi feita pelos entrevistadores ao registrarem as questões a lápis e posteriormente preencherem com caneta a coluna lateral do roteiro, com o intuito de verificarem questões que não haviam sido preenchidas. Posteriormente, à medida que os roteiros eram entregues à pesquisadora, tiveram uma segunda revisão. Dúvidas ou erros de preenchimento detectados, foram esclarecidos com o entrevistador. Os roteiros de *checklist* e de entrevista com supervisores das UBS foram colhidos e revisados pela pesquisadora.

Para cada instrumento de coleta de dados quantitativa foi criado um banco de dados, utilizando-se o programa da Microsoft Excel, versão 2013[®] (Microsoft Office Excel[®], WA, EUA). A digitação dos roteiros das puérperas foi realizada por três digitadores e a dos roteiros de *checklist* nas UBS e entrevistas com supervisores foram feitos pela pesquisadora. Os dados foram tabulados no Excel e exportados para análise no *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20. Antes da análise, foi realizada uma terceira conferência dos dados exportados para o *software* SPSS, para garantir que fossem fidedignos.

5.10 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente fez-se uma descrição geral da pesquisa, da população de estudo e do ambiente de implementação; posteriormente, a análise do grau de implementação. Na sequência realizou-se a análise de fatores do ambiente e sua interação com a implementação. Esta etapa incluiu a identificação de fatores facilitadores e obstáculos para a implementação. Considerou-se como ambiente da implementação os fatores do contexto externo (vulnerabilidades individual e social das mulheres, e a vulnerabilidade social do território das UBS), contexto organizacional (adesão das equipes das UBS ao terceiro ciclo do PMAQ-AB) e programas relacionados ao controle da SC com a utilização de serviços no pré-natal (início no primeiro trimestre e número mínimo de seis consultas). Por fim, fez-se a análise do desfecho de sífilis gestacional e sua interação com a implementação. A análise qualitativa foi utilizada como complementariedade à análise quantitativa.

No Quadro 9 está a descrição dos contextos da implementação, com suas dimensões e subdimensões.

Quadro 9 – Dimensões e subdimensões dos contextos

Contextos	Dimensões	Subdimensões	Critérios/indicadores	Fontes
Externo	Vulnerabilidades das mulheres e do território das UBS	• Vulnerabilidade individual das mulheres	• Demográfica • Socioeconômica • Comportamental	• Roteiro puérpera (1 e 2) • CG • Diário de campo
		• Vulnerabilidade social das mulheres	• Índice de Vulnerabilidade da saúde (IVS) do setor censitário de domicílio das mulheres	• Cálculo IVS (dados secundários e setor censitário IBGE-2010)
		• Vulnerabilidade social do território das UBS	• Índice de Vulnerabilidade da saúde (IVS) da região urbana do território das UBS	• Cálculo IVS (dados secundários e setor censitário IBGE-2010) • Diário de campo
Organização dos serviços	Avaliação PDAPS	• Adesão de equipes ao terceiro ciclo do PMAQ-AB	• UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB	• Dados secundários

Legenda: CG – caderneta da gestante; PDAPS – Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; PMAQ-AB – Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica; UBS- Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

5.10.1 Descrição geral da pesquisa, da população de estudo e do ambiente de implementação

Fez-se a descrição geral da pesquisa, da população de estudo e do ambiente de implementação nos dois níveis de análise (UBS/supervisores e mulheres).

Em relação às UBS fez-se uma descrição quanto a área de localização, ao arranjo organizativo, a ter equipes que aderiram ou não ao PMAQ-AB, ao IVS da região urbana do território e a organização dos serviços para a oferta de insumos e atividades relacionados ao manejo da SC.

Os supervisores foram descritos em relação aos dados demográficos, à categoria profissional, à possuir pós graduação em saúde da família, ao vínculo empregatício e, em relação aos anos de formado, de atuação no SUS em Juiz de Fora e atuação na UBS visitada.

Em relação às mulheres, fez-se descrições quanto ao diagnóstico de sífilis, às vulnerabilidades individuais (condições socioeconômicas, demográfica,

comportamentais, reprodutivas), ao IVS do setor censitário de domicílio, às características reprodutivas e ao acesso e utilização dos serviços de saúde no pré-natal.

Utilizou-se estatística descritiva, através da média, percentis e desvio-padrão (variáveis quantitativas) e das frequências absolutas e relativas (variáveis qualitativas) com a apresentação de figuras, gráficos e tabelas. Os registros em diário de campo foram utilizados como complementariedade para a caracterização da amostra.

5.10.2 Avaliação do grau de implementação das ações de controle da SC no município

Como visto no plano de avaliação, para cada componente técnico (prevenção, diagnóstico, tratamento, vigilância epidemiológica), na dimensão de acesso selecionamos subdimensões e critérios/indicadores, que por sua vez fizeram parte da matriz de julgamento. Para possibilitar o julgamento das intervenções, foram definidos nesta matriz os indicadores/critérios com seus respectivos parâmetros e pesos atribuídos para cada um dos itens dos componentes, a partir das matrizes de informação e relevância. Na matriz de julgamento também foi incorporado o score de pontuação para a classificação da implementação do programa, no que diz respeito aos diferentes componentes técnicos e geral, em: aceitável (80% e mais), insatisfatória (40 a 79,9%) e crítica (39,9% e menos). Na matriz de julgamento considerou-se os dois níveis de análise (mulheres e território) e foi feita para avaliar a implementação das ações de prevenção da SC no município.

Considerando-se que para a prevenção da TMF da sífilis os procedimentos de controle devem ser realizados em todas as gestantes, adotamos para o julgamento dessas ações 100% para praticamente todos os itens. Para os seguintes indicadores utilizou-se o parâmetro de 70%: proporção de UBS com material informativo afixado sobre a prevenção da TMF da sífilis e/ou IST, proporção de UBS com atividades de educação em saúde programadas durante a gestação que abordem prevenção de IST, proporção de profissionais capacitados nos últimos cinco anos para prevenção e manejo da sífilis e/ou IST na gestação, indicadores relativos ao tratamento dos parceiros. Todos os indicadores receberam pesos máximos devido as suas relevâncias (RRR = 15), exceto o indicador proporção de UBS com protocolos de prevenção/manejo da SC e/ou IST disponíveis para consulta (RR = 10). Importante

ressaltar que estes parâmetros foram ajustados de acordo com os profissionais de saúde, envolvidos no processo avaliativo.

A avaliação do grau de implementação das ações de controle da SC no município foi feita diretamente a partir das frequências simples obtidas nas análises descritivas, dos bancos de dados das mulheres, supervisores, *checklist* nas UBS e dados secundários.

As variáveis foram distribuídas de acordo com os componentes técnicos. No componente técnico de tratamento, no banco de dados das mulheres, selecionou-se as 36 mulheres que tiveram o desfecho de sífilis gestacional.

Foi utilizada a matriz de análise e julgamento e feito a confrontação com parâmetros estabelecidos. Por fim, foi emitida a conclusão sobre o grau de implementação de cada um dos critérios/indicadores; de cada um dos componentes técnicos nas subdimensões de disponibilidade/oportunidade e disponibilidade/conformidade, levando em consideração insumos e atividades; e do grau de implementação geral das ações de controle da TMF da sífilis na assistência ao pré-natal, na APS do município; com ressalvas na avaliação final.

Os dados qualitativos (entrevistas semiestruturadas com 32 puérperas identificadas com sífilis durante a gestação, no parto ou puerpério e material registrado em diário de campo) foram utilizados como complementariedade para a descrição e análise do grau de implementação alcançado.

Os procedimentos analíticos compreenderam: (a) descrição de frequências absolutas e relativas, (b) análise de conteúdo temático.

5.10.3 Avaliação do ambiente e de sua interação com a implementação

Esta etapa incluiu a análise de fatores sinérgicos (facilitadores) e antagonistas (barreiras) à implementação através do cruzamento de variáveis para a estatística analítica.

5.10.3.1 Contexto externo

O contexto externo inclui a vulnerabilidade individual das mulheres e vulnerabilidade social das mulheres e do território das UBS.

5.10.3.1.1 Vulnerabilidade individual das mulheres

As informações foram definidas pelo relato da mulher participante, registro na caderneta da gestante, registro do prontuário da internação para o parto ou aborto e registro do diário de campo. Considerou-se as condições socioeconômicas, demográfica e comportamentais. Partiu-se da hipótese que a vulnerabilidade individual das mulheres (variáveis independentes) desfavorece a implementação (variáveis de desfecho).

Os procedimentos analíticos compreenderam os seguintes passos:

- a) (na análise bivariada, compararam-se as distribuições das variáveis independentes em relação aos desfechos por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, e a inspeção dos intervalos de confiança (IC) de 95 das estimativas de risco. O teste do Qui-quadrado foi usado para detectar diferenças entre as proporções, valores de $p < 0,05$. As análises foram feitas no software estatístico SPSS (*Statistical Package the Social Sciences*) versão 20.0 (IBM Corp, Armonk, NY), sendo adotado o nível de significância de 5;
- b) análise qualitativa, com análise de conteúdo das entrevistas realizadas com as puérperas com diagnóstico de sífilis na gestação e registro do diário de campo, buscando associações de vulnerabilidades relatadas pelas mulheres e dos sentidos dado pela mulher à sífilis e ao seu controle, com a implementação observada.

5.10.3.1.2 Vulnerabilidade social das mulheres e do território das Unidades Básica de Saúde

O Índice de Vulnerabilidade calculado para esta pesquisa representa a vulnerabilidade sob a perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). O Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) é um indicador composto por variáveis socioeconômicas (razão de moradores por domicílio, percentual de pessoas analfabetas, percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até meio salário mínimo (SM), rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis, percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena) e de saneamento (percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água

inadequado ou ausente, percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente, percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente) para análise de características de grupos populacionais que vivem em setores censitários (BELO HORIZONTE, 2013; SCHUMANN; MOURA, 2015). A unidade de análise foi a base territorial dos setores censitários do censo do IBGE-2010¹. Todas as informações constantes dos relatórios públicos dos Censos Decenais são agregados, pelo IBGE, a partir de setores censitários. De acordo com os dados do Censo Demográfico 2010, Juiz de Fora tem 719 setores censitários. Foram incluídos no cálculo do IVS 707 setores censitários correspondentes às regiões urbanas do município.

O IVS das mulheres foi obtido pelo georreferenciamento dos setores censitários dos endereços de domicílio das puérperas, por setor censitário. O processo constou de duas etapas, uma automática e uma manual. O processo automático se deu a partir do georreferenciamento pontual dos endereços no mapa de ruas (fonte), sobreposição da malha de setores e aplicação da função de pertencimento do ponto ao polígono; através do Programa estatístico R. O processo manual se deu a partir da correção dos endereços e localização das ruas nos mapas dos setores censitários-censo IBGE-2010. Os oito indicadores incluídos e a atribuição de seus pesos seguiram como referência o documento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte intitulado: *Índice de Vulnerabilidade da Saúde*, 2012 (BELO HORIZONTE, 2013).

O território municipal estava dividido, no momento da pesquisa, para efeito administrativo em sete regiões administrativas (RA), e para a SMS em 12 regiões sanitárias (JUIZ DE FORA, 2014a). O território-Região sanitária, por sua vez, é dividido em áreas de abrangência das UBS, compostas por um conjunto de setores censitários contíguos, permitindo assim que as equipes de saúde locais tenham informação sobre a população adscrita.

O IVS do território das UBS foi obtido pela média dos IVS dos setores censitários que compõem as regiões urbanas (cluster de setores censitários) do território das UBS.

¹ Os dados referentes aos setores censitários estão disponíveis em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-municipais/27440-mapas-para-fins-de-levantamentos-estatisticos.html?%2520=%2520&t%2520=%2520downloads&t=o-que-e>

Parte-se da hipótese que os maiores IVS desfavorecem a implementação das ações de controle da SC. Para confirmar ou negar esta hipótese fez-se uma análise buscando a associação entre o IVS dos endereços de domicílio das mulheres (variável independente) e variáveis da implementação (variáveis de desfecho). Também se fez uma análise buscando a associação entre o IVS do território das UBS (variável independente) e variáveis da implementação (variáveis de desfecho).

Os procedimentos analíticos compreenderam os seguintes passos: (a) na análise bivariada compararam-se as distribuições da variável independente em relação aos desfechos por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, e a inspeção dos intervalos de confiança (IC) de 95% das estimativas de risco. No teste do Qui-quadrado foi usado para detectar diferenças entre as proporções, valores de $p < 0,05$; (b) análise qualitativa, com análise de conteúdo do registro do diário de campo realizado quando da realização da pesquisa de campo nas UBS, buscando associações de vulnerabilidades percebidas no território, com a implementação observada.

5.10.3.2 *Organização dos serviços*

A organização dos serviços se baseou na adesão das equipes ao PMAQ-AB.

Pretendeu-se verificar em que medida a adesão das equipes de AB ao PMAQ-AB favorece a implementação das ações de controle da SC no município. A adesão das equipes ao terceiro ciclo do PMAQ-AB e o desempenho por equipe de atenção básica (EAB), por município, são de acesso público e estão disponíveis no sítio do Ministério da Saúde². A certificação ocorre da seguinte maneira: 10% da nota é referente à implementação de processos autoavaliativos, 30% corresponde a avaliação dos indicadores contratualizados, e 60% é referente à avaliação externa. As equipes são certificadas segundo o seu desempenho como ótimo, muito bom, bom, regular e ruim (BRASIL, 2015b). É calculado um fator de desempenho após a classificação da totalidade das equipes, que é utilizado para definir os valores que serão repassados por equipe para cada categoria de desempenho.

² Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>

Parte-se da hipótese de que a adesão das equipes de atenção básica ao PMAQ-AB já é uma seleção daquelas com melhores qualidades das ações em saúde, pois a adesão tem caráter voluntário e pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados pelas equipes de atenção básica, os gestores municipais e o MS. Além disso, com base no acompanhamento do processo de trabalho e dos resultados obtidos na avaliação, espera-se que as equipes e gestores se envolvam na busca por soluções dos problemas de saúde do cotidiano de sua população. Pretendeu-se então, responder à seguinte pergunta: A adesão ao PMAQ-AB já seleciona equipes que favorecem a implementação das ações de controle da SC na assistência ao pré-natal, na APS?

Os indicadores do grau de implementação das ações de prevenção da SC na assistência pré-natal na APS, foram as variáveis de desfecho e a variável UBS com equipes que aderiram ou não ao terceiro ciclo do PMAQ-AB que foi a variáveis independente nesta análise.

Na análise bivariada compararam-se as distribuições da variável independente em relação aos desfechos por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, e a inspeção dos intervalos de confiança (IC) de 95 das estimativas de risco. O teste do Qui-quadrado foi usado para detectar diferenças entre as proporções, valores de $p < 0,05$. As análises foram feitas no software estatístico SPSS (*Statistical Package the Social Sciences*) versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY), sendo adotado o nível de significância de 5.

5.10.3.3 *Utilização de serviços de pré-natal*

Utilizou-se dois indicadores de processo do pacote mínimo de indicadores utilizados para a avaliação da efetividade da assistência pré-natal oferecida, estabelecidos no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000); o início do pré-natal no primeiro trimestre e um número mínimo de seis consultas de pré-natal, indicando o acesso de primeiro contato e a longitudinalidade dos cuidados no pré-natal (STARFIELD, 2002). O Programa Previne Brasil (BRASIL, 2020b), é um modelo misto de financiamento para a APS que equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas eSF e eAB, com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos para ações estratégicas (ampliação do horário de atendimento, informatização e

formação de especialistas em saúde da família por meio de residência médica e multiprofissional). Dentre um total de sete indicadores de pagamento por desempenho está a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira tendo início até 20ª semana de gestação. O parâmetro estabelecido neste Programa é igual ou acima de 80 e meta em 2020 de 60 (BRASIL, 2020b)

A observância do cumprimento destes indicadores não garante a qualidade das ações ofertadas, no entanto, julgamos que sem o atendimento destes indicadores a qualidade do pré-natal fica prejudicada, incluindo as ações de controle da SC.

Partiu-se da hipótese que o início tardio de pré-natal e a não realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, desfavorece a implementação das ações de controle da SC.

5.10.4 Avaliação da influência da implementação sobre o desfecho de sífilis gestacional

Pretendeu-se verificar em que medida a implementação das ações de controle da SC no município influencia o desfecho de sífilis gestacional. A variável de diagnóstico da sífilis gestacional sim ou não, foi a variável de desfecho e as variáveis da implementação das ações de controle da SC na assistência pré-natal na APS foram as variáveis independentes.

Partiu-se da hipótese que a implementação das ações de controle da SC influencia o desfecho de sífilis gestacional.

Na análise bivariada compararam-se as distribuições da variáveis independentes em relação ao desfecho por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson, e a inspeção dos intervalos de confiança (IC) de 95 das estimativas de risco. O teste do Qui-quadrado foi usado para detectar diferenças entre as proporções, valores de $p < 0,05$. As análises foram feitas no software estatístico SPSS (*Statistical Package the Social Sciences*) versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY), sendo adotado o nível de significância de 5.

5.10.5 Descrição das variáveis utilizadas no estudo

- a) Diagnóstico de sífilis na gestação. Considerou-se caso de sífilis na gestação: puérperas que no momento da entrevista, tinham registro de

resultado de testes para sífilis (treponêmicos e/ou não treponêmicos) no cartão de pré-natal e/ou posse do resultado dos testes realizados durante a gestação, reagentes, com qualquer titulação; exceto nos casos em que havia registro de que o resultado reagente fosse decorrente de sífilis anterior adequadamente tratada ou resultado falso reagente; puérpera que no momento do parto ou puerpério tivesse resultado de testes para sífilis reagentes, excluídos resultados decorrente de sífilis anterior adequadamente tratada ou falso reagentes; mulheres identificadas em Bancos do SINAN como “sífilis na gestação” ou mulheres cujo desfecho da gestação tenha sido um caso de SC;

- b) A idade gestacional (IG) de início do pré-natal. A definição da IG do início do pré-natal foi realizada de forma padronizada utilizando a Data da Última Menstruação (DUM) quando registrada na caderneta da gestante, ou a IG estimada na ultrassonografia (USG) realizada preferencialmente até a 14^a semana gestacional e a data da primeira consulta. Em alguns poucos casos em que não havia estes registros utilizou-se a IG registrada na primeira consulta de pré-natal e quando esta também não estava presente, o cálculo baseou-se em IG registrada em outras USG realizadas durante a gestação (ZUGAIB, 2016);
- c) A IG de realização dos testes para sífilis e HIV durante a gestação. A IG dos testes foi calculada de forma padronizada. Utilizou-se a data e IG calculada da primeira consulta e a data de realização dos exames. Considerou-se para a definição da IG por trimestre, o primeiro trimestre até 13,5 semanas; o segundo trimestre até 27,5 semanas e o terceiro trimestre até 40,5 semanas (BRASIL, 2016a). Para a construção deste indicador foram utilizadas três fontes distintas de dados: entrevistas com puérperas, análise de registros dos testes nas cadernetas das gestantes e resultados de testes sorológicos de posse da mulher no momento do parto (todos os dados contidos no roteiro 1 – Apêndice C). Em 32 e 45 cadernetas da gestante em que não havia registro do primeiro e segundo exame respectivamente, as datas e os resultados puderam ser resgatados dos exames laboratoriais impressos trazidos pela mulher no momento do parto;
- d) Número de consultas realizadas no pré-natal. O valor do indicador número de consultas no pré-natal foi construído a partir de duas fontes de dados,

o registro da caderneta da gestante e a resposta dada pela mulher na entrevista. As discordâncias entre o que estava registrado na caderneta da gestante e o que foi dito pela mulher foram analisadas no momento da entrevista, considerando cada caso. Quando não havia o registro considerou-se apenas a fala da mulher;

- e) Renda familiar per capita. Correspondente à divisão da renda total familiar pelo número de membros da família, expressa em SM. A referência foi do ano de 2018, no valor de R\$ 997,00. Levamos em consideração para o cálculo da renda familiar per capita, a renda proveniente do trabalho e a renda proveniente de programas governamentais de transferência de renda como o Programa de Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada;
- f) História de IST. Em relação à pesquisa de IST, utilizou-se a classificação de abordagem sindrômica, preconizada pelo Manual de Controle de IST, de 2006 (BRASIL, 2006) numa tentativa de buscar vulnerabilidades comportamentais para IST no momento atual, mesmo sabendo que muitas IST necessitam de laboratório de apoio para o diagnóstico e que desta forma, muitas mulheres com fatores de risco e vulnerabilidades não seriam reconhecidas apenas pela abordagem sindrômica;
- g) Consumo de álcool. O consumo habitual de álcool foi definido como ingestão de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, independente da dose. O consumo abusivo de álcool foi definido como a ingestão de quatro ou mais doses, em uma única ocasião nos últimos 30 dias;
- h) Classificação clínica da sífilis. Em relação à classificação clínica da sífilis levou-se em consideração, sinais e sintomas antes de engravidar ou durante a gestação, passado de sífilis e os testes sorológicos para sífilis realizados antes e durante a gestação. As mulheres de acordo com dados relatados e registrados, foram classificadas a partir das manifestações clínicas e evolução em sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente recente, sífilis latente tardia ou sífilis terciária. Se não havia sinais e sintomas relatados ou registrados, mas havia registros em prontuários e cartões de pré-natal de soroconversão durante a gestação, foi feita a classificação como sífilis latente recente. Quando não foi possível determinar o período de latência, sendo a sífilis detectada no primeiro

exame de rotina realizado durante o pré-natal, a classificação dada foi sífilis latente de período indeterminado;

- i) desfechos da gestação. Considerou-se: prematuridade: o nascimento de bebês anterior a 37 semanas de gestação; baixo peso: bebês com peso de nascimento inferior a 2500 gramas; natimortos: a morte do feto ocorreu antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas e/ou idade gestacional de 22 semanas de gestação ou mais; aborto: expulsão de feto morto com peso ao nascer inferior a 500 gramas e/ou idade gestacional inferior a 22 semanas;
- j) adequação do tratamento materno para a prevenção da SC. Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da gestante com sífilis, como: administração de penicilina benzatina; início de tratamento até 30 dias antes do parto; esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico (consideramos adequado para a prevenção da TMF quando o número de doses estava adequado para o estágio clínico ou superior); intervalo máximo de 15 dias entre as doses; avaliação quanto ao risco de reinfecção (parceria sexual não tratada concomitantemente e não aderência ao uso de preservativo durante a gestação); documentação de queda de títulos do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento. É importante ressaltar que essas medidas para a prevenção da SC devem ser verificadas sistematicamente na hora do parto para evitar que uma criança cujo diagnóstico de SC seja possível, não seja investigada e tratada adequadamente, como também evitar que a criança exposta seja submetida a intervenções desnecessárias no pós-parto. Para a variável, tratamento adequado, utilizaram-se os 4 primeiros indicadores.
- k) índice de vulnerabilidade à saúde (IVS): indicador composto por variáveis socioeconômicas (razão de moradores por domicílio, percentual de pessoas analfabetas, percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até meio salário mínimo (SM), rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis, percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena) e de saneamento (percentual de

domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente, percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente, percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente) por setor censitário. Este indicador foi calculado para esta pesquisa, a partir de dados secundários (BELO HORIZONTE, 2013; SCHUMANN; MOURA, 2015). Este indicador foi classificado em alto (maior que 0,3) e baixo (menor ou igual a 0,3).

- l) UBS com equipes que aderiram ao PMAQ-AB: UBS com equipes que aderiram ou não ao terceiro ciclo do PMAQ-AB.
- m) Média de cobertura de seis ou mais consultas de pré-natal nas UBS: este indicador foi criado a partir das variáveis número de consultas e UBS de realização do pré-natal, no Banco de dados das mulheres. Atribuiu-se a pontuação 1 para aquelas com seis ou mais consultas e zero para aquelas com menos de seis consultas e calculou-se a média de cobertura de seis ou mais consultas de pré-natal, no Banco de dados UBS.
- n) Média de cobertura de início precoce do pré-natal: este indicador foi criado a partir das variáveis trimestre de início do pré-natal e UBS de realização do pré-natal, no Banco de dados das mulheres. Atribuiu-se a pontuação 1 para aquelas com início no primeiro trimestre e zero para aquelas com início no segundo ou terceiro trimestres e calculou-se a média de cobertura de início precoce do pré-natal nas UBS, no Banco de dados UBS.
- o) Média de cobertura de seis ou mais consultas de pré-natal, iniciando no primeiro trimestre: este indicador foi criado a partir das variáveis seis ou mais consultas de pré-natal, iniciando no primeiro trimestre e UBS de realização do pré-natal, no Banco de dados das mulheres. Atribuiu-se a pontuação 1 para aquelas com seis ou mais consultas de pré-natal, iniciando no primeiro trimestre e zero para aquelas com início no segundo ou terceiro trimestres e calculou-se a média de cobertura de início precoce do pré-natal nas UBS, no Banco de dados UBS.
- p) O cálculo dos indicadores do grau de implementação da matriz de julgamento encontra-se no Apêndice B.
- q)

5.10.6 Análise dos dados qualitativos

As questões que nortearam as entrevistas semiestruturadas foram baseadas nos objetivos e pressupostos teóricos da pesquisa, e seguiram a orientação dos componentes técnicos da matriz de informação. Os roteiros tiveram o propósito de orientar os relatos e assim permitir que os recortes dos objetos fossem privilegiados à luz das representações das puérperas. A análise foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, segundo Bardin (2011). Para esta autora, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido” (BARDIN, 2011, p. 135).

Partiu-se das seguintes hipóteses: a) as fragilidades percebidas no sistema de saúde, em relação à prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante e abordagem dos parceiros, interferem na implementação das ações de controle da SC; b) as vulnerabilidades individuais das mulheres com diagnóstico de sífilis gestacional interferem na implementação das ações de controle da SC; c) as representações socioculturais a respeito da sífilis interferem nas ações de controle da SC.

As transcrições das entrevistas foram realizadas por duas alunas bolsistas e um pesquisador colaborador, seguindo um roteiro de orientação (Apêndice L) e todas foram revisadas pela pesquisadora.

Duas alunas bolsistas, dois pesquisadores colaboradores e a pesquisadora participaram do processo de tratamento inicial dos dados, com orientação, supervisão e revisão realizadas pela pesquisadora; sob orientação da coorientadora que tem experiência em pesquisa qualitativa.

Inicialmente foi realizado uma leitura e feito um resumo da entrevista quantitativa e da descrição feita no Diário de Campo para cada entrevista. Posteriormente realizou-se uma pré-análise, uma leitura flutuante para se tomar um primeiro contato com os discursos transcritos. Em seguida, foi realizado uma exploração do material com o mapeamento dos discursos transcritos para indicar relevâncias em relação ao controle da SC. Buscou-se ideias constituintes sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e abordagem dos parceiros, de acordo com pré categorias já existentes na entrevista. Fez-se então a decomposição das entrevistas em fragmentos menores e mais simples, utilizando o primeiro roteiro e técnica de

colagem. No segundo roteiro esses fragmentos foram agrupados para cada pré-categoria e nomeados em categorias temáticas.

O critério de categorização utilizado foi semântico (BARDIN, 2011); todos os temas que significam o sentido que as mulheres dão à sífilis foram agrupados na categoria “Sentidos dados à sífilis”; os temas que significam ações educativas e de aconselhamento foram agrupados sob os títulos conceituais de “Conhecimento prévio sífilis” e “Conversas sífilis”. Já os temas que significam diagnóstico e tratamento foram agrupados sob os títulos conceituais de “Diagnóstico sífilis” e “Tratamento sífilis” respectivamente. A divisão semântica de prevenção, diagnóstico e tratamento seguiu normativas de documentos oficiais do MS e OMS para o controle da SC e o Modelo lógico elaborado para o estudo, no entanto, temas que significam prevenção, também estão presentes em todas as categorias temáticas.

Para preservar o anonimato das participantes, as mesmas foram identificadas pela letra “P” referente a inicial da palavra “puérpera” e pela sequência em que foram entrevistadas.

Os dados registrados em Diários de campo, a partir de observações e percepções da pesquisadora em suas diversas fases da coleta de dados, também foram utilizados para a compreensão dos elementos relacionados às representações sociais das mulheres sobre a sífilis e seu controle.

A análise dos dados qualitativos nesta pesquisa, foi utilizada como complementariedade às análises da implementação e do contexto externo.

5.11 VIABILIDADE DO PROJETO

Durante a realização do projeto, foram envolvidos os hospitais da rede SUS (HMTJ, SCMJF, HRJP, HSVP), as UBS, a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde e o Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora; juntamente com o Departamento Materno Infantil da Faculdade de Medicina da UFJF e a Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFJF.

Os exames necessários para o diagnóstico de sífilis na gestante, são disponibilizados na rede SUS. Os medicamentos utilizados no tratamento da sífilis na gestante, parcerias sexuais e SC fazem parte da lista de medicamentos oferecidos

pela Secretaria Municipal de Saúde. Nenhum novo exame, fluxograma de diagnóstico, tratamento e acompanhamento, foram propostos além dos oferecidos na rede SUS.

A busca de dados através de entrevista estruturada com as mulheres internadas em hospitais da rede SUS por ocasião do parto ou aborto, foi feita pela pesquisadora, por alunos bolsistas e por pesquisadores colaboradores treinados por ela.

As entrevistas semiestruturadas com mulheres no puerpério, com diagnóstico de sífilis durante a gestação ou parto/puerpério, foram realizadas pela pesquisadora.

As entrevistas estruturadas com supervisores das UBS e *checklist* nas UBS foram realizados pela pesquisadora.

A coleta de dados através de entrevistas estruturadas e semiestruturadas, só foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.12 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi conduzido dentro de limites éticos e legais, em conformidade com o estabelecido nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b) e nº 510 de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016b), cuidando que sua realização não incorra em dano de qualquer natureza aos indivíduos envolvidos, seja na coleta, processamento ou divulgação dos dados. Os pesquisadores declaram que ao término da pesquisa, os dados irão se tornar públicos sejam eles favoráveis ou não, comprometendo-se a garantir o sigilo e a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF e aprovado com o Parecer número: 2.435.822 e CAAE: 80417117.2.0000.5147 (Anexo A).

Realizaram-se entrevistas com profissionais (supervisores) das UBS e mulheres internadas em hospitais da rede SUS, por ocasião do parto ou aborto; e coleta de dados em cartões de pré-natal, prontuários, fichas e Banco de dados do SINAN.

Os possíveis riscos serão a identificação dos entrevistados, considerando informações coletadas por gravação de voz e identificação de nomes, e, identificação dos usuários dos bancos de dados secundários.

O entrevistador explicou a cada mulher e profissional: a) os objetivos da pesquisa; b) a impessoalidade das informações fornecidas; c) os possíveis riscos da identificação dos entrevistados; d) a possibilidade de suspender a participação no estudo, em qualquer etapa dele, bastando para isto, a comunicação com o pesquisador. Somente após isto foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos os esforços foram empreendidos para a garantia da confidencialidade, segurança da informação coletada e da não-identificação dos participantes do estudo.

As informações das notificações realizadas ao SINAN, das mulheres caso sífilis identificadas no estudo, foram solicitadas pelo pesquisador, apenas após a anuência do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental e da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde e Termo de compromisso assinado pelo pesquisador, garantindo a preservação da confidencialidade dos dados fornecidos e da preservação da identidade dos usuários.

Não foram entrevistadas puérperas no pós parto imediato, em consideração ao provável cansaço apresentado imediatamente após os procedimentos relacionados à parturição. Na coleta de dados em dias consecutivos, pacientes não entrevistadas na véspera foram convidadas a participar. Para as gestantes que não realizaram os testes durante a gestação, a rotina nas maternidades credenciadas na rede SUS já prevê a testagem para sífilis no pré-parto ou puerpério. O entrevistador checkou a realização destes exames e, no caso de falhas, avisou ao corpo clínico da instituição para assegurar que fosse oferecido testes sorológicos para as mulheres.

A participação do estudo foi voluntária e desvinculada de qualquer forma de remuneração. Os possíveis benefícios para os participantes da pesquisa foram sua contribuição para o melhor entendimento da prevenção da TMF da sífilis em Juiz de Fora, e o consequente aprimoramento da assistência a esta população de gestantes, cuja vulnerabilidade é tanto biomédica quanto social, econômica e cultural.

Todo material coletado foi utilizado unicamente para elaboração da pesquisa, sendo guardados em segurança.

O compartilhamento dos resultados da avaliação com os atores envolvidos e interessados se traduz como uma etapa fundamental do processo avaliativo, principalmente em um estudo que focaliza a melhoria do programa.

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em quatro tópicos:

- a) descrição geral da pesquisa, da população de estudo, do ambiente da implementação, nos dois níveis de análise (UBS/supervisores e mulheres);
- b) avaliação do grau de implementação das ações de controle da SC no município;
- c) avaliação das interações do ambiente com as ações de implementação;
- d) avaliação da influência das ações de implementação sobre o desfecho de sífilis gestacional.

O terceiro tópico incluiu a descrição de fatores sinérgicos (facilitadores) e antagonistas (barreiras) à implementação.

6.1 DESCRIÇÃO GERAL DA PESQUISA, DA POPULAÇÃO DE ESTUDO E DO AMBIENTE DA IMPLEMENTAÇÃO

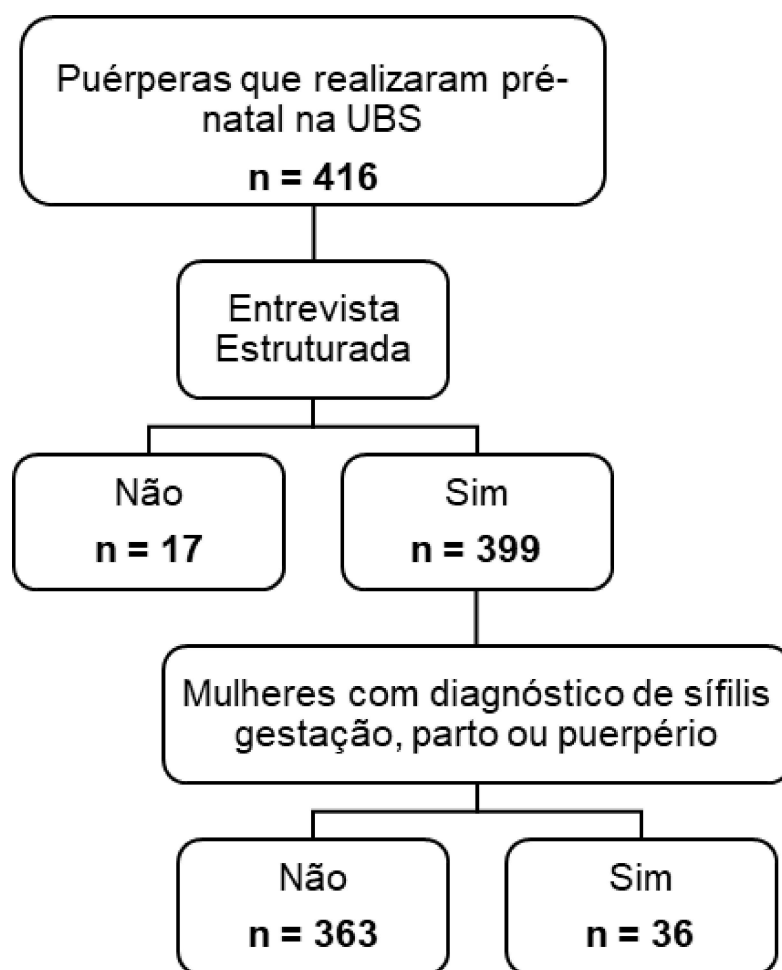
6.1.1 Descrição geral da pesquisa

Nos meses de junho a agosto de 2018 e janeiro e fevereiro de 2019, foram visitadas 58 UBS. Quatro UBS (uma na Região Norte e três na Região do Campo) não foram visitadas devido a obras em uma, condições dificultadas de acesso no período das chuvas de verão em duas e devido ao não funcionamento por falta de funcionários em outra. Também não foi coletado dados da UBS volante. Os roteiros de *checklist* foram aplicados em 58 UBS. Os roteiros para entrevista estruturada foram aplicados a 58 supervisores de 60 UBS, totalizando 60 entrevistas. Um mesmo profissional fazia supervisão de três UBS (duas em que a visita não foi possível), totalizando 60 entrevistas preenchidas.

No período de julho a dezembro de 2018 foram entrevistadas 416 puérperas, nas quatro maternidades públicas incluídas no estudo. Quarenta mulheres foram identificadas com o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, parto ou puerpério (10,0%). Dezesete mulheres não foram entrevistadas; quatro por não estarem de posse da caderneta da gestante; oito, por não aceitarem participar da pesquisa (duas com diagnóstico de sífilis); três por receberem alta hospitalar antes do previsto (duas com diagnóstico de sífilis) e duas por não terem condições psicológicas de serem

entrevistadas. Totalizaram 399 puérperas incluídas no estudo, 36 com diagnóstico de sífilis. Foram realizadas 399 entrevistas estruturadas com realização de cópia da caderneta da gestante, dos testes sorológicos e do receituário médico trazido pela mulher na hora do parto ou aborto; e 32 entrevistas semiestruturadas com as puérperas com diagnóstico de sífilis. No Fluxograma 3 está descrita a entrada das mulheres no estudo.

Fluxograma 3 – Fluxo de entrada das mulheres no estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Na Tabela 3 está o número de observações realizadas para cada fonte de dados.

Tabela 3 – Fontes de dados e número de observações realizadas

Fontes de dados	Observações (n)
Entrevista estruturada com puérperas	399
Cadernetas da gestante	399
Entrevista semiestruturada com puérperas com diagnóstico de sífilis na gestação	32
Entrevista estruturada com supervisores	60
<i>Checlist</i> nas Unidades Básicas de Saúde	58
Fichas de notificação do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação	36
Diário de campo	-
Terceiro ciclo do PMAQ-AB- adesão das equipes e pontuação	-
Vulnerabilidade social das mulheres e do território das UBS- cálculo a partir de dados secundários e setor censitário do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-2010	-

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

6.1.2 Descrição da população de estudo e do ambiente da implementação

Das 60 UBS visitadas, 40 (66,7%) possuíam ESF, 18 (30,0%) eram tradicionais e 2 (3,3%) trabalhavam em regime misto. Localizavam-se na área rural, 12 (20%) e 48 (80%) na área urbana. No momento da pesquisa de campo, todas as UBS realizavam pré-natal, exceto uma (tradicional) localizada na área urbana, que não havia médico ginecologista, e as gestantes eram encaminhadas para a atenção secundária. Foi observado que quase inexistia a realização de pré-natal na área rural, sendo justificado pelos supervisores como preferência das mulheres realizarem o pré-natal em outros locais.

Em relação à adesão das equipes ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, 84 equipes de ESF foram homologadas, alocadas em 44 UBS. Sessenta equipes (71,3%) foram categorizadas como desempenho bom, muito bom ou ótimo. Na Tabela 4 está o quantitativo de equipes de atenção básica, por desempenho, no terceiro ciclo do PMAQ-AB. O anexo da portaria de certificação do terceiro ciclo do PMAQ-AB apresenta o teto de repasse aos municípios, em reais, e o total de recursos referente à certificação. Para o município de Juiz de Fora, o teto do repasse descrito foi de 379.640,03 R\$, que representa o valor total de repasse das equipes de AB (BRASIL, 2018). O município recebeu por cada equipe de acordo com a sua certificação os

seguintes valores em reais: 8.787,96 (Ótimo), 7.909,17 (Muito bom), 4.393,98 (Bom), 1.757,59 (Regular), 878,80 (Ruim) (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

Tabela 4 – Equipes de atenção básica do município de Juiz de Fora de acordo com o desempenho no terceiro ciclo do PMAQ-AB e seus quantitativos

Categorias de desempenho equipes	Intervalo	Quantitativo equipes por desempenho
		n (%)
Ótimo	> 8	3 (3,57)
Muito bom	> 7 – 8	18 (21,43)
Bom	> 6 – 7	39 (46,43)
Regular	> 4 – 6	21 (25,0)
Ruim	0 – 4	3 (3,57)
Insatisfatório	–	–
Desclassificada	–	–

Fonte: Brasil (2015b).

Fez-se a categorização do IVS da região urbana do território das UBS em alto (0,3 ou mais) e baixo (abaixo de 0,3), e este ponto de corte foi escolhido pela inspeção do box plot³ que mostra a distribuição bivariada desta variável nos dois níveis da análise, sendo que no nível das mulheres ela se apresenta contínua, e no das regiões urbanas da UBS ela se apresenta em 4 categorias - baixo, médio, alto e muito alto (Figura 5). Vinte e três UBS (48%) localizam-se em territórios com alto IVS e 25 (52%) em territórios com baixo IVS.

Em relação à organização dos serviços nas UBS para a oferta de insumos e atividades relacionados ao manejo da sífilis na gestação e prevenção da SC, 32 supervisores relataram que suas equipes estavam incompletas e isto devia-se principalmente à falta do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em 30 UBS. Essa queixa foi enfatizada pelos supervisores devido a importância do ACS para as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, incluindo o controle da sífilis e SC junto à comunidade. Aliado a isto, a falta de atendentes (presenciado em cinco UBS no momento da visita), com desvio do ACS das suas funções junto à comunidade, para atendimento ao público, sobrecarregando mais ainda as funções associadas a estes profissionais.

Em 79,7% das UBS o atendimento ao pré-natal é realizado por médico e enfermeiro de forma intercalada, em 18,6% apenas por médicos e em 1,7% apenas por enfermeiro (devido à ausência do médico na UBS).

³ O box plot está representado na página 157, Gráfico 1, na seção de resultados.

Em relação ao acesso às consultas de pré-natal, em UBS tradicionais, 17 supervisores (28,8%) relataram não haver estratégias para captação precoce da gestante, três (5,1%) que a gestante após cada consulta, não tinha sua próxima consulta agendada para o retorno ao pré-natal alegando que o atendimento era prioritário para a gestante e em nove (15,3%) não havia nenhum mecanismo de busca de gestantes faltosas. Nas UBS com ESF, as citações feitas por 42 (71,2%) supervisores como ações que facilitaríamos a captação precoce da gestante foram: acolhimento e sala de espera, acesso livre à primeira consulta com enfermagem, atendimento prioritário, ações educativas na comunidade, grupos de direitos reprodutivos, grupos com adolescentes, atendimento de demanda espontânea e grupos educativos na escola. No entanto, todos enfatizaram como estratégia de impacto na captação precoce das gestantes e na busca de gestantes faltosas, o trabalho realizado pelo ACS junto à comunidade. Em todas as UBS com ESF, as gestantes após cada consulta têm a sua próxima consulta agendada.

Em todas as UBS as gestantes são preferenciais para a marcação de exames e em 90% a coleta de sangue se dá na própria UBS. As formas de retorno dos exames solicitados no pré-natal são via papel impresso 78,3% (47/60), via internet 16,7% (10/60) e via própria gestante 23,3% (14/60). Quando os supervisores foram perguntados se havia registro de fluxo que direcionasse a realização de exames laboratoriais, 75% (45/60) relataram que sim, no entanto, no *checklist* realizado, em nenhuma UBS foi verificado este registro.

Em relação ao tratamento da sífilis nas gestantes e parcerias sexuais, quando os supervisores foram perguntados se havia registro de fluxo que direcionasse o tratamento desde a aquisição da penicilina benzatina até sua aplicação, 21,7 % (13/60) relataram que sim para gestantes e parceiros, 6,7 % (4/60) que sim apenas para gestantes e 71,7% (43/60) disseram que não. Durante o *checklist*, apenas em uma UBS foi verificado este registro, feito pelo supervisor, mas todos os supervisores souberam relatar o fluxo que acontece na prática. Em relação a algum mecanismo de abordagem/convocação dos parceiros das gestantes com sífilis, 71,4% dos supervisores relataram que a convocação do parceiro é feita, no entanto, a maioria não comparece. As formas citadas de convocação dos parceiros para comparecerem à UBS foram: via gestante, orientando-a no aconselhamento pós-teste, busca ativa através do ACS, por telefone ou via *whatsapp*, e por visita domiciliar. O atendimento aos parceiros das gestantes com sífilis, foi informado pelos supervisores que em 70%

das UBS é realizado pelo mesmo profissional que realizou o pré-natal da mulher. Um supervisor relatou que a abordagem do parceiro só é realizada se ele reside na área adscrita da UBS, se não, é orientado à gestante que fale ao parceiro para procurar atendimento mais perto do local onde reside.

Em 96,7% das UBS a notificação dos casos é realizada pelo profissional que realiza o atendimento, e em duas (3,3%) UBS havia a determinação de um profissional específico (enfermeiro ou farmacêutico) para realizar as notificações. Entretanto o fechamento da ficha de notificação fica a cargo dos funcionários da VE, e não há um Comitê local implantado para investigação dos casos de transmissão vertical de sífilis. Os supervisores relataram não haver um registro de fluxo que direcione a notificação de agravos à Vigilância Epidemiológica (VE) mas todos descreveram os fluxos em que as fichas de notificação são entregues via malote através do motorista ou por via de um profissional da UBS, diretamente na VE ou na Secretaria de Saúde (SS). Quando entregue na SS, posteriormente as fichas são repassadas à VE. Este fluxo foi relatado pelos supervisores, como funcionante na maioria das vezes, mas que algumas vezes houve extravio das fichas de notificação. Trinta e quatro (56,7%) relataram haver recebimento de informação sobre os dados referentes aos agravos notificados à VE. As formas de retroalimentação da informação relatadas foram: nas reuniões de supervisores e através de um Simpósio ocorrido em outubro de 2018 em que a situação epidemiológica da sífilis no município foi abordada, além de um espaço para capacitação. Também foram citados por alguns supervisores, capacitações realizadas pela VE para orientação quanto ao preenchimento das fichas de notificações. No entanto, vários supervisores não citaram esses três eventos como formas de capacitação ou retroalimentação da informação, mesmo tendo participado deles.

Em relação à caracterização dos supervisores das UBS, a maioria era do sexo feminino (86,7%), da raça/cor branca (95%) e a idade dos profissionais variou de 28 a 68 anos, com média de 49,36 anos (DP = 10,95). Em relação à categoria profissional 70% eram enfermeiros, 18,4% técnicos de enfermagem, 6,7% médicos, e 5,1 % pertenciam a outra categoria profissional (administrador, assistente social, psicopedagoga). Trinta e três profissionais (56,9%) relataram possuir Pós Graduação em Saúde da Família, 50 (83,3%) mais de 10 anos de formado, 41(68,3%) mais de 10 anos de atuação no SUS em Juiz de Fora, e 42 (70%) mais de cinco anos de atuação na UBS atual. Em relação ao vínculo empregatício, todos os supervisores eram concursados.

Das 399 mulheres incluídas no estudo, 36 tiveram o diagnóstico de sífilis na gestação. Sete mulheres que apresentaram testes reagentes para sífilis durante a gestação foram classificadas como cicatriz sorológica (cinco) e resultado falso reagente (duas). As puérperas receberam as seguintes classificações clínicas da sífilis: (a) sífilis primária (5,6%), (b) sífilis secundária (11,1%), (c) sífilis latente recente (13,9%), (d) sífilis de duração ignorada (69,4%). Para a caracterização das mulheres do estudo, os resultados serão apresentados de acordo com as vulnerabilidades individuais, IVS, características reprodutivas e de acesso e utilização dos serviços no pré-natal, de todas as mulheres e daquelas com diagnóstico de sífilis. A Tabela 5 mostra as distribuições univariadas de todas as mulheres e das mulheres com sífilis, segundo as características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e do IVS.

Tabela 5 – Distribuições univariadas de todas as mulheres e das mulheres com sífilis que realizaram pré-natal na Atenção Primária à Saúde, segundo as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e vulnerabilidade social, Juiz de Fora, 2017-2018

Variáveis	Todas n (%)	Com sífilis n (%)
Características demográficas e socioeconômicas		
Faixa etária		
≥ 25 anos	185 (46,4)	13 (36,1)
15 a 24 anos	214 (53,6)	23 (63,9)
Cor da pele		
Branca/amarela	121 (30,3)	14 (38,9)
Parda/negra	278 (69,7)	22 (61,1)
Escolaridade		
≥ Ensino médio	143 (35,8)	7 (19,4)
≤ Fundamental I ou II	256 (64,2)	29 (80,6)
Renda per capita (SM)*		
≥ 0,5	167 (44,1)	7 (19,4)
< 0,5	212 (55,9)	29 (80,6)
Situação conjugal		
Tem companheiro	352 (88,2)	25 (69,4)
Não tem companheiro	47 (11,8)	11 (30,6)
Características comportamentais		
Sexarca*		
>16 anos	217 (54,8)	12 (33,3)
≤ 15 anos	180 (45,2)	24 (66,7)

continua

conclusão

Variáveis	Todas n (%)	Com sífilis n (%)
Uso preservativos gestação [¥]		
Em todas as vezes	15 (4,0)	1 (3,1)
Na maioria das vezes	19 (5,0)	1 (3,1)
Menos da metade das vezes	43 (11,4)	10 (31,3)
Em nenhuma vez	301 (79,6)	20 (62,5)
Nº parceiros sexuais gestação		
Somente um	387 (96,7)	33 (91,7)
Dois ou mais parceiros	12 (3,3)	3 (8,3)
História anterior sífilis (gestante)		
Não	388 (97,3)	28 (77,8)
Sim	11 (2,7)	8 (22,2)
História anterior sífilis (parceiro) [†]		
Não	376 (94,9)	22 (64,7)
Sim	20 (5,1)	12 (35,3)
História pregressa IST		
Não	335 (83,9)	22 (61,1)
Sim	64 (16,1)	14 (38,9)
Consumo álcool gestação		
Não	309 (77,4)	23 (63,9)
Sim	90 (22,6)	13 (36,1)
		continua
Drogas ilícitas gestação (gestante)		
Não	370 (92,7)	31 (86,1)
Maconha e outras	19 (4,8)	4 (11,1)
Crack e cocaína	10 (2,5)	1 (2,8)
Drogas ilícitas (parceiro) [†]		
Não	310 (79,9)	14 (40,0)
Maconha e outras	48 (12,4)	9 (25,7)
Crack e cocaína	30 (7,7)	12 (34,3)
Vulnerabilidade social		
Índice de vulnerabilidade à saúde [†]		
Alto	145 (39,7)	19 (54,3)
Baixo	220 (60,3)	16 (45,7)

Notas: Sífilis: diagnóstico testes treponêmicos e/ou não treponêmicos;

^{*} diferenças justificadas opções “não sei”, “não lembro”, endereço não encontrado; [¥] 20 mulheres não relataram relações sexuais durante a gestação

Legenda: SM – salário-mínimo; IST – Infecções sexualmente transmitidas

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Na Tabela 6 estão as distribuições univariadas de todas as mulheres e das mulheres com sífilis segundo as características reprodutivas, de acesso e utilização dos serviços de saúde no pré-natal.

Tabela 6 – Distribuições univariadas de todas as mulheres e das mulheres com sífilis, segundo características reprodutivas e de acesso e utilização dos serviços, Juiz de Fora, 2017-2018

Variáveis	Todas n (%)	Com sífilis n (%)
Características reprodutivas		
Idade na primeira gestação		
≥ 25 anos	64 (16)	4 (11,1)
16 a 24 anos	274 (68,7)	22 (61,1)
≤ 15 anos	61 (15,3)	10 (27,8)
Número de gestações		
≤ 3 gestações	328 (82,2)	28 (77,8)
≥ 4 gestações	71 (17,8)	8 (22,2)
História anterior de aborto		
Não	333 (83,5)	28 (77,8)
Sim	66 (16,5)	8 (22,2)
		continua
História de natimortalidade		
Não	395 (99,0)	34 (94,4)
Sim	4 (1,0)	2 (5,6)
História de baixo peso		
Não	360 (90,2)	35 (9,7)
Sim	39 (9,8)	1 (2,6)
História de prematuridade*		
Não	356 (89,7)	33 (97,2)
Sim	41 (10,3)	3 (2,8)
Acesso e utilização dos serviços de saúde no pré-natal		
Modelo de UBS do pré-natal		
Com ESF	282 (70,7)	31 (86,1)
Outra	117 (29,3)	5 (13,9)
Área da UBS		
Rural	20 (5,1)	0 (0,0)
Urbana	379 (94,9)	36 (100,0)
Nº de consultas		
≥ 6	301 (75,4)	22 (61,1)
≤ 5	98 (24,6)	14 (38,9)
Início do pré-natal		
1º trimestre	238 (59,7)	17 (47,2)
2º trimestre	141 (35,3)	15(41,7)

continua

Conclusão	Variáveis	Todas n (%)	Com sífilis n (%)
	3º trimestre	20 (5,0)	4 (11,1)
Testes para sífilis	Nenhum	9 (2,3)	1 (2,8)
	Um	108 (27,0)	7 (19,4)
	Dois ou mais	282 (70,7)	28 (77,8)
Idade gestacional do 1º teste sífilis	Primeiro trimestre	181 (45,4)	13 (36,1)
	Segundo trimestre	168 (42,1)	19 (52,8)
	Terceiro trimestre	39 (9,8)	3 (8,3)
	Parto	11 (2,7)	1 (2,8)
Testes para HIV	Nenhum	11 (2,5)	2 (5,6)
	Um	149 (37,6)	12 (33,3)
	Dois ou mais	239 (59,9)	22 (61,1)
Qualidade do tratamento	Adequado	-	25 (69,4)
	Não tratou /inadequado	-	11 (30,6)
Parceiros tratados	Não/não sabe	-	21 (58,3)

Notas: Sífilis: testes treponêmicos e/ou não treponêmicos; *
diferenças justificadas pelas opções “não sei”, “não lembro”

Legenda: UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família; HIV – Vírus da imunodeficiência adquirida

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

No Quadro 10 há dados demográfico, socioeconômico, comportamental, da assistência pré-natal e manejo da sífilis na gestação das 36 mulheres que tiveram diagnóstico de sífilis.

Quadro 10 – Dados demográfico, socioeconômico, comportamental, da assistência pré-natal e manejo da sífilis na gestação, Juiz de Fora 2017-2018

P	Idade	Raça	Escolari- dade	Compa- nheiro	Renda ¹	Gestante drogas ²	Parceiro drogas ²	Trim.. 1ª consulta	Nº con- sultas	Trim.. VDRL+	Gestante TT adequado	Parceiro TT	Desfecho ³
1	34	Preta	EMC	Sem	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≥ 6	2°	Sim	Sim	RNAT
2	19	Branca	EMI	Com	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≥ 6	1° *	Não	Sim	RNAT
3	27	Preta	EMI	Com	≤ 0,5	Não	Não	1°	≤ 5	1°	Não	Sim	RNAT
4	47	Preta	EFI	Sem	≤ 0,5	Sim	Sim	1°	≤ 5	2°	Sim	Não	RNAT
5	33	Parda	EMI	Com	> 0,5	Não	Não	1°	≥ 6	2°	Sim	Não	RNAT
6	23	Branca	EFI	Com	≤ 0,5	Não	Não	2°	≥ 6	2°	Sim	Não	RNAT
7	22	Preta	EMI	Sem	> 0,5	Não	Sim	1°	≤ 5	2°	Não	Não	RNPT
8	27	Preta	EFI	Com	≤ 0,5	Sim	Sim	2°	≥ 6	2°	Sim	Não	RNAT
9	22	A	EFI	Sem	≤ 0,5	Não	Sim	1°	≥ 6	1°	Sim	Não	RNAT
10	24	Branca	EFI	Com	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≤ 5	3°	Sim	Sim	RNAT
11	36	Branca	EMC	Com	> 0,5	Não	Não	1°	≥ 6	1°	Sim	Não	RNAT
12	21	A	EMI	Com	≤ 0,5	Não	Sim	3°	≤ 5	2° *	Sim	Sim	RNAT
13	19	Parda	EMI	Sem	≤ 0,5	Sim	Sim	1°	≤ 5	1°	Sim	Não	RNAT
14	27	Preta	EMC	Sem	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≥ 6	2°	Sim	Não	RNAT
15	15	Branca	EFI	Com	≤ 0,5	Não	Não	1°	≥ 6	1°	Sim	Sim	RNAT
16	32	Preta	EFI	Com	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≥ 6	2°	Sim	Não	RNAT
17	16	Branca	EFI	Com	≤ 0,5	Não	Sim	1°	≥ 6	1°	Sim	Sim	RNAT
18	21	Parda	EMI	Sem	≤ 0,5	Sim	Sim	3°	≤ 5	3°	Não	Não	RNAT
19	20	Preta	EFI	Com	≤ 0,5	Não	Não	1°	≥ 6	1°	Sim	Sim	RNAT
20	20	Branca	EMI	Sem	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≥ 6	3°	Sim	Não	RNAT
21	22	Preta	EFI	Sem	≤ 0,5	Não	NSI	3°	≤ 5	2° *	Não	Não	RNPT
22	22	Parda	EFI	Com	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≥ 6	2°	Sim	Não	RNAT
23	22	Branca	EMC	Com	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≥ 6	2°	Sim	Sim	RNAT
24	22	Preta	EMC	Com	≤ 0,5	Não	Não	1°	≥ 6	2°	Sim	Sim	RNAT
25	20	Branca	EFC	Com	≤ 0,5	Não	Não	2°	≤ 5	2°	Sim	Não	RNAT
26	25	Preta	EMI	Com	≤ 0,5	Não	Não	1°	≥ 6	1°	Sim	Sim	RNAT
27	19	Preta	EMI	Com	> 0,5	Não	Sim	2°	≤ 5	3°	Não TT	Não	Natimorto
28	29	Preta	EFC	Sem	≤ 0,5	Não	Sim	2°	≤ 5	parto	Não TT	Não	Natimorto
29	23	Preta	EMC	Com	> 0,5	Não	Sim	3°	≤ 5	parto	Não TT	Não	RNAT

30	39	Branca	EMC	Com	> 0,5	Não	Sim	1°	≥ 6	1°	Sim	Sim	RNAT
31	36	Preta	EFI	Sem	≤ 0,5	Não	Não	1°	≤ 5	3°	Sim	Não	RNAT
32	22	Branca	EMI	Com	≤ 0,5	Não	Não	1°	≥ 6	2°	Não TT	Não	RNAT
33	23	Parda	EFC	Com	≤ 0,5	Não	Não	1°	≤ 5	2°	Não	Não	RNAT
34	18	Preta	EMI	Com	≤ 0,5	Sim	Sim	2°	≥ 6	2°	Não	Sim	RNAT
35	30	Branca	EMC	Com	1	Não	Não	1°	≥ 6	2°	Sim	Sim	RNAT
36	18	Parda	EM I	Com	≤ 0,5	Não	Não	2°	≥ 6	2°	Sim	Sim	RNAT

Notas: ¹ per capita; ² ilícitas; ³ gestacional; * Teste realizado antes de iniciar o pré-natal

Legenda: P – puérpera; Trim. – trimestre; A – amarela; EMC/I – ensino médio completo/incompleto; EFC/I – ensino fundamental completo/incompleto; TT – tratamento; RNAT – recém nascido a termo

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em relação aos dados socioeconômicos e demográficos (tabela 5), a idade das mulheres variou de 15 a 47 anos, com média de 25 anos (DP = 5,8); e ocorreu homogeneidade em relação as faixas etárias, com aproximadamente metade para cada um dos dois estratos analisados. A idade das mulheres com diagnóstico de sífilis também variou de 15 a 47 anos, média de 24,7 anos (DP = 6,769) e ligeiro predomínio da faixa etária entre 15 e 24 anos. A cor da pele foi autodeclarada como parda ou negra por 69,7% de todas as mulheres e 61,1% daquelas com diagnóstico de sífilis. Em relação à escolaridade de todas as mulheres 64,2% completaram o ensino fundamental I ou II, 35,8% o ensino médio ou mais; aquelas com sífilis, 80,6% completaram o ensino fundamental I ou II e 19,4% o ensino médio. Quase 56,0% do total das mulheres não exerciam atividade remunerada e possuíam renda familiar per capita abaixo de meio salário-mínimo. Para as mulheres com diagnóstico de sífilis, mais de 80% tinham renda familiar per capita abaixo de meio salário-mínimo. Quanto a situação conjugal, 88,2% do total de mulheres e 69,4% daquelas com diagnóstico de sífilis, relataram ter companheiro (vivendo com ele ou não).

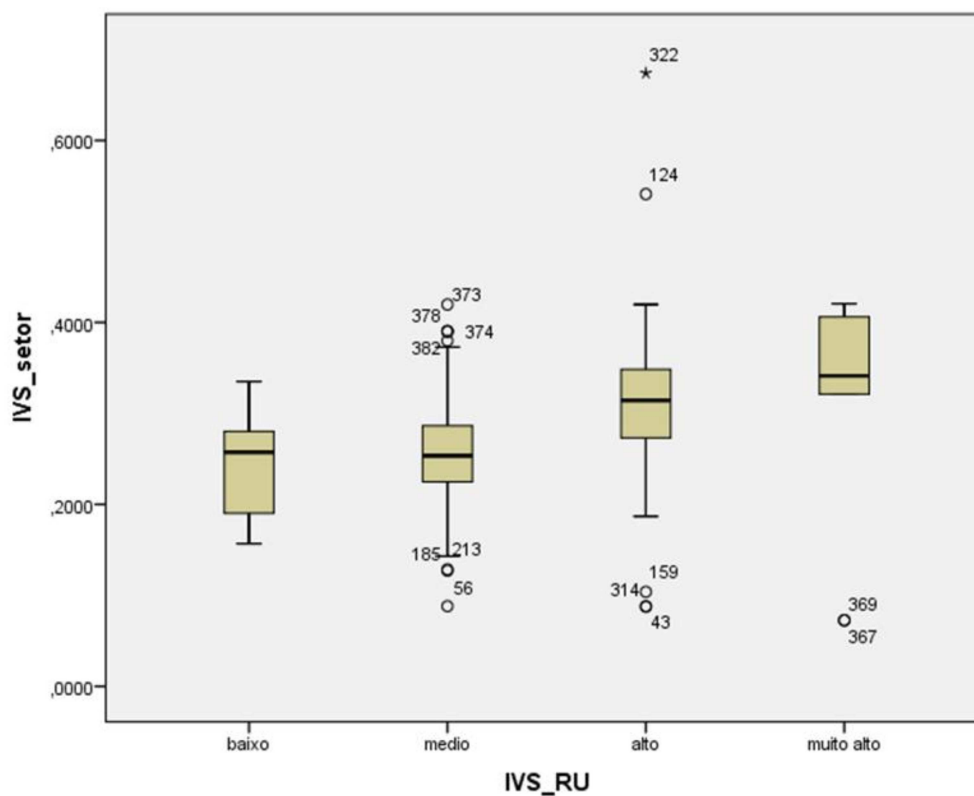
Em relação às características comportamentais (tabela 5), a idade da primeira relação sexual com um homem variou de 11 a 36 anos, média de 16,04 (DP = 2,47) para todas as mulheres; e de 13 a 18 anos, média de 15,08 (DP = 1,57) para aquelas com diagnóstico de sífilis. Aproximadamente 45% de todas as mulheres e 67% daquelas com diagnóstico de sífilis, relataram ter tido a sexarca com 15 anos ou menos. O uso do preservativo durante a gestação foi relatado por 34 mulheres (9%) em metade das relações sexuais ou mais (duas com diagnóstico de sífilis). Vinte e uma mulheres (5%) relataram não terem usado preservativo durante a gestação pois não tiveram relações sexuais (quatro com diagnóstico de sífilis). Doze mulheres (3,3%) relataram ter tido relações sexuais durante a gestação com mais de um parceiro e destas, onze (91,7%) delas relataram o uso de preservativo em nenhuma vez ou menos da metade das vezes. Onze do total de mulheres (2,7%) e oito daquelas com diagnóstico de sífilis (22,2%), relataram ter tido sífilis anterior a gestação atual; sete delas com diagnóstico realizado em gestações anteriores. Em relação a todas as mulheres, 20 (5,1%) relataram que os seus parceiros já tiveram sífilis pelo menos uma vez antes da gestação atual; dentre as mulheres com sífilis, 12 (35,3%) relataram que seus parceiros tiveram sífilis. Quando questionadas a já ter tido outra IST, DST ou

doença venérea⁴ diferente da sífilis, 25 mulheres (6,3%) relataram que sim. No entanto, é importante ressaltar que quando perguntadas mais diretamente em relação a sinais e sintomas de IST como úlceras, corrimentos ou verrugas genitais/anais, 64 mulheres (16,1%) relataram que sim. Relataram ter percebido a presença de alterações nas partes genitais/anais do tipo úlcera ou ferida nos últimos 12 meses (3,0%) e na vida (3,8%), corrimento nos últimos 12 meses (12,0%) e na vida (16,1%), verrugas genitais/anais nos últimos 12 meses (3,8%) e na vida (5,0%). Os diagnósticos informados por algum médico ou outro profissional de saúde foram: herpes genital/anal nos últimos 12 meses (0,5%) e na vida (1,5%), gonorreia na vida (0,5%), infecção por clamídia na vida (0,3%), condiloma nos últimos 12 meses (0,8%) e na vida (1,3%). Por outro lado, quase 40% das mulheres com sífilis na gestação atual relataram história pregressa de outras IST. Em relação ao consumo de álcool, 90 mulheres (22,6%) de todas as puérperas e 13 daquelas com diagnóstico de sífilis (36,1%), relataram consumo de álcool durante a gestação; 40 (10%) uma vez ou mais por mês. Em relação ao consumo de drogas ilícitas, 7,3% de todas as puérperas e 13,9% daquelas com sífilis, relataram uso de algum tipo de droga ilícita. Cento e oitenta mulheres (45,1%) relataram que seus parceiros usaram e 78 mulheres (20,1%) que os seus parceiros ainda faziam uso de drogas ilícitas. Das mulheres com diagnóstico de sífilis, 21 (60%) relataram uso atual de drogas ilícitas pelos parceiros. As drogas ilícitas citadas pelas mulheres, de uso pessoal e dos parceiros incluíram crack, cocaína, “*freebase*”, “cheirinho da Loló” e maconha.

A vulnerabilidade social das mulheres (tabela 5) foi analisada aqui através do indicador IVS. Foram encontrados os endereços e realizado o cálculo do IVS de 365 (91,5%) puérperas. O IVS variou de 0,072 a 0,674 com média de 0,282 e DP de 0,071. Fez-se a categorização do IVS em alto (0,3 ou mais) e baixo (abaixo de 0,3), e este ponto de corte foi escolhido pela inspeção da distribuição bivariada desta variável nos dois níveis de análise. O Gráfico 1 mostra o ponto de corte 0,3 que separa as categorias de IVS nas regiões urbanas.

⁴ Na entrevista estruturada os três termos foram utilizados para fazer o inquérito à mulher.

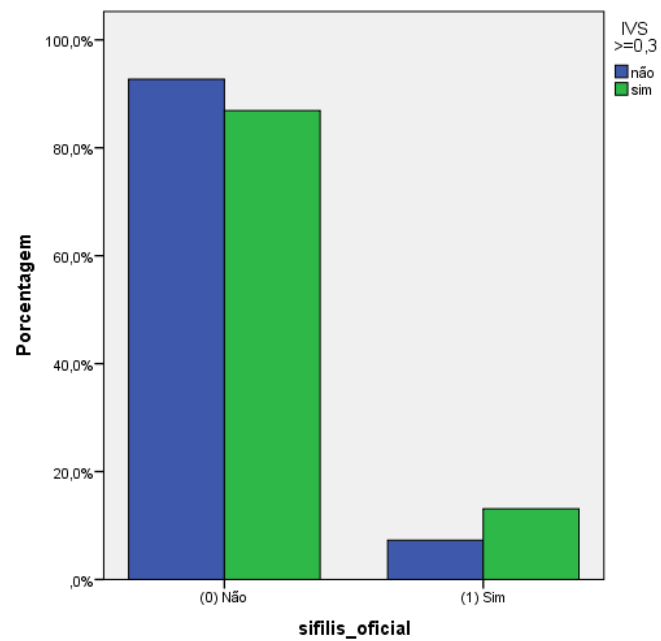
Gráfico 1 – Relação entre o índice de vulnerabilidade à saúde do setor censitário de domicílio das mulheres e o índice de vulnerabilidade à saúde da região urbana do território das Unidades Básicas de Saúde



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Aproximadamente 40% de todas as mulheres e 54,3% das mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação apresentaram alto IVS. O Gráfico 2 mostra a distribuição das mulheres do estudo de acordo com o IVS e com o diagnóstico de sífilis na gestação.

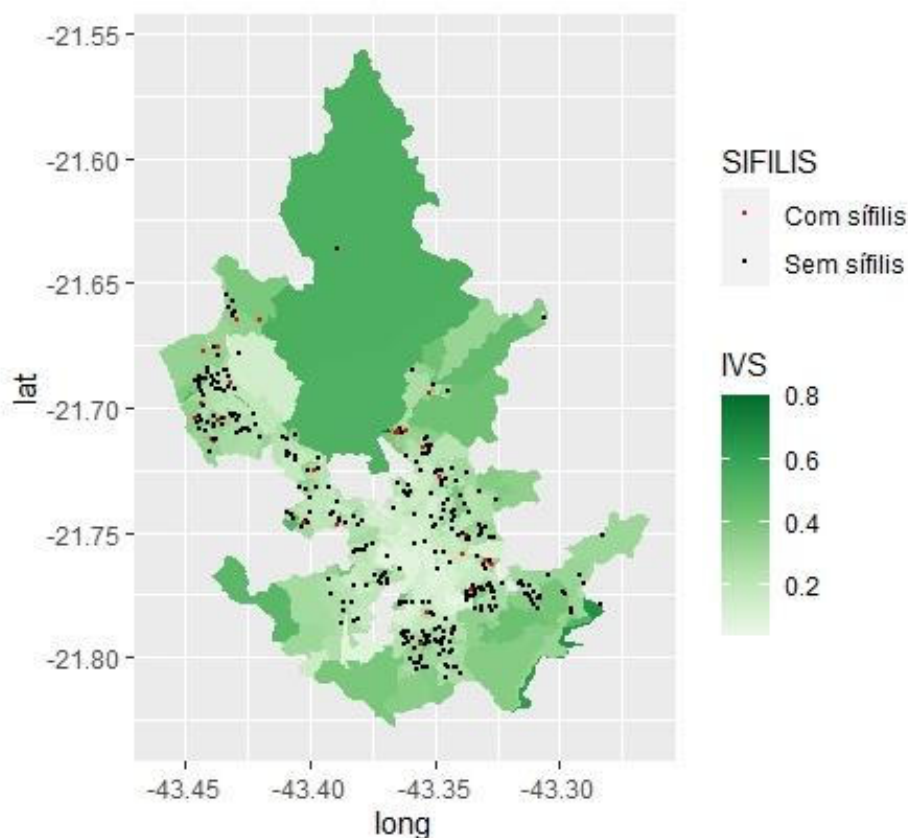
Gráfico 2 – Distribuição das mulheres do estudo de acordo com o índice de vulnerabilidade da saúde e com o diagnóstico de sífilis na gestação



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O Mapa 2 mostra o território de Juiz de Fora/ MG com a distribuição das mulheres do estudo, de acordo com o IVS e com o diagnóstico de sífilis na gestação.

Mapa 2 – Território de Juiz de Fora/ MG com a distribuição das mulheres do estudo, de acordo com o IVS e com o diagnóstico de sífilis na gestação



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em relação às características reprodutivas (tabela 6), do total de mulheres, a idade na primeira gravidez variou de 11 a 46 anos, média de 19,9 anos (DP = 4,9), aproximadamente 15% tiveram a primeira gravidez com 15 anos ou menos e cerca de 70% entre 16 e 24 anos. Nas mulheres com sífilis, a idade na primeira gravidez variou de 14 a 28 anos, média de 17 anos (DP = 3,0), aproximadamente 28% tiveram a primeira gravidez com 15 anos ou menos e 61,1% entre 16 e 24 anos. O número de gestações foi três ou menos para 82,2% do total das mulheres e para 77,8% daquelas com sífilis. Para todas as mulheres variou de uma a 11 gestações, média de 2,3 (DP = 1,49) e para aquelas com sífilis variou de 1 a 11 gestações, média de 2,6 (DP = 1,98). Todas as mulheres e aquelas com sífilis apresentaram, respectivamente, história de aborto (16,5%/22,2%), natimortalidade (1,0%/5,6%), baixo peso (9,8%/2,6%) e prematuridade (10,3%/2,8%). História de mortalidade perinatal foi relatada por 1,3% de todas as mulheres e por nenhuma com diagnóstico de sífilis na

gestação. Na gestação atual, os desfechos apresentados por todas as mulheres e por aquelas com sífilis foram: nascido vivo a termo (378/399-94,7%/ 32/36-88,9%) nascido vivo prematuro (19/399-4,8%/ 2/36- 5,6%) e natimorto (2/399-0,5% / 2/36-5,6%). Um peso inferior a 2,500g foi observado em 33 (8,8%) bebês ao nascimento, três (8,3%) daqueles nascidos de mulheres com diagnóstico de sífilis gestacional.

Em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde no pré-natal (tabela 6), 282 mulheres (70,7%) realizaram o pré-natal em UBS com ESF, 31 com diagnóstico de sífilis (86,1%). E 379 mulheres (94,9%) realizaram o pré-natal em UBS localizadas na área urbana, 36 com diagnóstico de sífilis. Para 59,7% de todas as mulheres, e para 47,2% daquelas com sífilis, o início do pré-natal se deu no primeiro trimestre. E 75,4% de todas as mulheres e 61,1% daquelas com sífilis realizaram 6 consultas ou mais de pré-natal. Realizaram pelo menos um teste sorológico para sífilis durante o pré-natal 97,7% de todas as mulheres e 97,2% daquelas com sífilis. Dois ou mais testes, foram realizados por 70,7% do total das mulheres, e 77,8% daquelas com diagnóstico de sífilis. Com relação aos testes para HIV, 97,5% do total de mulheres realizaram pelo menos um teste durante a gestação e 59,9% dois ou mais testes. Das mulheres com diagnóstico de sífilis 94,4% realizaram pelo menos um teste e 61,1% dois ou mais. Para 45,4% e 46,2% de todas as mulheres o primeiro teste sorológico para sífilis e HIV, respectivamente, foram realizados no primeiro trimestre. Para as mulheres com diagnóstico de sífilis, 36,1% realizaram testes sorológicos para sífilis e HIV no primeiro trimestre. Nenhuma mulher apresentou resultado reagente para HIV no pré-natal ou no momento do parto.

Para todas as mulheres, a média de cobertura de seis ou mais consultas foi de 76,6 % (DP = 18,89%.) e mediana de 77,5%. A média de cobertura de início do pré-natal no primeiro trimestre foi de 62,2% (DP = 22,72%) e mediana 64,0%. Considerando a média de cobertura de seis ou mais consultas de pré-natal, iniciando no primeiro trimestre de gestação foi de 55,6% (DP = 0,24%) e mediana de 50% (dados não mostrados na tabela 6).

Das mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação, 11 (30,6%) não receberam tratamento ou este foi classificado como inadequado. E apenas 15 (41,7%) parceiros receberam tratamento.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA SC NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

Optou-se por sistematizar os resultados a partir dos componentes técnicos de prevenção, diagnóstico, tratamento e VE, com ênfase na análise dos componentes estruturais (insumos e atividades) de acordo com o Modelo lógico e com as subdimensões da dimensão acesso (disponibilidade/oportunidade e disponibilidade/conformidade). Vale ressaltar que a divisão dos componentes técnicos seguiu normativas de documentos oficiais do Ministério da Saúde referentes ao pré-natal e ao controle da SC. No entanto, sabemos que todos os componentes técnicos estão relacionados entre si e associados à prevenção da SC. Também ressaltamos que as subdimensões da dimensão acesso são complementares e têm entre si áreas de sobreposição. A matriz de análise e julgamento das ações de controle da SC município de Juiz de Fora, 2017-2018, com as devidas pontuações está apresentada a seguir no Quadro 11.

Quadro 11 – Matriz de análise e julgamento das ações de controle da sífilis congênita no município de Juiz de Fora

Componente técnico	Componentes estruturais Insumos e atividades	Critérios/Indicadores de Disponibilidade-Oportunidade	PM (N)	PO (N)	GI (%)
Prevenção	Preservativos	Proporção de UBS com preservativo disponível na Farmácia no momento da verificação ³	15	12,4	82,8- Aceitável, com ressalvas
		Proporção de UBS com preservativo disponível na Farmácia nos últimos 6 meses ⁴	15	8,3	55,0- Insatisfatório
	Materiais informativos/educativos	*Proporção de UBS com material informativo afixado sobre prevenção da TMF da sífilis e/ou IST ³⁻⁴	15	1,1	7,4- Crítico
		Proporção de UBS com material informativo sobre prevenção da TMF sífilis e/ou IST para ser disponibilizado à gestante ³⁻⁴	15	3,0	17,2- Crítico
	Protocolos assistenciais	Proporção de UBS com protocolo de prevenção/manejo da TMF sífilis e/ou IST disponível para consulta ³⁻⁴	10	6,5	65,0- Insatisfatório
	Realização de atividades de educação em saúde	*Proporção de UBS com realização de atividades programadas de educação em saúde durante a gestação que abordem prevenção de IST ³⁻⁴	15	7,3	48,4- Insatisfatório
	Participação em atividades de educação em saúde	*Proporção de gestantes com participação em atividades programadas no pré-natal que receberam informações sobre sífilis ¹⁻⁵	15	5,0	29,7- Crítico
		Total de pontos	100	43,6	43,6- Insatisfatório
	Componentes estruturais Insumos e atividades	Critérios/Indicadores de Disponibilidade-Conformidade			
	RH capacitado	*Proporção de profissionais de saúde capacitados nos últimos cinco anos para prevenção e manejo da sífilis e/ou IST na gestação ⁴	15	11,8	78,6- Insatisfatório com ressalvas
	Realização de aconselhamento pós teste	Proporção de gestantes orientadas sobre os riscos da doença ²	15	9,3	61,8- Insatisfatório
		Proporção de gestantes orientadas sobre uso de preservativos ²	15	11,5	76,5- Insatisfatório
		Total de pontos	45	32,6	72,3- Insatisfatório
		Total de pontos do componente prevenção/ Índice de Implementação do Componente Prevenção	145	76,2	53,0- Insatisfatório
Componente técnico	Componentes estruturais Insumos e atividades	Critérios/Indicadores de Disponibilidade-Oportunidade			
Diagnóstico	Testes para sífilis	Proporção de supervisores que relataram testes para sífilis disponíveis para a gestante nos últimos 6 meses ⁴	15	14,0	93,3- Aceitável
	Realização de testes	Proporção de gestantes com 2 ou mais testes sorológicos para sífilis no pré-natal ¹⁻⁵⁻⁶	15	10,6	70,7- Insatisfatório
	Realização de testes 1° T	Proporção de gestantes testadas para sífilis no 1° trimestre ¹⁻⁵⁻⁶	15	6,8	45,4- Insatisfatório
	Realização de testes 3° T	Proporção de gestantes testadas para sífilis no 3° trimestre ¹⁻⁵⁻⁶	15	9,9	66,2- Insatisfatório
		Total de pontos	60	41,3	68,9 Insatisfatório
	Componentes estruturais Insumos e atividades	Critérios/Indicadores de Disponibilidade-Conformidade			
	Realização dos testes e resultados em tempo hábil	Proporção de UBS com resultado dos testes sorológicos entregue em até 15 dias da coleta ⁴	15	10,5	70,0- Insatisfatório
		Proporção de gestantes com resultado dos testes sorológicos em até 15 dias da coleta ¹	15	10,9	72,7- Insatisfatório
	Registro de testes	Proporção de cadernetas da gestante com registro do resultado do primeiro teste para sífilis ⁵	15	13,1	87,7- Aceitável
		Proporção de cadernetas da gestante com registro do resultado do segundo teste para sífilis ⁵	15	8,9	59,6- Insatisfatório
	Solicitação testes parceiro	Proporção de gestantes com solicitação de testes para o parceiro ²⁻⁵	15	10,4	69,7- Insatisfatório
	Total de pontos	75	53,8	71,9- Insatisfatório	
	Total de pontos do componente Diagnóstico / Índice de Implementação do Componente Diagnóstico	135	95,1	70,4- Insatisfatório	
Componente técnico	Componentes estruturais Insumos e atividades	Critérios/Indicadores de Disponibilidade-Oportunidade			

Tratamento	Penicilina G Benzatina	Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT sífilis na gestante nos últimos 6 meses ⁴	15	13,7	91,7- Aceitável	
		Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT dos parceiros das gestantes com sífilis nos últimos 6 meses ⁴	15	13,7	91,7-Aceitável	
		Proporção UBS com penicilina G Benzatina disponível para dispensação/entrega no momento diagnóstico ³⁻⁴	15	3,4	22,4- Crítica, com ressalvas	
	Aplicação da penicilina G Benzatina	Proporção de UBS com aplicação da Penicilina G Benzatina ³⁻⁴	15	12,2	81,7-Aceitável, com ressalvas	
	Realização de TT gestante	Proporção de gestantes tratadas ²⁻⁵	15	13,3	88,9- Aceitável com ressalvas	
	Realização de TT parceiros	*Proporção de gestantes com parceiros tratados ²⁻⁵	15	9,0	59,6- Insatisfatória	
			Total de pontos	90	65,3	72,6- Insatisfatória
	Componentes estruturais Insumos e atividades	Critérios/Indicadores de Disponibilidade-Conformidade				
	Realização de TT adequado nas gestantes	Proporção de gestantes tratadas com Penicilina G Benzatina	15	15	100- Aceitável	
		Proporção de gestantes com esquema terapêutico adequado para a prevenção da SC ²	15	15	100- Aceitável	
Proporção de gestantes tratadas e com o máximo de 15 dias de intervalo entre as doses ²		15	13,6	90,6- Aceitável		
Proporção de gestantes com início de TT anterior a 30 dias da DPP ²		15	11,3	75,0- Insatisfatório		
Monitoramento laboratorial após TT	Proporção de gestantes tratadas e com solicitação/registro VDRL para controle de cura ²	15	7,0	47,0-Insatisfatório		
Realização de TT parceiros concomitante a gestante	*Proporção de gestantes com parceiros tratados concomitantemente ²	15	4,8	32,0- Crítico		
		Total de pontos	90	66,7	74,1- Insatisfatório	
		Total de pontos do componente Tratamento / Índice de Implementação do Componente Tratamento	180	132	73,3- Insatisfatório	
Componente técnico	Componentes estruturais Insumos e atividades	Critérios/Indicadores de Disponibilidade-Oportunidade				
VE	Fichas SINAN	Proporção de UBS com fichas de investigação de sífilis na gestante disponíveis para notificação ³	15	14,5	96,4- Aceitável	
		Proporção de UBS com fichas de investigação de sífilis na gestante disponíveis para notificação nos últimos 6 meses ⁴	15	14,8	99,0- Aceitável	
		Total de pontos	30	29,3	97,7- Aceitável	
	Componentes estruturais Insumos e atividades	Critérios/Indicadores de Disponibilidade-Conformidade				
	Notificação dos casos	Proporção de gestantes VDRL reagente diagnosticadas e notificadas pela UBS ⁷	15	10,2	67,6- Insatisfatório com ressalvas	
		Proporção de UBS que utilizam o registro dos casos notificados para reorganização do trabalho ⁴	15	6,7	45,0- Insatisfatório	
Total de pontos		30	16,9	56,3- Insatisfatório		
		Total de pontos do componente VE/ Índice de Implementação do Componente VE	60	46,2	77,0- Insatisfatório	
		Índice Geral	520	349,5	67,2-Insatisfatório	

Legenda: TT – tratamento; PM – pontuação máxima; GI – grau de implementação; *Parâmetro – 70%; ¹ 399 gestantes; ² 36 gestantes com diagnóstico de sífilis; ³ 58 UBS/checklist; ⁴ 60 supervisores; ⁵- cadernetas da gestante; ⁶-resultados de testes sorológicos de posse da mulher, no momento da entrevista; ⁷-Banco de dados VE-PMJF

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

6.2.1 Componente prevenção

Os indicadores de disponibilidade/oportunidade referem-se à existência durante a assistência ao pré-natal, de insumos como preservativos para serem disponibilizados, materiais informativos/educativos para as ações de prevenção, protocolos assistenciais de prevenção e manejo de IST nos pontos de atendimento, para consulta dos profissionais de saúde; e atividades programadas de educação em saúde com abordagem de IST. Os indicadores de disponibilidade/conformidade referem-se à existência de recursos humanos capacitados para a prevenção e manejo da sífilis e outras IST na gestação e atividades de aconselhamentos pós-teste para as gestantes com diagnóstico de sífilis durante a gestação, com a orientação sobre os riscos da doença e uso de preservativos.

Em relação à disponibilidade/oportunidade de preservativos, quando os supervisores das UBS foram questionados se nos últimos seis meses faltou em algum momento preservativos para serem disponibilizados à população, 27 (45%) disseram que sim, mas que no momento que a coleta de dados estava sendo realizada, período pré-carnaval, os preservativos não faltariam. De fato, em duas UBS que os supervisores haviam relatado indisponibilidade do preservativo naquele mês, no momento do *checklist*, foi presenciado a distribuição deste insumo. Das 58 UBS em que o *Checklist* foi realizado, em 48 (82,8%) o preservativo masculino estava disponível na farmácia, no entanto, em apenas dez (17%), os preservativos também estavam em recipientes disponíveis na recepção e/ou consultórios para livre acesso, sem necessidade de liberação ou dispensação. Em dez das UBS checadas, sete não havia preservativos masculino ou feminino disponíveis e em três não foi possível fazer a verificação pois estavam trancados na Farmácia e segundo os supervisores, a posse da chave ficava apenas com o Farmacêutico que não estava presente naquele período. Em apenas duas UBS (3,3%), no momento da checagem, havia algumas unidades de preservativo feminino. Considerando a entrevista com os supervisores e o *checklist*, o GI deste insumo foi insatisfatório (68,9%) devido a dificuldades de fornecimento regular. No momento do *checklist*, o GI (82,8%) foi considerado aceitável devido a sua disponibilidade, mas com ressalvas pela necessidade de ajustes no acesso.

Em relação a presença de material informativo referente a prevenção da TMF de sífilis e/ou referente a prevenção de IST afixado, 10 supervisores (16,7%)

responderam que sim; no entanto, no momento do *checklist*, em três UBS (5,2%) havia tais materiais.

Em relação a presença de material informativo referente a prevenção da TMF de sífilis e/ou referente a prevenção de IST para ser disponibilizado à gestante, 25 supervisores (41,7%) responderam que sim; no entanto, no momento do *checklist* em apenas 10 UBS (17,2%) havia tais materiais para serem disponibilizados.

Em relação à ausência de materiais educativos afixados, um supervisor justificou que apesar da alta prevalência da SG e incidência de SC no município, existe igualmente outras demandas importantes como as arboviroses, a tuberculose, a hipertensão arterial, dentre outras e que ele escolheu como estratégia de abordagem, selecionar o assunto do mês que vai para o painel de discussão. Segundo ele, o assunto do painel é trabalhado durante todo o mês na sala de espera e que a sífilis já havia sido trabalhada há alguns meses. No entanto, nesta mesma UBS, não havia material para ser afixado ou para ser disponibilizado à gestante. Para a disponibilidade de materiais informativos afixados, considerando o parâmetro de 70%⁵ o GI foi de 7,4%, crítico. Para materiais educativos a serem disponibilizados à gestante o GI foi de 17,2% e também crítico.

Em relação à disponibilidade de protocolos de prevenção e manejo da TMF da sífilis, para consulta nos locais de atendimento, 41 supervisores (68,3%) responderam que sim e no momento do *checklist*, em 65,0% das UBS havia protocolos para consulta. Foram considerados os protocolos impressos e também os que estavam disponíveis em pastas de fácil acesso no computador. Considerando uma menor pontuação para este item⁶ o GI para a disponibilidade/oportunidade foi de 65,0%, insatisfatório.

Em relação a haver atividades de educação em saúde programadas durante a gestação que abordavam a prevenção de IST, incluindo sífilis, 26 (43,3%) supervisores relataram que sim. Através do *checklist* em 19 UBS (33,9%) verificou-se o registro nos últimos 6 meses, de alguma atividade de educação em saúde durante a gestação com abordagem da prevenção de sífilis e outras IST. Em relação a disponibilidade e oportunidade de ações educativas programadas pela UBS durante o pré-natal, considerando o parâmetro de 70,0%⁷, o grau de implementação de 48,4%

⁵ Parâmetro 70%, pág 110, Matriz de Informação, na seção de materiais e métodos

⁶ Pontuação máxima=10, pág 115, Matriz de Relevância, na seção de materiais e métodos

⁷ Parâmetro de 70%

foi insatisfatório. Os supervisores enfatizaram a dificuldade de reunir as gestantes em um mesmo momento e de incluir os parceiros, pois mesmo quando são convidados não comparecem. Os profissionais citados na realização das atividades foram: enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, acadêmicos de medicina e enfermagem, ACS, farmacêuticos e assistente social. As justificativas apresentadas pelos supervisores para a não realização das atividades foram: ação dificultada pelo espaço físico, sobrecarga de trabalho devido equipe incompleta, aumento da complexidade do trabalho e das funções burocráticas, aumento da demanda, baixa adesão das gestantes aos grupos, falta de programação, pouca demanda de gestantes ao pré-natal, UBS tradicional, outras demandas “mais importantes” como grupo de hipertensos, falta de recursos, falta de tempo para programar as ações, não existir a sistematização de grupos de educação em saúde na UBS. Merecem destaque iniciativas de ações educativas realizadas em duas UBS; em uma, as ações educativas sobre IST são realizadas nos grupos de alongamento; em outra, no período noturno para tentar captar os parceiros.

Em relação à participação das gestantes em atividades programadas durante o pré-natal em que conversaram sobre sífilis e outras IST, 18,1% das puérperas (72/399) relataram que sim. Considerando apenas os cartões de pré-natal que constavam esta variável, em 1,9% (4/212) havia registro de ações educativas, três (1,4%) referentes a IST. O grau de implementação da participação das gestantes em atividades educativas durante o pré-natal, considerando o parâmetro de 70%⁸, foi de 29,7% e portanto, GI crítico.

O grau de implementação para o componente técnico de prevenção na subdimensão disponibilidade/oportunidade de insumos e atividades foi insatisfatório (43,6%). Todos os critérios tiveram grau de implementação insatisfatório ou crítico com exceção da disponibilidade do insumo preservativo, no momento do *checklist*, que apresentou GI aceitável, mas com ressalvas quanto ajustes na distribuição regular e no acesso.

Em relação à subdimensão de disponibilidade/conformidade, sobre a participação em alguma capacitação para prevenção/manejo da sífilis na gestação, 75,0% (45/60) dos profissionais preencheram que sim, isoladamente ou em associação com capacitação para o manejo do HIV na gestação; no entanto, apenas

⁸ Parâmetro de 70%

33 (55%) realizaram capacitações nos últimos cinco anos e 17 (28,3%) no último ano. Dez (16,7%) responderam nunca terem participado de capacitações para manejo da sífilis e/ou HIV e cinco (8,3%) apenas para HIV. Para a maioria dos profissionais que receberam treinamento, este se deu através da SMS (79,7%). Outros treinamentos citados foram pela SES, pelo MS, em congressos científicos e por meio de entidades médicas. Em relação à pergunta: *“Você acredita que na época que as capacitações aconteceram, elas contribuíram com o seu conhecimento e melhoraram suas habilidades para atendimento às gestantes, visando a prevenção da TMF da sífilis e do HIV durante a gestação?”*, 92% dos profissionais que participaram das capacitações responderam que sim, 8% disseram que não contribuíram ou que não se lembravam. O inquérito sobre capacitação no manejo da sífilis na gestação foi realizado apenas com os supervisores e não com todos os profissionais de saúde da APS. No entanto, como 100% dos supervisores têm vínculos efetivos e mais de 70% estão há mais de cinco anos lotados na APS, percebemos que neste período houve poucos profissionais que receberam algum tipo treinamento no manejo da sífilis. Considerando o parâmetro de 70% dos recursos humanos capacitados na prevenção e manejo da sífilis e/ou IST na gestação, a implementação de 78,6% foi insatisfatória, mas com ressalvas pois durante a execução deste projeto (no período de campo e após este período) capacitações foram oferecidas pela SMS em parcerias com o Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento de IST/AIDS, Departamento de Saúde da Mulher, UFJF e APS em formas de Simpósio e Fórum com abordagem da sífilis e suas formas de prevenção e manejo (com participação da pesquisadora); e cursos de capacitação para assistência ao pré-natal, com abordagem da prevenção e manejo das IST.

Das puérperas que tiveram testes reagentes para sífilis durante a gestação, 76,5% (26/34) relataram ter sido orientadas quanto a necessidade do uso de preservativo durante e após o tratamento, com implementação insatisfatória; e 61,8% (21/34) relataram que o médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da sífilis para ela e para o bebê, com implementação insatisfatória. Considerando ambas as atividades como de aconselhamento pós-teste, o GI de 69,1% também foi insatisfatório. Por opção da pesquisadora estas duas perguntas foram escolhidas para avaliar a realização e o conhecimento adquirido com o aconselhamento pós-teste, pelo entendimento que o uso do preservativo previne reinfecções nas mulheres em que os parceiros não foram tratados concomitantemente e que o conhecimento sobre

os riscos da sífilis para a mulher e o bebê podem favorecer a adesão ao uso de preservativo, ao tratamento adequado e ao seguimento da criança após o nascimento.

Avaliamos a orientação de uso do preservativo e não a orientação sobre sua utilização correta. As mulheres com diagnóstico de sífilis foram entrevistadas no momento do parto ou um dia após, ou seja, pouco tempo após o diagnóstico. Desta forma, é pouco provável que a proporção de mulheres que não recordaram destas orientações possa estar subestimando a frequência real de mulheres que foram aconselhadas. No entanto, a observação direta dos atendimentos e aconselhamentos seria indicado.

Na subdimensão avaliativa disponibilidade/conformidade, o grau de implementação de 72,3%, foi insatisfatório. Nesta subdimensão todas as atividades tiveram GI insatisfatório e a proporção de recursos humanos capacitados foi classificado com implementação insatisfatória, mas com ressalvas devido as capacitações realizadas ao longo da execução do projeto. Considerando ambas as subdimensões, o GI do componente prevenção para o controle da sífilis na gestação e SC, foi insatisfatório (55,0%).

Apresentamos abaixo algumas narrativas das puérperas que ora complementam ou triangulam com os dados quantitativos apresentados de implementação insatisfatória do componente de prevenção.

Destacamos o caso de uma mulher de 36 anos, negra, hipertensa, na sétima gestação, com história de sífilis na gestação anterior, há quatro anos, com critérios de tratamento inadequado nesta ocasião e que o parceiro, usuário de drogas ilícitas, negou-se a realizar tratamento. Na gestação atual a gestante iniciou pré-natal com 12 semanas de IG e teve o primeiro VDRL não reator. Apresentou duas internações por crise hipertensiva. O segundo VDRL foi 1:32 e a primeira dose da penicilina benzatina foi realizada durante a primeira internação com mais ou menos 30 semanas de idade gestacional. Na alta hospitalar a mulher recebeu prescrição de penicilina benzatina para completar as três doses e orientação para retornar à UBS para dar continuidade ao pré-natal. No entanto, ao tentar remarcar a consulta sua solicitação foi negada por ter faltado a três consultas de pré-natal. Foi orientada a procurar uma Unidade de pronto atendimento pois não havia a medicação na UBS e mesmo que ela comprasse a medicação a UBS não realizava a aplicação.

Fui lá... só que ele disse que pra “mim podê tomá” a dose lá da “Bezetacil” eles “tinha que “pedi” pra Secretaria da Saúde, porque não tinha no posto... e... e assim pela... a moça me explicou que mesmo tendo a “Bezetacil” lá eu teria que levar “no” UPA pra “mim tomá” ou no hospital... porque no posto eles não... não aplicam. [E aí não dava pra você esperar?] ”Não dava pra esperar. Consegui na UPA. [E você chegou a mostrar essa receita “pra” sua médica lá na UBS?] Não, porque ela não me atendeu, porque eu já tinha perdido três consultas e aí eu não podia “marcá” de novo, que ela... né?“Tava” tirando vaga de outras pessoas... (P31, 36 anos, negra).

Apesar de não ter sido realizado durante o acompanhamento pré-natal descrevemos aqui o impacto do aconselhamento pós-teste realizado por um profissional de saúde a esta gestante em um serviço de emergência:

Foi o que a médica me “falô”: “Você gosta dele?” eu falei: “Gosto”, aí ela falou assim: “Mas você tem que gostar mais de você, porque não adianta gostar dele e não gostar de você”. Aí eu tomei pra mim e falei: “Não, ela tem razão... porque se eu gosto dele, eu tenho que gostar de mim também me cuidando”. [...] Olha... eu não sabia assim... ela tinha me falado que... se eu “num” tratasse ou se eu tratasse, né...igual eu tratei e voltasse a me relacionar de novo com meu esposo, meu ex esposo... eu seria contaminada e mais tarde é... eu poderia ter problema de cabeça... mentais, né? Por causa da sífilis e outros “tipo” de problemas... ela foi me explicando tudo direitinho, né? Falou que se eu quisesse manter relação de novo com ele era pra “mim podê” usar preservativo, ou ele se “tratá”, né? ... aí me explicô sobre o bebê”. [...] E eu me senti assim, muito... eu falo importante, porque durante oito anos de relacionamento com ele eu nunca tinha tido coragem de falar pra usar camisinha. Sempre ficava com medo de “ofendê”, de... de achar que, né? Ele... ele achar que eu “tava” errada e tudo... e agora na última vez agora eu falei com ele: “Não, se você quiser põe camisinha, porque eu não sei como é que “tá” a sua vida”... e eu fiquei tão feliz com isso, porque... Ter conseguido me “impô” dessa maneira, sabendo que eu “tava” me protegendo, protegendo meu filho, né?... eu tinha vergonha... (P31, 36 anos, preta).

Destacamos outro caso, o da puérpera 30 (P30). Refere-se a uma mulher de 33 anos, branca, com ensino médio completo, iniciou pré-natal com 10 semanas de gestação e realizou 11 consultas. Apresentou VDRL 1:128 no primeiro teste sorológico. Preencheu todos os critérios para tratamento adequado e o parceiro foi tratado concomitantemente com uma dose de 2.400.000 UI de penicilina benzatina por ter VDRL não reagente. A mulher havia sido comunicada pelo parceiro anterior (pai dos seus três filhos mais velhos), há seis anos, que ele estava com sífilis e que ela precisava fazer exames e tratamento. Ao questioná-lo sobre os sintomas (segundo a puérpera, feridas e manchas na pele foram ditas por ele), supôs que não estava doente, pois não apresentava nenhum sinal ou sintoma descrito por ele e por opção, não realizou exames ou tratamento. Nesta ocasião não tinha conhecimento que sífilis

era uma IST. Não participou de ações educativas no pré-natal atual e recebeu informações sobre a sífilis no aconselhamento pós teste.

Quando questionada se havia ouvido falar sobre a sífilis, a entrevistada respondeu:

Quase nada... “Num” tinha escutado falar nada mesmo, só o dia que ... meu ex-marido comentou comigo que ele tinha tido, mas “num” tinha sintoma nenhum então eu “nem” me interessei em procurar saber. [Mas na época você procurou quais eram os sintomas?] “Não... ele falou... então eu perguntei, ele falou assim: “não... ‘dá’ ferida, essas coisas assim...”, falei: Ah, eu “num” tive nada disso”...é... eu só falei isso que não tinha nada e não procurei um médico também”.

[...]Tinha que ser mais divulgado sobre a doença... que... que ela é bem silenciosa... porque se “num” for a gente nunca vai se “interessá” em “procurá” “sabê” se a pessoa “tá” doente ou não. (P30, 33 anos, branca).

Quando questionada em relação ao seu pré-natal atual sobre as conversas a respeito da sífilis, a puérpera respondeu:

Nunca “falaro” nada aprofundado... nada... só “falô” que eu poderia... que era uma doença, que corria risco de vida do meu bebê, que tinha que “fazê” tratamento...mas ai que eu... na internet que eu fiquei sabendo que ela podia nascer surda, cega, “tê” problemas de má formação, que ele mesmo (o profissional de saúde) não me “falô” nada, a única coisa que ele me “falô” é que ela corria risco.

[...]Não... não achei que era tão importante assim... depois quando a gente foi pesquisar que foi descobrindo a gravidade da doença... aí que eu fui ficando muito apavorada... só chorava... só chorava... nossa... (P30, 33 anos, branca).

Segundo a narrativa da entrevistada, aprendeu com o profissional de saúde que a sífilis poderia ser transmitida para o bebê, mas não foi falado sobre as questões relativas ao desenvolvimento da doença e aos riscos do não tratamento.

Relatos de outras puérperas sugerem que as conversas sobre sífilis realizadas nos aconselhamentos pós testes não exploraram aspectos importantes sobre formas de transmissão, evolução da doença e/ou tratamento para a gestante, parceria sexual e criança, que podem impactar no controle da sífilis congênita:

A sífilis, que ela é uma doença passada de parceiro né, é pelo parceiro que pega esse vírus que pode passar pra gente, que é pra gente se prevenir, que ela tem cura né e se caso a mulher engravida, passa pro neném, se não tratar o neném pode morrer ou nascer com sequelas né. é isso que eu “tava” em duvida. Que já tinham me falado que era o homem que passava né, ai agora eu já, “tô” entendendo que é tanto o homem quanto a mulher. Se a mulher tiver infectada pode passar pra outro parceiro que não tenha nada. (P1, 34 anos, preta).

A puérpera 1 (P1) tinha 34 anos, é preta, parceiro usuário de drogas ilícitas, teve sífilis há dois anos e na gestação atual, recebeu tratamento com penicilina, acreditava que a sífilis era transmitida na relação sexual apenas do homem para a mulher.

Não...porque eles não explicaram muito, então eu não sei praticamente nada...só pra usar camisinha mesmo ... Falaram que eu tinha que tomar a “Bezetacil” na quantidade certa pra não passar pro neném. (P6, 22 anos, branca).

A puérpera 6 (P6), no entanto, mesmo quando questionada se queria saber algo mais sobre a sífilis não demonstrou interesse. A percepção que tive de acordo com as narrativas, e descrita em diário de campo é que o aparente desinteresse das mulheres em relação à sífilis poderia estar relacionado a inúmeros fatores tais como: (1) desconhecimento sobre a doença e portanto não haviam questões a serem sanadas, (2) sentidos dados à sífilis pela mulher como natural, do cotidiano e que estava tranquila pois já sabia que tinha tratamento e cura: “já tive, minha cunhada teve, meu ex (ao se referir ao ex companheiro) teve e o médico disse que vou ficar com isso para o resto da vida”. Podemos pensar que “isso” é o que ela não domina, pois não houve sinais ou sintomas, apenas um exame, um papel impresso, que disseram a ela que estava alterado. A puérpera P6, vive com o companheiro, tem quatro filhos vivos, fez seis consultas de pré-natal e já havia tido sífilis anterior a gestação atual. Este caso exemplifica os desafios a serem enfrentados pelo profissional de saúde nos aconselhamentos e conseguir fazer com que a informação dada faça significado para a mulher e vença as barreiras socioculturais.

É...até então nada...porque a única coisa que a gente chegou a “conversá” foi sobre o tratamento que eu tinha que “fazê”, mais nada...assim, igual eu falei “aprofundo” eu não sei sobre a doença do sífilis...(P21, 22 anos, preta).

A puérpera 21 tinha 22 anos, é preta, tinha ensino fundamental incompleto, renda familiar per capita abaixo de meio salário-mínimo, não usava e não sabia informar se o parceiro usava drogas ilícitas. Tinha quatro filhos vivos, a primeira gravidez se deu com 16 anos e declarou não ter companheiro.

O profissional de saúde não me “passô” o quê que era sífilis... “Falaram que eu tava com sífilis e que tinha que ir para o alto risco, mais nada. [...]Fiquei muito apavorada pois não sabia o que era... e a consulta no alto risco demorou mais de um mês. (P22, 22 anos, parda).

Destacamos o caso da puérpera 22 (P22), com 22 anos, parda, que vivia com o companheiro, ela e o companheiro têm ensino fundamental incompleto, baixa renda, sendo a puérpera a provedora da casa. Não usava drogas lícitas ou ilícitas, mas o parceiro fazia uso de maconha e cocaína. Iniciou pré-natal com 19 semanas de idade gestacional e teve o primeiro VDRL reator (1:64) com mais ou menos 21 semanas. Ao mostrar o resultado do teste para sífilis na consulta médica, ela foi encaminhada para o pré-natal de alto risco, sem prescrição de tratamento para sífilis. Quando chegou no ambulatório de alto risco também não prescreveram medicação de imediato, solicitaram teste treponêmico, apesar da gestante já ter resultado de VDRL e teste treponêmico reagentes. Após os resultados dos segundos testes a primeira dose da penicilina benzatina foi prescrita com aproximadamente 28 semanas de idade gestacional. A narrativa da puérpera P22 nos faz observar uma série de equívocos que levaram a perdas de oportunidade de aconselhamento pós-teste e tratamento precoce, submetendo a mulher e a criança aos riscos da sífilis, pois sabe-se que o tratamento precoce minimiza sequelas na criança e evita desfechos perinatais negativos como o aborto e a natimortalidade. Outro equívoco foi a não prescrição de tratamento para o parceiro por este apresentar VDRL não reagente.

Os relatos das puérperas descrevem bem como o risco biológico da sífilis pode ser agravado por fatores individuais, socioculturais e fatores associados aos serviços de saúde e à assistência médica.

6.2.2 Componente diagnóstico

Os indicadores de disponibilidade/oportunidade relativos ao componente diagnóstico referem-se à disponibilidade de insumos como testes sorológicos para o diagnóstico de sífilis na gestação e de atividades como a realização de testes pelas gestantes (número de testes realizados e realização dos testes no primeiro trimestre e início do terceiro trimestre). Os indicadores de disponibilidade/conformidade referem-se à realização de testes para sífilis com resultados em tempo hábil, registros dos testes do primeiro e terceiro trimestres na caderneta da gestante e solicitação de testes para sífilis para os parceiros das gestantes com diagnóstico de sífilis na gestação.

Em relação aos testes para diagnóstico de sífilis na gestante nos últimos 6 meses, 93,3% dos supervisores relataram que não houve indisponibilidade. O grau de implementação deste insumo nas UBS foi aceitável (93.3%).

Quatorze mulheres (3,6%) relataram dificuldades para a realização dos primeiros testes e 46 (11,5%) relataram dificuldades para a realização dos testes solicitados após o sétimo mês. Dificuldades no acesso (exame não disponível, dificuldade de marcação do exame na UBS, dificuldades na coleta de sangue na UBS) foram relatadas por quatro mulheres (4/399- 1,3%) para a realização do primeiro teste e por 14 mulheres (14/399- 3,6%) para a realização do segundo teste na gestação. Outros motivos relatados foram: decisão pessoal (medo, não achou importante, não quis fazer), condições financeiras (não tinha dinheiro para passagem de ônibus)

Em relação ao número de testes para sífilis, 70,7% realizaram pelo menos dois testes durante a gestação com GI, insatisfatório.

Em relação ao trimestre de realização do primeiro exame para sífilis, 45,4% (181/399) realizaram no primeiro trimestre, 42,1% (168/399) no segundo trimestre, 9,8% (39/399) no terceiro trimestre e 2,8% (11/399) no momento do parto. A realização do teste para sífilis no primeiro trimestre teve GI de 45,4% e, portanto, insatisfatório. No terceiro trimestre, 66,2% (264/399) das gestantes realizaram testes sorológicos, com GI também insatisfatório.

Em relação à subdimensão disponibilidade/conformidade, quando os profissionais de saúde foram questionados sobre a média de tempo de retorno à UBS do resultado dos testes sorológicos para sífilis, solicitados durante a realização do pré-natal, 70,0% relataram ser em até 15 dias e 22,3% de 15 a 20 dias.

Na entrevista com as puérperas⁹ 72,7% (290/399), 22,1% (88/399) e 1,3% (5/399) relataram respectivamente ter sido até 15 dias, de 15 a 30 dias e superior a 30 dias o tempo desde a coleta até o retorno dos resultados sorológicos. Dezesesseis mulheres (4%) disseram que não se recordavam. Optou-se por valorizar as respostas das puérperas em relação aos exames colhidos no terceiro trimestre, na tentativa de minimizar o viés de memória. Quando este teste não havia sido realizado no terceiro trimestre, considerou-se a resposta em relação aos testes do primeiro trimestre.

⁹ A pergunta para esta resposta foi: Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue até você saber do resultado do exame para sífilis/ ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue até você saber dos resultados dos primeiros exames (ou exames solicitados após o sétimo mês)/ ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue até seu médico ou enfermeiro falarem pra você do resultado dos primeiros exames (ou exames colhidos após o sétimo mês)?

Considerando os dois indicadores, a disponibilidade/conformidade de realização dos testes e resultados disponíveis em até 15 dias da coleta alcançou GI insatisfatório (71,7%).

Em relação ao registro dos testes sorológicos, em 87,7% (350/399) das cadernetas das gestantes havia registro do primeiro teste para sífilis (GI aceitável) e em 59,6% (238/399) registro do segundo teste para sífilis (GI insatisfatório). Considerando a atividade de registro dos dois testes para sífilis na caderneta da gestante, o GI foi de 73,7%, insatisfatório.

Das 34 puérperas com testes reagentes para sífilis durante o pré-natal, 69,7% (23/33) disseram que foi solicitado testes do parceiro para sífilis e 17 relataram que seus parceiros realizaram os exames solicitados (oito com testes não reagentes e nove com testes reagentes). Considerando apenas as Cadernetas da gestante que incluíam local para registro do pré-natal do parceiro, em apenas 12,1% (4/33) das cadernetas das puérperas com diagnóstico de sífilis havia registro de testes sorológicos do parceiro; e considerando todas as puérperas 2,2% (5/229). Considerando estas duas fontes de informação, o GI da atividade de solicitação de testes para o parceiro das mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação foi 69,7%, insatisfatória.

O grau de implementação para o componente diagnóstico na subdimensão disponibilidade/oportunidade foi insatisfatório (68,9%), considerando todos os quatro indicadores. Em relação à disponibilidade/oportunidade de testes a implementação foi aceitável (93,3%) e houve relato das mulheres de poucas dificuldades no acesso à realização dos testes. No entanto a disponibilidade não foi oportuna e quase 30% realizou menos de dois testes, menos de 50% foram testadas no primeiro trimestre e menos de 70% no terceiro trimestre. Na subdimensão avaliativa disponibilidade/conformidade, o grau de implementação foi insatisfatório (71,9%), considerando os cinco indicadores. Nesta subdimensão apenas a atividade de registro do primeiro teste para sífilis teve implementação aceitável. Considerando as duas subdimensões, o GI do componente técnico diagnóstico para o controle da sífilis na gestação e SC, foi de 70,3%, insatisfatório.

Destacamos dois casos que se assemelham pela interpretação e conduta feitas pelo profissional de saúde que realizava o pré-natal em relação ao resultado do VDRL. A puérpera 17 (P17) era uma adolescente de 16 anos, branca, com ensino fundamental incompleto, na primeira gestação, sem dificuldades relatadas no acesso

ao pré-natal e na realização dos testes sorológicos, com início de pré-natal com 11 semanas de idade gestacional e realização de 14 consultas. Teve registro de sorologia reagente para sífilis na caderneta da gestante, com 13 semanas de IG (VDRL 1:2), sem tratamento prescrito. Dois meses após (por volta da vigésima semana de IG) devido a quadro de febre e mialgia, procurou uma emergência hospitalar em que foi repetido o VDRL (1:128) e realizada prescrição de penicilina benzatina para a gestante e parceiro sexual (a primeira dose realizaram concomitantemente).

Porque a gente tem que “sabê”, né? Pra “tê”...“fazê” é... o tratamento direitinho pra não passar pro bebê, nem se alterar mais no seu corpo, né?” [Quando questionada se achava importante fazer o exame para sífilis durante a gestação]
[...]Eles só me deram o encaminhamento e eu fui no PAM Marechal e marquei...aí eu vinha fazer os exames e levei, só que lá eles não me falaram nada, eu fui saber da doença quando eu internei na maternidade ... aí foram “fazê” o exame de sangue que descobriram, que lá que me falaram pra “fazê” o tratamento... (P17, 16 anos, branca).

A puérpera 32 (P 32) era uma jovem de 22 anos, branca, ensino médio incompleto, na segunda gestação, também sem dificuldades relatadas para acesso ao pré-natal ou realização dos exames. Teve 13 consultas de pré-natal, início com seis semanas de IG, e registro de sorologia reagente para sífilis na caderneta da gestante com 26 semanas de IG (VDRL = 1:4), sem tratamento prescrito. No parto o VDRL foi 1:16. A revelação do diagnóstico e início do tratamento da puérpera e criança se deram na maternidade, após o parto.

Sim ... importante fazer o exame para sífilis na gestação. Serve para prevenir e alertar... mas no meu caso não serviu não”. [Quando questionada se achava importante fazer o exame para sífilis durante a gestação]
[...] Quero saber se tem cura para o meu filho? Quero saber como ele vai ficar. Se ele vai ter problema de cabeça ... E se eu resolver que não vou me tratar o que pode acontecer comigo? (P32, 22 anos, branca).

As repercussões para a P32 foram além de biomédicas, com depressão materna, ideários de morte e, acusação de traição, agressão física e juras de morte pelo marido.

Estes casos retratam como a qualidade do atendimento também está relacionada à capacitação e aos processos de trabalho dos profissionais de saúde. A disponibilidade do insumo, o início precoce e um número de consultas acima de seis garantiu a realização do teste sorológico para sífilis em tempo oportuno, no entanto,

não associou-se ao tratamento imediato da gestante para prevenção da SC. Em ambos os casos perdeu-se as oportunidades de aconselhamento pós-teste, abordagem dos parceiros e tratamento das gestantes o mais precoce possível para evitar desfechos perinatais negativos. O acesso a insumos e atividades tem que ser acompanhado de qualidade nos processos de trabalho.

As falas das puérperas P32 e P17, foram utilizadas para fazer uma triangulação e complementariedade com os dados quantitativos apresentados de implementação insatisfatória do componente diagnóstico.

6.2.3 Componente tratamento

Os indicadores de disponibilidade/oportunidade relativos ao componente tratamento referem-se à disponibilidade de insumos como a penicilina G benzatina, a aplicação da penicilina G benzatina nas UBS e realização de tratamento das gestantes e suas parcerias sexuais. Os indicadores de disponibilidade/conformidade referem-se às atividades de realização de tratamento adequado das gestantes, monitoramento laboratorial após o tratamento e realização de tratamento dos parceiros concomitante às gestantes.

O grau de implementação para o componente técnico de tratamento na subdimensão disponibilidade/oportunidade foi insatisfatório (72,6%), considerando todos os seis indicadores. Em relação aos insumos, a disponibilidade da penicilina G benzatina para o tratamento das gestantes (91,7%) e parceiros sexuais (91,7%), nos últimos seis meses foi considerada com GI aceitável. A disponibilidade/oportunidade da penicilina G benzatina para dispensação/entrega no momento do diagnóstico foi considerada crítica (22,4%) com ressalvas (devido a estratégia de organização da rede de apoio farmacêutico ter se dado para adequação ao desabastecimento global da penicilina). Em relação às atividades, a aplicação da penicilina G benzatina nas UBS foi considerada aceitável (81,7%) com ressalvas (devido a dificuldade de acesso dos parceiros). A proporção de gestantes tratadas (88,9%) foi considerada com implementação aceitável e a proporção de gestantes com parceiros tratados (59,3%) implementação insatisfatória.

Na subdimensão avaliativa disponibilidade/conformidade, o grau de implementação foi insatisfatório (74,1%) considerando os seis indicadores. A atividade de tratamento dos parceiros concomitante às gestantes, teve implementação crítica

(33,3%), tratamentos das gestantes iniciados a mais de 30 dias da DPP (75,0%) e o monitoramento laboratorial do tratamento (47%) tiveram implementações insatisfatórias.

Em relação à disponibilidade/oportunidade de penicilina G benzatina nos últimos seis meses para o tratamento das gestantes e parcerias sexuais, 91,7% dos supervisores relataram que não houve falta desse insumo para o tratamento de ambos, após a solicitação realizada ao DAFI, com grau de implementação aceitável deste insumo estratégico para a prevenção da SC nas UBS. No momento em que o *checklist* foi realizado 13 (22,4%) UBS apresentavam pelo menos 4 frascos deste insumo disponível na farmácia para dispensação/entrega e início de tratamento imediato da gestante e sua parceria sexual após o diagnóstico. Nas 45 UBS restantes, não havia nenhuma dose de Penicilina G Benzatina disponível e as gestantes e suas parcerias sexuais que fossem diagnosticados com sífilis deveriam aguardar a solicitação e liberação da Penicilina realizada ao DAFI. Em relação à penicilina G benzatina estar disponível na UBS, para que o tratamento pudesse ser iniciado de imediato após o diagnóstico, a implementação foi insatisfatória, mas com ressalvas. A ressalva se deve ao fato da estratégia de organização da rede de apoio farmacêutico para a liberação da penicilina G benzatina pelo DAFI ter se dado em um momento crítico para o tratamento da sífilis no município com falta deste insumo nas UBS devido ao desabastecimento global da penicilina. No Estudo de avaliabilidade verificou-se que através do Sistema Integrado de Gerenciamento de Assistência Farmacêutica (SIGAF) da SES/MG estabeleceu-se o fluxo de distribuição da penicilina do estado de MG para os municípios e, através do DAFI da PMJF realiza-se a aquisição e distribuição da penicilina G benzatina às UBS. Desde 2017 a farmacêutica do DAFI organizou um fluxo de solicitação e aquisição da penicilina, atrelada às notificações ao SINAN, que contribuiu para a disponibilidade do medicamento para o tratamento das gestantes e suas parcerias sexuais e notificação dos casos. Um supervisor fez críticas ao fluxo de aquisição da penicilina pois na sua unidade o sinal de internet é ruim e o contato telefônico também, o que as vezes atrasa a aquisição do medicamento.

Em relação à existência da penicilina na Farmácia da UBS para tratamento imediato das gestantes com diagnóstico de sífilis e de seus parceiros, os supervisores disseram que a penicilina estava disponível na farmácia da UBS no momento do *checklist*, não como estoque, mas uma reserva que foi ocorrendo naturalmente devido

algumas pacientes não completarem o número de doses do esquema prescrito. As doses foram então guardadas e reservadas para início de tratamento imediato da gestante com sífilis e sua parceria sexual. Importante ressaltar que quando este indicador é retirado da subdimensão disponibilidade/oportunidade, o grau de implementação de insumos é aceitável.

Em 81,7% das UBS os supervisores afirmaram que a penicilina era aplicada no local, no entanto, em algumas a aplicação era restrita às gestantes da UBS e aos parceiros, apenas se estes residissem na área adscrita da UBS. Esta atividade foi classificada como implementada com ressalvas. Os motivos citados para a não aplicação em 11 (18,3%) UBS foram: não concordância da equipe, apenas na presença do médico que não está presente em todos os horários, não haver recursos para atendimento de uma emergência.

Das 36 mulheres com diagnóstico de sífilis, 34 tiveram testes reagentes durante a gestação e 32 receberam tratamento. Quatro mulheres tiveram diagnósticos estabelecidos no momento do parto (duas com teste sorológico anterior, negativo; e duas que tiveram testes sorológicos positivos durante o pré-natal) não receberam tratamento durante o pré-natal. Das 32 mulheres que receberam tratamento, para 28 pode-se capturar o registro das datas dos testes positivos e datas da primeira dose aplicada de Penicilina Benzatina, através da caderneta da Gestante, resultados impressos dos testes e receituários trazidos pela mulher no momento do parto.

Em entrevista realizada com as puérperas com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, para 34,4% (11/32) a aquisição e para 46,9 % (15/32) a aquisição e/ou aplicação da penicilina G benzatina, não foram feitas nas UBS. O período de coleta de dados das puérperas foi anterior a coleta de dados nas UBS. Neste período, o fluxo para aquisição da penicilina ainda estava sendo ajustado e o retorno da aplicação da penicilina nas UBS, foi ocorrendo gradativamente durante o período de coleta de dados, principalmente no segundo semestre de 2018, o que pode justificar a diferença encontrada nos pontos percentuais.

Em relação a realização de tratamento pela gestante, refletindo aqui a prescrição do tratamento pelo profissional de saúde, 88,9% das puérperas entrevistadas realizaram o tratamento, com implementação aceitável desta atividade. No entanto, chama a atenção duas oportunidades de tratamento terem sido perdidas durante o pré-natal, devido ao não conhecimento do profissional, da positividade da sorologia e a não realização de busca ativa destas gestantes. Em relação à

disponibilidade e oportunidade de realização de tratamento dos parceiros, considerando o parâmetro de 70,0%¹⁰, o grau de implementação de 59,3% foi insatisfatório.

Em relação ao tratamento das gestantes, 100% realizaram tratamento com penicilina G benzatina, com implementação desta atividade, aceitável; 100% o esquema terapêutico foi adequado para a prevenção da TMF do Treponema (o número de doses foi adequado à classificação clínica da SG ou superior) e 90,6% das gestantes foram tratadas com intervalo máximo de 15 dias entre as doses, com GI também adequados. Obtiveram GI insatisfatórios o início de tratamento a mais de 30 dias da DPP (75%) e o monitoramento laboratorial do tratamento (47%). A atividade de tratamento das gestantes concomitante aos parceiros, considerando o parâmetro de 70,0%¹¹, obteve GI crítico (33,0%).

O índice de implementação do componente tratamento foi considerado insatisfatório. Várias narrativas das puérperas são apresentadas ora complementando ou triangulando com o índice de implementação obtido por outras fontes e técnicas.

Destacamos o caso da puérpera 16 (P16), com 32 anos, preta, que vive com companheiro, tem ensino fundamental incompleto, renda familiar per capita inferior a meio salário-mínimo e é beneficiária do Programa bolsa família. Relatou ter sido usuária de maconha e cocaína e o companheiro fazer uso de maconha. Iniciou o pré-natal com 12 semanas de IG, realizou oito consultas de pré-natal e o parceiro participou de todas por iniciativa própria. Teve diagnóstico de sífilis em 2015 e na gestação atual. Apresentou VDRL 1:1 e teste treponêmico reagente com 15 semanas de IG, sendo prescrito Penicilina Benzatina e orientada a ir a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para adquirir a medicação e realizar a aplicação. Por medo da dor causada pela injeção não foi à UPA, sendo resgatada por busca ativa pela UBS onde adquiriu e foi realizada a aplicação da penicilina benzatina (primeira dose pouco antes da trigésima semana). O parceiro não recebeu prescrição de tratamento, por ter apresentado VDRL não reagente.

A injeção (risos)... a injeção foi o mais difícil, muito difícil e o medo também, né? De saber se ia dar certo ou se não ia dar certo e ter que fazer tudo de novo (risos). Nosso Deus...eu sofri só de pensar naquelas "injeção". [Quando questionada em relação às dificuldades/barreiras para realizar o tratamento]

¹⁰ Parâmetro de 70%

¹¹Parâmetro de 70%

[...] Aí a médica “tava” me ligando pra saber se eu “tava” fazendo o tratamento e eu falei que não ... ela falou: “ então você vai “vim” no posto, vai trazer sua receita pra mim que a gente vai conversar”... ela me pegou de surpresa, eu não ia ter pra onde correr (risos)... aí assim foi, pra tomar a medicação...ela mesmo me aplicou, as 3 semanas, ela mesmo fez o tratamento comigo...” [Sobre facilidades para realizar o tratamento].

[Em relação à revelação do diagnóstico para o parceiro]: ... eu segurei muito até contar pra ele...eu fiquei com bastante medo de contar, mas não teve como...

[...]Jele nem ficou sabendo da minha boca, na consulta de pré-natal que a gente foi que ele “tava” sempre me acompanhando aí a médica (risos) perguntou se eu tava fazendo o tratamento, se eu tava tomando as “injeção” direitinho...foi aí que ele ficou sabendo...mas eu “contá”, não contei não (risos).

[...] não contei não ... Pelo fato de como é transmitida a doença... é complicado porque você vai expor, né... uma doença sexualmente transmissível... (risos)

[...] tem homem que é ignorante, o meu é um desses...se ele não tivesse nas “consulta” pra “mim” “explicá” pra ele depois eu sozinha, que eu “tavo” com uma doença, que eu ia ter que tomar uma medicação, que ia prevenir pro bebê, ele não ia entender ouvindo da minha boca, ele ia causar um “rebolicho” dentro da minha casa...foi muito importante ele tá perto de mim [Em relação à abordagem do parceiro ter sido facilitada pelo profissional de saúde].(P16, 32 anos, preta).

Vale ressaltar outra experiência exitosa de busca ativa. A puérpera 20 (P20), tinha 20 anos de idade, branca, com ensino médio incompleto, tinha baixa renda e relatou não ter companheiro. Fez uso de bebida alcoólica e teve relações sexuais com mais de um parceiro durante a gestação, sem uso de preservativo. Estava na sua primeira gestação, iniciou o pré-natal com 26 semanas de IG e realizou oito consultas. O primeiro teste para sífilis foi não reator e com 31 semanas de IG teve VDRL reator (1:8) e teste treponêmico reagente. A primeira dose de penicilina Benzatina foi aplicada seis dias após a coleta do teste reagente, após convocação feita pelo profissional de saúde da UBS. A P20 apresentou todos os critérios para sífilis adequadamente tratada.

Ela “ligô” pra minha mãe e “falô” que tinha que “conversá” comigo, que tinha dado alteração no exame...aí eu fui lá pra “conversá” e ela “falô” que eu “tava” com sífilis... e que eu tinha que “tratá” logo porque “tava” no final da gravidez... [...] Já tinha na UBS ... Foi a enfermeira lá da UBS mesmo ... [que aplicou] Foi tranquilo... [Em relação à aquisição e aplicação da P. Benzatina e a dificuldades encontradas para o tratamento]. (P20, 20 anos, branca).

Outro caso a ser destacado é o da puérpera 26 (P26), com 25 anos, preta, que vivia com o companheiro, possuía renda familiar per capita inferior a meio salário-mínimo e ensino médio incompleto. Durante a gestação fez uso de bebida alcoólica. Iniciou o pré-natal com 11 semanas de IG, realizou 14 consultas e o parceiro participou

de 10 consultas. Apresentou VDRL 1:128 com 11 semanas de IG. A puérpera preencheu todos os critérios para sífilis adequadamente tratada durante a gestação, o parceiro estava na consulta quando o profissional de saúde revelou o diagnóstico à mulher, participou do aconselhamento pós teste e recebeu a primeira dose do Benzetacil concomitante à mulher, mesmo antes de realizar o VDRL que foi reagente e completou-se então as três doses.

Quando questionada se o parceiro havia participado do pré-natal e o que ela pensava dele estar presente neste momento, ela respondeu:

Em quase todas. Gostei. Porque é importante pra nós dois, né? Mais fácil... que aí ele vai saber das coisas e eu também. Aí os dois buscando pelo mesmo interesse.

[...] Ah... ela esperou ele chegar que ele tinha saído do consultório. Falou com ele que... deu uma alteração no meu exame... E que com certeza ele também tinha. Entendeu? Aí ele começou a fazer o tratamento, mas ele não tinha exame comprovando que ele tinha não. Depois que ele fez o exame e viu.

[...] Não, no meu não teve não [Quando questionada se houve dificuldades para o tratamento do parceiro]. (P26, com 26 anos, negra).

A narrativa da P16 e P20 torna evidente a importância da atenção básica no controle da SC a partir do acolhimento, do vínculo com os usuários, do conhecimento e responsabilização pela população adscrita e da vigilância da sífilis no território.

Segundo as narrativas da P16 e P26 o fato de os parceiros terem participado das consultas de pré-natal e terem tido conhecimento da doença a partir de um profissional de saúde facilitou o entendimento sobre a doença e sobre os tratamentos realizados.

Enfatizamos, com o relato da P26 a importância da participação do parceiro no pré-natal, para a adesão de ambos ao tratamento e para o controle da SC. No entanto, o fato de parceiros VDRL não reagentes não receberem tratamento devido à exposição sexual, revela desconhecimento dos protocolos de abordagem de IST e de prevenção da SC pelo profissional de saúde e retrata uma grande perda de oportunidade de romper com a cadeia de transmissibilidade e reinfecções durante a gestação e entre os adultos. Também traz novamente à tona, a importância da educação permanente na capacitação dos profissionais para a qualificação dos processos de trabalho.

O medo da dor da injeção, citado pela puérpera P16 exemplifica um grande empecilho para o tratamento da sífilis em mulheres e homens. Treze puérperas citaram a dor da injeção da Penicilina Benzatina como uma dificuldade/barreira para

a realização do tratamento da sífilis. Alguns relatos estão descritos a seguir: “Aguentar a dor da bezetacil, mas a gente tem que aguentar. (P1, 34 anos, preta)”; “No tratamento?...é... ‘as Bezetacil’, as fortes dores pra dormir... (P5, 33 anos, parda); “Tomar ‘as Bezetacil’ (risos)...que dói muito... chegou mesmo a dar caroço, porque foram muitas, né? Então chegou a ficar a pele sensível...” (P6, 23 anos, branca); “A dor da injeção (risos)...” (P17, 16 anos, branca); “Pra mim a única coisa que foi mais difícil foi sentir a dor das ‘agulhada’ (risos) (P19, 20 anos, preta); “Não foi difícil né. O mais difícil foi a dor que a gente sente na hora de tomar as agulhadas, só.” (P12, 21 anos, amarela); “Nó, eu tomar duas Benzetacil de uma vez só, que dói muito, uma já dói imagine duas.” (P8, 27 anos, preta); “É... ‘toma’ agulhada...duas ‘Bezetacil’...é mas eu não pensei na dor não, pensei em me curar mesmo... que eu achei melhor... (P22, 22 anos, preta).

Outro caso a ser enfatizado é da puérpera 14 (P14), com 27 anos, preta, tinha ensino médio completo, baixa renda, não tinha companheiro. Iniciou o pré-natal com 14 semanas de IG e fez 13 consultas de pré-natal. Apresentou VDRL reagente (1:32) e teste treponêmico positivo com 15 semanas de IG. A gestante foi orientada a procurar uma Unidade de pronto atendimento para aquisição da penicilina e aplicação das doses. Na UPA não aceitaram a receita médica da UBS e a cada semana a gestante tinha que passar por consulta médica para que o procedimento fosse realizado, gerando constrangimentos. Quando questionada em relação às dificuldades/barreiras para realizar o tratamento:

Na minha opinião é a visão que as pessoas têm...que as pessoas têm... porque que nem a primeira vez que eu fui “tomá” a injeção o enfermeiro que foi me “aplicá” ele “falô” assim: “Tá doida, menina? A gente não faz sexo com qualquer um sem camisinha não!”. Sendo que era um relacionamento que eu tinha de anos, não foi com qualquer um. Ele não sabia da minha história, me “julgô” sem “sabê” da minha história.
[...]Eu ficava mais constrangida de ir (na UPA) , porque toda vez que eu ia eu tinha que “contá” uma história porque eu só tinha o encaminhamento do médico pedindo pra “tomá”, não explicava porque, eu tinha que “contá” toda vez que eu ia a mesma história pra uma pessoa diferente. Aí eu ficava constrangida, mas eu fui. (P14, anos, preta).

A puérpera 21, com 22 anos, preta, quando indagada sobre sinais e sintomas que sugerissem o diagnóstico de sífilis recente, não descreveu nenhum sinal ou sintoma sugestivo. Recebeu classificação clínica de sífilis latente de duração ignorada sendo prescrito esquema de tratamento com P. Benzatina de 3 doses de 2.400.000

UI com intervalo de 7 dias entre elas. Teve critério de tratamento inadequado, com apenas duas doses de 2.400.000 UI/cada e com intervalo de 30 dias entre elas.

Olha, “demorô” um pouco, porque a médica fez o pedido, “passo” as “vacina” pra “mim” “tomá” e “ficô” lá no posto a vacina...a minha receita... depois de 10 dias eles me ligaram ... era pra “mim” “podê” ir lá, “pegá” com ela a receita... com a enfermeira chefe a receita, a vacina e ir até uma unidade hospitalar pra “mim” “podê” “tomá” as injeção, porque lá eles não “aplicava... [...] ela me “passô” seis, pra “tomá” por semana, só que eu tomei as duas primeiras e como fica distante da minha casa a UPA ... não tem locomoção pra gente ir, por causa da distância, eu fiquei sem “tomá” as outras duas. Não consegui ir pra “tomá... [...]tive essa dificuldade... e voltei na minha consulta, falei isso com a médica, que não deu pra “mim” “tomá” porque eu não tinha como eu ir pra poder “tomá” as “vacina”, aí foi que ela “falô” que... até “falô” em Conselho Tutelar, porque eu não queria “tomá” as “vacina”, só que não é que eu não queria, é que não deu...aí quando foi, eu passei mal vim (foi para maternidade, para o parto) ... já tinha tomado as duas, agora eu tomei mais duas e “vô continuá” fazendo o tratamento. (P21, 22 anos, preta)

O preconceito em relação a sífilis e outras IST associando-a à depravação moral e sexual, especialmente do público feminino, ainda é uma realidade. O comportamento de julgamento exercido pelo profissional de saúde constrange e agride a mulher, fere a ética e as boas práticas e compromete a adesão ao tratamento.

A dificuldade de acesso à Penicilina Benzatina e a não aplicação das injeções na UBS, local de realização do pré-natal onde a gestante já apresenta algum tipo de vínculo estabelecido, pode gerar várias barreiras para a adesão e adequação ao tratamento como registrado nas narrativas da P21 e P14.

6.2.4 Componente vigilância epidemiológica

Para a análise do componente técnico da VE, os dados foram avaliados a partir das informações dos roteiros de entrevista com supervisor da UBS e de *checklist* e a partir das fichas de notificação e banco de dados SINAN disponibilizados pela VE.

Na entrevista realizada com os supervisores, 99% deles relatou que nos últimos seis meses não faltou fichas de agravos de notificação, incluindo fichas de investigação de sífilis em gestantes. No momento do *checklist*, em 96,4% das UBS havia fichas impressas ou em arquivos para impressão no computador. O GI da subdimensão disponibilidade/oportunidade do componente insumos foi de 97,6%, aceitável. Das 36 gestantes com diagnóstico de sífilis durante a gestação, 34 tiveram testes reagentes durante o pré-natal. Destas 67,6% (23/34) foram notificadas pela

UBS. Apenas 45% dos supervisores relataram utilizarem os registros dos casos notificados, nas reuniões de equipe para reorganização do trabalho na UBS. O GI da subdimensão disponibilidade/conformidade do componente atividades foi de 56,3%, insatisfatório. O GI do componente técnico da VE foi insatisfatório (77,0%).

No entanto há de se ressaltar que a porcentagem de casos diagnosticados e notificados pelas UBS quase dobrou de 2017 para 2018 (dados cedido pela VE).

6.3 AVALIAÇÃO DO AMBIENTE E DE SUA INTERAÇÃO COM A IMPLEMENTAÇÃO

A seguir será realizada a descrição da análise bivariada que testará as hipóteses da influência do ambiente na implementação.

Como fatores do ambiente temos: a) no contexto externo: vulnerabilidades individual e social do setor censitário de domicílio das mulheres, e a vulnerabilidade social da região urbana do território das UBS; b) no contexto organizacional: adesão das equipes das UBS ao terceiro ciclo do PMAQ-AB; c) programas relacionados ao controle da SC: utilização dos serviços no pré-natal (início no primeiro trimestre e número mínimo de seis consultas).

No nível de análise mulheres há a vulnerabilidade individual e o IVS do setor censitário de domicílio das mulheres, ter realizado o pré-natal em UBS que aderiram ou não ao terceiro ciclo do PMAQ-AB e a utilização dos serviços no pré-natal. No nível de análise território há o IVS da região urbana do território das UBS e UBS com equipes que aderiram ou não ao terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Na implementação temos as variáveis de desfecho do controle da SC relacionadas às atividades nos componentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica.

Será feita a descrição em relação as variáveis do ambiente em cada componente técnico da implementação no nível de análise mulheres e nível de análise território.

Por fim fez-se a identificação de fatores facilitadores e obstáculos para a implementação.

6.3.1 Contexto externo

Os resultados referentes ao contexto externo, apresentam-se subdivididos, conforme mencionado anteriormente, em vulnerabilidade individual das mulheres, vulnerabilidade social das mulheres e vulnerabilidade social do território da UBS.

6.3.1.1 Vulnerabilidade individual das mulheres

A Tabela 7 lista as variáveis de desfecho relacionadas aos componentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica de acordo com as variáveis explicativas demográficas e socioeconômicas das mulheres.

Tabela 7 – Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde e bivariada com fatores do contexto externo das mulheres (vulnerabilidades individuais – características socioeconômicas e demográficas), Juiz de Fora, 2017-2018

Variáveis mulheres Desfecho/ Explicativas	Univariada (%)	Faixa etária		Cor da pele		Escolaridade		Renda per capita (SM)		Situação conjugal	
		≥ 25 anos	< 25 anos	Parda/negra	Branca/amare- la	≥ Ensino médio	≤ Fundamental II	≥ 0,5	< 0,5	companheiro	
										com	sem
Atividades educativas ¹	20,8	17,3	23,8	22,7	16,5	18,9	21,9	19,2	21,7	20,7	21,3
p-valor ³		0,109		0,165		0,48,		0,544		0,932	
Explicação riscos ²	61,8	58,3	66,7	71,4	53,3	66,7	63,3	50,0	66,7	57,7	80,0
p-valor		0,624		0,265		0,877		0,438		0,212	
Explicação preservativo ²	76,5	75,0	77,3	80,0	71,4	83,3	75,0,	66,7	78,6	79,2	70,0
p-valor		0,881		0,562		0,662		0,533		0,566	
Dois ou mais testes sífilis ¹	70,7	75,1	66,8	68,7	75,2	83,9	63,3	77,8	66,5	70,2	74,5
p-valor		0,069		0,190		0,000		0,015		0,543	
Testes1° trim ¹	45,4	47,0	43,9	43,5	49,6	49,7	43,0	52,7	39,6	47,7	27,7
p-valor		0,535		0,264		0,199		0,011		0,009	
Testes3° trim ¹	66,2	68,1	64,5	66,2	66,1	74,1	61,7	71,3	64,6	65,1	74,5
p-valor		0,446		0,989		0,012		0,171		0,200	
Registro 1° teste CG ¹	87,7	89,7	86,0	88,5	86,0	90,9	85,9	88,6	86,8	88,1	85,1
p-valor		0,255		0,478		0,147		0,591		0,561	
Registro teste 2° CG ¹	59,6	64,3	55,6	58,3	62,8	71,3	53,1	67,7	54,7	59,9	57,4
p-valor		0,077		0,396		0,000		0,100		0,743	

Continua

conclusão

Variáveis mulheres Desfecho/ Explicativas	Univariada (%)	Faixa etária		Cor da pele		Escolaridade		Renda per capita (SM)		Situação conjugal	
		≥ 25 anos	< 25 anos	Parda/negra	Branca/amare- la	≥ Ensino médio	≤ Fundamental II	≥ 0,5	< 0,5	companheiro	
										com	sem
Testes parceiros ²	69,7	58,3	76,2	57,9	85,7	83,3	66,7	100,0	64,3	78,3	50,0
p-valor		0,283		0,086		0,422		0,109		0,104	
Tratamento adequado gestantes ²	78,1	91,7	70,0	73,7	84,6	100,0	73,1	80,0	77,8	86,0	60,0
p-valor		0,151		0,463		0,150		0,912		0,094	
Tratamento parceiros ²	41,7	38,5	43,5	31,8	57,1	57,1	37,9	28,6	44,8	56,0	9,1
p-valor		0,769		0,133		0,355		0,434		0,009	
TT parceiro concomitante ²	22,2	23,1	21,7	13,6	35,7	42,9	17,2	28,6	20,7	32,0	0,0
p-valor		0,925		0,120		0,143		0,635		0,033	
UBS Unidade Notificadora ²	63,9	69,2	60,9	59,1	71,4	85,7	58,6	71,4	62,1	64,9	63,0
p-valor		0,616		0,452		0,180		0,644		0,983	

Notas: ¹ n = 399 (todas as mulheres); ² n = 36 (mulheres caso sífilis); ³ Teste estatístico Qui-quadrado

Legenda: CG – caderneta da gestante; SM – salário-mínimo; TT- tratamento

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Apenas 20,8% de todas as mulheres participaram de “atividades educativas”, e daquelas com diagnóstico de sífilis 61,8% receberam “explicações sobre os riscos” da sífilis não tratada para a mulher e para a criança e 76,5% “explicações para o uso do preservativo” durante e após o tratamento. Não houve associação estatisticamente significativa das ações de prevenção com fatores socioeconômicos e demográficos.

Em relação às atividades de diagnóstico, os fatores associados à “realização de dois ou mais testes” foram maior escolaridade com 83,9% entre as de ensino médio ou maior e 63% entre as de ensino fundamental II ou menor ($p = 0,000$), maior renda per capita com 77,8% entre as de renda per capita maior ou igual a meio salário mínimo e 66,5% entre aquelas com menos de meio salário mínimo ($p = 0,015$) e ter 25 anos ou mais com 75,1% entre as mulheres com 25 anos ou mais e 66,8% entre as que tinham menos de 25 anos ($p = 0,069$), tendo o último significância limítrofe. Para a realização dos “testes no primeiro trimestre”, os fatores associados foram renda per capita igual ou superior a meio salário mínimo com 52,7% entre as de maior renda per capita e 39,6% entre as de menor renda per capita ($p = 0,011$) e ter companheiro com 47,7% entre as mulheres que tinham companheiro e 27,7% entre as que não tinham ($p = 0,009$). O “registro do segundo teste na caderneta da gestante” foi associado a maior escolaridade com 71,3% entre as de ensino médio ou maior e 53,1% entre as de ensino fundamental II ou menor ($p = 0,000$), idade de 25 anos ou mais com 64,3% entre as mulheres com 25 anos ou mais e 55,6% entre as que tinham menos de 25 anos ($p = 0,077$) e renda per capita de meio salário mínimo ou mais com 67,7% entre as mulheres com maior renda per capita e 54,7% entre as com menor renda per capita ($p = 0,10$), tendo o último significância limítrofe. A solicitação de “testes para os parceiros” teve como fator associado a cor da pele branca ou amarela com maior 85,7% entre as com cor da pele branca ou amarela e 57,9% entre as com cor da pele negra ou parda ($p = 0,086$) com significância limítrofe. Não houve associação estatisticamente significativa da realização dos “testes no terceiro trimestre” e “registro do primeiro teste na caderneta da gestante” com fatores socioeconômicos e demográficos.

Em relação ao componente de tratamento, verificou-se que o “tratamento dos parceiros” e o “tratamento dos parceiros concomitante” à gestante, associou-se à mulher ter companheiro. Aproximadamente 56,0% entre as mulheres que tinham companheiro, vivendo com ele ou não e 9,1% entre as que não tinham companheiro, os parceiros foram tratados ($p = 0,009$) e 32% entre as que tinham companheiro,

vivendo com ele ou não e 0,0% entre as que não tinham companheiro, os parceiros foram tratados concomitante à mulher ($p = 0,033$). O “tratamento adequado da gestante” se deu em 78,1% das mulheres e não houve associações significativas com as variáveis explicativas demográficas e socioeconômicas das mulheres.

Em relação à notificação de casos não houve associação significativa com as variáveis explicativas demográficas e socioeconômicas das mulheres.

A Tabela 8 lista as variáveis explicativas comportamentais das mulheres, com as variáveis de desfecho relacionadas aos componentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica. Em relação à participação em atividades educativas, com exceção do “número de parceiros sexuais na gestação”, não houve associação significativa com as demais variáveis explicativas. A participação em atividades educativas foi de 41,7% entre as mulheres com mais de um parceiro sexual durante a gestação e 19,4% entre as com um único parceiro ($p = 0,058$), com significância limítrofe. Para as ações de aconselhamento pós teste, receber “explicação sobre os riscos” da sífilis sem tratamento para a mulher e criança e “explicações para o uso do preservativo” durante e após o tratamento não houve fatores comportamentais associados.

Tabela 8 – Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde e bivariada de fatores do contexto externo das mulheres (vulnerabilidades individuais – características comportamentais), Juiz de Fora, 2017/2018

Variáveis mulheres Desfecho/ Explicativas	Univari- ada (%)	Sexarca (em anos)		Uso preser- vativo gesta- ção ³		N° parceiros sexuais gesta- ção		História ante- rior sífilis (ges- tante)		História ante- rior sífilis (par- ceiro)		História pre- gressa IST		Drogas ilícitas (gestante)		Álcool gestante		Drogas ilícitas (parceiro)	
		≥ 16	≤ 15	sim	não	> 1	1	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Atividades educativas ¹	20,8	19,4	22,3	20,8	20,6	41,7	19,4	27,3	20,6	30,0	20,5	28,1	19,5	20,7	21,2	25,6	19,4	21,0	21,8
p-valor ⁴		0,465		0,972		0,058		0,592		0,308		0,118		0,950		0,207		0,873	
Explicação Riscos ²	61,8	76,9	56,5	58,3	61,9	66,7	58,6	70,0	61,5	76,9	60,0	57,1	68,2	80,0	60,0	81,8	56,0	60,0	67,7
p-valor		0,221		0,840		0,787		0,636		0,314		0,501		0,392		0,137		0,686	
Explicação preserva- tivo ²	76,5	75,0	77,3	66,7	84,2	66,7	77,8	75,0	76,9	83,3	80,0	69,2	81,0	100,0	71,4	81,8	73,9	84,2	71,4
p-valor		0,881		0,255		0,666		0,911		0,815		0,434		0,170		0,611		0,375	
Dois ou mais testes sifi- lis ¹	70,7	74,7	66,5	69,1	77,9	66,7	70,8	63,6	70,9	65,0	71,0	67,2	71,3	37,9	74,3	64,4	72,5	61,5	72,3
p-valor		0,075		0,128		0,758		0,603		0,565		0,513		0,000		0,140		0,065	
Testes 1° trim ¹	45,4	42,4	49,2	49,4	46,2	33,3	47,2	27,3	45,9	35,0	46,0	42,2	45,8	27,6	47,7	32,2	49,2	37,2	47,7
p-valor		0,178		0,619		0,344		0,222		0,335		0,594		0,360		0,040		0,094	
Testes 3° trim ¹	66,2	68,7	63,7	72,7	65,1	75,0	66,6	72,7	66,0	60,0	66,2	67,2	65,9	55,2	67,8	66,7	66,0	62,8	66,5
p-valor		0,297		0,206		0,542		0,641		0,567		0,838		0,165		0,909		0,546	
Registro 1° teste CG ¹	87,7	87,6	87,7	85,7	88,4	91,7	87,1	81,8	87,9	95,0	86,5	82,8	88,6	72,4	89,3	84,4	88,7	79,5	89,7
p-valor		0,964		0,524		0,640		0,545		0,317		0,195		0,007		0,282		0,015	
Registro teste 2° CG ¹	59,6	63,1	55,9	58,4	60,1	75,0	59,0	45,5	60,1	60,0	59,8	56,3	60,2	34,5	62,7	54,4	61,2	50,0	61,3
p-valor		0,142		0,787		0,266		0,330		0,989		0,557		0,003		0,253		0,07	

continua

conclusão

Variáveis mulheres Desfecho/ Explicativas	Univari- ada (%)	Sexarca (em anos)		Uso preser- vativo gesta- ção ³		N° parceiros sexuais gesta- ção		História ante- rior sífilis (ges- tante)		História ante- rior sífilis (par- ceiro)		História pre- gressa IST		Drogas ilícitas (gestante)		Álcool gestante		Drogas ilícitas (parceiro)	
		≥ 16	≤ 15	sim	não	> 1	1	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não
Testes parceiros ²	69,7	66,7	71,4	83,3	66,7	66,7	73,1	75,0	68,0	66,7	73,7	41,7	85,7	40,0	74,1	72,7	68,2	72,2	71,4
p-valor		0,775		0,312		0,814		0,708		0,675		0,008		0,131		0,789		0,960	
TT adequado gestantes ²	78,1	83,3	75,0	63,6	88,9	66,7	84,0	100	70,8	72,7	78,9	81,8	76,2	60,0	84,6	63,6	85,7	72,2	92,3
p-valor		0,581		0,103		0,459		0,084		0,698		0,715		0,202		0,151		0,162	
Tratamento parceiros ²	41,7	66,7	50,0	90,0	33,3	50,0	59,1	57,0	55,0	63,3	46,7	62,5	52,6	25,0	60,9	44,4	61,1	57,1	58,3
p-valor		0,411		0,005		0,803		0,922		0,391		0,637		0,183		0,411		0,951	
TT parceiro concomi- tante ²	22,2	25,0	20,8	33,3	20,0	0,0	28,6	37,5	17,9	25,0	18,2	14,3	27,3	0,0	26,7	15,4	26,1	19,0	28,6
p-valor		0,777		0,399		0,282		0,239		0,638		0,361		0,189		0,458		0,511	
UBS unidade notifica- dora ²	67,6	75,0	58,3	75,0	55,0	100,0	57,1	75,0	60,7	75,0	59,1	42,9	77,3	40,0	66,7	61,5	65,2	52,4	78,6
p-valor		0,326		0,258		0,148		0,458		0,354		0,036		0,253		0,825		0,116	

Notas: ¹ n = 399 (todas as mulheres); ² n = 36 (mulheres caso sífilis); ³ 20 mulheres relataram não ter tido relações sexuais durante a gestação;

⁴ Teste estatístico Qui-quadrado

Legenda: IST – infecções sexualmente transmitidas; CG – caderneta de gestante; TT – tratamento; UBS – Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Em relação às atividades de diagnóstico, verificou-se que os fatores comportamentais associados à realização de “dois ou mais testes para sífilis” durante a gestação, foram a “gestante não usar drogas ilícitas” com 74,3% entre as que não usavam drogas ilícitas e 37,9% entre as que usavam ($p = 0,000$), “sexarca com 16 anos ou mais” com 74,7% entre as que tiveram sexarca com 16 anos ou mais e 66,5% entre as com 15 anos ou menos ($p = 0,075$), o “parceiro não usar drogas ilícitas” com 72,3% entre as com parceiros que não usavam drogas ilícitas e 61,5% entre as com parceiros que faziam uso de drogas ilícitas ($p = 0,065$) tendo os dois últimos significância limítrofe. Para a realização de “testes no primeiro trimestre” o fator associado foi “não consumir álcool na gestação” com 49,2% entre as que não consumiam álcool e 32,2% entre as que consumiam ($p = 0,040$). Aproximadamente 66% das puérperas realizaram “testes no terceiro trimestre” e não foram verificados fatores comportamentais associados. Para “registro do primeiro teste na caderneta da gestante” e o “registro do segundo teste na caderneta da gestante” verificou-se como fator associado a gestante não usar drogas ilícitas. Para o primeiro teste houve registro de 89,3% entre as que não usavam drogas ilícitas e 72,4% entre as que usavam ($p = 0,007$); e para o segundo teste houve registro de 62,7% entre as que não usavam drogas ilícitas e 34,5% entre as que usavam ($p = 0,003$). Outro fator associado ao “registro do segundo teste na caderneta da gestante” foi o parceiro não usar drogas ilícitas com 61,3% de registro entre aquelas com parceiros que não usavam drogas ilícitas e 50,0% entre as com parceiros que usavam ($p = 0,07$) com significância limítrofe. O fator associado à solicitação de “testes para o parceiro” foi a gestante não ter história pregressa de IST com 85,7% entre as não tinham história e 41,7% entre as que tinham ($p = 0,008$).

Em relação ao componente tratamento, o fator associado ao “tratamento adequado da gestante” foi a gestante ter história anterior de sífilis com 100% entre as com história anterior de sífilis e 70,8% entre as que não tinham história ($p = 0,084$), com significância limítrofe. Verificou-se como fator associado ao “tratamento dos parceiros”, mulheres que fizeram uso de preservativos alguma vez durante a gestação com 90,0% entre aqueles com alguma vez de uso e 33,3% entre as que não usaram nenhuma vez ($p = 0,005$). Não foram observados fatores comportamentais associados ao “tratamento dos parceiros concomitante” à gestante.

Em relação às ações de vigilância, o fator associado à “UBS como unidade notificadora” dos casos de sífilis gestacional, foi a mulher não ter história pregressa

de IST com 77,3% entre as que não tinham história e 42,9% entre as que tinham história ($p = 0,036$).

Em relação aos fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais das puérperas destacamos as puérperas P 28 e P27. A puérpera P28 com 29 anos, negra, vive sem companheiro, renda familiar per capita abaixo de meio salário-mínimo, ensino fundamental, usuária de maconha e cocaína e o ex-companheiro usuário de maconha, cocaína e crack. Devido a dificuldades pessoais (aceitar a gravidez) iniciou o pré-natal no segundo trimestre de gestação e não realizou os exames solicitados na primeira consulta de pré-natal (por dificuldades relatadas com outros quatro filhos). Na gestação atual (gesta V) apresentou um natimorto por sífilis e o diagnóstico foi revelado na hora da internação para a curetagem. A puérpera P27, uma jovem de 19 anos, parda, vivia com companheiro, renda familiar per capita igual a meio salário-mínimo, ensino médio incompleto, companheiro usuário de maconha e cocaína. Relatou não saber que estava grávida e por isso só iniciou o pré-natal no segundo trimestre, realizou duas consultas de pré-natal. Os testes sorológicos foram solicitados na primeira consulta de pré-natal com 19 semanas IG, colhidos na 21ª semana IG com resultados liberados 48 horas após a coleta e VDRL = 1:64. A puérpera não retornou à UBS com os resultados de exames. O parto se deu com 31 semanas de IG, tendo como desfecho um natimorto por sífilis. Parceiro e puérpera mostraram-se assustados com o diagnóstico e dispostos a tratar. Os casos destas duas puérperas ilustram como as vulnerabilidades individuais interferem diretamente no controle da SC. Destacamos também a vulnerabilidade das mulheres que se encontram em situação de submissão na relação com os homens para negociar o uso do preservativo, principalmente com seus parceiros fixos, como descreve a puérpera P31, com 36 anos, negra.

6.3.1.2 Vulnerabilidade social das mulheres

Na Tabela 9 está a variável explicativa do Índice de vulnerabilidade da saúde (IVS) das mulheres, com as variáveis de desfecho do controle da SC relacionadas aos componentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica. Não houve associação do IVS com nenhuma variável dos componentes de implementação.

Tabela 9 – Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde e bivariada com fatores do contexto externo das mulheres (índice de vulnerabilidade à saúde do setor censitário de domicílio das mulheres) e de organização dos serviços (realização de pré-natal em Unidades Básicas de Saúde com equipes que aderiram ao PMAQ-AB), Juiz de Fora, 2017-2018

Variáveis mulheres Desfecho/ Explicativas	Univariada (%)	Índice de vulnerabilidade da saúde mulheres ³		PMAQ-AB Adesão	
		alto	baixo	Sim	não
Atividades educativas ¹	20,8	26,2	19,1	24,6	13,0
p-valor ⁴		0,108		0,007	
Explicação Riscos ²	61,8	66,7	53,3	68,0	44,4
p-valor		0,435		0,212	
Explicação preservativo ²	76,5	77,8	73,3	76,0	77,8
p-valor		0,767		0,914	
Dois ou mais testes sífilis ¹	70,7	73,1	70,9	69,0	74,0
p-valor		0,649		0,301	
Testes1° trim ¹	45,4	49,0	44,5	46,3	43,5
p-valor		0,407		0,603	
Testes3° trim ¹	66,2	70,3	64,1	67,5	63,4
p-valor		0,215		0,407	
Registro teste 1 CG ¹	87,7	84,8	90,5	86,2	90,8
p-valor		0,103		0,184	
Registro teste 2 CG ¹	59,6	64,1	57,7	58,6	61,8
p-valor		0,221		0,534	
Testes parceiros ²	69,7	70,6	73,3	75,0	55,6
p-valor		0,863		0,279	

continua

conclusão

Variáveis mulheres Desfecho/ Explicativas	Univariada (%)	Índice de vulnerabilidade da saúde mulheres ³		PMAQ-AB Adesão	
		alto	baixo	Sim	não
Tratamento adequado gestantes ²	78,1	75,0	80,0	73,9	88,9
p-valor		0,739		0,357	
Tratamento parceiros ²	41,7	38,8	50,0	33,3	66,7
p-valor		0,433		0,079	
TT parceiro concomitante ²	22,2	31,6	12,5	18,5	33,3
p-valor		0,181		0,355	
Notificação de casos ²	63,9	68,4	62,5	59,3	77,8
p-valor		0,713		0,317	

Notas: ¹ n = 399 (todas mulheres); ² n = 36 (mulheres caso sífilis); ³ IVS = índice de vulnerabilidade da saúde; ⁴ Teste estatístico Qui-quadrado

Legenda: Trim. – trimestre; CG – carteira de gestante; TT – tratamento

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

6.3.1.3 Vulnerabilidade social do território das Unidades básicas de Saúde

Na Tabela 10 está apresentada a variável explicativa do Índice de vulnerabilidade da saúde (IVS) da região urbana do território das UBS, com as variáveis de desfecho do controle da SC relacionadas aos componentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica. Das 58 UBS visitadas, 5,2% tinham material informativo sobre IST afixado, 33,9% apresentavam registro de ações educativas que englobavam IST nos seis meses anteriores a coleta de dados, 55,0% dos supervisores tiveram alguma capacitação para IST nos últimos cinco anos, em 70% o retorno dos resultados dos testes se dava em até 15 dias, em 81,7% era realizada a aplicação da penicilina, e em 45% foi relatado a utilização do registro de casos notificados para a reorganização do trabalho. Não houve associação do IVS da região urbana do território das UBS, com nenhuma variável dos componentes de implementação. Diferente do esperado, observou-se que as UBS com alto IVS da região urbana do território das UBS tiveram menor percentual de registro de atividades educativas nos seis meses anteriores à coleta de dados e um menor percentual de profissionais capacitados para IST nos últimos cinco anos.

Tabela 10 – Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal na Atenção Primária à Saúde e bivariada com as características de organização dos serviços (UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB) e índice de vulnerabilidade da saúde da região urbana do território das Unidades Básicas de Saúde, Juiz de Fora, 2017-2018

Variáveis território Desfecho/Explicativas	Univariada (%)	PMAQ-AB Adesão ³ (%)		IVS território UBS ⁴ (%)	
		sim	não	alto	baixo
UBS com material informativo de IST afixado ¹ p-valor ⁵	5,2	5,6	4,5	8,7	4,0
		0,866		0,502	
UBS Atividades Educativas ¹ p-valor	33,9	42,9	19,0	34,8	45,8
		0,068		0,440	
Profissionais capacitados IST últimos cinco anos ² p-valor	55,0	43,2	73,9	47,8	60,0
		0,020		0,398	
UBS com resultado testes até 15 dias ² p-valor	70,0	73,0	65,2	87,0	72,0
		0,524		0,202	
UBS aplicação penicilina ² p-valor	81,7	83,8	78,3	87,0	76,0
		0,591		0,331	
UBS que utilizam registro de casos notificados para organizar o trabalho ² p-valor	45,0	52,8	34,8	50,0	52,0
		0,176		0,891	

Notas: ¹ n = 58 (Banco checklist); ² n = 60 (Banco supervisores); ³ n = 37 UBS com equipes com adesão ao terceiro ciclo PMAQ-AB; ⁴ n = 47 UBS região urbana; ⁵ Teste estatístico Qui-quadrado

Legenda: IVS – índice de vulnerabilidade da saúde; IST – infecções sexualmente transmitidas

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Com o trabalho de campo, na realização de visitas nas UBS para realizar entrevistas com supervisores e o *checklist*, foi possível conhecer um pouco da vivência dos supervisores; e da realidade socio sanitária em que as UBS estão inseridas e perceber aquilo que muitas vezes com os dados secundários fica invisível. Na maioria das UBS visitadas, observei supervisores com conhecimento sobre a UBS e sobre seus usuários, comprometidos com o trabalho e sobrecarregados com as demandas dos usuários e burocráticas. Muitos emocionaram-se ao falar das suas trajetórias no SUS e do trabalho realizado na UBS. No entanto, representam um perfil diferenciado de profissional; todos efetivos, com média de idade de 50 anos, a maioria com Pós

Graduação em Saúde da Família, com mais de 10 anos de formado, mais de 10 anos de atuação no SUS e mais de cinco anos na UBS visitada. Esta mesma observação não pode ser estendida a todos os outros profissionais que prestam atendimento às mulheres durante o pré-natal nas UBS.

Também percebi uma tensão dos profissionais devido ao medo da violência no território e violência dos usuários, presenciadas por mim em várias ocasiões: a) em uma ocasião fiquei trancada na UBS junto com os funcionários até que a prisão de traficantes em frente à UBS fosse executada e após isto fui acompanhada por um ACS até meu carro; b) em outra ocasião, ao chegar na UBS havia três adolescentes fumando maconha livremente sentados nas escadas de entrada da UBS; c) no agendamento da visita à UBS fui comunicada que a mesma estaria trancada e que eu enviasse uma mensagem para a supervisora ao chegar, que ela abriria o portão. Os funcionários relataram esse procedimento nos últimos dias, pois o ponto de venda de drogas ilícitas estava em frente à UBS e alguns adolescentes (já conhecidos no território), para conseguirem dinheiro para aquisição da droga, invadiam a UBS; d) uma UBS tinha o horário de fechamento antecipado, ordenado pelo chefe do tráfico local; e) outra UBS localizava-se do lado da casa de um traficante que comandava o tráfico local e as ações educativas com adolescentes deixaram de ser realizadas pois muitos deviam ao traficante e devido a isto não compareciam à UBS; f) Durante a entrevista com um supervisor, marcada após o horário de funcionamento da UBS, um usuário tentou invadir a UBS em busca de psicotrópicos e fez ameaças ao supervisor; g) em outra presenciei inúmeras violências contra uma menina adolescente, que parecia ter algum tipo de transtorno mental que após sofrer uma tentativa (ou consumação) de um estupro coletivo, por amigos do irmão, ainda foi agredida fisicamente pelo tio que acusou-a pelo acontecido. A avó, inconsolável, que também aparentava ter algum tipo de transtorno mental, havia dado um banho na adolescente e trocado suas roupas, sendo encaminhada pela supervisora para avaliação no HPS; h) em uma UBS, um familiar do traficante rival ao traficante que comandava a área ao redor da UBS necessitou de um medicamento e os funcionários da UBS priorizaram este atendimento domiciliar em detrimento de outros pois a presença desta família no local poderia deflagrar uma guerra entre traficantes como havia acontecido a algum tempo atrás com um usuário da UBS morto nesse confronto; i) em outra UBS o médico havia entrado de licença no dia anterior a minha visita na UBS, após ter sido jurado de morte por uma família da comunidade. A violência pode ser um grande entrave

para as ações de educação em saúde, busca de faltosas no pré-natal e vigilância em saúde no território.

6.3.2 Organização dos serviços

Quanto à organização dos serviços foram analisadas as questões referentes à adesão das equipes ao PMAQ-AB.

Na Tabela 9 está a variável explicativa adesão ao PMAQ-AB, com as variáveis de desfecho do controle da SC relacionadas aos componentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica. Um fator associado à participação das gestantes nas “atividades educativas” foi a realização do pré-natal em UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB com 24,6% entre as que realizaram pré-natal em UBS com equipes que aderiam ao terceiro ciclo do PMAQ-AB e 13% entre as que realizaram o pré-natal em UBS com equipes que não aderiram ($p = 0,007$). Diferente do esperado, o fator associado ao “tratamento dos parceiros” foi a realização do pré-natal em UBS com equipes que não aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB com 66,7% entre as que fizeram pré-natal em UBS com equipes que não aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB e 33,3% entre as que fizeram o pré-natal em UBS com equipes que aderiram ($p = 0,079$) com significância limítrofe. Apesar de não significativo, também não esperado uma maior percentagem de parceiros tratados concomitante à mulher, em UBS que não aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB (33,3% versus 18,5%). Não houve associação das mulheres terem feito pré-natal em UBS com equipes que aderiram ou não ao terceiro ciclo do PMAQ-AB com as demais variáveis de desfecho dos componentes da implementação.

Na Tabela 10 está a variável explicativa Adesão das equipes das UBS ao PMAQ-AB, com as variáveis de desfecho do controle da SC relacionadas aos componentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica no território. Em relação às atividades educativas houve uma associação das UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB e a oferta de atividades educativas com 42,9% entre as UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB e 19% entre as que tinham equipes que não aderiram (0,068), com significância limítrofe. Profissionais capacitados em IST nos últimos cinco anos associou-se a UBS com equipes que não aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB com 73,9% entre as UBS com equipes que não aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB e

43,2% entre as que tinham equipes que aderiram (0,020). Não houve associação das UBS com equipes que aderiram ou não ao terceiro ciclo do PMAQ-AB com as demais variáveis de desfecho dos componentes da implementação.

6.3.3 Utilização dos serviços de pré-natal

Na Tabela 11 há as variáveis explicativas “pré-natal início no primeiro trimestre”, “seis ou mais consultas” e “início no primeiro trimestre e seis ou mais consultas”, com as variáveis de desfecho do controle da SC relacionadas aos componentes de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica.

Tabela 11 – Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita no pré-natal, na Atenção Primária à Saúde e bivariada com fatores de utilização dos serviços no pré-natal pelas mulheres, Juiz de Fora, 2017-2018

Variáveis mulheres Desfecho/ Explicativas	Univariada (%)	Pré-natal início 1ºTrim.		6 ou mais consultas		Início 1ºTrim. e 6 ou mais consultas	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Atividades educativas ¹	20,8	22,3	18,6	75,9	75,3	21,5	20,0
p-valor		0,380		0,912		0,714	
Explicação Riscos ²	61,8	52,9	73,7	66,7	61,5	58,3	66,7
p-valor		0,196		0,761		0,624	
Explicação preservativo ²	76,5	76,5	76,5	73,1	37,5	83,3	72,7
p-valor		1,000		0,066		0,486	
Dois ou mais testes sífilis ¹	70,7	79,8	57,1	89,0	42,7	83,6	55,7
p-valor		0,000		0,000		0,000	
Testes 1º trim ¹	45,4	68,5	11,2	88,4	64,7	69,6	17,3
p-valor		0,000		0,000		0,000	
Testes 3º trim ¹	66,2	66,8	65,2	82,6	61,5	70,1	61,6
p-valor		0,742		0,000		0,074	
Registro teste 1 CG ¹	87,7	92,9	80,1	79,1	49,0	93,5	81,1
p-valor		0,000		0,000		0,000	
Registro teste 2 CG ¹	59,6	67,6	47,8	92,4	50,3	72,9	44,3
p-valor		0,000		0,000		0,000	

continua

conclusão							
Variáveis mulheres Desfecho/ Explicativas	Univariada (%)	Pré-natal início 1ºTrim.		6 ou mais consultas		Início 1ºTrim. e 6 ou mais consultas	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Q99 - Testes parceiros ²	69,7	70,6	68,8	81,8	45,5	83,3	61,9
p-valor		0,909		0,032		0,198	
Tratamento adequado gestantes ²	78,1	81,3	75,0	85,7	63,63	90,9	71,4
p-valor		0,669		0,151		0,205	
Tratamento parceiros ²	41,7	47,1	36,8	73,3	52,4	58,3	33,3
p-valor		0,535		0,204		0,151	
TT parceiro concomitante ²	22,2	35,3	10,5	31,8	7,1	50,0	8,3
p-valor		0,074		0,083		0,005	
UBS unidade notificadora ²	63,9	70,6	57,9	72,7	50,0	83,3	54,2
p-valor		0,429		0,166		0,086	

Notas: ¹ n = 399 (todas as mulheres); ² n = 36 (mulheres caso sífilis); ³ IVS – índice de vulnerabilidade da saúde

Legenda: Trim. – trimestre; TT – tratamento; UBS – Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Em relação à “explicação preservativos”, o fator associado foi as mulheres terem seis ou mais consultas de pré-natal com 73,1% entre as que tiveram seis ou mais consultas e 37,5% entre as que tiveram cinco ou menos consultas ($p = 0,066$), com significância limítrofe.

Em relação à implementação das ações de diagnóstico, a realização de “dois ou mais testes para sífilis” pelas mulheres associou-se ao início do pré-natal no primeiro trimestre (79,8%, $p = 0,000$); à realização de “seis ou mais consultas” (89,0%, $p = 0,000$), e à realização de seis ou mais consultas iniciando o pré-natal no primeiro trimestre (83,6%, $p = 0,000$). Para a realização dos “testes no primeiro trimestre” os fatores associados foram o início do pré-natal no primeiro trimestre (68,5%, $p = 0,000$), a realização de seis ou mais consultas (88,4%, $p = 0,000$), e a realização de seis ou mais consultas iniciando o pré-natal no primeiro trimestre (69,6%, $p = 0,000$). A realização de “testes no terceiro trimestre” associou-se à ter feito seis ou mais consultas (82,6%, $p = 0,000$). Ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre e ter feito seis ou mais consultas também se associou a realizar “testes no terceiro trimestre” (70,1%, $p = 0,074$), com significância limítrofe. Os registros do primeiro e segundo testes na caderneta da gestante, respectivamente, tiveram forte associação ($p =$

0,000) com iniciar o pré-natal no primeiro trimestre (92,9 versus 67,6%), realizar seis ou mais consultas (79,1 versus 92,4%) e realizar seis ou mais consultas iniciando no primeiro trimestre (93,5 versus 72,9%). Em relação à solicitação de “testes para os parceiros”, o fator associado foi ter tido seis ou mais consultas (81,8%, $p = 0,032$).

Em relação às ações de tratamento, o “tratamento do parceiro concomitante” à gestante teve como fatores explicativos associados ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre com 35,3% entre as que iniciaram no primeiro trimestre e 10,5% entre as que iniciaram no segundo trimestre ou mais ($p = 0,074$), ter tido seis ou mais consultas com 31,8% entre as que realizaram seis ou mais consultas e 7,1% entre aquelas que realizaram cinco consultas ou menos ($p = 0,083$), e realização de seis ou mais consultas iniciando no primeiro trimestre com 50,0% entre as que realizaram seis ou mais consultas iniciando no primeiro trimestre e 8,3% entre as que realizaram cinco ou menos consultas e não iniciaram no primeiro trimestre ($p = 0,005$), tendo os dois primeiros significância limítrofe.

A “UBS como unidade notificadora” associou-se à realização de seis ou mais consultas iniciando no primeiro trimestre com 83,3% entre as que realizaram seis ou mais consultas iniciando no primeiro trimestre e 54,2 % entre as que realizaram cinco ou menos consultas e não iniciaram no primeiro trimestre ($p = 0,086$), com significância limítrofe.

6.3.4 Fatores facilitadores e obstáculos para a implementação das ações de controle da sífilis congênita

Observamos como fatores facilitadores para a implementação das ações de controle da SC:

- a) Associados ao território: disponibilidade de preservativos, disponibilidade de testes sorológicos, maior acesso das mulheres com vulnerabilidades às atividades educativas (maior percentagem de participação em atividades educativas, de mulheres com mais de um parceiro na gestação), adesão das equipes das UBS ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, abordagem do parceiro ter sido facilitada pelo profissional da UBS
- b) Associados às mulheres: vulnerabilidades individuais: maior escolaridade, maior renda per capita, ter companheiro, idade maior ou igual a 25 anos, raça/cor da pele branca ou amarela, gestante não usar drogas ilícitas,

parceiro não usar drogas ilícitas, sexarca com 16 anos ou mais, gestantes que não fizeram uso de álcool na gestação, mulheres sem história pregressa de IST, mulheres com história anterior de sífilis, mulheres que usaram preservativo pelo menos uma vez na gestação; utilização dos serviços: ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, ter realizado seis ou mais consultas de pré-natal, ter realizado seis ou mais consultas iniciando no primeiro trimestre de gestação, parceiro ter participado do pré-natal junto com a mulher; organização dos serviços: adesão das equipes das UBS ao terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Observamos como obstáculos para a implementação das ações de controle da SC:

- a) Associados ao território e fatores socioculturais: violência do território, preconceito/julgamento do profissional de saúde em relação à sífilis, falhas na capacitação dos profissionais em manejo de IST e aconselhamentos, ausência de programa de educação permanente na APS, equipes incompletas, falta de vigilância da sífilis no território, falhas na informação/comunicação da sífilis para a gestante, falhas na organização dos serviços para a captação precoce das gestantes e busca ativa das faltosas, falta de mecanismos para abordagem dos parceiros, falhas no tratamento dos parceiros quando da exposição sexual (VDRL não reagente), penicilina benzatina não estar disponível nas UBS para aplicação imediata após o diagnóstico, não aplicação da penicilina benzatina em muitas UBS, não priorização do combate da sífilis congênita pela gestão e nas práticas de saúde.
- b) Associados às mulheres: vulnerabilidades individuais e fatores socioculturais: menor escolaridade, menor renda per capita, não ter companheiro, faixa etária menor ou igual a 24 anos, raça/cor da pele preta ou parda, mulher usuária de álcool e/ou drogas ilícitas, parceiro usuário de drogas ilícitas, sexarca com 15 anos ou menos, mulheres com história pregressa de IST, mulheres que não usaram preservativos na gestação, medo da violência dos parceiros na revelação do diagnóstico, medo da dor da injeção; utilização dos serviços: início de pré-natal após o primeiro trimestre e/ou realização de cinco ou menos consultas de pré-natal.

6.4 AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO SOBRE O DESFECHO DE SÍFILIS GESTACIONAL

Na Tabela 12 há a distribuição das variáveis de ações de controle da SC em relação aos componentes de prevenção e diagnóstico e a variável de desfecho de sífilis gestacional. Não se verificou fatores associados à “sífilis na gestação”. Apesar de não significativo estatisticamente, as mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação tiveram a diferença de mais de dez pontos percentuais de não testagem para sífilis no primeiro trimestre.

Tabela 12 – Análise univariada das variáveis de implementação das ações de controle da sífilis congênita e bivariada com a variável de desfecho de sífilis na gestação, em mulheres que realizaram pré-natal na Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, 2017-2018

Variáveis Explicativas/ desfecho	Univariada %	Sífilis na gestação (%)		OR (IC de 95%) quando p < 0,05
		Sim	Não	
Atividades educativas ¹ p-valor	20,8	19,4	20,9	0,912 (0,38-2,16)
Dois ou mais testes sífilis ¹ p-valor	70,7	77,8	70,0	1,50 (0,66-3,401)
Testes 1° trim ¹ p-valor	45,4	36,1	46,3	0,65 (0,32-1,33)
Testes 3° trim ¹ p-valor	66,2	69,4	65,8	1,17 (0,56-2,47)
Registro teste 1 CG ¹ p-valor	87,7	91,7	87,3	1,59 (0,47-5,41)
Registro teste 2 CG ¹ p-valor	59,6	66,7	59,0	1,39 (0,67-2,87)

Nota: 1 n = 399 (todas as mulheres)
Fonte: Elaborada pela autora (2020).

6.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante citarmos algumas limitações do estudo:

- a) nas puérperas com sífilis, identificadas e tratadas durante o pré-natal, a documentação sobre o tratamento algumas vezes foi insuficiente, desta forma, valorizou-se o relato verbal sobre como foi conduzido o tratamento;
 - b) algumas questões referentes à educação em saúde e aconselhamentos pós teste durante o pré-natal, realizados de forma individual ou em grupo, seriam mais bem avaliadas com a observação direta destas ações.
 - c) há a possibilidade de ter ocorrido viés de informação:
 - d) Viés de memória: a informação depende da memória e as mulheres com sífilis podem ter tido uma melhor memória do que aquelas sem o diagnóstico de sífilis sobre o objeto de estudo, especialmente às questões relacionadas aos testes laboratoriais e aconselhamentos.
 - e) Viés de falsa resposta, de não aceitação ou de prevaricação: geralmente ocorre em estudos referentes a doenças ou situações que podem trazer constrangimento pessoal ou familiar para os envolvidos. Para algumas variáveis de características comportamentais e hábitos de vida (consumo de álcool na gestação, uso de drogas ilícitas pela gestante e parceiros, número de parceiros sexuais, história pregressa de IST) pode ter havido omissão ou emissão de informações não verdadeiras.
 - f) Erros de classificação diferencial: principalmente nas informações relativas ao uso de preservativos, álcool, drogas ilícitas, números de parceiros sexuais; pois, tanto o entrevistador como as mulheres do estudo sabiam quem tinha sífilis ou não, no momento da entrevista, podendo tornar os grupos mais desiguais e superestimar as associações.
 - g) devido ao isolamento social imposto pela Pandemia do COVID-19, não foi realizada a reunião com os profissionais da APS, profissionais da rede de apoio laboratorial e farmacêutico, profissionais da Vigilância em saúde e gestores conforme acordado na fase inicial da pesquisa para apresentação dos resultados, elencar lições aprendidas e recomendações factíveis considerando o ambiente da implementação. De acordo com o compromisso assumido assim que possível essa reunião será realizada.
- Apesar destas limitações, os resultados parecem ser robustos e consistentes.

7 DISCUSSÃO

Nesta seção estão discutidos temas referentes à população de estudo e o ambiente da implementação e, ainda, o grau de implementação e a interação com fatores do ambiente.

7.1 A PESQUISA, A POPULAÇÃO DE ESTUDO E O AMBIENTE DA IMPLEMENTAÇÃO

Este estudo avaliou a assistência às gestantes em relação à sífilis a nível local, no entanto, os indicadores são aplicáveis a todos os serviços, independente da região geográfica, pois utilizou-se indicadores válidos para todos os contextos da APS. Além disso, o nível municipal de estudo está de acordo com o modelo descentralizado do Sistema de Saúde no Brasil, no qual o município é o verdadeiro *locus* da implantação das políticas de saúde. No regulamento do Sistema de Saúde Brasileiro todas as decisões relativas aos sistemas de saúde, incluindo as decisões de implantação do Programa/Estratégia de Saúde da Família, das ações de prevenção das IST/AIDS, de adesão ao PMAQ-AB e a Rede Cegonha, das ações de Vigilância em Saúde, dentre outras são de responsabilidade da administração municipal. Mesmo que parte dos achados não possam ser generalizados, tendo em vista que se referem a uma população específica de mulheres em um dado território, os resultados podem contribuir para ampliar a discussão sobre a prevenção da SC na APS.

7.1.1 A Atenção Primária à Saúde como cenário

O município de Juiz de Fora tem uma cobertura de APS de 67% (ESF/62%). A cobertura de ESF no município não está consolidada de acordo com Aquino e colaboradores (2009) que consideram a consolidação quando a cobertura é igual ou superior a 70% por mais de quatro anos (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009). Esses autores demonstraram que entre 1996-2004, a implementação consolidada de cobertura da ESF nos municípios brasileiros associou-se à significativa redução das taxas de mortalidade infantil. No estudo da distribuição espacial e temporal da SC nas regiões de saúde de MG, Leite *et al.* (2019) descreveram que as microrregiões com ESF consolidadas em 2010 tiveram incidência de SC nos anos seguintes até 2018,

24,4% menores. Já o estudo de Saraceni e Miranda (2012) não demonstrou correlação estatisticamente significativa nas taxas de sífilis gestacional e congênita com a cobertura da ESF, enfatizando que a ampliação da cobertura deve aliar-se a qualidade dos cuidados para alcançar o controle da SC. A porcentagem de cobertura da ESF pode também não refletir a cobertura real das equipes quanto ao acesso e vinculação da população (BRASIL, 2019a).

A APS foi eleita pelo nível central com a gestão, como um dos eixos prioritários de organização da rede assistencial (JUIZ DE FORA, 2014b). Nesta ocasião, a situação da APS em Juiz de Fora, descrita no documento “*A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária-PDAPS*” (JUIZ DE FORA, 2014a), revela graves problemas: a) concepção vigente de um sistema piramidal em que a APS é menos complexa que os níveis de atenção de média e alta complexidade; b) fragmentação do sistema de saúde, sem comunicação adequada entre as partes; c) privilegiamento de condições agudas; d) inexistência de gestão do cuidado; e) relativa precariedade de estrutura física de algumas unidades; f) fragilidade de vínculos e alto percentual de *turnover* dos profissionais.

Em relação aos aspectos socioepidemiológicos, o município apresenta tripla carga de doenças (persistência de doenças infectoparasitárias e desnutrição, doenças crônicas e seus fatores de risco, crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito), com predomínio das condições crônicas. Em relação a indicadores da Saúde da Mulher, citados como fonte para elaboração o DATA SUS, há falta de busca ativa de gestantes em áreas descobertas, gerando falta de acesso às ações de pré-natal e continuidade do cuidado ao RN e puerpera. Somando a isto, verifica-se disponibilidade insuficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento pré-natal. Também se descreve insuficiência de condições adequadas para o atendimento de urgências nas UBS (JUIZ DE FORA, 2014a).

Ao tomar como referência a APS para a análise de implementação das ações de prevenção da SC na assistência ao pré-natal, consideramos ser a Atenção Básica, o local ideal para a abordagem e tratamento das IST incluindo a prevenção da SC, devido a atuação extramuros e a responsabilidade sanitária das equipes. No entanto, foram vistas inconsistências entre a normalização e a intenção com a ação propriamente dita, em relação ao controle da SC. Os resultados desta pesquisa

evidenciam uma série de falhas nas ações de controle da sífilis no âmbito da assistência pré-natal na APS no município de Juiz de Fora.

O município de Juiz de Fora através da Resolução SES/MG n° 5.502, de 6 de dezembro de 2016 (MINAS GERAIS, 2016) foi incluído como beneficiário no Programa Rede Cegonha para incentivo financeiro do componente Parto e Nascimento no âmbito do Estado de Minas Gerais, com recursos do MS e Estado e repasse para o Fundo Municipal de Saúde, discriminado por instituição. Em janeiro de 2019 através da Portaria n.º 3.492, de 17 de janeiro de 2019, da Secretaria de Saúde foi criado o Grupo Condutor da Rede Cegonha da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (JUIZ DE FORA, 2019). Importantes ações deste grupo referentes à reorganização da RAS para a assistência ao pré-natal, parto, nascimento e à criança até dois anos, aumentam as chances de melhorias na qualidade da assistência materno infantil e no controle da SC no município de Juiz de Fora/MG.

Através deste grupo, houve em 2019 uma retomada da proposta de regionalização da assistência ao pré-natal, parto e nascimento em Juiz de Fora que havia se iniciado em 2017. Inicialmente fez-se o diagnóstico situacional do pré-natal em Juiz de Fora com aproximadamente 1800 gestantes/ano em áreas descobertas, sem referência para acolhimento, sem planejamento municipal de vagas para a assistência pré-natal, busca desordenada por consultas e início de pré-natal tardio. Várias UBS estavam sem realizar pré-natal e com agendamento da primeira consulta sem seguir critérios, com longa espera pela gestante, expondo-as aos riscos das intercorrências do primeiro trimestre gestacional (abortamentos, atrasos na realização de exames e tratamentos). A partir da divisão do município em regiões administrativas e micro áreas, da distribuição das UBS conforme esta divisão, levantamento da população de gestantes (com e sem coberturas de pré-natal), levantamento do número de gestantes por UBS, distribuição de gestantes de área descoberta conforme região administrativa para os diferentes pontos de atenção ao pré-natal e ao parto, levantamento da capacidade instalada de todos os pontos que realizam assistência ao pré-natal no município, levantamento de capacidade instalada dos leitos obstétricos contratualizados com o município/Rede Cegonha, realizou-se a ordenação dos fluxos na RAS para realização do pré-natal. A ordenação dos fluxos teve como base de referência a região de moradia da gestante como a seguir: a) gestante com UBS de referência; b) gestante que não possui UBS de referência procura UBS mais

próxima que se identifica e partir desta é encaminhada para DSM; c) gestante que possui UBS de referência e está sem médico é encaminhada para DSM.

Além da UBS ser ordenadora da RAS e a porta de entrada do SUS há uma série de princípios fundamentais que são enfatizados em cada fluxo seguido. Em relação ao parto e ao nascimento, a gestante deve ser cadastrada e ter agendamento realizado com Maternidade de referência entre a 25^a e 28^a semana de gestação. Todos os agendamentos e encaminhamentos devem ser realizados a partir do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Em 2020 foi iniciado o processo de regionalização por residência, para acompanhamento dos bebês nos dois primeiros anos de vida¹².

7.1.2 A sífilis na gestação: prevalência e vulnerabilidades

A prevalência global estimada de sífilis em homens e mulheres, foi de 0,5% (95%, IC: 0,4-0,6) com valores regionais variando de 0,1 a 1,6% (BRASIL, 2019d; ROWLEY *et al.*, 2019). A América Latina e Caribe tiveram a terceira maior prevalência estimada de sífilis materna no mundo (0,42%), depois da região da África (1,68%) e da Região do Mediterrâneo Oriental (0,57%) (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017a; SILVEIRA *et al.*, 2019). No Brasil, Domingues (2011) em pesquisa realizada em unidades de saúde da rede SUS do município de Rio de Janeiro encontrou uma prevalência de sífilis gestacional de 1,9%. Miranda *et al.* (2012) encontraram no estudo realizado com 904 mulheres jovens atendidas no programa de saúde da família em Vitória/ES, uma prevalência de sífilis de 1,2% (IC95% 0,5-1,9). Outro estudo, que utilizou um coorte hospitalar com 23.894 mulheres encontrou uma prevalência de sífilis na gestação de 1,02% (IC 95% 0,84-1,25) (DOMINGUES *et al.*, 2014). Padovani, Oliveira e Pelloso (2018) em estudo realizado no Paraná encontraram uma prevalência de sífilis gestacional de 0,57%. Em 2017, a prevalência de sífilis na gravidez em 495 mulheres encarceradas, de acordo com senso realizado em 33 presídios femininos foi de 8,7% (IC95% 5,7-13,1) (DOMINGUES *et al.*, 2017). Este estudo identificou 40 casos de sífilis gestacional, com uma prevalência estimada de 10,0%. Vale lembrar que foram considerados apenas os nascimentos de gestantes que realizaram o pré-natal na atenção básica. Diferenças na abrangência do estudo

¹² Dados cedidos pelo Grupo Conductor da Rede Cegonha no Município.

(município, estado ou macrorregião), na definição adotada de infecção pela sífilis (clínica e/ou laboratorial), na fonte de dados (primária ou secundária), bem como nos testes (não treponêmicos ou treponêmicos, utilizados de forma isolada ou combinada), podem explicar as diferenças observadas. E antes do ano de 2006 há um cenário epidemiológico de prevalência praticamente estável da sífilis e é pouco provável que os dados anteriores a esta data reflitam a ocorrência de novas infecções durante a gestação.

Um maior percentual de sífilis na gestação foi encontrado em mulheres de baixa renda, menos escolaridade, mais jovens, de cor preta, que não tinham companheiro, que tiveram sexarca com menos de quinze anos, história anterior de sífilis, parceiros com história anterior de sífilis e/ou que faziam uso de drogas ilícitas, com alto índice de vulnerabilidade à saúde, que apresentavam características reprodutivas de risco, com assistência pré-natal realizada em ESF, da área urbana e com início mais tardio do pré-natal. Esses resultados também foram encontrados em outros estudos (DOMINGUES *et al.*, 2014, 2017; FAUSTO *et al.*, 2018; MAGALHÃES *et al.*, 2013; MIRANDA *et al.*, 2012; PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018) e tornam ainda mais complexo o controle da sífilis nessa população.

A epidemiologia da sífilis é influenciada por vulnerabilidades individuais e sociais e fatores culturais. No entanto, o mais importante fator associado à sífilis gestacional, descrito na literatura refere-se ao acesso e utilização de serviços de qualidade no pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2014; LAGO, 2016). Quase todas as características maternas identificadas como fatores de risco (como uso de drogas ilícitas, pobreza, pouca escolaridade, não ter companheiro, dentre outras) interferem com o acesso e com a utilização dos cuidados pré-natais, podendo levar a ausência ou inadequação do pré-natal. Portanto, melhorar o acesso aos cuidados pré-natais em cada UBS é fundamental, pois sabe-se que o acesso tardio se associa a um menor número de consultas e menores oportunidades para o estabelecimento de vínculos, aconselhamentos, testagens sorológicas, tratamento, abordagem dos parceiros, dentre outras medidas preventivas aumentando o risco para todos os efeitos adversos da sífilis na gravidez (DOMINGUES *et al.*, 2014; LAGO, 2016). Este estudo encontrou que dois desfechos graves associados à sífilis congênita (dois natimortos) se associaram ao início tardio do pré-natal e ao menor número de consultas.

7.1.3 A assistência pré-natal

As ações de prevenção da TMF da sífilis não podem ser abordadas sem uma discussão da qualidade da assistência pré-natal. Em 79,7% das UBS o atendimento ao pré-natal é realizado por médico e enfermeiro de forma intercalada, em 18,6% apenas por médicos e em 1,7% apenas por enfermeiro (devido a ausência do médico na UBS). Conforme o Ministério da Saúde, a atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde (BRASIL, 2006a, 2013a). Dentre os vários sentidos dados à integralidade está integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para as suas ações. A consulta de enfermagem deve propiciar a promoção à saúde da gestante e a melhoria da sua qualidade de vida. No entanto, de acordo com a lei de exercício profissional de enfermagem, Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro. Instituiu-se a determinação do papel do enfermeiro no Caderno nº 32 da Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo de risco, bem como na Portaria 1.459/2010, que cria a Rede Cegonha (BRASIL, 2013a).

A assistência pré-natal é considerada uma prática efetiva para a redução de desfechos perinatais negativos e a SC é um marcador da qualidade da assistência (BRASIL, 2015e; MARTINELLI *et al.*, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2019). Em relação à assistência pré-natal, no município de Juiz de Fora, aproximadamente 20% das mulheres não tem UBS de referência para iniciarem o pré-natal, e de acordo com pesquisa realizada por Coutinho *et al.* (2010) a cobertura precisa ser acompanhada de melhorias na qualidade da assistência prestada, incluindo as ações de controle da SC (COUTINHO *et al.*, 2010; JUIZ DE FORA, 2014a).

Neste estudo, alguns problemas observados no processo de assistência pré-natal que se referem à utilização dos serviços foram o início tardio e um número de consultas inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, 2013a). O início precoce do acompanhamento pré-natal é essencial para adoção de medidas adequadas de prevenção e assistência. Quanto ao número ideal de consultas, este ainda permanece controverso.

Aproximadamente 40% de todas as gestantes avaliadas iniciaram o pré-natal a partir do segundo trimestre de gestação. O início precoce da assistência ao pré-natal permite acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversas patologias

com repercussões graves para a saúde da mulher e do bebê, como a sífilis; e maior oportunidade para ações educativas e aconselhamentos. Na rede básica de saúde, a dificuldade de captação precoce é um fator que compromete a qualidade do pré-natal. Neste estudo, os supervisores relataram como principal estratégia de impacto na captação precoce das gestantes e na busca de gestantes faltosas, o trabalho realizado pelo ACS junto à comunidade. No entanto, houve o relato de equipes incompletas com déficit de ACS em 30 UBS e em outras desvio do ACS de suas funções junto à comunidade, para atendimento ao público, devido à falta de atendentes. Em alguns municípios já foi demonstrado que as gestantes visitadas por ACS podem começar o pré-natal mais precocemente, ter mais consultas de pré-natal e exames laboratoriais e melhor aconselhamento (ARAÚJO, C. L., 2010; CESAR *et al.*, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2008). Na PNAB/2017, um fator preocupante citado por alguns autores, é a descaracterização do papel do ACS e não haver uma definição do número de ACS por equipe (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Segundo a OMS um número de oito consultas é recomendado para reduzir a mortalidade perinatal e cuidar da saúde das mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016b) e o MS no Brasil, preconiza um mínimo de seis consultas (BRASIL, 2006a, 2013a). No entanto, no sentido de prevenção da SC, a OMS enfatiza que onde há testes rápidos para sífilis e penicilina benzatina, disponíveis nos locais de atendimento, uma única consulta de pré-natal seria suficiente para diagnosticar, fazer aconselhamentos pré e pós teste e tratar a gestante e parceria sexual, evitando a SC (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). Mesmo em mulheres com sífilis de longa duração, que se beneficiariam com três doses de penicilina (uma dose de 2.400.000 UI a cada semana), uma dose única de penicilina poderia evitar a infecção do feto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008; WATSON-JONES *et al.*, 2002). A discussão atual e mais relevante é sobre a qualidade das consultas e o contato com os serviços para a realização de cuidados efetivos em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2012; CAMPOS *et al.*, 2012; DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012).

Aproximadamente 25% das gestantes realizaram menos de seis consultas de pré-natal. O início tardio afetou a adequação ao número de consultas com uma proporção menor de gestantes que atingiram um número adequado de consultas entre as que iniciaram pré-natal após o primeiro trimestre. Semelhante a esta pesquisa, Domingues (2011), na avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro encontrou início da assistência pré-natal após o quarto

mês para 25% das gestantes e uma proporção de gestantes com número adequado de consultas muito menor entre aquelas com início do pré-natal após a 16ª semana gestacional. Com este dado, sugeriu a ausência de mecanismos compensatórios que poderiam ser utilizados pelos serviços visando garantir o acesso ao número mínimo de consultas preconizado, como por exemplo adotar intervalos mais curtos entre as consultas. Assim como na pesquisa de Domingues (2011), houve uma adequação ao número de consultas superior à adequação ao início precoce. Isto pode ser decorrente a maior realização de consultas no último trimestre gestacional, no entanto, não conseguimos verificar se as consultas foram realizadas conforme distribuição recomendada pelo Ministério da Saúde.

A média de cobertura de seis ou mais consultas por UBS foi de 76,6 % (DP=18,89%) e mediana de 77,5%. A média de cobertura de início no primeiro trimestre no pré-natal por UBS foi de 62,2% (DP= 22,72%) e mediana 64,0%. A média de cobertura de seis ou mais consultas, de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação por UBS foi de 55,6% (DP=0,24%) e mediana de 50%. Em outros estudos, também se identificaram dificuldades na captação precoce da gestante (MAGALHÃES *et al.*, 2013; VIELLAS *et al.*, 2014) e baixa cobertura de consultas (MAGALHÃES *et al.*, 2013; SILVA, A. P. *et al.*, 2018; VIELLAS *et al.*, 2014). Já Morais (2016) e Tomasi *et al.* (2017) encontraram nos seus estudos, que quase 90% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal.

O resultado encontrado em relação ao início do pré-natal no primeiro trimestre, apesar de ser inadequado, foi 8,2 pontos percentuais maior do que o relatado por Coutinho *et al.* (2010) em estudo realizado no município de Juiz de Fora referente ao ano de 2004 (51,5 versus 59,7%) e, em relação ao número de consultas de seis ou mais, permaneceu igual (75,3 versus 75,4%). Por terem sido analisados apenas critérios mínimos de adequação ao pré-natal referentes à utilização dos serviços, esses resultados mostram-se ainda mais significativos.

Torna-se necessário melhorar o acesso à assistência ao pré-natal em cada comunidade, pois é sabido que o acesso tardio ao pré-natal aumenta o risco para todos os efeitos adversos da sífilis na gravidez. Assim, os esforços devem ser feitos para melhorar a cobertura da assistência pré-natal como um passo essencial no sentido de eliminar transmissão vertical da sífilis (LAGO, 2016).

Verificamos que o início do pré-natal no primeiro trimestre e, principalmente a realização do número mínimo de seis consultas, como preconizado pelo Ministério da

Saúde (BRASIL, 2006a, 2013a) estiveram associadas a maior adequação às testagens sorológicas para sífilis durante a gestação. Realizar seis ou mais consultas iniciando o pré-natal no primeiro trimestre apresentou uma forte associação com o tratamento do parceiro concomitante à gestante. E houve uma associação de maior percentual de mulheres com sífilis que receberam orientação sobre o uso de preservativos durante e após o tratamento, entre aquelas que realizaram seis ou mais consultas. Nesta pesquisa, o acesso precoce levou a um maior número de consultas e aumentou as possibilidades de a mulher receber cuidados preventivos que possam impactar positivamente no controle da sífilis congênita.

7.2 O GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO E A INTERAÇÃO COM FATORES DO AMBIENTE

O grau de implementação e a interação com fatores do ambientes se apresenta subdividido nos itens prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica.

7.2.1 Prevenção

Percebemos a quase inexistência de material informativo para ser afixado ou para ser disponibilizado à gestante, a pequena oferta pelas UBS de atividades educativas para a prevenção de IST programadas durante a gestação, a pequena percentagem de gestantes que participaram de atividades educativas, a pequena percentagem de profissionais capacitados em IST nos cinco anos anteriores à pesquisa, protocolos de prevenção/manejo da sífilis ou de IST não disponíveis para consulta em muitas UBS, a necessidade de ajustes quanto a distribuição regular e acesso dos usuários aos preservativos, e a oferta de aconselhamentos pós-teste que não atingiu a totalidade das gestantes com sífilis. Em relação aos aconselhamentos realizados percebeu-se uma limitação e a impressão, a partir da experiência de atendimento da pesquisadora e dos relatos das mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação na entrevista semiestruturada, que elas não foram informadas adequadamente de todas as consequências da sífilis para elas, para os seus parceiros e para os seus bebês. Isto pode impactar na adesão às medidas preventivas para as gestantes e parceiros e no acompanhamento do bebê após o nascimento.

Os protocolos assistenciais têm sido uma ferramenta utilizada com frequência para a melhoria da qualidade dos serviços e maior efetividade da assistência. No entanto, seu impacto é variado e estudos indicam que vários fatores podem dificultar ou impedir sua adoção, por características do protocolo em si, do profissional de saúde e do paciente, do ambiente externo e da existência de incentivos e mecanismos regulatórios (DOMINGUES *et al.*, 2013) Não avaliamos a utilização dos protocolos assistenciais, mas a sua disponibilidade no serviço para consulta dos profissionais de saúde, caso necessário. Domingues *et al.* (2013) demonstraram no estudo com 102 profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro que quase 80% dos profissionais da APS tinham acesso a manuais de SC com uma associação positiva com o tratamento das gestantes com sífilis. No entanto, descreveram que o acesso dos profissionais ao conteúdo dos protocolos com base em manuais técnicos não se mostrou associado à redução das dificuldades relacionadas ao aconselhamento e abordagem das IST, enfatizando ser necessário outras abordagens de educação continuada dos profissionais. Cabe observar que a falta de acesso aos manuais associada a pouca leitura comprometem a adesão às normas e a qualidade do serviço.

Historicamente as campanhas na mídia e materiais educativos para grupos diversos integram as ações de prevenção à AIDS e outras IST. São produzidos e distribuídos materiais educativos (folhetos, cartazes, panfletos, cartilhas) para os usuários dos serviços de saúde e a população em geral. Críticas são feitas ao uso do modelo informacional de comunicação presente nestas iniciativas pois pressupõe o letramento por parte dos destinatários, prevalece o discurso biomédico e não consideram as diferentes fases de vida das mulheres, as desigualdades sociais e de gênero na comunicação sobre a prevenção de IST/AIDS; tendo em vista que elas impactam diretamente na forma como as mulheres se posicionam frente às IST (PONTES; SANTOS; MONTEIRO, 2020). No entanto, muito mais que atribuir ao impresso a responsabilidade da informação sobre as IST e da prevenção da SC, é necessário considerar que em cada espaço existem distintas mediações. Os impressos afixados ou para serem disponibilizados para a gestantes poderiam ser utilizados para a abordagem do tema na sala de espera, nos grupos educativos e nos aconselhamentos individuais em que aspectos além de biomédicos deveriam ser introduzidos. Nesta pesquisa, além dos materiais serem quase inexistentes, um único

supervisor relatou a utilização do material afixado, para abordagem da sífilis na sala de espera.

Estudos de casos realizados na África do Sul, Bolívia e Quênia (África Oriental), três países onde o controle da sífilis está integrado a programas pré-natais, com o intuito de avaliar os programas de detecção da sífilis, observaram alguns dos obstáculos e desafios com que deparam os programas de controle da doença. Descreveram como talvez o mais importante, que as pessoas da comunidade não tinham consciência da doença e das suas consequências para a criança, não conheciam os benefícios da detecção nem a necessidade de seguimento da mãe e do lactente, nem da notificação e tratamento de parceiros sexuais (DEPERTHES *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). A mobilização comunitária, através da mídia ou de abordagens baseadas na comunidade, pode ser importante para informar o público sobre a questão, e estimular a procura de meios de detecção da sífilis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Pontes, Santos e Monteiro (2020), ao falarem sobre a associação feita entre os meios de comunicação e a própria comunicação, citam Contrera (2005), esclarecendo que a comunicação é um processo anterior aos meios de comunicação e que só pode ser realizada mediante as trocas sociais, das culturas locais e da produção de sentidos e significados que lhe atribuem. Pontes, Santos e Monteiro (2020), no estudo sobre a produção de discursos sobre prevenção do HIV/AIDS e da sífilis para gestantes em materiais educativos elaborados por instituições brasileiras (1995-2017) salientam a importância das ações desenvolvidas no campo da comunicação e saúde contemplarem a perspectiva do usuário de acordo com seus diferentes contextos de vida e sugerem a elaboração de materiais educativos em parceria com as usuárias, valorizando a diversidade de visões e histórias de vida em torno do cuidado à saúde da mulher e à gestação em especial.

Ao falarmos em educação, não podemos deixar de citar Paulo Freire. Na perspectiva de Freire (1996), a educação tem um papel de mudança na realidade do mundo, transformando as pessoas não apenas em objetos da história, da cultura e da política, mas em sujeitos capazes de intervir na realidade, sendo que esta tarefa é incomparavelmente mais complexa e geradora de novos saberes do que simplesmente a de adaptação. A educação em saúde perpassa todos os níveis de atenção à saúde. Contudo, ela é mais evidenciada no campo da atenção básica,

concretizada pela ESF, uma vez que segue o modelo de promoção social da saúde (BRASIL, 2011; TERRA; SILVA, 2017).

Em relação às atividades educativas, semelhante ao encontrado nesta pesquisa, Sodré (2015) em estudo realizado no Estado de Goiás, utilizando dados do banco da pesquisa nacional do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB/2012 referentes a entrevistas com 368 usuárias dos serviços das UBS, constatou que entre aquelas que realizaram o pré-natal na sua última gravidez na unidade onde foi entrevistada, encontrou que 62,8% não participou de atividades educativas. Cardoso (2018), em pesquisa semelhante avaliou o cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do segundo ciclo do PMAQ-AB. Das 235 mulheres grávidas ou com filhos até dois anos de idade que responderam a um questionário na ocasião da avaliação externa, pouco mais da metade das mulheres entrevistadas disseram terem sido informadas sobre ou terem participado de grupos ou atividades voltadas para gestantes.

Quando avaliamos o que diferencia o campo da prevenção das DST/HIV/AIDS, da prevenção dos outros agravos, temos que considerar a ação de aconselhamento, que difere da orientação preventiva porque busca fazer uma avaliação de riscos individuais. É parte essencial dessa prática conhecer as principais vulnerabilidades para as IST, as necessidades particulares dos usuários, suas características e estilos de vida e desenvolver uma abordagem sobre os riscos, respeitando as suas especificidades. O aconselhamento individual é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2005c). Os serviços de referência para as IST e AIDS estão mais habituados a incluir na rotina de trabalho as questões sobre sexualidade, drogas e direitos humanos, parte indissociável dos campos da prevenção e do aconselhamento em IST. Essa prática assemelha-se aos princípios adotados pelo programa de saúde da família, quando este se propõe a resgatar o modo como se dá o relacionamento entre o serviço e seus usuários, enfatizando o caráter preventivo e a articulação com a prática assistencial e com a comunidade, colocando a atenção básica como um campo propício para o desenvolvimento das práticas preventivas e de aconselhamento em IST/HIV/AIDS. No entanto, a incorporação do aconselhamento pelos serviços de saúde tem sido um grande desafio (BRASIL, 2005c). Considerando que tais ações dependem quase que

exclusivamente da atitude dos profissionais de saúde e não implicam custos para o SUS, quais seriam os fatores que inviabilizam a realização dessas ações? Escassa formação dos profissionais de saúde para fazer educação em saúde, afetando não somente o baixo fornecimento, mas também a qualidade das orientações prestadas? Falta de tempo durante a jornada de trabalho? O ritmo de produção de atendimentos cobrado pela gestão impõe um padrão de qualidade reduzido? A conscientização dos profissionais da ponta e gestão, capacitação dos profissionais de saúde e condições para que possa colocar em prática tais ações, se faz necessário.

O fato de dez mulheres (quase 30%) já terem tido sífilis e terem se reinfectado na gestação atual, reforça a necessidade da busca de vulnerabilidades e da valorização e melhoria dos aconselhamentos, que quando bem executado é instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das IST, pois possibilita às mulheres a avaliação da condição de risco (CAMPOS *et al.*, 2012).

Em um estudo realizado por Patriota e Miranda (2011) com 23 profissionais de saúde sobre o aconselhamento em DST/AIDS às gestantes na atenção básica, 23% dos profissionais entrevistados afirmaram não realizarem aconselhamento, alguns profissionais afirmaram não saberem o que era aconselhamento, e as concepções de aconselhamento relatadas não incluíram proporcionar reflexões sobre riscos. Em outro estudo realizado por Silva *et al.* (2018) que analisaram as representações de 13 profissionais da Atenção Primária (dez enfermeiros e três médicos) acerca do aconselhamento em HIV/AIDS e sífilis às gestantes, eles evidenciaram os grupos de planejamento familiar e o pré-natal como espaços legítimos de realização do aconselhamento e a solicitação de exames laboratoriais como foco principal desta intervenção. No entanto, relataram dificuldades na abordagem com as gestantes e parcerias sexuais e enfatizaram a carência da oferta de treinamentos e capacitações para a atualização de conhecimentos relacionados à prática do aconselhamento. Em outro estudo realizado por Rocha *et al.* (2016) que investigaram como a política de descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites foi implementada a partir do matriciamento das equipes de Atenção Básica em Porto Alegre, evidenciou a ênfase na parte técnica dos testes em detrimento ao aconselhamento, com priorização das tecnologias de trabalho consideradas duras, mais estruturadas, em detrimento às tecnologias consideradas leves. Os autores ressaltaram que a qualificação da equipe por meio de capacitações e supervisões em serviço para a implantação das ações de aconselhamento era

essencial para atingir a qualidade da atenção, e era fundamental que os gestores assegurassem às equipes processos de capacitação que levassem em consideração suas realidades e auxiliassem na reorganização de seus processos de trabalho. Segundo Mehry (2002), as tecnologias leves permitem a construção de vínculos, de confiança, sendo possível captar a singularidade e os modos de viver de cada usuário, essenciais no controle das IST.

Estimular mudanças de valores e práticas exige, portanto, uma preparação da equipe/serviço para acolher a subjetividade dos usuários e para que as necessidades sejam trabalhadas com base na ausência de julgamentos morais pelo profissional de saúde (BRASIL, 2005c). Neste sentido, os profissionais de saúde devem ser sensibilizados para a importância da inserção do aconselhamento como estratégia de prevenção para IST/HIV/AIDS na rotina dos serviços na Atenção Básica no nosso município, em consonância com os princípios do SUS. Os profissionais do CTA que tem experiência em aconselhamento poderiam contribuir na qualificação dos profissionais da Atenção Básica.

No Brasil, as ações desenvolvidas para a prevenção das IST/AIDS e a promoção da saúde primam pela recomendação do uso do preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2005c). Abordagens que recomendam a diminuição do número de parceiros, a abstinência e a fidelidade não têm tido impacto entre as pessoas sexualmente ativas (BRASIL, 2005c; LAWRENCE *et al.*, 2017).

Os resultados de uma revisão sistemática de evidências publicadas sobre o uso de preservativos na África subsaariana e na Ásia, em diferentes tipos de parcerias, ilustram o alcance sobre o uso de preservativos pós-intervenções de educação em saúde em diferentes parceiros e descreve que os padrões de uso são influenciados pelo tipo de parceria e pelas percepções de risco. É possível aumentar o uso de preservativos em situações comerciais, casuais, matrimoniais, em parcerias sexuais estáveis e entre jovens. As intervenções foram particularmente eficazes em aumentar o uso de preservativos quando elas envolviam educação para pares ou outra forma de educação em saúde em populações de alto risco como profissionais do sexo e seus clientes. Há menos evidência sobre o impacto do aumento de uso de preservativos em relacionamentos sexuais casuais e estáveis. A magnitude do aumento do uso dos preservativos e o nível de uso alcançado, foram fortemente influenciados pelo tipo de parceria e se as percepções de risco de um resultado indesejado foram altas como infecções por HIV, IST e gravidez. No entanto, a medida

de impacto que é a diminuição de IST associadas à intervenção de promoção do uso de preservativos não foi avaliada na maioria dos estudos. Os autores apoiam a continuação da promoção do uso de preservativos como parte de uma resposta abrangente à epidemia global de HIV e IST e destacam a necessidade de mais estudos avaliativos nesta área que englobem a avaliação de riscos biológicos (FOSS *et al.*, 2007).

Outra revisão sistemática de estudos epidemiológicos que avaliou o uso de preservativos e o risco de sífilis, foi realizada por Koss, Dunne e Warner (2009). Nesta revisão, os autores encontraram limitações metodológicas significativas para todos os estudos revisados, mas entre os dois estudos mais rigorosamente planejados, ambos sugeriram um risco reduzido de sífilis com uso consistente de preservativo. No entanto, indicam que estudos com metodologias rigorosas devem ser realizados para avaliar em que grau o uso de preservativos pode reduzir o risco de sífilis.

Este estudo evidenciou que das 32 mulheres que tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, e, portanto, deveriam ter recebido o aconselhamento pós teste, 20 relataram não terem tido relações sexuais após o diagnóstico de sífilis, uma relatou o uso de preservativos em todas as relações sexuais, uma na maioria das relações sexuais e 10 relataram o uso do preservativo em menos da metade das relações sexuais. Pensando nas evidências trazidas por Foss *et al.* (2007), os dados sugerem que as percepções de risco não foram alcançadas pelas mulheres. No entanto, além das percepções de risco, outros fatores devem ser pensados para o não uso do preservativo como a falta de diálogo entre o casal, a não aceitação do parceiro dentre outras. Houve uma associação de maior percentual de mulheres com sífilis que receberam orientação sobre o uso de preservativos durante e após o tratamento, entre aquelas que realizaram seis ou mais consultas, indicando uma maior oportunidade para ações educativas e aconselhamentos.

Assim como a narrativa da puérpera 31 sobre a dificuldade da decisão de usar preservativo com o parceiro, Miranda *et al.* (2012), no estudo realizado com 904 mulheres atendidas pelo programa de saúde da família em Vitória (ES) Brasil, descrevem que dois terços (67,7%) das mulheres relataram não achar fácil dizer ao parceiro que não fará sexo sem preservativo, 52,3% consideraram difícil usar preservativo em todos os intercursos sexuais e 36,2% acham que não há o que fazer, se o parceiro recusar usar preservativo.

O acesso da população aos preservativos deve ser facilitado pelos profissionais do serviço. Este deve prescindir o cadastramento na Unidade de Saúde e, portanto, não se deve exigir identificação das pessoas ou obrigá-las a participar de reuniões, palestras ou consulta para retirar o preservativo. Eles devem ficar em locais de livre acesso para permitir que cada um retire com facilidade a quantidade que necessita (BRASIL, 201DC) No entanto, além da disponibilidade e acesso facilitado ao preservativo é necessário o aconselhamento que permita a mulher perceber os riscos de uma relação sexual desprotegida para ela e para o seu concepto.

Morais (2016) avaliou a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal na região nordeste do Brasil, utilizando dados secundários obtidos através do banco da avaliação externa dos dois primeiros ciclos realizados pelo PMAQ-AB. Em relação ao processo de trabalho no pré-natal, os dados mostram grande deficiência em relação à educação em saúde e a regressão percentual na maioria das variáveis voltadas à orientação das mulheres.

A sífilis é um tema complexo, que as práticas de saúde e de gestão precisam priorizar, pois a sífilis não teve um movimento social como teve a AIDS. As estratégias de prevenção da transmissão do HIV vêm sendo aprimoradas ao longo dos mais de 30 anos de epidemia, com uma importante participação do setor público e organização da sociedade civil nesta área, que resultou em ampla disseminação da informação acerca da importância do uso de preservativos para evitar a transmissão sexual (BRASIL, 2020c). O impacto da sífilis na saúde materno infantil tem sido conhecido há mais de 500 anos, no entanto, a implementação de medidas adequadas de prevenção dentro dos sistemas de saúde tem sido difícil (KLAUSNER, 2013). No entanto, mesmo em relação ao HIV, persistem ainda as barreiras em relação à mudanças do comportamento da população a partir da informação recebida (BRASIL, 2020c).

Em relação à capacitação dos profissionais em IST/AIDS e na prevenção da SC nos cinco anos anteriores à pesquisa, alguns estudos no Brasil que avaliaram a qualidade dos serviços, por meio de seus atributos e que utilizaram o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), revelaram que o fator mais importante de qualidade dos serviços foi relacionado a uma melhor formação e qualificação de seus profissionais (HAUSER *et al.*, 2013; VITORIA *et al.*, 2013). A formação e a qualificação na APS se associam à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). Na entrevista realizada com os supervisores, vários não citaram eventos de capacitação para a notificação dos casos

e abordagem da sífilis na gestação, realizados em 2018 e 2019 pela VE, atenção primária e DST/AIDS; mesmo tendo participado deles. Isto indica que um trabalho continuado deve ser realizado e formas e habilidades de comunicação trabalhadas.

Lazarini e Barbosa (2017) realizaram um estudo em Londrina, Paraná, entre 2013 e 2015 em que uma intervenção educativa foi oferecida para 102 profissionais com medição do conhecimento antes e após a intervenção. O impacto na transmissão vertical também foi verificado através dos dados de incidência e mortalidade de sífilis congênita retirados do SINAN e SIM. Os autores observaram que a intervenção educacional significativamente aumentou o conhecimento dos profissionais de saúde sobre sífilis, interferiu na melhoria da detecção precoce da sífilis gestacional e levou a uma redução na taxa de transmissão vertical, bem como pode ter contribuído para a eliminação específica da mortalidade por sífilis em crianças menores de um ano em 2014 e 2015.

Em outro estudo realizado por Cerqueira (2018) em 26 UBS da área de Planejamento 3.3 no município do Rio de Janeiro entre janeiro e dezembro de 2017, fez-se uma avaliação da assistência com 178 gestantes notificadas com sífilis e pré-natal já encerrado. Utilizou-se dez critérios de qualidade e um indicador contratualizado que revelou graves problemas de qualidade na assistência à SG, especialmente em relação à abordagem das parcerias sexuais, ao registro das informações e ao seguimento terapêutico. Fez-se uma intervenção abrangendo educação permanente, melhoria do registro e dos sistemas de informação, auditoria e *feedback*, educação ao paciente e mudanças organizacionais e nos processos de trabalho. A intervenção mostrou-se efetiva, pois oito dos 10 critérios tiveram melhoria absoluta, sendo significativa ($p < 0,05$) em quatro deles e o indicador mensal também melhorou de forma significativa e sustentável.

Uma das estratégias defendidas para a qualificação da Atenção Básica é o desenvolvimento da Educação Permanente, a qual deve ser concebida dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo, envolvendo práticas que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos. No tocante à Atenção Básica, seu maior desafio consiste na definição de objetivos e metas estratégicas com base nos planos das regiões de saúde, e desdobrados para as necessidades e planos de cada município e de cada equipe. Para responder às

necessidades de saúde das pessoas, a Política de Educação Permanente tem que estar constantemente alinhada com o Decreto nº 7.508/COAP e o PMAQ de cada território de saúde. Para tanto, é necessário implantar uma gestão compartilhada envolvendo os gestores, os profissionais de saúde, as instituições de ensino e o controle social (BRASIL, 2020a). A Educação Permanente à Saúde é fundamental para garantir a qualidade do cuidado na APS e a instituição de um programa de educação permanente para a Atenção Básica no município urge como uma ferramenta essencial no controle das IST e da SC.

Semelhante ao encontrado por Cruz (2006) na avaliação de programas de DST/AIDS para jovens, o fato das ações de prevenção se associarem praticamente à liberação/dispensação de preservativos e aconselhamentos pós-teste, podem sugerir que os preservativos estão sendo tratados de forma similar a “remédio” e as informações referidas apenas às doenças. Nossos dados também se assemelham aos encontrados por Terra e Silva (2017) em seu estudo realizado para elucidar a discussão das práticas preventivas realizadas por enfermeiro na atenção básica em saúde no município de Juiz de Fora. Os autores descrevem ações desarticuladas, com foco no individual e uso de estratégias que se apresentam ineficazes para redução da vulnerabilidade às IST/AIDS. A maioria das ações eram pautadas no modelo centrado de doença, sustentando o aspecto curativista, que impossibilita a transformação de ações orientadas nas necessidades de saúde dos usuários, desfavorecendo a promoção da saúde, dentro da perspectiva da integralidade da assistência.

Observamos neste estudo, a carência de abordagens que levem informação e educação em DST/AIDS para as gestantes. Também evidente, na pesquisa de campo nas UBS e com a narrativa das mulheres referente aos aconselhamentos, a carência de efetiva comunicação na prevenção da SC, que perpassa pela carência de qualificação dos profissionais para esta atividade.

De acordo com as narrativas das puérperas (exemplificando P31 e P16), o acolhimento e vínculo com a equipe (ou profissional de saúde que presta o atendimento) tornam-se fundamentais para que o conhecimento adquirido com a ação educativa consiga vencer as barreiras do preconceito e da falta de diálogo entre o casal para que haja mudanças do comportamento. Paiva (1996) na avaliação feita sobre práticas educativas de prevenção da AIDS, descreveu que a capacidade de ser sujeito sempre vai depender do contexto (do tipo de vínculo e qualidade do afeto) em

qualquer nível (intelectual, da experiência ou transitório). Estes seriam níveis em que se daria o empoderamento (*empowerment*) sexual que, segundo Cruz (2006) sem dúvida, deve ser incorporado na prática educativa de prevenção de DST/AIDS para jovens, e acrescento para mulheres adultas e seus parceiros, como possibilidade de adoção de práticas sexuais mais seguras.

A implementação do componente de prevenção durante o pré-natal, associou-se à características das mulheres (comportamentais e de utilização dos serviços) e do território (organização dos serviços e de violência). As gestantes com mais de um parceiro durante a gestação tiveram um maior percentual de participação em atividades educativas em comparação com as que tiveram apenas um parceiro. Isto pode sugerir uma maior captação para as ações preventivas, das gestantes com maior vulnerabilidades para IST; ou que estas mulheres já tinham uma experiência prévia de aconselhamento e maior percepção de seus riscos para IST, com maior adesão às atividades educativas oferecidas.

As gestantes que realizaram o pré-natal em UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB associaram-se a um maior percentual de participação em atividades educativas, assim como as UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB associaram-se a uma maior oferta de atividades educativas. Os dados sugerem que a participação foi diretamente associada à oferta e que as UBS com equipes que aderiram ao PMAQ-AB já tinham seus processos de trabalho melhor organizados em relação as com equipes que não aderiram. Este resultado pode estar associado ao fato que a maioria das UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ AB no município, serem UBS com equipes de ESF.

Em relação à associação da adesão das equipes das UBS ao terceiro ciclo do PMAQ-AB com a capacitação dos profissionais nos últimos cinco anos para IST, observamos que curiosamente “profissionais capacitados em IST nos últimos cinco anos” associou-se positivamente a UBS com equipes que não aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB. Talvez, os profissionais das UBS com equipes que aderiram ao terceiro ciclo do PMAQ-AB, por estarem mais envolvidos com a adesão ao PMAQ-AB, não conseguiram participar das capacitações oferecidas.

A violência, incluída nas causas externas de mortalidade, é a terceira causa de morte no país e tem impacto direto sobre a saúde (SILVA JÚNIOR; RAMALHO, 2015), interferindo na vida dos usuários do SUS e nas práticas dos profissionais das UBS. Os desafios para o enfrentamento à violência como questão de saúde pública

ainda são muitos, principalmente no que tange ao trabalho de prevenção, proteção e promoção à saúde no território; cenário de disputas de poder, conflitos e contradições, mas também de potencialidades, de construções coletivas junto às comunidades, de educação em saúde e de enfrentamento à violência (RIBEIRO; SILVA, 2018). É um problema social que tem repercussões diretas e indiretas para a saúde dos indivíduos e traz desafios para os serviços de saúde. O medo da violência dos usuários contra a instituição e contra os profissionais de saúde, ações de promoção e educação em saúde algumas vezes não oferecidas por medo gerado pelas disputas de poder do tráfico de drogas no território, violências diversas contra o usuário, especialmente mulheres e crianças, não apenas relatadas pelos profissionais das UBSs mas também presenciadas pela pesquisadora, justificam a angústia e sensação de impotência de muitos profissionais.

Para Waiselfisz (2008) os determinantes sociais da violência estariam classificados em três grandes níveis:

- a) estrutural: a pobreza em que fome, miséria e exclusão seriam propulsores da violência; a urbanização acelerada e sua desestruturação normativa e; as estruturas políticas geradoras de cultura cívica autoritária, opressiva e violenta;
- b) institucional: como desestruturação familiar, insuficiência educacional, crises das instituições políticas, erosão dos estatutos morais dentre outras;
- c) individual: fundamentalmente os psicológicos que, em determinadas situações, podem gerar condições de resiliência às reações potencialmente violentas.

Os profissionais estão em cenários com grande vulnerabilidade social em que há vários tipos de violência. Ações dos profissionais de saúde e equipes das UBS podem ser resolutivas em algumas situações de violência, através do vínculo e acolhimento. No entanto outras formas de violência só podem ser rompidas a longo prazo, não apenas com medidas de segurança pública, mas principalmente políticas de inclusão social e de maneira multiprofissional e intersetorial. Daí a importância do setor saúde se somar aos demais setores da sociedade no combate às iniquidades. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são importantes neste processo, além da própria conscientização do indivíduo sobre sua participação

peçoal no processo de produção da saúde e da qualidade de vida (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

7.2.2 Diagnóstico

Aproximadamente 45,4% das mulheres foram testadas no primeiro trimestre e 66,2% no terceiro trimestre. Realizaram pelo menos um teste sorológico durante o pré-natal, 97,7% das mulheres e 70,7% realizaram dois ou mais. Aproximadamente 30% dos supervisores e puérperas relataram um intervalo de tempo maior que 15 dias para o conhecimento dos resultados dos testes sorológicos. Em relação aos registros dos testes, quase 90% das mulheres tiveram registro do resultado do primeiro teste para sífilis na caderneta da gestante e menos de 60% o registro do segundo teste. Em relação à solicitação de testes do parceiro, para aproximadamente 70% das mulheres, a solicitação foi realizada.

Considerando a disponibilidade dos testes sorológicos para o diagnóstico de sífilis na gestação no município, a priorização para a marcação de exames e coleta de sangue para gestantes nas UBS, a realização dos testes sorológicos pela rede de apoio laboratorial, o pequeno percentual de mulheres que relataram dificuldades para a realização dos testes, e aproximadamente 30 % das mulheres e dos profissionais das UBS terem conhecimento dos resultados após 15 dias da coleta, sugere a necessidade de ajuste nos fluxos de entrega de resultados e/ou estratégias que facilitem o acesso aos resultados via *on line* em todas as UBS, com vigilância do resultado dos testes pelos supervisores e busca ativa das mulheres com resultados positivos. Também uma estratégia citada por um supervisor, seria a vigilância ativa dos casos pelo laboratório e comunicação à UBS, das gestantes com testes sorológicos reagentes para que a busca ativa pudesse ser realizada. Nesse sentido, a utilização da rede de apoio laboratorial como estratégia para detecção dos casos poderia ser um incremento para reduzir as subnotificações bem como propiciar a busca ativa e tratamento, especialmente nas gestantes em que o tratamento em tempo oportuno evitaria o caso de sífilis congênita.

Outra medida de impacto seria a realização dos testes rápidos para sífilis nas UBS para gestantes e suas parcerias sexuais, com a realização de aconselhamentos pré e pós teste e administração imediata da primeira dose de penicilina benzatina. No município do Rio de Janeiro, testes rápidos para sífilis foram utilizados nas campanhas

realizadas em 1999 e 2000, o que permitiu a redução das formas graves da SC no período imediato após a campanha (SARACENI; LEAL, 2003). Bonawitz *et al.* (2015) avaliaram o impacto do *screening* para sífilis com testes rápidos e o tratamento de mulheres grávidas na Zâmbia. Houve um aumento considerável de rastreio de mulheres durante o pré-natal nos seis meses após a introdução do teste. Neste período, a percentagem de mulheres testadas na primeira consulta de pré-natal passou de 10,3% (140/1365) para 67,5% (976/1446). No entanto, neste estudo, o aumento do rastreio não foi acompanhado do aumento do tratamento das mulheres soropositivas, devido a falhas no abastecimento de penicilina e ausência de profissional treinado para a aplicação das doses. Esses autores indicam que em contextos de recursos limitados, a realização do teste e o tratamento com penicilina no mesmo dia devem ser priorizados para atingir a meta de eliminar a sífilis congênita. No entanto, enfatizam como desafios para sustentar o diagnóstico rápido e o tratamento no mesmo dia nos pontos de atendimento à gestante, a rotatividade do pessoal treinado, a falta de supervisão sustentada após o treinamento, a falta de formação continuada e a sobrecarga de pessoal.

No município de Juiz de Fora, não há oferta de testes rápidos na APS. Morais (2016) utilizando dados do PMAQ-AB no nordeste do Brasil, descreveu que das unidades avaliadas no segundo ciclo, 73,1%, 75,1% e 79,2% ainda não disponibilizam, respectivamente, testes rápidos para HIV, para sífilis e para gravidez.

Em relação ao tempo entre coleta e retorno do resultado dos exames, semelhante aos dados encontrados nesta pesquisa, Morais (2016), descreveu que 61% dos profissionais relataram recebimento dos testes das gestantes em tempo oportuno para intervenções necessárias. E Sodré (2015) em pesquisa semelhante em Goiás, descreveu que 68% relataram recebimento dos testes para sífilis em até 15 dias. Já Domingues (2011), relatou que 30% dos profissionais referiram retorno do resultado em tempo superior a 30 dias e não se alcançou 100% dos resultados nem para a primeira sorologia para gestantes já a termo. O diagnóstico oportuno para sífilis na gestação é fundamental para o controle da SC.

A implementação do componente de diagnóstico durante o pré-natal, associou-se às características das mulheres (socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de utilização dos serviços). A realização de testes para sífilis associou-se positivamente:

- a) no primeiro trimestre às mulheres com maior renda per capita, às que tinham companheiro vivendo com ele ou não, gestantes que não fizeram uso de álcool durante a gestação, que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e/ou que realizaram seis ou mais consultas;
- b) no terceiro trimestre associou-se à mulheres que realizaram seis ou mais consultas.

Ter realizado dois ou mais testes para a sífilis durante a gestação teve uma associação positiva com maior renda per capita, maior escolaridade, idade igual ou superior a 25 anos, a não usar drogas ilícitas na gestação, a ter parceiros não usuários de drogas ilícitas e ter tido sexarca com 16 anos ou mais. Também houve uma associação positiva de dois ou mais testes entre as que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e/ou realizaram seis ou mais consultas. Nossos dados apontam que as mulheres com mais vulnerabilidades socioeconômicas, demográficas e comportamentais às IST, as que tiveram acesso tardio ao pré-natal e realizaram menos de seis consultas tiveram pior acesso à testagem sorológica para sífilis durante o pré-natal. Isto sugere oportunidades perdidas de diagnóstico e intervenções justamente nas mulheres com maior risco de transmissão vertical da sífilis.

Martinelli *et al.* (2014) através da avaliação do pré-natal do SUS em uma microrregião do Espírito Santo, com entrevistas e análises de registro de 742 puérperas demonstrou uma associação positiva entre baixa renda e menor execução da sorologia para sífilis (VDRL). A associação entre baixa renda e baixa testagem para sífilis no pré-natal, também foi evidenciada por Domingues *et al.* (2014) em estudo da prevalência da sífilis na gestação e testagem pré-natal, (Estudo nascer Brasil), encontrou coberturas mais baixas de testagens nas mulheres de menor escolaridade.

Ter idade de 25 anos ou mais associou-se a ter realizado dois ou mais testes e ao registro do segundo teste na caderneta da gestante. E aproximadamente 64% das mulheres com sífilis tinham 24 anos ou menos. Os dados parecem apontar uma iniquidade relacionada à idade das gestantes em relação a exposição à sífilis e à adequação a realização do VDRL. Achados semelhantes foram encontrados nos estudos de Domingues *et al.* (2015) e Tomasi *et al.* (2017). Alguns fatores são apontados por alguns autores como o menor acesso dos adolescentes aos serviços de saúde de uma forma geral, reflexo da escassez de políticas públicas voltadas aos adolescentes, que pode interferir na qualidade do serviço prestado (TOMASI *et al.* 2017), não priorização do serviço para este grupo que apresenta maior risco tanto

para a gestante quanto para o recém-nascido (GAMA *et al.*, 2004; SAWYER *et al.*, 2012).

Ter companheiro pode significar uma suficiência familiar e fator capacitante para iniciar o pré-natal mais precocemente e maiores oportunidades de acesso às consultas e à realização de testagens sorológicas (ANDERSEN, 1995; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; DOMINGUES, 2011). Viellas *et al.* (2014) utilizaram dados da pesquisa Nascer no Brasil para analisar a assistência pré-natal e encontraram que as mulheres que relataram ter companheiro tiveram um maior percentual de assistência pré-natal, início precoce e número de consultas de seis ou mais.

O fato das mulheres que relataram o uso de álcool e/ou drogas ilícitas na gestação, que tinham parceiros usuários de drogas ilícitas e tiveram sexarca com menos de 16 anos, fatores de risco conhecidos para a aquisição de IST (FUSTÀ *et al.*, 2017; MIRANDA *et al.*, 2012) terem realizado menos testagens para sífilis durante a gestação pode estar relacionado à inadequação ao acesso precoce e continuidade dos cuidados pré-natais. Outras características associadas a estas mulheres como baixa renda e baixa escolaridade podem contribuir para a inadequação.

Verificamos que o início do pré-natal no primeiro trimestre e, principalmente a realização do número mínimo de seis consultas, como preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, 2013a) estiveram associadas a maior adequação às testagens sorológicas para sífilis durante a gestação. O início tardio associa-se a ao menor número de consultas e à menos realização de exames de rotina (DOMINGUES; HARTZ; LEAL, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). A realização da testagem para sífilis é o primeiro passo para que uma pessoa tenha conhecimento do seu estado sorológico e possa construir as suas estratégias de prevenção e, se necessário, tratamento e acompanhamento. É uma oportunidade de repensar seus riscos e vulnerabilidades e de ampliar conhecimentos sobre medidas protetivas. No entanto, devido a equívocos na interpretação do teste sorológico pelo profissional de saúde, conforme evidenciado nas narrativas das puérperas 17 e 32, a realização das testagens em tempo oportuno não garantiu, para a totalidade das gestantes com resultados reagentes, que fosse realizado o aconselhamento pós teste, a abordagem dos parceiros e o tratamento adequado de gestantes e parceiros. Nossos dados vão ao encontro da literatura, da necessidade de qualificação dos processos de trabalho na atenção básica (SILVEIRA *et al.*, 2019).

Com resultados semelhantes a esta pesquisa, Domingues *et al.* (2014) encontrou 89,1% de registro do resultado da primeira sorologia e 41,1% registro do resultado da segunda sorologia nos cartões da gestante analisados. Já em relação a estudo realizado por esta mesma autora em 2011, esta pesquisa encontrou pontos percentuais superiores para os registros dos testes na caderneta da gestante. Foram encontrados (90,0 versus 75,5%) para o primeiro teste e (60,0 versus 32,6 %) para o segundo teste. Segundo Donabedian (2005), quando se utiliza registros clínicos como fonte e método de obtenção de informação é importante que se defina se estamos classificando o registro ou o cuidado fornecido. Na nossa pesquisa para avaliarmos a realização de testes sorológicos utilizamos fontes alternativas de informação além dos registros da caderneta da gestante como o inquérito e relatos das puérperas nas entrevistas estruturada e semiestruturada e testes sorológicos impressos trazidos pela mulher no momento do parto. O registro por si só foi utilizado como uma dimensão da qualidade da prática e de vigilância da sífilis. A proporção de gestantes com exames realizados foi superior à proporção de exames registrados. No entanto, embora o problema possa ser “apenas” de registro dos resultados na caderneta da gestante, há a possibilidade de demora no retorno do resultado ou o não retorno da gestante à UBS para que o resultado do teste fosse registrado.

O registro dos primeiros testes associou-se à gestante não usar drogas ilícitas, iniciar o pré-natal no primeiro trimestre e/ou realizar seis ou mais consultas. Já o registro do segundo teste teve uma associação com mulheres com maior renda per capita, maior escolaridade, idade igual ou superior a 25 anos e a gestante e parceiro não usarem drogas ilícitas durante a gestação. Também houve uma associação do registro do segundo teste entre as que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e/ou realizaram seis ou mais consultas. Inferimos que iniquidades no acesso e na continuidade dos cuidados no pré-natal levam a menores oportunidades de ações preventivas e assistenciais e podem estar associadas a menores registros dos testes na caderneta da gestante

A solicitação de testes para os parceiros teve uma associação com as mulheres da raça/cor branca ou amarela (fracamente positiva), mulheres que não tinham história pregressa de IST e que tiveram seis ou mais consultas de pré-natal. Semelhante ao nosso estudo, Domingues (2011) descreveu que 80% das mulheres com sífilis relataram que foi solicitado testes sorológicos para o seu parceiro, com menos de 10% registrado na caderneta da gestante.

A não realização dos testes sorológicos para sífilis, a demora no conhecimento dos resultados dos testes realizados, a ausência de registro na caderneta da gestante dos testes sorológicos das mulheres e de suas parcerias sexuais são componentes da assistência pré-natal e do controle da SC que revelam perdas de oportunidades de intervenções como de aconselhamentos, de diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e de vigilância de contatos sexuais, de um agravamento passível de controle como a infecção pela sífilis. Como em grande parte das vezes, a infecção na gestante é assintomática, a testagem sorológica com resultado em tempo oportuno é fundamental para que as medidas preventivas sejam estabelecidas.

7.2.3 Tratamento

Observamos que mais de 90% das UBS tiveram disponibilidade de penicilina para tratamento da sífilis na gestante e em suas parcerias sexuais nos seis meses que antecederam a pesquisa, por meio de solicitação do medicamento ao SIGAF. No entanto, no momento da visita às UBS, menos de 25% das UBS tinham a Penicilina G Benzatina disponível para dispensação/ entrega no momento do diagnóstico e aproximadamente 20% não realizavam a aplicação da penicilina Benzatina. Estudos que avaliaram o impacto da testagem rápida na triagem e tratamento da sífilis gestacional indicam que se deve priorizar a realização/resultado do teste e tratamento com penicilina no mesmo dia para atingir o objetivo de eliminar a SC (BONAWITZ *et al.*, 2015).

Aproximadamente 90% das gestantes com sífilis receberam tratamento com penicilina. No entanto, apenas 78,1% dos tratamentos foram considerados adequados de acordo com quatro itens de adequação (uso de penicilina, esquema terapêutico adequado para tratar o estágio clínico da sífilis, intervalo máximo de 15 dias entre as doses e início de tratamento a mais de 30 dias do parto). O principal item de inadequação foi o início de tratamento a menos de 30 dias do parto. E a monitorização laboratorial após tratamento ocorreu em menos de 50% das gestantes.

A prescrição de penicilina benzatina para o tratamento das gestantes com diagnóstico de sífilis foi elevada, no entanto foram relatadas dificuldades na aquisição e aplicação da penicilina nas unidades de saúde. No estudo realizado por Morais (2016), com dados do segundo ciclo do PMAQ-AB, observou-se que 50,2% das UBS não realizavam a aplicação da penicilina benzatina.

Com as narrativas das puérperas 14, 16, 21 e 31 observamos como a não aplicação da penicilina na UBS e encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento pode impactar na adequação ao tratamento materno com retardo do início do tratamento e perdas de oportunidade de prevenção.

Foram observadas falhas na prescrição, principalmente nos casos em que o teste apresentava sorologia reagente com titulação baixa, como exemplificado pelas puérperas. Semelhante ao nosso estudo, vários estudos encontraram um percentual em torno de 90% de gestantes que realizaram o tratamento para sífilis e menor percentual de gestantes com adequação ao tratamento (DOMINGUES, 2011; HILDEBRAND, 2010). Cardoso (2018) realizou um estudo transversal que analisou 175 casos notificados de sífilis em gestante. O autor encontrou que 85,8% das mulheres receberam tratamento e dentre estes, 85% inadequados. Os menores pontos percentuais encontrados na literatura em relação à adequação do tratamento materno podem dever-se ao fato de nas pesquisas menos recentes o tratamento do parceiro ter sido considerado nos critérios de adequação do tratamento materno. Cerqueira (2018), ao avaliar uma intervenção de melhoria do controle da SC no pré-natal, antes e após a intervenção encontrou, respectivamente, 85,7 e 98,5% ($p < 0,001$) das mulheres com tratamentos concluídos antes de 30 dias do parto. No estudo de Magalhães *et al.* (2013), 49,2% terminaram o tratamento até 30 dias antes do parto. Importante salientar que nos estudos de Cerqueira (2018) e Magalhães *et al.* (2013), o critério para adequação de tratamento utilizado foi término do tratamento há mais de 30 dias do parto e não a primeira dose aplicada há mais de 30 dias do parto. Cardoso (2018) e Domingues (2011) encontraram como principal item de inadequação do tratamento, doses de penicilina benzatina diferentes das recomendadas pelo Ministério da Saúde.

A adequação do tratamento das gestantes associou-se positivamente àquelas com história anterior de sífilis. Talvez porque estas gestantes já tivessem um conhecimento e experiência prévios de tratamento, com conhecimento da RAS para a aquisição e aplicação da Penicilina Benzatina, ou pela história prévia de sífilis tenham tido mais vigilância dos profissionais quanto ao diagnóstico e tratamento, o que pode ter favorecido a adequação ao tratamento.

Neste estudo, 47% das mulheres que haviam concluído o tratamento receberam solicitação de sorologia para controle de cura. Os estudos de Cerqueira

(2018) e Domingues (2011) encontraram respectivamente 58% e 51,4%, respectivamente.

Nesta pesquisa, várias mulheres citaram como obstáculos à aplicação da penicilina benzatina o medo da dor causada pela injeção. Nurse-Findlay *et al.* (2017), através de uma pesquisa realizada em vários países para investigar a escassez da penicilina benzatina para a prevenção da TMF da sífilis, descreveram como barreiras citadas para administração da medicação, a dor sentida pelo paciente, a resistência dos profissionais de saúde (devido à má qualidade do medicamento que não se dissolve totalmente durante a mistura com água levando à obstrução da agulha, e o medo por risco de choque anafilático), disponibilidade de outros antibióticos (mais lucrativos como as cefalosporinas de terceira geração ou por via oral) e falta de conhecimento do uso da penicilina benzatina para tratamento da sífilis materna (lacuna de formação dos profissionais de saúde em diagnóstico e tratamento por julgar ser a penicilina benzatina uma droga obsoleta).

Em relação aos parceiros, 59,6% recebeu tratamento, mas apenas 32% foi concomitante à mulher. O tratamento dos parceiros associou-se à mulher ter companheiro, vivendo com ele ou não, àquelas que usaram preservativo pelo menos uma vez durante a gestação e diferente do esperado, às mulheres que fizeram o pré-natal em UBS com equipes que não aderiram ao PMAQ-AB. O tratamento dos parceiros concomitante às gestantes também se associou à mulher ter companheiro, vivendo com ele ou não, e as que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e/ou realizaram seis ou mais consultas.

O tratamento do parceiro deve ser realizado junto ao da gestante com o intuito de evitar a reinfecção. Semelhante ao nosso estudo Hildebrand (2010) encontrou que a taxa de tratamento dos parceiros foi baixa e em menos de 25% dos casais o tratamento se deu concomitantemente. No estudo de Cardoso (2018), 37,1% dos parceiros foram tratados, sem informação se houve concomitância do tratamento do casal. Já Maciel (2017) encontrou no estudo realizado na AP3.2 na cidade do Rio de Janeiro, uma alta taxa de tratamento dos parceiros das gestantes com sífilis, em torno de 75,8%, quando comparada com a literatura.

A incidência de sífilis congênita pode ser reduzida de maneira importante com um conjunto relativamente simples de intervenções existentes. Contudo, enquanto a sífilis for prevalente entre adultos, o potencial de TMF continuará alto. Assim, a eliminação sustentável da sífilis congênita exige esforços coordenados para reduzir

simultaneamente as taxas de sífilis adquirida em adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Neste sentido o tratamento dos parceiros sexuais durante a gestação tem uma dupla importância pois evitará a reinfecção da mulher durante a gestação e diminuirá a incidência, a morbidade e a transmissibilidade da sífilis entre os adultos, resultando em diminuição de novos casos em mulheres em idade fértil e casos de SC. A busca pelos contatos sexuais de longo prazo de mulheres com sífilis latente para avaliação clínica e sorológica para sífilis e tratamento com base nos resultados é uma oportunidade para detecção da sífilis nos homens e diminuição da cadeia de transmissibilidade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Na abordagem dos parceiros vários problemas foram identificados representando falhas no manejo dos casos de sífilis na gestação, já que o parceiro não tratado é uma importante forma de reinfecção, e falhas no manejo da sífilis na população geral. Há mecanismos frágeis de contato, com ausência de referências e abordagens bem estabelecidas, delegando muitas vezes às próprias gestantes a difícil tarefa de comunicar o diagnóstico de uma IST ao seu parceiro. O aconselhamento à gestante procurando mostrar a necessidade da comunicação ao parceiro deve ser realizado, no entanto, o profissional de saúde deve estar atento às questões de gênero embutidas na relação do casal que podem gerar constrangimentos e medo da reação do parceiro, além de ter que considerar fatores sociais e culturais que podem intervir nessa comunicação. Assim como ocorreu no nosso estudo, não é incomum a mulher não realizar a comunicação ao parceiro por medo de questionamentos que ela não conseguirá explicar e/ou por medo da violência após a revelação do diagnóstico (MACIEL, 2017). Considera-se, portanto, que esta estratégia fragiliza as ações para interrupção do ciclo de transmissão da sífilis (MACIEL, 2017).

Sabe-se que a convocação do parceiro não é fácil se ele não tiver frequentado o pré-natal. Neste estudo percebemos que os parceiros que participaram das consultas de pré-natal e a revelação do diagnóstico e necessidade de testagem e tratamento foram facilitadas pelo profissional de saúde, contribuiu para a adesão dos parceiros ao tratamento. Considerar a participação masculina em todas as abordagens de prevenção é imprescindível pois o homem tem um papel relevante na perpetuação da cadeia de transmissibilidade (BRASIL, 2018a). A baixa frequência dos homens aos serviços de saúde pode relacionar-se ao fato de os mesmos não se preocuparem com os problemas decorrentes de seus hábitos inadequados de vida ou

porque, na maioria dos casos, as UBS funcionam em horário comercial, momento que o público masculino encontra-se trabalhando (RAMALHO *et al.*, 2014).

Observamos uma ação isolada de ampliação do horário de atendimento da UBS para o período noturno na tentativa de captar os parceiros para atendimento e ações educativas. E identificamos que a implementação do pré-natal do parceiro que traria benefícios além do controle da sífilis, não se iniciou no município. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pelo Ministério da Saúde em 2009 aponta por meio do Pré-Natal do Parceiro a “paternidade como caminho para a saúde dos homens” e uma porta de entrada positiva no sistema de saúde, proporcionando a vinculação deste público às unidades de saúde e aumentando as oportunidades da realização de exames e atividades preventivas (BRASIL, 2018a). No entanto, alguns autores assinalam que implementar essas ações, requer dos profissionais a visão dos homens como sujeitos a serem cuidados, contrapondo-se à construção social da masculinidade como sinônimo de invulnerabilidade e que isso só poderá ocorrer com a implantação efetiva de uma linha de cuidados masculinos na atenção primária, sendo incorporados os princípios de equidade de gênero e pluralidade da concepção masculina (GOMES *et al.*, 2016; MACIEL, 2017). Quando nos deparamos com práticas preventivas que não promovem a inclusão masculina, por meio da busca ativa e/ou desenvolvimento de atividades que acolhem esses indivíduos, favorecemos o aumento da vulnerabilidade individual às IST (TERRA; SILVA, 2017).

Outros fatores relatados na literatura que podem interferir na participação dos parceiros no pré-natal das mulheres e na “captação” dos homens diante da necessidade de testagem e tratamento são: falta de vínculo com a gestante e com a criança, questões trabalhistas, receio de serem identificados e terem sua intimidade revelada na comunidade onde vivem e onde são conhecidos, contexto de violência/tráfico, que contribuem para perpetuar o ciclo de transmissão. As questões de violência/tráfico que levam a falta de segurança no território, limitam o acesso dos usuários à Unidade de Saúde, podem interromper atividades de rotina e de busca ativa no território, podem levar a perda de vínculo da população com o serviço e riscos para usuários e profissionais e até adoecimento dos sujeitos (SILVA, A. P. *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde, desde 2017 (BRASIL, 2017a) passou a desconsiderar a informação do tratamento dos parceiros sexuais para a classificação do tratamento

adequado da gestante para fins de notificação de casos de sífilis congênita à VE. Segundo Cerqueira (2018), a falta de indução externa do MS que é o principal regulador da APS, pode aumentar o desafio de tratamento dos parceiros.

Acrescido aos obstáculos para a “captação” dos homens diante da necessidade de testagem para sífilis e tratamento, os profissionais parecem pouco capacitados para a abordagem dos parceiros, como evidenciado nos relatos de aconselhamento pós teste descritos pelas puérperas e também pelas falhas na prescrição de tratamento para os parceiros, nos casos em que a sorologia foi não reagente. Outros estudos também encontraram o não tratamento dos parceiros associado ao fato dos mesmos terem apresentado VDRL não reagente (HILDEBRAND, 2010; MACIEL, 2017). Conforme descrito anteriormente, mesmo com os testes para sífilis negativos, o parceiro deve ser tratado, pois em determinadas fases da doença é possível o exame ser negativo não significando ausência de doença (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018; BRASIL, 2020b; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Segundo as narrativas da P16 e P26 o fato de os parceiros terem participado das consultas de pré-natal e terem tido conhecimento da doença a partir de um profissional de saúde facilitou o entendimento sobre a doença e sobre os tratamentos realizados. Enfatizamos, com o relato da P26 a importância da participação do parceiro no pré-natal, para a adesão de ambos ao tratamento e para o controle da SC. No entanto, o fato de parceiros VDRL não reagentes não receberem tratamento devido à exposição sexual, revela desconhecimento dos protocolos de abordagem de IST e de prevenção da SC pelo profissional de saúde e retrata uma grande perda de oportunidade de romper com a cadeia de transmissibilidade e reinfecções durante a gestação e entre os adultos. Também traz novamente à tona, a importância da educação permanente na capacitação dos profissionais para a qualificação dos processos de trabalho.

Houve uma associação entre parceiros tratados e parceiros tratados concomitante à gestante com o fato de as mulheres terem companheiro, vivendo com ele ou não. Também as mulheres que usaram preservativos com seus companheiros pelo menos uma vez durante a gestação tiveram um maior percentual de parceiros tratados. Inferimos que o companheiro que apoia a mulher na gravidez é possível que esteja interessado em uma gravidez com desfechos positivos e, portanto, faça a adesão ao uso de preservativo e seja capaz de submeter-se ao tratamento de forma

mais espontânea. Hildebrand (2010) encontrou no seu estudo, que o fato do profissional informar sobre o diagnóstico aumentou em quatro vezes a chance de tratamento da gestante em relação às não orientadas. E que os parceiros que apoiam a mulher durante a gestação tiveram uma chance 24 vezes maior de realizar tratamento, quando comparado com os que não apoiam.

Diferente do esperado, houve uma associação entre mulheres que realizaram o pré-natal em UBS com equipes que não aderiram ao PMAQ-AB e parceiros tratados. Talvez isto se deva ao fato da maioria das UBS que não aderiram ao PMAQ-AB sejam tradicionais e os profissionais que atendem à gestante no pré-natal têm residência médica em ginecologia obstetrícia e tenham maior experiência em aconselhamentos pós-teste em IST e abordagem dos parceiros. Semelhante à nossa pesquisa, Maciel (2017), encontrou maior percentagem de parceiros não tratados no Modelo de ESF do que no Modelo Misto (27,2% versus 14,9%). No entanto, a autora descreve que há de se considerar que a análise agregada dos casos notificados nesse modelo não permitiu distinguir se esses resultados foram devido a atividades das equipes de saúde da família ou da atenção primária tradicional.

O PMAQ-AB é um Programa da AB que a nível central apresentou uma proposta que se aproxima das avaliações de quarta geração, através do instrumento de autoavaliação que pretende com que o profissional possa repensar os seus processos de trabalho. No entanto, no nível local talvez funcione mais como uma avaliação normativa. Apesar do PMAQ-AB poder ter interferido na organização dos serviços, quanto interferiu nos processos de trabalho e na conduta médica? Quanto interferiu na capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem das IST?

Também observamos que o tratamento dos parceiros concomitante à gestante apresentou um maior percentual quando a gestante havia iniciado o pré-natal no primeiro trimestre e/ou realizado seis ou mais consultas. Inferimos que isto pode ter se dado devido ao maior número de contatos e, portanto, maior número de oportunidades para formação de vínculos e para que a abordagem dos parceiros fosse facilitada. Ou que as mulheres que iniciaram o pré-natal precocemente e realizaram seis ou mais consultas já tinham uma suficiência familiar e apoio do parceiro durante a gestação que facilitou o tratamento de ambos (ANDERSEN, 1995; DOMINGUES, 2011; HILDEBRAND, 2010). A insuficiência sociofamiliar está entre os principais fatores ou determinantes de saúde da gestante (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008)

Um dos achados importantes foi que entre as variáveis individuais analisadas, a cor da pele não esteve associada às orientações recebidas, ao diagnóstico ou tratamento das gestantes, e a cor da pele branca ou amarela foi fracamente associada à solicitação de testagem dos parceiros. Este dado pode significar uma equidade na dispensação dessas ações em relação a raça/cor, talvez pela relativa homogeneidade socioeconômica das mulheres em nossa amostra. Na implantação da ESF no município de Juiz de Fora, um dos critérios adotados pela gestão para a escolha das unidades foi a sua localização em áreas de maior vulnerabilidade social (SALDANHA, 2003), atendendo as diretrizes da PNAB. E neste estudo, a amostra foi constituída apenas de mulheres vinculadas às UBS. Este achado também foi evidenciado por outros estudos que avaliaram a assistência pré-natal no Brasil (CESAR *et al.*, 2011; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; VIELLAS *et al.*, 2014).

7.2.4 Vigilância epidemiológica

Dados do boletim epidemiológico de sífilis, 2020 e dados de sífilis dos municípios brasileiros mostram que o número de casos de sífilis na gestação aumenta a cada ano no Brasil e no município de Juiz de Fora (BRASIL, 2019d). Este estudo demonstrou que menos de 70% das mulheres que foram diagnosticadas durante o pré-natal na UBS foram notificadas à VE pela UBS. No entanto ressaltamos um aumento das notificações e melhoria no preenchimento das informações com o número de casos de SC não superior ao número de casos de sífilis gestacional (BRASIL, 2019d).

Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação. A Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975, descreve como sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos a notificação de casos das doenças que compõem a lista nacional de agravos de notificação (BRASIL, 1975). As subnotificações se constituem em uma das principais dificuldades para a VE, com causas variadas que apontam sobretudo para a forma de organização dos serviços de saúde. A notificação dos casos contribui para a integralidade da atenção preconizada no SUS e implica numa mudança na forma de organização da atenção em saúde, de um processo saúde e doença individual para a

saúde das coletividades (PASSOS, 2003). No entanto, é importante salientar que o papel dos profissionais na vigilância não se limita ao preenchimento de formulários e fichas de notificação que alimentariam bancos de dados a serem analisados e utilizados para fins exclusivamente de avaliação e controle.

O SUS representa um moderno modelo de organização dos serviços de saúde, com eixos norteadores relacionados à universalidade, à integralidade, à acessibilidade, à resolutividade, à hierarquização, à regionalização, à descentralização e ao controle social. Diante dessa logística, os municípios foram valorizados, assim como todos os serviços municipais direcionados para a saúde de sua comunidade, entre eles os de Vigilância em Saúde (BOCCATTO, 2011). A descentralização da vigilância epidemiológica para os municípios é relativamente recente, constituindo um passo importante para sua aproximação com a Atenção Básica. Para o nível local trouxe a perspectiva de articulação de ações promocionais, preventivas e curativas redefinindo o processo de trabalho em saúde (PASSOS, 2003). O autor enfatiza que o tipo de trabalho chamado “vigilante”, origina um outro modo de agir em saúde. Neste modelo, propõe-se integrar as ações de vigilância com as práticas assistenciais, utilizando a VE como parte integrante de um sistema e corresponsável na definição de ações prioritárias das políticas de saúde (CARVALHO *et al.*, 2005).

Para se repensar o papel da rede básica, torna-se essencial que o processo de descentralização não tenha como locus final o município, mas as Unidades Básicas de Saúde, pois a autonomia e a capacidade de decisão neste nível são elementos essenciais para a reorganização das ações de saúde no interior dos serviços (PASSOS, 2003)

A proposta da educação continuada na Vigilância em Saúde também visa à melhoria da captação e à apuração desses dados, melhorando a qualidade das informações, pois são a base para o planejamento estratégico local (BOCCATTO, 2011).

Observamos uma associação da UBS como unidade notificadora dos casos de sífilis na gestante (63,9%) com as gestantes que não tinham história pregressa de IST e com aquelas que realizaram seis ou mais consultas iniciando o pré-natal no primeiro trimestre. Talvez porque as com história pregressa de IST realizaram menos de seis consultas e iniciaram mais tardiamente o pré-natal, com menos oportunidades para as testagens sorológicas e para a notificação dos casos.

Não houve associação das UBS que utilizavam os registros de casos notificados para discussão nas reuniões de equipe com a adesão ou não das equipes ao terceiro ciclo do PMAQ-AB ou com o IVS da área urbana do território das UBS. E apesar de 45% dos supervisores relatarem que utilizavam o registro dos casos notificados para reorganização do trabalho na UBS isto não foi observado de uma forma sistematizada. Percebe-se a necessidade de avanço na qualificação do processo de trabalho das ESF, para que estas atuem de maneira mais integral, incorporando às ações assistenciais aquelas relacionadas a vigilância, de forma a contemplar tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde da área de abrangência.

Observamos neste estudo, no nível individual, a busca ativa de algumas gestantes VDRL reagente e de seus parceiros, a vigilância dos resultados dos testes laboratoriais pelo supervisor e a iniciativa isolada de abertura noturna da UBS para captação dos homens para atendimento e ações educativas. As narrativas das púerperas 16 e 20 tornam evidente a importância da atenção básica no controle da SC a partir do acolhimento, do vínculo com os usuários, do conhecimento e responsabilização pela população adscrita e da vigilância da sífilis no território.

A territorialização e a definição do território como responsabilidade de cada equipe estão entre as diretrizes da PNAB (BRASIL, 2006a) . É imprescindível que as equipes conheçam o seu território de atuação e programem as ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade, e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia, como os fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, dentre outros. (BRASIL, 2018b).

Apesar da proposta do modelo de atenção de integração dos programas de vigilância com os programas assistenciais (LEANDRO; SILVA; SANTOS, 2016) para o fortalecimento dos sistemas municipais, percebe-se uma nítida distância entre a operacionalização das ações de VE, na lógica de "apagar incêndios" e as ações assistenciais e individuais das unidades de saúde (CARVALHO, 2005; PASSOS, 2003)

Diferente dos dados do estudo de avaliabilidade, realizado na fase inicial deste estudo, que os profissionais não tinham conhecimento da grave situação epidemiológica da sífilis congênita no município, os supervisores entrevistados demonstraram ter conhecimento da sífilis como um problema atual e global, no

entanto, poucos sabiam quantificar o problema na sua unidade. Conhecer e valorizar as taxas de prevalência de sífilis em mulheres (gestantes ou não), em homens e as taxas de incidência de SC (mensal ou anual) em cada unidade poderia ajudar nas orientações individuais e coletivas, e em estratégias sistematizadas de controle. A fim de alcançar a integralidade das medidas curativas com as medidas preventivas e de promoção da saúde em relação à SC, é fundamental a realização da vigilância da sífilis no território e a qualificação profissional como uma forma de proporcionar cuidados de saúde nos níveis individual e coletivo.

No entanto, como mostra este estudo os procedimentos atuais consistem em práticas fragmentadas com foco no predomínio de uma abordagem normativa e patológica. Apesar de todo o aparato legal e oficial, que subsidia as ações de Vigilância Epidemiológica, o que ainda se observa é um descompasso entre o discurso e a efetiva utilização da VE, enquanto parte integrante de um sistema e corresponsável na definição de ações prioritárias das políticas de saúde (CARVALHO, 2005).

O grau de implementação do programa de controle da SC no município foi classificado como insatisfatório, de forma global e de cada um de seus componentes. Mesmo com o conhecimento da interferência do ambiente nas ações de controle da SC, foram utilizados e mantidos parâmetros de análise e julgamento rigorosos, pois os resultados adversos da gravidez associados com a sífilis materna podem ser facilmente evitados, mas a implementação de medidas adequadas dentro dos sistemas de saúde tem sido difícil. Porque alguns programas globais de eliminação de doenças têm êxito, como o programa de prevenção da TMF do HIV, enquanto outros como da SC, não o fazem? As duas doenças são IST que possuem fatores de risco e vulnerabilidades individuais e sociais semelhantes; os programas de controle foram idealizados para a mesma população, mulheres grávidas; as ações de diagnóstico e tratamento são preconizadas nos mesmos períodos da gestação e os testes e tratamento para sífilis são disponibilizados no nosso país e município, são de baixo custo e alta efetividade, custando o diagnóstico e tratamento combinados menos de um dólar nos EUA (KLAUSNER, 2013).

KLAUSNER (2013), cita Shiffman & Smith que articularam uma estrutura de quatro categorias para a priorização de iniciativas globais de saúde: liderança, comunicação, contextos políticos e fatores de problemas como gravidade da doença, disponibilidade de intervenções eficazes e existência indicadores credíveis. Como os

últimos fatores estão bem estabelecidos no caso da SC, Klausner (2013) descreve que a falta de êxito deve ter a ver com liderança, comunicação e política. A sífilis é um flagelo durante séculos. Não faltam ferramentas diagnósticas e terapêuticas acessíveis, seguras e eficazes. Segundo este autor, os elementos que faltam são a defesa da comunidade, a vontade política e o investimento de doadores privados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu conhecer o grau de implementação das ações de prevenção da SC no município e seus determinantes do ambiente. Também permitiu conhecer a influência do grau de implementação sobre o desfecho de sífilis gestacional.

Os resultados mostram que o Programa de prevenção de SC tem um grau de implementação “insatisfatório” no que concerne ao conjunto de seus componentes.

Podemos afirmar que a assistência pré-natal na APS da cidade de Juiz de Fora, em seus componentes mais básicos preconizados pelo PHPN e Programa Previne Brasil, relacionados ao início precoce e/ou realização de um mínimo de seis consultas, está inadequada, o que pode em grande parte explicar a persistência de resultados perinatais desfavoráveis, já que o fator de risco mais importante para a sífilis congênita é a ausência ou inadequação de cuidados pré-natais. E inúmeras falhas nos processos de trabalho para as ações de controle da SC foram encontradas. A ampliação do acesso ao início precoce da assistência pré-natal e a melhor utilização dos contatos com os serviços de saúde para a realização de cuidados efetivos para o controle da SC, tanto em atendimentos individuais quanto coletivos, se revelam prioritários.

Com os resultados encontrados, reafirma-se achados de outros estudos de que são as mulheres com maior escolaridade, maior renda per capita, com companheiro, com idade maior ou igual a 25 anos, sem comportamentos de risco para IST as que tiveram maior implementação das ações de controle da SC, revelando iniquidades na utilização dos serviços de pré-natal e no controle da SC. E que o acesso às ações de controle da SC parece estar mais relacionado às características sociais das gestantes do que às necessidades em saúde (ANDERSEN, 1995; DOMINGUES *et al.*, 2013; TRAVASSOS; CASTRO, 2014).

A taxa elevada de SG (10,0%) nesta população de mulheres, com maior frequência entre a população mais desfavorecida demonstra a associação da sífilis com as situações de vulnerabilidade social e econômica e a incapacidade da assistência ao pré-natal, em relação a este agravo, de reduzir as diferenças entre os grupos sociais. Apesar do baixo custo e alta efetividade do tratamento precoce da sífilis serem inquestionáveis, as ações de prevenção demandam abordagens

complexas, envolvem intervenções não somente de aspectos biológicos, mas especialmente comportamentais e socioculturais.

Nesses 30 anos de SUS, deve-se reconhecer a importância da APS na ampliação do acesso, na melhoria dos indicadores de saúde e na redução das desigualdades socio-regionais. Tais avanços resultam de políticas de governo como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Mais Médicos (PMM), o Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em suas primeiras versões (GIOVANELLA; RIZZOTO, 2018). Existe consenso na literatura de que sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS alcançam melhores indicadores de saúde, apresentam maior satisfação por parte dos usuários, possibilitam maior equidade e implicam em menores custos (BRASIL, 2004; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Mas também existe consenso que a falta de “visibilidade” do problema e a falta de priorização do combate à sífilis para os gestores, a falta de organização da RAS para atendimento às gestantes e às crianças expostas e com SC, a falta de comunicação e integração entre APS, Vigilância em Saúde e Departamento de DST/AIDS e a falta de um programa de educação permanente para a Atenção Básica, são os principais entraves no controle da SC (KLAUSNER, 2013).

A consideração da APS como estratégia para a efetivação do controle da SC representa um desafio. Nossos dados vão ao encontro dos dados de vários autores que retratam que a reorganização do modelo assistencial, adotado no Brasil, em Atenção Primária em Saúde (APS), é adequada à complexidade, mas não incorporou o Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (ARAÚJO *et al.*, 2012; NUNES *et al.*, 2018; SARACENI *et al.*, 2007). O planejamento para o controle da SC que aponte soluções viáveis a curto, médio e longo prazo e não apenas uma exigência cada vez maior da atuação dos profissionais de saúde; e que integre APS, vigilância em saúde e Departamento de DST/AIDS também se revela uma prioridade no nosso município.

Assim como na pesquisa realizada por Cerqueira (2018), este estudo contribuiu também ao destacar a necessidade de complementaridade entre as avaliações de enfoque externo, como as desenvolvidas no âmbito do PMAQ/AB e as de enfoque interno, necessária para aprofundar a avaliação e qualificar a proposição das soluções dos problemas no cuidado da APS.

Dar visibilidade para a sífilis como um grande problema de saúde pública no município é o primeiro passo para que a gestão e profissionais da ponta possam

trabalhar juntos para reorganizarem os serviços e ações para combater o agravo. Com este trabalho espera-se contribuir com uma cultura de avaliação das secretarias do município mostrando que apenas quando os serviços de saúde adquirem a prática de olhar por dentro seus programas e suas intervenções, é que conseguem reorganizar suas intervenções. No entanto, os resultados encontrados parecem válidos também para outros locais, outros municípios. O modelo lógico de intervenção pode contribuir neste sentido pois discrimina insumos para a realização das atividades e os produtos imediatos destas intervenções (SARACENI; LEAL; HARTZ, 2005).

No entanto, como descreve Alcindo Antônio Ferla no prefácio de *Práticas de Avaliação como Dispositivos de Diálogo*, a complexidade que envolve o fazer no cotidiano normalmente transcende em muito a capacidade de abrangência dos modelos lógicos. Mas a contribuição do modelo lógico vai além da discriminação dos componentes estruturais da intervenção, representando a teoria de mudança que a intervenção visa alcançar.

Vivemos tempos em que a apressada formulação de juízos de valor e a produção de sentenças discursivas e penalidades concretas parece ser uma prática social e culturalmente aceita. Produzir conhecimentos em oposição a essa apresentação das relações é um desafio civilizatório e que pode construir pontes entre a teoria e a política (AKERMAN; FURTADO, 2015).

Desde o início, a nossa preocupação esteve voltada para a utilidade da pesquisa para a equipe dos serviços. Mais do que “julgar” a organização local, queríamos que os profissionais envolvidos no controle da SC entendessem a pesquisa como uma colaboração para a melhoria do serviço e do controle da SC no município. Ressalto sobretudo o potencial ético desta avaliação e sinto-me feliz pela possibilidade que as abordagens desta pesquisa possam contribuir de alguma forma para melhorar o cuidado da população materno infantil em relação à sífilis, no município de Juiz de Fora.

O estudo expõe como desafio a importância do apoio institucional na instrumentalização das equipes de APS para que elas estejam aptas a realizar a promoção e prevenção da sífilis na comunidade, os aconselhamentos, o manejo dos casos na gestante, parcerias sexuais e nas crianças com SC ou expostas à sífilis gestacional.

Por fim, que esta avaliação, seja apenas o início de um ciclo de melhorias da qualidade da assistência à sífilis na gestação, uma vez que os resultados

apresentados, somados ao cenário epidemiológico do agravo no município indicam a urgência e demonstram quão imprescindível é priorizar o cuidado a sífilis como objeto de iniciativa sistematizada e efetiva de melhoria do cuidado à saúde materno infantil.

A partir do exposto, algumas sugestões foram elencadas para o município de Juiz de Fora, mas podem ser adaptadas para outros municípios para o controle da SC:

- a) Iniciar um processo de monitoramento do pré-natal e das medidas de controle da SC no município;
- b) Implementar um programa de educação permanente para abordagem de competências clínicas, aconselhamentos, informação, educação, comunicação (IEC), gestão de conhecimentos (utilização das informações para tomada de decisões). Incluir a integração da vigilância em saúde na APS. Incluir estratégias para reduzir o estigma e discriminação associados a um diagnóstico de sífilis entre os profissionais de saúde;
- c) Instituir a pesquisa de casos de sífilis congênita através da criação dos Comitês de Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical da sífilis com o objetivo de identificar as possíveis falhas que ocasionam a transmissão vertical e propor medidas resolutivas na prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e vigilância;
- d) Investir em prevenção primária da sífilis e outras IST na comunidade;
- e) Ampliar o acesso ao pré-natal, tanto ao início precoce da gestante quanto ao número mínimo de consultas;
- f) Desenvolver ações para a inclusão da população masculina na UBS com benefícios que certamente extrapolam o controle de IST;
- g) Fortalecer os mecanismos de retorno dos resultados dos testes sorológicos às UBS e vigilância dos resultados dos testes e/ou buscar alternativas de testagens sorológicas, como a instituição da testagem rápida para sífilis nas UBS, visando disponibilizar oportunamente os resultados dos exames;
- h) Disponibilizar um quantitativo de penicilina benzatina na UBS, não como um estoque do medicamento, mas uma reserva para tratamento imediato das gestantes com sífilis e suas parcerias sexuais;
- i) Criar mecanismos que aumentem a segurança da aplicação da penicilina Benzatina pelos profissionais de saúde, na UBS;

- j) Realizar a promoção e informação sobre a sífilis na comunidade para melhorar a compreensão da doença e suas consequências. Incluir estratégias para reduzir o estigma e discriminação associados a um diagnóstico de sífilis na comunidade;
- k) Apoiar as mulheres que descobrem estar infectadas e promover a importância do tratamento dos parceiros;
- l) Promover o envolvimento e integração das áreas técnicas da atenção básica, da mulher, da criança, DST/AIDS, da Vigilância em saúde e da rede de apoio laboratorial e farmacêutico no controle da SC;
- m) Promover a vigilância da SC no território;
- n) Reforçar as ações preventivas e profiláticas na assistência ao pré-natal, com aconselhamentos pré e pós teste, com triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal (na primeira consulta e no início do terceiro trimestre) e o tratamento oportuno e adequado de gestantes e parceiros.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Syphilis. In: KIMBERLIN, D. W. *et al.* (Org.). **Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases**. 31. ed. Itasca: American Academy of Pediatrics, 2018. p. 773–788.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? **Journal of Health and Social Behavior**, Albany, v. 36, n. 1, p. 1–10, 1995.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 99, n. 1, p. 87–93, 2009. Doi: 10.2105/AJPH.2007.127480.
- ARAÚJO, C. L. **Análise da situação da Sífilis Congênita e da sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil (2001-2008)**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
- ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479–486, 2012. Doi: 10.1590/S0034-89102012000300010.
- ARAÚJO, E. C. *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 1, p. 47–51, 2006.
- ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 300–306, 2014. Doi: 10.1590/1414-462X201400030012.
- AULT, S. K. Pan American Health Organization's Regional Strategic Framework for Addressing Neglected Diseases in Neglected Populations in Latin America and the Caribbean. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 102, n. p. 99–107, 2007. Suplemento 1. Doi: 10.1590/s0074-02762007005000094.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de vulnerabilidade da saúde 2012**. Belo Horizonte: PMBH, 2013.
- BLENCOWE, H. *et al.* Lives Saved Tool Supplement Detection and Treatment of Syphilis in Pregnancy to Reduce Syphilis Related Stillbirths and Neonatal Mortality. **BMC Public Health**, London, v. 11, p. S9, 2011. Supplement 3. Doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S9.
- BOCCATTO, M. **Vigilância em saúde**. São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/3/unidades_conteudos/unidade21/unidade21.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

BONAWITZ, R. E. *et al.* Assessment of the Impact of Rapid Syphilis Tests on Syphilis Screening and Treatment of Pregnant Women in Zambia. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, New York, v. 130, p. S58-62, 2015. Supplement 1. Doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.015.

BRASIL. Lei nº 6.269, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 113, n. 209, p. 1, 31 out. 1975.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 128, n. 182, p. 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 138, n. 110-E, p. 4, 8 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 139, n. 20-E, p. 23, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. (Série Manuais n. 68).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST-AIDS**. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 148, n. 121, p. 109, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 150, n. 112, p. 59, 13 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 151, n. 108, p. 67, 9 jun. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação e transmissão vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A regionalização na saúde**: o decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. (Folder).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual Instrutivo nº 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais**: RENAME 2014. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. (Relatório de recomendação nº 150).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 153, n. 98, p. 44, 24 maio 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.658, de 12 de setembro de 2016. Homologa a contratualização/recontratualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. ano 153, n. 176, p. 41, 13 set. 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Ano V. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 47, n. 35, p. 1–29, 2016e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano V. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 1, p. 1–58, 2016f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Nota Informativa nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS de 13 de outubro de 2017**. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília, 17 out. 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>. Acesso em: 20 maio 2019.

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, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tabnet. DATASUS. **Informações de Saúde**: nascidos vivos - Minas Gerais. 2017c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>. Acesso em: 5 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil**: novo modelo de financiamento para a APS. Brasília, 2019a. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 5 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Indicadores de dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros**. 2019d. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. **Boletim Epidemiológico, Brasília**, v. ano 5, n. 1 Especial, p. 1–41, 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Educação permanente**. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/educacaopermanente/>. Acesso em: 9 dez. 2020.

BRASIL. Una-Sus. **Doenças infectocontagiosas na Atenção Básica**. 2020c. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/36109>. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Doi: 10.1590/S0103-73312007000100006.

- CAMARGO JÚNIOR, K. R. *et al.* Aspectos metodológicos da avaliação na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 223–241.
- CAMPOS, A. L. A. *et al.* Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 34, n. 9, p. 397–402, 2012. Doi: 10.1590/S0100-72032012000900002.
- CARDOSO, G. C. P. *et al.* Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 54–68, 2019. Doi: 10.1590/0103-1104201912004.
- CARDOSO, T. Z. **Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2018. 141 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.
- CARVALHO, E. F. *et al.* Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. Suplemento 1, p. 553–562, 2005.
- CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* Desafios para a avaliação na atenção básica do Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil**: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 17–57.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Framework for Program Evaluation in Public Health. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v. 48, n. RR-11, p. 1–40, 1999.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, Atlanta, v. 64, n. RR-3, p. 1–137, 2015.
- CERQUEIRA, B. G. T. **Avaliação e melhoria da qualidade da assistência à sífilis gestacional na Atenção Primária à Saúde**. 2018. 57 f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.
- CESAR, J. A. *et al.* Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 985–994, 2011. Doi: 10.1590/S0102-311X2011000500016.
- CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z.; *et al.* A apreciação normativa. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 77–94.
- CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 41–60.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 61–74.

CHEN, H. T. Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement. In: STROBL, R.; LOBERMEIER, O.; HEITMEYER, W. (Org.). **Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur**. Wiesbaden: Springer, 2012. p. 17–40.

CHIN, J.; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El control de las enfermedades transmisibles en el hombre**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2001.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: CNDSS, 2008. (Relatório Final da CNDSS).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705–711, 2006. Doi: 10.1590/S1413-81232006000300017.

CONTEXTO. CONTEXTO. **Dicionário online de Português**. [S.l.: s.n.], c2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/contexto/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CONTRERA, W. Histórico das Campanhas de AIDS no Brasil. In: NILO, A. *et al.* (Org.). **COMUNICAIDS**: políticas públicas e estratégias de controle social. Recife: Gestos, 2005. p. 41–50.

CORDEIRO, H. *et al.* Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695–710, 2009. Doi: 10.1590/S0103-73312009000300008.

COUSINS, J. B.; WHITMORE, E. Framing Participatory Evaluation. **New Directions for Evaluation**, Hoboken, v. 1998, n. 80, p. 5–23, 1998. Doi: <https://doi.org/10.1002/ev.1114>.

COUTINHO, T. *et al.* Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 32, n. 11, p. 563–569, 2010. Doi: 10.1590/S0100-72032010001100008.

CRUZ, M. M. **Avaliação de programas de DST/AIDS para jovens**: estudo de caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro. 2006. 234 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

DANIELS, K. Understandig contexto in reviews and syntheses of health policy and systems research. In: LANGLOIS, E. V.; DANIELS, K.; AKL, E. A. (Org.). **Evidence synthesis for health policy and systems**: a methods guide. Geneva: WHO, 2018. p. 40–51.

DAVIS, M. V. Teaching Practical Public Health Evaluation Methods. **American Journal of Evaluation**, Stamford, v. 27, n. 2, p. 247–256, 2006. Doi: 10.1177/0198214006286422.

DE LORENZI, D. S. R.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 23, n. 10, p. 647–652, 2001. Doi: 10.1590/S0100-72032001001000006.

DEPERTHES, B. D. *et al.* Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 82, n. 6, p. 410–416, 2004.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV**. 2011. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1341–1351, 2013. Doi: 10.1590/S1413-81232013000500019.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766–774, 2014. Doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005114.

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

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis e HIV em gestantes encarceradas e incidência de sífilis congênita em crianças nascidas em prisões brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. e00183616, 2017. Doi: 10.1590/0102-311x00183616.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M. C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife**, v. 12, n. 3, p. 269–280, 2012. Doi: 10.1590/S1519-38292012000300007.

DONABEDIAN, A. The evaluation of medical care programs. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, New York, v. 44, n. 2, p. 117–124, 1968.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988. Doi: 10.1001/jama.260.12.1743.

DONABEDIAN, A. Selecting approaches to assessing performance. In: DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003. p. 45–57.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, Malden, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. Doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação conceitos e métodos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 19–39.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* The future of Primary Health Care in Brazil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1 Especial, p. 12–14, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s101.

FIGUEIRÓ, A. C.; THULER, L. C.; DIAS, A. L. Padrões internacionais dos estudos de linha base. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 47–70.

FOSS, A. M. *et al.* A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. **Sexually Transmitted Infections**, London, v. 83, n. 7, p. 510–516, 2007. Doi: 10.1136/sti.2007.027144.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, F. L. S.; PINTO, F. K. A.; PEREIRA, G. F. M. Sífilis. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. Especial, p. 96–97, 2019.

FUREGATO, M. *et al.* Factors Associated with Four Atypical Cases of Congenital Syphilis in England, 2016 to 2017: An Ecological Analysis. **Euro Surveillance**, Stockholm, v. 22, n. 49, 2017. Doi: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.49.17-00750.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165–181, 2001. Doi: 10.1590/S1413-81232001000100014.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participation, knowledge production, and evaluative research: participation by different actors in a mental health study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671–2680, 2008. Doi: 10.1590/S0102-311X2008001100022.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. Entre os campos científicos e burocráticos – a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 17–57.

FUSTÀ, X. *et al.* Emergencia de la sífilis: Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de sífilis en un hospital de tercer nivel entre 2011 y 2015. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 149, n. 12, p. 536–539, 2017. Doi: 10.1016/j.medcli.2017.04.024.

GALVÃO, T. F. *et al.* Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review. **PloS One**, San Francisco, v. 8, n. 2, p. e56463, 2013. Doi: 10.1371/journal.pone.0056463.

GAMA, S. G. N. *et al.* Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. Suplemento, p. S101–S111, 2004. Doi: 10.1590/S0102-311X2004000700011.

GHANEM, K. G. Management of Adult Syphilis: Key Questions to Inform the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. **Clinical Infectious Diseases**, Oxford, v. 61 p. S818-836, 2015. Supplement 8. Doi: 10.1093/cid/civ714.

GHANEM, K. G.; RAM, S.; RICE, P. A. The Modern Epidemic of Syphilis. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 382, n. 9, p. 845–854, 2020. Doi: 10.1056/NEJMra1901593.

GIOVANELLA, L.; RIZZOTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. Editorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1 Especial, p. 6–7, 2018.

GOMES, R. *et al.* Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1545–1552, 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015215.26842015.

GOMEZ, G. B. *et al.* Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 91, n. 3, p. 217–226, 2013. Doi: 10.2471/BLT.12.107623.

GONÇALVES, R. *et al.* Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 349–353, 2008. Doi: 10.1590/S0034-71672008000300012.

GREENE, J. D. *et al.* An fMRI Investigation of Emotional Engagement in Moral Judgment. **Science**, New York, v. 293, n. 5537, p. 2105–2108, 14 set. 2001. Doi: 10.1126/science.1062872.

GUANABARA, M. A. O. *et al.* Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1429–1439, 2002. Doi: 10.1590/S0102-311X2002000500036.

GUANABARA, M. A. O. **Avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza Ceará**. 2011. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341–353, 1999. Disponível em: Doi10.1590/S1413-81231999000200009.

HARTZ, Z. M. A.; CAMACHO, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. S13–S20, 1996. Doi: 10.1590/S0102-311X1996000600003.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

- HAUSER, L. *et al.* Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244–255, 2013. Doi: 10.5712/rbmfc8(29)821.
- HILDEBRAND, V. L. P. C. **Sífilis congênita**. 2010. 73 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- HOLANDA, M. T. C. G. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 203–212, 2011. Doi: 10.5123/S1679-49742011000200009.
- HOLLIER, L. M. *et al.* Fetal Syphilis: Clinical and Laboratory Characteristics. **Obstetrics and Gynecology**, Hagerstown, v. 97, n. 6, p. 947–953, 2001. Doi: 10.1016/s0029-7844(01)01367-9.
- HONE, T. *et al.* Association between Expansion of Primary Healthcare and Racial Inequalities in Mortality Amenable to Primary Care in Brazil: A National Longitudinal Analysis. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 14, n. 5, p. e1002306, 2017. Doi: 10.1371/journal.pmed.1002306.
- IKEDA, M. K.; JENSON, H. B. Evaluation and Treatment of Congenital Syphilis. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 117, n. 6, p. 843–852, 1990. Doi: 10.1016/s0022-3476(05)80120-9.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Juiz de Fora**. Rio de Janeiro, c2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>. Acesso em: 5 mar. 2020.
- JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161–170, 2010. Doi: 10.1590/S1413-81232010000100022.
- JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION. **Standards for evaluations of educational programs, projects, and materials**. New York: McGraw-Hill, 1981.
- JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. **A estratégia e implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde**. Juiz de Fora: PJF, 2014a.
- JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. **Plano de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: PJF, 2014b.
- JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Portaria nº 3.492, de 17 de janeiro de 2019. Cria o Grupo Condutor da Rede Cegonha na Secretaria de Saúde de Juiz de Fora. **Diário Oficial Eletrônico do Município de Juiz de Fora**, 18 jan. 2019. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/e_atos/e_atos_vis.php?id=66416. Acesso em: 20 out. 2020.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Fourth-Generation Evaluation: Methodological Contributions for Evaluating Mental Health Services. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343–355, 2009. Doi: 10.1590/S1414-32832009000400009.

KLAUSNER, J. D. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 91, n. 3, p. 158- 158A, 2013. Doi: 10.2471/BLT.13.118604.

KOSS, C.; DUNNE, E.; WARNER, L. A Systematic Review of Epidemiologic Studies Assessing Condom Use and Risk of Syphilis. **Sexually Transmitted Diseases**, Philadelphia, v. 36, p. 401–405, 2009. Doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181a396eb.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63–74, 2016. Doi: 10.1590/1980-5497201600010006.

LAGO, E. G. Current Perspectives on Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis. **Cureus**, Palo Alto, v. 8, n. 3, p. e525, 2016. Doi: 10.7759/cureus.525.

LAGO, E. G.; VACCARI, A.; FIORI, R. M. Clinical Features and Follow-up of Congenital Syphilis. **Sexually Transmitted Diseases**, Philadelphia, v. 40, n. 2, p. 85–94, 2013. Doi: 10.1097/OLQ.0b013e31827bd688.

LAWRENCE, T. Z. *et al.* Assessment of a Culturally-Tailored Sexual Health Education Program for African American Youth. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 14, n. 1, p. 1–14, 2017. Doi: 10.3390/ijerph14010014.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2845, 2017. Doi: 10.1590/1518-8345.1612.2845.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Racial, Sociodemographic, and Prenatal and Childbirth Care Inequalities in Brazil, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2005. Doi: 10.1590/S0034-89102005000100013.

LEANDRO, B. B. S. L.; SILVA, D. S.; SANTOS, I. D. M. **Curso de vigilância em saúde na atenção básica**. Guia de aprendizagem para formação de mobilizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2016.

LEITE, I. C. G. *et al.* **Distribuição espacial e temporal da sífilis congênita nas regiões de saúde de Minas Gerais e fatores associados**. Mimeografado. Juiz de Fora, 2019.

LEVITON, L. C.; HUGHES, E. F. X. Research On the Utilization of Evaluations: A Review and Synthesis. **Evaluation Review**, Thousand Oaks, v. 5, n. 4, p. 525–548, 1981. Doi: 10.1177/0193841X8100500405.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQAB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1 especial, p. 52–66, 2018.

LOPES, M. H. **Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no Pré-Natal e Unidades Saúde da Família de Cuiabá**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MACÊDO, V. C. *et al.* Risk factors for syphilis in women: case-control study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1–12, 2017. Doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007066.

MACIEL, C. J. V. G. **Estratégias de prevenção da sífilis congênita: a atenção a parceiros sexuais**. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1 Especial, p. 18–37, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s102.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. K. A Rapid Assessment Methodology for the Evaluation of Primary Care Organization and Performance in Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 167–177, 2007. Doi: 10.1093/heapol/czm008.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, Hagerstown, v. 40, n. Supplement 2, p. S4–S11, 2017. Doi: 10.1097/JAC.000000000000189.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Maternal and congenital syphilis: a persistent challenge. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109–1120, 2013. Doi: 10.1590/S0102-311X2013000600008.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 56–64, 2014. Doi: 10.1590/S0100-72032014000200003.

MEDINA, G. M. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15–39.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1 Especial, p. 38–51, 2018. Doi: 10.1590/0103-11042018s103.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 5.502, de 6 de dezembro de 2016. Inclui novos beneficiários no Programa Rede Cegonha para incentivo financeiro diferenciado do componente Parto e Nascimento no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 7 dez. 2016. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o_5502.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.
- MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 19–52.
- MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação (The importance of qualitative evaluation combined with other evaluation methods). **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 02–11, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MIRANDA, A. E. *et al.* Risk Factors for Syphilis in Young Women Attending a Family Health Program in Vitória, Brazil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p. 76–83, 2012. Disponível em: Doi: 10.1590/S0365-05962012000100009.
- MORAIS, M. F. A. B. **Avaliação da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal no nordeste do Brasil**. 2016. 80 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016).
- MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades na implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 615–621, 2014. Doi: 10.5935/1414-8145.20140087.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Doi: 10.1590/0103-1104201811601.
- MORSLED, M. G.; SINGH, A. E. Recent Trends in the Serologic Diagnosis of Syphilis. **Clinical and Vaccine Immunology**, Washington, v. 22, n. 2, p. 137–147, 2015. Doi: 10.1128/0950-2688.01611-14.
- NUNES, P. S. *et al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, 2018. Doi: 10.5123/s1679-49742018000400008.
- NURSE-FINDLAY, S. *et al.* Shortages of Benzathine Penicillin for Prevention of Mother-to-Child Transmission of Syphilis: An Evaluation from Multi-Country Surveys and Stakeholder Interviews. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 14, n. 12, p. e1002473, 2017. Doi: 10.1371/journal.pmed.1002473.

O'CATHAIN, A.; THOMAS, K. Combinando métodos qualitativos e quantitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 117–126.

OJEDA, J. M. Evaluación de servicios de salud materno-infantil en América Latina. **Foro mundial de la salud**, Geneva, v. 13, n. 2/3, p. 140–143, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para acção**. Genebra: WHO, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza**. 49º Conselho Diretor. 61ª Sessão do Comitê Regional. Resolução. Washington, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia e plano de ação para a eliminação da transmissão materno infantil do HIV e da sífilis congênita**. 50º Conselho Diretor. 62ª Sessão do Comitê Regional. Resolução. Washington, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção primária à saúde**. Folha informativa. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843. Acesso em: 5 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS, 2011. (Navegadorsus, 3).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Condições de eficiência dos serviços de atenção materno-infantil**. Brasília: OPAS, 1987.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Eliminación de la sífilis congénita em América Latina y el Caribe**: marco de referencia para su implementación. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2005.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3019, 2018. Doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019.

PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 213–234.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas**. Washington: PAHO, 2017a. (Update 2016).

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. EMTCT Plus. **Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas**. Washington: PAHO, 2017b. (Document Number: PAHO/CHA/17-009).

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Plan of action for the elimination of congenital syphilis**. Washington: PAHO, 1995. (116th Meeting. CE116/14).

PASSOS, L. M. R. **Assistir e vigiar**: as ações da vigilância epidemiológica na unidade básica de saúde. Situação atual e perspectivas. 2003. 2016 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PATRIOTA, L. M.; MIRANDA, D. S. M. Aconselhamento em DST/AIDS a gestantes na atenção básica: um estudo nas UBSFs de Campina Grande/PB. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Org.). **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios. 2. ed. Campina Grande: EdUEPB, 2011. p. 201–218.

PATTON, M. Q. **Utilization focused evaluation**: The News Century text. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care**, Philadelphia, v. 19, n. 2, p. 127–140, 1981. Doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.

PFADENHAUER, L. M. *et al.* Making Sense of Complexity in Context and Implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) Framework. **Implementation Science**, London, v. 12, n. 1, p. 21, 2017. Doi: 10.1186/s13012-017-0552-5.

PONTES, B. S.; SANTOS, A. K.; MONTEIRO, S. Produção de discursos sobre a prevenção do HIV/Aids e da sífilis para gestantes em materiais educativos elaborados por instituições brasileiras (1995 - 2017). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e190559, 2020. Doi: 10.1590/interface.190559.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PUTKONEN, T. Does Early Treatment Prevent Dental Changes in Congenital Syphilis? **Acta Dermato-Venereologica**, Stockholm, v. 43, p. 240–249, 1963.

RAC, M. W. F. *et al.* Progression of Ultrasound Findings of Fetal Syphilis after Maternal Treatment. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 211, n. 4, p. 426.e1–6, 2014. Doi: 10.1016/j.ajog.2014.05.049.

RAMALHO, M. N. A. *et al.* Dificuldades na implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 561–568, 2014.

RAWSTRON, S. A. *et al.* Congenital Syphilis and Fluorescent Treponemal Antibody Test Reactivity after the Age of 1 Year. **Sexually Transmitted Diseases**, Philadelphia, v. 28, n. 7, p. 412–416, 2001. Doi: 10.1097/00007435-200107000-00009.

RIBEIRO, R. U. P.; SILVA, A. L. Notificação compulsória de violência na Atenção Básica à Saúde: o que dizem os profissionais? **Revista do laboratório de Estudos da Violência da UNESP**, Marília, v. 2018, n. 21, p. 115–130, 2018.

RINCONES-GÓMEZ, R.; HOFFMAN, L.; RODRÍGUEZ-CAMPOS, L. The Model for Collaborative Evaluations as a Framework for the Accreditation Self-Study. **Journal of Emerging Trends in Economics and Management Sciences**, Houghton, v. 7, n. 5, p. 335–341, 2016.

ROCHA, K. B. *et al.* Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 22–33, 2016. Doi: 10.1590/0103-1104201610902.

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, p. 168–175, 2004. Doi: 10.1590/S1020-49892004000900003.

RODRIGUES, D. C. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina para o controle da sífilis em gestantes**. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

RODRÍGUEZ-CAMPOS, L.; RINCONES-GÓMEZ, R. **Collaborative Evaluations**. 2. ed. Stanford: Stanford Business Books, 2012.

ROWLEY, J. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 97, n. 8, p. 548- 562P, 2019. Doi: 10.2471/BLT.18.228486.

SABINO, F. **Encontro Mercado**. 92. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SALDANHA, C. R. M. **Avaliação do PSF em Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2003. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=551-avaliacao-do-psf-em-juiz-fora-1&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965. Acesso em: 20 ago. 2020.

SANTOS, E. M. S. *et al.* Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”: Implementation evaluation of Brazil’s National vertical HIV transmission control program in maternity clinics participating in the “Nascer” Project. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 257–269, 2010. Doi: 10.5123/S1679-49742010000300008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo**. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 103–111, 2007. Doi: 10.5123/S1679-49742007000200005.

SARACENI, V.; LEAL, M. C. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal: Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1341–1349, 2003. Doi: 10.1590/S0102-311X2003000500012.

SARACENI, V.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 263–273, 2005. Doi: 10.1590/S1519-38292005000300002.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490–496, 2012. Doi: 10.1590/S0102-311X2012000300009.

SAWYER, S. M. *et al.* Adolescence: A Foundation for Future Health. **The Lancet**, London, v. 379, n. 9826, p. 1630–1640, 2012. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

SCAMMON, D. L. *et al.* Connecting the Dots and Merging Meaning: Using Mixed Methods to Study Primary Care Delivery Transformation. **Health Services Research**, Malden, v. 48, n. 6 Pt 2, p. 2181–2207, 2013. Doi: 10.1111/1475-6773.12114.

SCHUMANN, L. R. M. A.; MOURA, L. B. A. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2105–2120, 2015. Doi: 10.1590/1413-81232015207.10742014.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281–1289, 2004. Doi: 10.1590/S0102-311X2004000500022.

SIEGEL, E. L.; VAZQUEZ, M. Desafios em la prevencion de la transmision madre-hijo de VIH y sífilis en el Conurbano bonaerense: un estudio cualitativo. **Actualizaciones en Sida e infectología**, Buenos Aires, v. 21, n. 779, p. 31–36, 2013.

SILVA, A. P. *et al.* Aconselhamento em HIV/AIDS e sífilis às gestantes na atenção primária. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1962–1969, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236251/29482>. Acesso em: 20 out. 2020.

SILVA, F. F. A. **Sífilis e HIV na gestação**: uma investigação sobre a assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, 2007/2008. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA JÚNIOR, J. B.; RAMALHO, W. M. **Cenário epidemiológico do Brasil em 2033**: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. (Textos para discussão, n. 17).

SILVA, L. M. V. Como conduzir uma avaliação de programas e políticas de saúde? In: SILVA, L. M. V. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 21–50.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15–39.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Evolution towards the Elimination of Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: A Multicountry Analysis. **Revista Panamericana De Salud Publica**, Washington, Washington, v. 43, p. e31, 2019. Doi: 10.26633/RPSP.2019.31.

SINGH, A. E. *et al.* Seroreversion of Treponemal Tests in Infants Meeting Canadian Surveillance Criteria for Confirmed Early Congenital Syphilis. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, Baltimore, v. 32, n. 3, p. 199–202, 2013. Doi: 10.1097/INF.0b013e318273599c.

SMITH, M. F. **Evaluability assessment**: A practical approach. New York: Springer Science; Business Media, 1989. Doi: 10.1007/978-94-015-7827-1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria**. Módulos de Reciclagem. Sífilis Congênita. Rio de Janeiro: SBP, 2020. v. 22.

SODRÉ, R. L. R. **Atenção básica ao pré-natal e puerpério no Estado de Goiás**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

SOUSA, M. G. G. **Avaliação da implementação do projeto nascer maternidades em Pernambuco**. 2006. 88 f. Dissertação (Mestrado em em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.

STECKLER, A. B. *et al.* Toward Integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction. **Health education quarterly**, New York, v. 19, p. 1–8, 1992. Doi: 10.1177/109019819201900101.

STUFFLEBEAM, D. L.; CORY, C. L. S. CIPP model for evaluation: An improvement- and accountability-oriented approach. In: STUFFLEBEAM, D. L.; CORY, C. L. S.

Evaluation theory, models, and applications. 2. ed. San Francisco: Joney-Bass, 2014. p. 309–332.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: EdUSP, 2001.

TAYLOR-POWELL, E.; HENERT, E. **Developing a logic model**: Teaching and training guide. Madison: University of Wisconsin, 2008. Disponível em: <https://fyi.uwex.edu/programdevelopment/files/2016/03/lmguidcomplete.pdf> 0. Acesso em: 10 ago. 2020. (University of Wisconsin-Extension, Program Development and Evaluation).

TERRA, A.; SILVA, G. A. S. Representando as ações preventivas das IST/aids realizadas por enfermeiros na atenção básica. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 276–283, 2017. Doi: 10.33233/eb.v16i5.1035.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Toronto, v. 20, n. 2, p. 1–25, 2005.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. e00195815, 2017. Doi: 10.1590/0102-311x00195815.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 183–206.

VIANA, A. L. A. **Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/a-pesquisa/resumo-executivo/#.X8zVmdhKiUn>. Acesso em: 5 ago. 2020.

VICTORA, C. G. *et al.* Socio-Economic and Ethnic Group Inequities in Antenatal Care Quality in the Public and Private Sector in Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 253–261, 2010. Doi: 10.1093/heapol/czp065.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85–S100, 2014. Suplemento, Doi: 10.1590/0102-311X00126013.

VITORIA, M. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 285–293, 2013. Doi: 10.5712/rbmfc8(29)832.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência**: os jovens da América Latina. Brasília: RITLA; Instituto Sangari, 2008.

WALKER, G. J. A.; WALKER, D.; FRANCO, D. M. Antibiotics for Congenital Syphilis. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, n. 2, 2016. Doi: 10.1002/14651858.CD012071.

WATSON-JONES, D. *et al.* Syphilis in Pregnancy in Tanzania. II. The Effectiveness of Antenatal Syphilis Screening and Single-Dose Benzathine Penicillin Treatment for the Prevention of Adverse Pregnancy Outcomes. **The Journal of Infectious Diseases**, Oxford, v. 186, n. 7, p. 948–957, 2002. Doi: 10.1086/342951.

WEINER, S. J. *et al.* Contextualizing Medical Decisions to Individualize Care: Lessons from the Qualitative Sciences. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 19, n. 3, p. 281–285, 2004. Doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.30261.x.

WEINER, S. J. *et al.* Contextual Errors and Failures in Individualizing Patient Care. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 153, n. 2, p. 69–75, 2010. Doi: 10.7326/0003-4819-153-2-201007200-00002.

WENDEL, G. D. *et al.* Treatment of Syphilis in Pregnancy and Prevention of Congenital Syphilis. **Clinical Infectious Diseases**, Oxford, v. 35, p. S200-209, 2002. Supplement 2. Doi: 10.1086/342108.

W.K. KELLOGG FOUNDATION. **Logic model development guide**: Using logic models to bring together planning, evaluation, and action. Battle Creek: W.K. Kellogg Foundation, 2004. Disponível em: <https://www.aacu.org/sites/default/files/LogicModel.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2020.

WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. A. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015**. Morbidity and Mortality Weekly Report. 64 (RR3); 1-137. Atlanta, 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>. Acesso em: 10 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: WHO, 2010. (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis**: Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: WHO, 2012.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on HIV 2016-2021**: Towards ending AIDS. Geneva: WHO, 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the treatment of Treponema pallidum**. Geneva: WHO, 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual and reproductive health. **WHO validation for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and/or syphilis**. Geneva, c2020. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/WHO-validation-EMTCT/en/>. Acesso em: 5 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global elimination of congenital syphilis**: rationale and strategy for action. Geneva: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2015**. Geneva: WHO, 2015.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. Barueri: Manole, 2016.

APÊNDICE A – Estudo pré-avaliativo

Estudo de avaliabilidade do programa de prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde

Evaluability study of the congenital syphilis prevention program in primary health care

RESUMO

Este artigo apresenta o estudo de avaliabilidade do Programa de prevenção da sífilis congênita (SC), na Atenção Primária à Saúde (APS), em um município de grande porte do sudeste brasileiro. O estudo teve por objetivos ampliar a compreensão do programa no contexto local e maximizar a utilidade da avaliação posterior visando contribuir com o controle do agravo no município e no Brasil. O estudo foi qualitativo, com abordagem colaborativa e utilizou-se a metodologia de sete elementos. Realizou-se pesquisa documental e reuniões com profissionais interessados registradas em diário de campo, seguindo um roteiro estruturado. O estudo permitiu entender as bases conceituais e operacionais do Programa de prevenção da SC com ajustes no Modelo lógico do programa e construir o Modelo teórico da avaliação posterior. Observou-se empecilhos para o controle da SC a serem problematizados na avaliação posterior: falhas as atividades de educação em saúde, a disponibilização e aplicação da penicilina na APS, as notificações de casos e integração entre Vigilância epidemiológica e APS, e falta de programa de educação permanente. Identificou-se a viabilidade metodológica e operacional para desenvolver a pesquisa avaliativa posterior e a possibilidade de maior utilidade dos seus resultados, devido ao envolvimento dos profissionais desde o início do estudo.

Palavras chave: sífilis congênita, assistência pré-natal, avaliação em saúde, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This article presents the evaluability study of the Program for the prevention of congenital syphilis(CS), in Primary Health Care(PHC), in a large city in southeastern Brazil. The study aimed to expand the understanding of the program in local context and to maximize the usefulness of the subsequent evaluation in order to contribute to the control of the disease in the city and Brazil. The study was qualitative, with a collaborative approach and seven-element methodology was used. Documentary research and meetings with interested professionals were

recorded in field diary, following structured script. The study made it possible to understand the conceptual and operational bases of the CS prevention program with adjustments to the logical model of the program and to build the theoretical model of the subsequent evaluation. There were obstacles to the control of CS to be problematized in subsequent evaluation: failures in health education activities, the availability and application of penicillin in PHC, case reports and integration between epidemiological surveillance and PHC, and lack of health Permanent Education. The methodological and operational feasibility to develop the subsequent evaluative research and the possibility of more useful results were identified, due the involvement of professionals since the beginning of the study.

Keywords: *congenital syphilis, prenatal care, health evaluation, primary health care.*

INTRODUÇÃO

A sífilis, permanece há décadas como um grave problema para a saúde das mulheres grávidas e de seus filhos, apesar de ter modelo de prevenção bem definido^{1,2}. Há uma estreita relação com a qualidade do pré-natal e/ou com contextos de vulnerabilidade¹.

No município, foco deste estudo, a taxa de incidência por mil nascidos vivos de SC passou de 0,6 em 2005 para 15,9 em 2018, 30 vezes superior à meta de eliminação preconizada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS)^{1,2,3}. De 2009 a 2018, 14,6% dos casos notificados de SC tiveram como desfecho aborto ou natimorto por sífilis³. Em 2015, atribuiu-se ao Brasil 85% dos casos estimados de SC da América Latina⁴. O MS atribuiu este dado a três fatores principais: maior rastreamento de sífilis, indisponibilidade de penicilina benzatina, e quase metade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não aplicarem penicilina benzatina⁴. Medidas foram instituídas para correção dos dois últimos fatores⁵, no entanto, os casos de SC continuaram crescentes.

A Atenção Primária à Saúde (APS) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui um perfil de atuação apropriado ao enfrentamento da SC no sistema de saúde brasileiro e o pré-natal destaca-se como o momento com maior potencial para resolutividade deste agravado⁶; demandando atuação extramuros e responsabilidade sanitária das equipes de saúde.

Conhecer detalhadamente o objeto avaliativo é o primeiro passo de uma avaliação⁷, e o envolvimento de diferentes interessados é descrito por ter o potencial de torná-la útil para o serviço^{7,8}. Realizou-se uma pesquisa de avaliação colaborativa do Programa de Prevenção da SC na APS. Este estudo representa a fase inicial da pesquisa, um estudo de avaliabilidade (EA)

ou pré-avaliativo, que é definido como “planejamento de um conjunto de procedimentos de avaliação, com envolvimento das partes interessadas, para maximizar a utilidade da avaliação”⁹

Embora a avaliabilidade do programa de eliminação da SC no Brasil não precise ser testada pois seus objetivos, metas, tecnologias materiais e de processo preconizadas são baseadas em fortes evidências, este estudo tem como finalidades, ampliar a compreensão sobre o programa no contexto local e maximizar a utilidade da posterior avaliação, com vistas a contribuir com o controle do agravo no município e no Brasil.

MÉTODOS

O estudo foi realizado em um município do sudeste brasileiro, de junho a novembro de 2017. Foi qualitativo, de abordagem colaborativa^{7,8,9} e utilizou a metodologia de sete elementos proposto para o EA, por Thurston e Ramaliu⁹: (1) descrição do programa; (2) identificação e análise de documentos relacionados à intervenção; (3) discussão do Modelo Lógico do Programa (MLP); (4) entendimento preliminar de como o programa opera; (5) discussão do Modelo Teórico da Avaliação (MTA); (6) identificação de usuários potenciais da avaliação; e (7) definição de procedimentos avaliativos. O elemento (6) foi estabelecido na definição da amostra. A figura 1 apresenta o fluxograma utilizado na operacionalização do EA.

Revisaram-se documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), OPAS, MS e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no contexto do controle da SC. Os critérios de inclusão foram representatividade e relevância para o objeto de estudo. A análise buscou metas a serem alcançadas, objetivos, a organização do programa e/ou ações necessárias para desenvolver atividades.

A amostra dos profissionais foi intencional, não probabilística e a escolha se deu por aqueles envolvidos no controle da SC. Participaram 14 profissionais (dois enfermeiros, quatro bioquímicos/farmacêuticos e oito médicos): responsáveis técnicos e profissionais do Departamento de Saúde da Mulher (2), Departamento de DST/AIDS (2), Vigilância epidemiológica (1); Laboratório Central (3); Departamento farmacêutico e insumos (DAFI) (1); e da APS (5). O convite para participar da pesquisa foi realizado via telefone ou pessoal, com apresentação da pesquisadora e pesquisa, e houve aceite de todos os convidados.

Realizaram-se 11 reuniões, nos locais de trabalho dos profissionais, agendadas previamente e sob coordenação da pesquisadora principal do estudo: uma no Departamento de DST/AIDS, três no Departamento de Saúde da Mulher, uma no DAFI, uma no Laboratório Central, uma na Vigilância epidemiológica, uma em uma UBS e três na sala de reuniões da

SMS com quatro profissionais da APS. Seguiu-se um roteiro estruturado: (1) verificou-se o conhecimento dos profissionais da situação epidemiológica da SC no município; (2) especificou-se o problema, objetivos do estudo e a metodologia avaliativa colaborativa; (3) discutiu-se o MLP, comparando-o com a prática local e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a oferta de insumos e ações para o controle da SC; (4) discutiu-se perguntas de pesquisa e o MTA envolvendo o estudo avaliativo posterior; (5) discutiu-se procedimentos e parâmetros avaliativos; (6) verificou-se a viabilidade e aceitabilidade da pesquisa para a melhoria do serviço e contribuição para o controle da SC.

Fez-se registro em Diário de campo, descrição e análise de conteúdo. Buscou-se compreender a intervenção, envolvimento dos profissionais e aceitabilidade da avaliação.

Citamos como limitações do estudo não termos conseguido reunir todos os participantes em um mesmo momento e não haver gravação das falas. No entanto, as descrições no Diário de campo realizadas imediatamente após as reuniões, contribuíram para que não houvesse perda de conteúdo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF em 29 de março/2019: Parecer número 3.233.466. Os participantes assinaram o termo de consentimento informado.

Figura 1. Etapas utilizadas para delinear o estudo de avaliabilidade da prevenção da sífilis congênita, na APS.

RESULTADOS

1.

Programas e políticas de saúde e o controle da SC (Elementos 1 e 2)

Para a compreensão das ações implementadas pelo MS a fim de atingir o controle da SC no país, é importante descrevermos planos de ação da OPAS, dos quais o Brasil é um signatário, e situarmos a doença no modelo de atenção à saúde do SUS.

Em 1995 a OPAS lançou o Plano de Ação para Eliminação da SC cujo objetivo era estabelecer bases sólidas para a eliminação nas Américas, e a meta era alcançar uma taxa de incidência de SC (incluindo natimortos) igual ou inferior a 0,5 caso/1000 nascidos vivos, até o ano 2000². A meta de eliminação não foi atingida, o parâmetro da taxa de incidência de SC foi mantido e os compromissos renovados em vários documentos ao longo dos anos. Em 2005, a OPAS publicou uma normativa padronizada em relação ao controle da sífilis materno infantil². A OMS em 2008, ressaltou o enfoque integrado dos programas de saúde materno infantil, IST/AIDS e APS no controle da SC, no intuito de contribuir para o alcance dos Objetivos do

Desenvolvimento do Milênio¹⁰. Em 2010, a OPAS lançou o Plano de ação para a eliminação integrada da SC e HIV, pois, embora muitos países tivessem ampliado com êxito a resposta ao HIV, como o Brasil, raramente houve melhora simultânea no acesso ao diagnóstico e tratamento da sífilis¹¹.

No Brasil a SC, sífilis em gestante e adquirida, passaram a ser doenças de notificação compulsória em 1986, 2005 e 2014, respectivamente⁵.

Na década de 1990, a estratégia priorizada para o SUS foi a descentralização, importante para a expansão das coberturas da APS e do pré-natal¹². Nos anos 2000, a regionalização passou a ser priorizada como estratégia organizativa do SUS, e as ações de promoção da saúde da mulher e da criança tornaram-se requisitos obrigatórios para o município se habilitar na condição de gestão plena de atenção básica ampliada¹². O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), destacou indicadores associados ao controle da SC¹³. Até então a avaliação do pré-natal restringia-se ao número absoluto de consultas. No Pacto pela Saúde um dos objetivos foi a diminuição da mortalidade materna e infantil, e a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis contribuiria para a execução desse objetivo¹⁴. Em 2006 houve a publicação do Manual de controle das DST¹⁵ e do Manual de Bolso para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis¹⁶, e o Plano Operacional para Redução da Transmissão vertical do HIV e Sífilis, pactuado com os estados e municípios, propôs reduzir as taxas destes agravos de forma escalonada e regionalizada até 2011^{5,17}.

A década de 2010, foi marcada por avanços na regionalização da saúde possibilitados pelo Decreto 7.508/2011 que regulamentou a lei 8.080/1990 e dispôs sobre a organização do SUS, a articulação interfederativa, a assistência à saúde e o planejamento da saúde, colocando a APS na centralidade das RAS¹⁸. O acesso a ações e serviços de saúde (pré-natal, testagem para sífilis) e a medicamentos essenciais (penicilina benzatina) passam a se efetivar nas RAS, fundamentados em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. Pactuações ocorreram decorrentes à implantação do Decreto 7.508/2011 dentre elas em 2011, a Rede Cegonha¹⁹ e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)²⁰. Essas pactuações têm potenciais impactos diretos e indiretos no controle da SC. Através da Rede Cegonha, objetivou-se intensificar ações de redução da mortalidade materna e infantil¹⁹. O PMAQ-AB estipula um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados essenciais para a Atenção Básica e propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde²⁰. No município foco deste estudo, em 2013/2014 o Plano Diretor da APS (PDAPS), principal diretriz para a estruturação da ESF no âmbito da SMS, atrelou o PMAQ-AB como ferramenta de avaliação²¹ e, em 2016, o município foi incluído no

Programa Rede Cegonha no componente Parto e Nascimento²². Com o lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da SC, em 2015, estabeleceu-se a parceria entre o MS e Conselho Federal de Enfermagem para a administração da Penicilina Benzatina e a realização da testagem rápida na APS, e houve o lançamento do painel de indicadores e dados básicos da sífilis⁵. Desde 2016, o MS assumiu os processos de aquisição e distribuição da penicilina para os estados, com critérios de redistribuição pactuados pelos estados e municípios^{1,5}; e em 2017 incluiu os medicamentos para sífilis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais⁵.

Elaboração do MLP, validação junto aos interessados, elaboração das perguntas e cenário da avaliação (Elementos 3 e 4)

Com o objetivo de destacar a integração da prevenção da sífilis e HIV materno-infantil no pré-natal^{1,4,10,11,13,14,15}, estas duas intervenções foram descritas no MLP (Figura 2).

Figura 2. Modelo lógico do Programa de Prevenção de SC integrado às ações de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.

O MLP foi usado para descrever as intervenções no pré-natal. Os desfechos esperados são: gestantes com menos vulnerabilidade às IST, testes realizados e com resultados conhecidos, tratamento adequado da gestante com sífilis e parceria sexual, e agravos notificados.

Utilizou-se como referência documentos do MS^{1,15,23} e MLP já elaborados^{24,25}. Contemplou-se componentes técnicos de prevenção, assistência e vigilância, de acordo com as normativas; e, os componentes estruturais insumos, atividades, produtos e resultados, utilizando a proposta do CDC²⁶. No ambiente da intervenção considerou-se o contexto externo, de organização e utilização dos serviços no pré-natal, na APS.

Nas reuniões com os profissionais utilizou-se o MLP para a compreensão do problema, do Programa e para a formulação de perguntas avaliativas para a pesquisa posterior: (1) Qual é o grau de implementação das ações de prevenção da SC no pré-natal na APS, em relação aos componentes de prevenção, assistência e vigilância? (2) Como o ambiente da intervenção contribui para implementação? (3) Quais fatores são facilitadores ou empecilhos para implementação?

A partir do MLP, elaborou-se a matriz de julgamento e os procedimentos da pesquisa posterior. Houve concordância da identificação do MLP com a prática local e a observação do profissional da Vigilância epidemiológica, de não ser realizada retroalimentação de informação às unidades notificantes. Todos ressaltaram a qualidade do pré-natal no controle da SC, mas os

profissionais da APS enfatizaram a avaliação do ambiente da intervenção para tornar a prática avaliativa mais próxima da realidade.

No município estudado, de grande porte, a população distribui-se em regiões: sete urbanas, uma do campo e 12 sanitárias²¹. A implantação do Programa/Estratégia de Saúde da Família deu-se em 1994/95, em áreas do município escolhidas pelo critério de vulnerabilidade²⁷. Há uma cobertura de Atenção Básica de 67,67% considerando a ESF com cobertura de 62%, ou seja, 91,6% da APS as faz através da ESF. Há 63 UBS e 39 alocam 89 eSF²¹. Atuam no modelo tradicional de assistência 24 equipes; em uma UBS convivem o Modelo Tradicional e a ESF, em outra, o Modelo Tradicional e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Quinze UBS localizam-se na área rural²¹. Há um Laboratório Central, Laboratórios conveniados, e o Centro de Testagem Anônima (CTA), que oferecem testes sorológicos padronizados (treponêmicos e não treponêmicos) para o diagnóstico de sífilis. Os testes rápidos estão disponíveis no CTA, mas não nas UBS. A marcação dos testes e coleta de sangue realizam-se nas UBS, o material é transportado ao Laboratório Central e o retorno dos resultados se dá em papel impresso via mensageiro ou *on line*. De acordo com profissionais do LC os resultados dos testes para a gestante e profissionais estão disponíveis em 48 h e os profissionais da APS relataram aproximadamente 15 dias para acesso aos resultados.

Através do programa de atenção à sífilis da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, estabeleceu-se o fluxo de distribuição da penicilina do estado para os municípios. A UBS faz a solicitação ao DAFI, via *Whatsapp*, anexando fotografias da receita médica e ficha de notificação do SINAN, documentos utilizados para solicitar a penicilina à Secretaria de Estado de Saúde. A penicilina é enviada ao município, via correios, e o DAFI controla o processo de distribuição às UBS. Segundo os profissionais, o tempo para a medicação estar disponível na UBS varia de dois a sete dias, e a penicilina não é aplicada em todas as UBS sendo a gestante orientada a aplicá-la em Serviço de Urgência. Os profissionais da APS, apesar de reconhecerem o mérito da organização do fluxo da penicilina pelo DAFI, demonstraram conhecimento inadequado deste fluxo e descontentamento pela penicilina não estar disponível na UBS, justificando perdas de oportunidade de tratamento.

As gestantes com sífilis podem ser referenciadas para o pré-natal em serviço especializado devendo manter o acompanhamento na UBS, no entanto, a ausência de contra referência e a não continuidade nas UBS foi relatada pelos profissionais da APS.

Todos os profissionais observaram o aumento da sífilis em suas práticas, mas com exceção da profissional da Vigilância epidemiológica, assustaram com indicadores tão alarmantes.

Os profissionais da APS relataram raramente realizarem ações educativas devido ao fluxo intenso de trabalho e a dificuldade de adesão das gestantes. Devido ao fluxo de trabalho também justificaram não realizarem notificações de casos regularmente. E reclamaram não haver Programa de Educação Permanente no município.

MTA (Elementos 5 e 7)

O MTA (Figura 3), compreende sete etapas: (1) análise da situação, (2) desenho da avaliação; (3) pré-teste; (4) projeto piloto; (5) coleta de dados; (6) análise dos dados, descrição e discussão dos resultados com usuários potenciais; (7) divulgação dos resultados. O EA está representado nas etapas 1 e 2.

Discutiu-se o MTA e a viabilidade dos procedimentos avaliativos: entrevistas com puérperas e profissionais das UBS, *checklist* nas UBS para verificar insumos e atividades. O MTA foi validado com a concordância de todos e os profissionais da APS relataram que a pesquisa de campo seria bem aceita devido a experiência prévia com PMAQ-AB.

Foram discutidos e acordados parâmetros para o julgamento da implementação das ações de prevenção da SC da pesquisa avaliativa posterior. Utilizou-se os pontos de corte: implementação aceitável (80% e mais), implementação insatisfatória (40-79,9%) e implementação crítica (39,9% e menos)²⁸.

Figura 3. Modelo teórico da avaliação

DISCUSSÃO

No sentido de ampliar a compreensão sobre a intervenção e o MLP, analisaram-se os elementos 1, 2, 3 e 4. Em relação ao planejamento da avaliação posterior analisaram-se os elementos 5 e 7. A participação dos interessados com intuito de aumentar as possibilidades de uso dos resultados foi analisada buscando o envolvimento e aceitabilidade da avaliação para melhoria do serviço e contribuição para o controle da SC.

Com a análise documental constatamos as bases sólidas do Programa de controle da SC em nível internacional e nacional, com avanços ao longo dos anos^{1,2,3,4,5,10,11,15,16,17}. Também observamos avanços na assistência e avaliação da APS e do pré-natal no SUS^{6,12,13,14,18,19,20,23}. Destacamos o município ser beneficiário do Programa Rede Cegonha¹⁹, e ter atrelado o PMAQ-AB como instrumento de avaliação e critério de concessão de incentivo financeiro para desenvolvimento do PDAPS²¹. Alguns autores encontraram melhorias na APS, associadas ao

PMAQ-AB^{29,30}. Isto abre um campo de investigação, se as UBS que aderiram ao PMAQ-AB e/ou tiveram melhores avaliações, apresentam melhorias na assistência pré-natal e no controle da SC. Pois, a adesão das equipes tem caráter voluntário e pressupõe processo de pactuação de compromissos entre as equipes de APS, os gestores municipais e o MS.

O município tem cobertura de ESF não consolidada, de acordo com Aquino e colaboradores³¹ que consideram a consolidação quando a cobertura é igual ou superior a 70% por mais de quatro anos. Esses autores demonstraram que entre 1996-2004, a implementação consolidada de cobertura da ESF nos municípios brasileiros associou-se a significativa redução das taxas de mortalidade infantil³¹. No estudo da distribuição espacial e temporal da SC nas regiões de saúde de MG, Leite e colaboradores³² descreveram que as microrregiões com ESF consolidadas em 2010 tiveram incidência de SC nos anos seguintes até 2018, 24,4% menores. Já o estudo de Saraceni³³ não demonstrou correlação estatisticamente significativa nas taxas de sífilis gestacional e congênita com a cobertura da ESF, enfatizando que a ampliação da cobertura deve aliar-se a qualidade dos cuidados para alcançar o controle da SC. A porcentagem de cobertura da ESF pode também não refletir a cobertura real das equipes quanto ao acesso e vinculação da população³⁴.

Em relação à assistência pré-natal, Coutinho avaliou a adequação do pré-natal no município estudado e demonstrou que a cobertura precisa ser acompanhada de melhorias na qualidade da assistência prestada, incluindo as ações de controle da SC³⁵.

A discussão do MLP com os interessados tornou mais claro o entendimento de como o programa opera na prática ou como deveria operar, com adequação do modelo inicial de acordo com sugestões. A ênfase dos profissionais da APS na análise dos contextos, vai ao encontro da literatura. Casos de SC são indicadores da baixa qualidade do pré-natal, no entanto, fatores sociais e comportamentais maternos podem dificultar o cuidado da mulher, mesmo quando os profissionais seguem as diretrizes¹. DiOrio e colaboradores (2017) revisaram casos de SC entre 2014-2016 e verificaram que os profissionais de saúde seguiram as diretrizes para triagem e tratamento da sífilis de 23 gestantes. No entanto, mais de um terço não realizou pré-natal, o número de consultas foi abaixo do ideal e a maioria tinha vulnerabilidades sociais³⁶. Mas, a ESF em sua concepção, tem espaços de integração e capacitação das equipes que devem ser aproveitados para a qualificação do cuidado; o acesso privilegiado à família pode facilitar o diagnóstico e o tratamento do casal, e dispõe de mecanismos de busca ativa de casos e faltosas por meio dos Agentes Comunitários de Saúde^{6,33}, com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde⁶.

Assim como em outras pesquisas houve relatos de não realização de ações educativas regularmente^{29,30}. As ações de educação em saúde são fundamentais para darem à mulher e parcerias sexuais, a possibilidade de conhecimento sobre a sífilis, seus fatores de risco e formas de prevenção, o que pode gerar mudanças de comportamentos e diminuição de práticas que põem risco à saúde.

A ausência de testagem rápida para sífilis na APS, verificada no município, também foi encontrada em outros estudos^{29,30}. Estudos que avaliaram o impacto da testagem rápida na triagem e tratamento da sífilis gestacional indicam que deve-se priorizar a realização/resultado do teste e tratamento com penicilina no mesmo dia para atingir o objetivo de eliminar a SC³⁷.

Em relação ao tempo entre coleta e retorno do resultado dos exames, Morais utilizando dados do PMAQ-AB no nordeste do Brasil, descreveu que 61% dos profissionais relataram recebimento dos testes das gestantes em tempo oportuno para intervenções necessárias³⁰. E Sodré em pesquisa semelhante em Goiás, descreveu que 68% relataram recebimento dos testes para sífilis em até 15 dias²⁹.

Em relação à referência e contra referência entre APS e serviços especializados, Fausto e colaboradores através dos dados do PMAQ-AB (ano 2012) desenvolveram um estudo sobre a posição da ESF na RAS na perspectiva das equipes e usuários participantes. Nessa perspectiva, observaram que as equipes operam cada vez mais como porta de entrada preferencial. Contudo, barreiras organizacionais para acesso ainda persistem, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à RAS ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada³⁸.

O fato dos profissionais não terem conhecimento da grave situação epidemiológica da SC no município e não realizarem a notificação dos casos regularmente pode relacionar-se a falhas de integração entre APS e Vigilância epidemiológica, ausência de Programa de Educação Permanente, e sugere que as UBS não utilizam suas demandas de trabalho para reorganizarem o serviço e realizarem a vigilância em saúde dentro da ESF³³. Isto nos faz pensar no papel fundamental da vigilância em saúde no planejamento em saúde, tendo como ponto de partida os problemas que acontecem no cotidiano do território local. Para responder às necessidades de saúde das pessoas, a Política de Educação Permanente tem que estar constantemente alinhada com o Decreto nº 7.508/COAP e o PMAQ de cada território de saúde. Para tanto, é necessário implantar uma gestão compartilhada envolvendo gestores, profissionais de saúde, instituições de ensino e o controle social. Na Atenção Básica seu maior desafio consiste na definição de objetivos e metas estratégicas com base nos planos das regiões de saúde, e desdobrados para as necessidades e planos de cada município e de cada equipe de Atenção Básica³⁹. A Educação

Permanente transforma a situação do cotidiano como fonte de demandas pedagógicas para as equipes ajudando a aumentar a resolutividade.

As discussões do MLP e MTA permitiram ter mais clareza sobre perguntas e procedimentos avaliativos para um estudo mais sistemático.

Como em outras avaliações, foram acordados parâmetros exigentes para classificar a implementação das ações de prevenção da SC no município^{24,28}, a partir do entendimento que a normalização e recursos para as ações de prevenção da SC estão disponíveis há anos e a necessidade de dar visibilidade a um agravo cuja implementação das ações de prevenção são de baixo custo e apresentam impacto positivo no controle da SC e de seus desfechos perinatais²⁸.

Tanto a abordagem inicial com os profissionais quanto as reuniões ocorreram em um ambiente de cooperação e interesse, e teve-se a percepção que possibilitou uma maior compreensão sobre o problema e um interesse em reorientar suas ações, na busca pelo controle da SC no município.

CONCLUSÕES

O estudo permitiu: (1) ampliar a compreensão sobre as bases conceituais e operacionais do Programa de prevenção da SC com ajustes no MLP; (2) ampliar o conhecimento dos profissionais envolvidos sobre a grave situação epidemiológica da SC no município e no Brasil; (3) identificar fatores do ambiente da intervenção que podem interferir com as ações de controle da SC na assistência ao pré-natal, como a adesão das equipes das UBS ao PMAQ-AB; (4) planejar a execução da pesquisa posterior (5) observar alguns empecilhos para o controle da SC, a serem problematizados na avaliação de implementação posterior: falhas as atividades de educação em saúde, a não disponibilização da penicilina nos locais de aplicação, a não aplicação da penicilina nas UBS, falhas as notificações de casos na APS, falha na integração entre Vigilância epidemiológica e APS e nas ações de referência e contra referência, falta de um programa de educação permanente e de percepção dos profissionais ligados diretamente no controle da SC de suas graves consequências e da magnitude do problema no município; (6) identificar a viabilidade metodológica e operacional para desenvolver a pesquisa avaliativa posterior e a possibilidade de maior utilidade dos seus resultados, devido ao envolvimento dos profissionais desde o início do estudo.

REFERÊNCIAS

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais [Internet]. 1 ed. Brasília: MS, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58572/pcdt_transmissao_vertical_miolo_10_08_pdf_5557e.pdf
- 3.
4. Pan American Health Organization (OPAS). Eliminación de la Sífilis Congénita em América Latina y el Caribe: Marco de referencia para sua implementación [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2005. 66 p. Disponível em: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicosc-vih-sida&alias=120-eliminacion-de-sifilis-congenita-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=219&lang=es
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. 2019. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.
6. Pan American Health Organization. Elimination of mother to child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington: OPAS, 2016 [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2016. 62 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34072>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Freitas FLS, Pinto FKA, Pereira GFM. Sífilis. Bol Epidemiol [internet], 2019 set; 50 (n. esp): 96-97 (Número especial: Vigilância em Saúde no Brasil 2003/2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
9. Rodriguez-Campos L, Rincones-Gomez R. Collaborative evaluations step-by-step. Stanford: Stanford University Press, 2013.
10. Cardoso GCP, Oliveira EA, Casanova A, *et al.* Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. Saúde em Debate, 2019; 43: 54-68.
11. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. The Canadian Journal of Program Evaluations 2005; 20(2) 1-25.
- 12.
13. World Health Organization. Eliminação mundial da SC, fundamento lógico e estratégias de ação. Geneva: World Health Organization, 2008
14. Pan American Health Organization. Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação materno-infantil do HIV e da sífilis Congênita. 2010 [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2010. 4 p. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/414/CD50.R12-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

15. Região e Redes. Caminho da Universalização da Saúde no Brasil. Política Planejamento e Gestão das regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil [Internet]. 2020. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/a-pesquisa/resumo-executivo/#.Xxdh3ShKjIV>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Coordenação de apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão [Internet]. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>
- 18.
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Manual Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em:
 - 20.
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em:
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de assistência à saúde. Plano Operacional. Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis [Internet]. Brasília: MS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf
- 23.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Gestão Interfederativa. Coordenação Geral de Cooperação interfederativa. O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS. Brasília: MS, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dreceto_7508_desafios_gestao_sus.pdf
- 25.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 25 Jun 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- 27.
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo 3º ciclo (2015-2016). Brasília: MS, 2015. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
29. Secretaria de Saúde (Juiz de Fora), Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Desenvolvimento da APS. A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde-PDAPS [Internet]. Juiz de Fora; Secretaria de

- Saúde; 2014; 133 p. Disponível em:
https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf
 30.
31. Secretaria de Estado de Saúde (Minas Gerais). Resolução SES/MG nº 5502 de 06 de dezembro de 2016. Inclui novos beneficiários no Programa Rede Cegonha para incentivo financeiro diferenciado do componente parto e nascimento no âmbito do estado de Minas Gerais [Internet]. Disponível em:
https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=18361-resolucao-ses-mg-n-5502-de-06-de-dezembro-de-2016?layout=print
 32.
33. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. 1. ed. Brasília: MS, 2013.
34. Santos MS, Westman S, Alves RG. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. Epidemiol. Ser. Saúde, 2010; 19 (3): 257-69.
 35.
36. Domingues, R. M. S. M. Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV [tese]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ; 2011. 201p.
37. Center for Disease and Control (EUA). Framework for Program Evaluation in Public Health. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) [Internet]; 1999; 48 (11): 1-40. Disponível em: <https://npin.cdc.gov/publication/mmwr-framework-program-evaluation-public-health>
38. Saldanha CRM. Avaliação do PSF em Juiz de Fora [Internet]; 2003. 4 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=551-avaliacao-do-psf-em-juiz-fora-1&Itemid=965.
39. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: Análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, org. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p.29-47.
 40.
41. Sodré RLR. Atenção básica ao pré-natal e puerpério no Estado de Goiás. Goiânia, 2015. [Dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4843/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%20R%C3%B9bia%20L%C3%ADcia%20Rodrigues%20Sodr%C3%A9%20-%202015.pdf>
42. Moraes MFAB. Avaliação da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal no nordeste do Brasil. Natal/RN, 2016. [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016. Disponível:
<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/22166/1/MarcelaFernandesDeAraujoBatistaDeMoraes DISSERT.pdf>

43. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):87–93.
44. Leite ICG, Guedes ALL, Nogueira MC, *et al*. Distribuição espacial e temporal da sífilis congênita nas regiões de saúde de Minas Gerais e fatores associados. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. No prelo 2020.
45. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 mar; 28(3):490-496. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300009&lng=en.
- 46.
47. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde [Internet]. Financiamento da Atenção Primária à Saúde. *Previne Brasil: novo modelo de financiamento para a APS*. [Acesso em 2020, setembro, 01]. Disponível em:
<http://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>
48. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, *et al*. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010; 32(11); 563-569. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001100008&lng=en.
49. DiOrio D, Kroeger K, Ross K. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mother: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014 to 2016. *Sex Transm Dis* 2018 jul; 45 (7):447-451.
50. Bonawwitz RE, Duncan J, Hammond E, *et al*. Assessment of the impact of rapid syphilis tests on syphilis screening and treatment of pregnant women in Zambia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015; 130; 58-62
- 51.
52. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça, MHM, *et al*. A posição da Estratégia de Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde e Debate*. Rio de Janeiro 2014; 38; 13-33.
53. Leandro BBS, Praça HLF, Santos IDM, *et al*. Curso de Vigilância em Saúde na Atenção Básica. Guia de aprendizagem para formação de mobilizadores. Rio de Janeiro. RJ. FIOCRUZ/ENSP, 2016. 68p.

APÊNDICE B – Cálculo dos indicadores das matrizes de informação, relevância e julgamento

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Critérios/Indicadores	Cálculo do indicador
Prevenção	Acesso	Disponibilidade Oportunidade	Proporção de UBS com preservativo disponível na Farmácia no momento da verificação	Somatório de UBS com preservativo disponível no momento da verificação sobre o n° total de UBS x 100
			Proporção de UBS com preservativo disponível na Farmácia nos últimos 6 meses	Somatório de UBS com preservativo disponível nos últimos 6 meses sobre o número total de UBS x 100
			Proporção de UBS com material informativo afixado sobre prevenção da TMF da sífilis e/ou IST	Somatório de UBS com material informativo afixado sobre a prevenção TMF sífilis e/ou IST sobre o n° total de UBS x 100
			Proporção de UBS com material informativo sobre prevenção da TMF sífilis e/ou IST para ser disponibilizado à gestante	Somatório UBS com material informativo sobre prevenção TMF sífilis e/ou IST para ser disponibilizado à gestante sobre n° total de UBS x 100
			Proporção de UBS com protocolo de prevenção/manejo da TMF sífilis e/ou IST disponível para consulta	Somatório de UBS com protocolo para prevenção/manejo da TMF da sífilis e/ou IST disponível para consulta sobre o n° total de UBS x 100
			Proporção de UBS com atividades programadas de educação em saúde durante a gestação que abordem prevenção de IST	Somatório de UBS com atividades de educação em saúde programadas que abordem a prevenção de IST sobre o n° total de UBS x 100
		Disponibilidade Conformidade	Proporção de gestantes com participação em atividades programadas no pré-natal que receberam informações sobre sífilis	Somatório de gestantes com participação em atividades no pré-natal que receberam informações sobre sífilis e/ou IST sobre o n° total de gestantes x 100
			Proporção de profissionais capacitados nos últimos cinco anos para prevenção e manejo da sífilis e/ou IST na gestação	Somatório profissionais capacitados para prevenção/manejo da sífilis e/ou IST na gestação sobre n° total de profissionais x 100
			Proporção de gestantes orientadas sobre os riscos da doença	Somatório gestantes VDRL reagente orientadas sobre riscos da doença sobre o n° total de gestantes VDRL reagente x 100
				Proporção de gestantes orientadas sobre uso de preservativos
Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Critérios/Indicadores	Cálculo do indicador
Diagnóstico	Acesso	Disponibilidade Oportunidade	Proporção de supervisores que relataram testes para sífilis disponíveis para a gestante nos últimos 6 meses	Somatório de respostas de testes para sífilis disponíveis para a gestante nos últimos 6 meses sobre o n° total de respostas x 100
			Proporção de gestantes com 2 ou mais testes para sífilis no pré-natal	Somatório de gestantes com dois testes para sífilis ou mais no pré-natal sobre o n° total de gestantes x 100
			Proporção de gestantes testadas para sífilis no 1° trimestre	Somatório gestantes testadas para sífilis 1° trimestre sobre n° total gestantes x 100

		Disponibilidade Conformidade	Proporção de gestantes testadas para sífilis no 3º trimestre	Somatório gestantes testadas para sífilis 3º trimestre sobre n° total gestantes x 100
			Proporção de UBS com resultado dos testes sorológicos entregue em até 15 dias da coleta	Somatório de UBS com resultado dos testes sorológicos entregue em até 15 dias da coleta sobre o n° total de UBS x 100
			Proporção de gestantes com resultado dos testes sorológicos em até 15 dias da coleta	Somatório de gestantes com resultado dos testes sorológicos em até 15 dias da coleta sobre o n° total de gestantes x 100
			Proporção de cadernetas da gestante com registro do resultado do primeiro teste para sífilis	Somatório de cadernetas da gestante com registro do resultado do primeiro teste para sífilis sobre o n° total de cadernetas da gestante x 100
			Proporção de cadernetas da gestante com registro do resultado do segundo teste para sífilis	Somatório de cadernetas da gestante com registro do resultado do segundo teste para sífilis sobre o n° total de cadernetas da gestante x 100
			Proporção de gestantes com solicitação/registro de testes para o parceiro	Somatório de gestantes reagentes para sífilis com solicitação/registro na CG, de testes para o parceiro sobre n° total gestante com testes reagentes x100
Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Critérios/Indicadores	Cálculo do indicador
Tratamento	Acesso	Disponibilidade Oportunidade	Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT sífilis na gestante nos últimos 6 meses	Somatório de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT sífilis na gestante, últimos 6 meses sobre o número total e UBS x 100
			Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT dos parceiros das gestantes com sífilis nos últimos 6 meses	Somatório de UBS com penicilina G Benzatina disponível para TT dos parceiros das gestantes com sífilis, últimos 6 meses sobre o número total e UBS x 100
			Proporção de UBS com penicilina G Benzatina disponível na farmácia para dispensação/entrega no momento do diagnóstico	Somatório de UBS com penicilina G Benzatina disponível na farmácia para dispensação/entrega, momento do diagnóstico sobre o número total e UBS x 100
			Proporção de UBS com aplicação de Penicilina G Benzatina	Somatório de UBS com aplicação da Penicilina G Benzatina sobre o n° total de UBS x 100
			Proporção de gestantes tratadas	Somatório de gestantes VDRL reagente tratadas sobre o n° de gestantes VDRL reagente x 100
			Proporção de gestantes com parceiros tratados	Somatório de gestantes VDRL reagente com parceiros TT sobre n°gestantesVDRL reagente x 100
		Disponibilidade Conformidade	Proporção de gestantes tratadas com Penicilina G Benzatina	Somatório de gestantes VDRL reagentes tratadas com Penicilina G Benzatina sobre o número de gestantes VDRL reagente x 100
			Proporção de gestantes com esquema terapêutico adequado para a prevenção da SC	Somatório gestantes VDRL reagente tratadas com esquema terapêutico adequado para a prevenção da SC sobre n° total de gestantes VDRL reagente tratadas x 100
			Proporção de gestantes tratadas e com o máximo de 15 dias de intervalo entre as doses	Somatório gestantes VDRL reagente tratadas e como máximo de 15 de intervalo entre as doses sobre o n° total gestantes VDRL reagente tratadas x 100
			Proporção de gestantes com início de TT anterior a 30 dias da DPP	Somatório de gestantes VDRL reagente com início TT anterior 30 dias da DPP sobre o n° total de gestantes VDRL reagente tratadas x 100
			Proporção de gestantes tratadas e com solicitação/registro VDRL para controle de cura	Somatório gestantes com término de TT a mais de 30 dias DPP e solicitação de VDRL para controle cura sobre n° total gestantes tratadas sífilis e término de TT a mais de 30 dias DPP x 100

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Critérios/Indicadores	Cálculo do indicador
			Proporção de gestantes com parceiros tratados concomitantemente	Somatório de gestantes VDRL reagente com parceiros tratados concomitantemente sobre o número de gestantes VDRL reagente x 100
VE	Acesso	Disponibilidade Oportunidade	Proporção de UBS com fichas de investigação de sífilis em gestante disponíveis para notificação no momento da verificação	Somatório de UBS com fichas de investigação de sífilis em gestante disponíveis para notificação no momento do <i>Checklist</i> sobre o número total de UBS x 100
			Proporção de UBS com fichas de investigação de sífilis em gestante disponíveis para notificação nos últimos 6 meses	Somatório de UBS com fichas de investigação de sífilis na gestante disponíveis para notificação nos últimos 6 meses sobre o número total de UBS x 100
		Disponibilidade Conformidade	Proporção de gestantes VDRL reagentes diagnosticadas e notificadas pela UBS	Somatório de gestantes VDRL reagente notificadas pelas UBS sobre o n° de gestantes VDRL reagente diagnosticadas pelas UBS x 100
			Proporção de UBS que utilizam o registro dos casos notificados para reorganização do trabalho	Somatório de UBS que utilizam o registro dos casos notificados para reorganização do trabalho sobre o número total de UBS x 100

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista estruturada com a puérpera

ROTEIRO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA COM A PUÉRPERA Nº: () INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Para todo questionário: Não se aplica= 50 Não sabe informar ou Não se Lembra= 51

VERIFIQUE O CARTÃO DE PRÉ-NATAL, preencha a parte IX!

VERIFIQUE O PRONTUÁRIO e preencha a parte X!

VERIFIQUE OS EXAMES E PRESCRIÇÕES de posse da gestante e preencha a parte XI e XII!

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Nome da Unidade:	2. Nome da puérpera: <i>Este dado não é para ser digitado</i>
3. N° do prontuário da puérpera:	4. N° do prontuário do recém nascido:
5. Data da entrevista:	6. Data da 1ª revisão:
7. Data da 2ª revisão:	8. Data da digitação:
9. Entrevistador:	10. Hora do início/término:
11. Realização de pré-natal: (Pode assinalar mais de uma opção) Sim. Local/Locais: _____	
1. UAPS (JF)/ Código: 2. Serviço de Referência (JF):	
3. Serviço de Saúde Suplementar (JF): 4. Outro:	
12. Região sanitária de realização do pré-natal:	
Características da UAPS de realização pré-natal:	
13. 1. UAPS com ESF 2. UAPS Mista 3. UAPS Tradicional 4. PACS	
14. 1. UAPS campo 2. UAPS urbana	

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Vou fazer algumas perguntas sobre gravidez.

15. Quantas vezes você já esteve grávida, contando com esta gravidez e algum aborto que você tenha tido? SE FOR A PRIMEIRA VEZ QUE ENGRAVIDA, VÁ PARA O ÍTEM III	
16. Qual era a sua idade na primeira gravidez? (em anos)	
17. Você fez pré-natal nas outras vezes em que ficou grávida? 0. Em nenhuma. 1. Apenas em algumas 2. Sim, em todas.	
18. Você já teve algum aborto? 0. Não (Vá para 20) Sim. Quantos?	
19. Quantos abortos foram espontâneos?	
20. Quantos partos você já teve?	
21. Quantos partos foram cesarianas?	
22. Quantos filhos nasceram vivos?	
23. Algum filho nasceu morto? 0. Não Sim, quantos?	
24. Algum bebê seu nasceu vivo e morreu antes de ter um mês de vida? 0. Não Sim, quantos?	
25. Algum bebê seu nasceu com peso menor que dois quilos e meio (2,5 kg)? 0. Não Sim, quantos?	
26. Você já teve algum bebê que nasceu antes do tempo (< 9 meses ou < 37 sem) 0. Não Sim, quantos?	

27. Então hoje você tem quantos filhos vivos?	
---	--

III. HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua gravidez atual

28. A primeira consulta individual de pré-natal, com médico ou enfermeiro, aconteceu em qual mês da gravidez? 01 / 02 / 03 / 04 / 05 / 06 / 07 / 08 / 09	
29. Em semanas? Se início do pré-natal até 14 sem ou 3 meses (inclusive), vá para o 31	
30. Por que você não teve esta 1ª consulta mais no início da gravidez? (não ler as alternativas) 1-Dificuldade de acesso (tentou, mas não conseguiu consulta antes) 2-Dificuldades familiares (não tinha com quem deixar os filhos, não tinha quem a acompanhasse) 3. Dificuldades financeiras (não tinha dinheiro para o transporte) 4. Dificuldades pessoais (não tinha certeza se queria manter esta gravidez, não acha importante iniciar o pré-natal cedo) 5. Dificuldades relacionadas ao trabalho (falta de tempo para ir às consultas) 6. Não sabia que estava grávida 7. Outro:	
31. Quantas consultas você fez de pré-natal UAPS?	
32. Quantas consultas você fez em outro local de pré-natal 0. Nenhuma Se Sim, quantas?	
33. A última consulta individual de pré-natal, com médico ou enfermeiro, aconteceu em qual mês da gravidez? 01 / 02 / 03 / 04 / 05 / 06 / 07 / 08 / 09	
34. Em semanas?	
35. Depois de cada consulta de pré-natal você teve a sua próxima consulta marcada? 0.Nunca 1.Às vezes 2.Sempre.	
36. Você participou de alguma atividade durante o pré-natal em que conversaram sobre o HIV e a sífilis, as consequências para você e o bebê e as formas de prevenção? 0. Não 1. Sim, para HIV 2. Sim para sífilis 3. Sim para HIV e sífilis	
37. O parceiro foi chamado para o pré-natal(“Pré-natal do parceiro” ou “Pré-natal do homem”)? 0. Não 1. Sim	
38. O parceiro participou de alguma consulta de pré-natal? 0.Não Se Sim. Quantas?	
39. Das relações sexuais que você teve durante a gravidez atual, elas aconteceram: 0. Não tive relações sexuais durante a gravidez (Vá para a 41) 1. Somente com um parceiro 2. Com mais de um parceiro	
40. Destas relações sexuais que você teve durante a gravidez, diria que o uso da “camisinha” ocorreu: 1.Em todas as vezes 2.Na maioria das vezes 3. Menos da metade das vezes 4. Em nenhuma vez	
41. Você consumiu bebida alcoólica durante a gestação? 0.Não Se Sim: 1. Menos de uma vez por mês 2. Uma vez ou mais por mês. (Se Resposta = 0. ou 1. Vá para a 47)	
42. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? 0. Menos de uma vez por semana Número de dias:	
43. Em geral, nos dias que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada). _____ Número de dose (s):	
44. Nos últimos 30 dias você chegou a consumir 4 ou mais doses em uma única ocasião? 0. Não (Vá para o 46) 1. Sim	
45. Em quantos dias do mês isto ocorreu? Número de dias:	
46. Com que idade você começou a beber?	
<i>“Hoje em dia é muito comum as pessoas já terem experimentado algum tipo de droga, como a maconha e a cocaína. As seis próximas perguntas são sobre o uso dessas substâncias. Essas questões são muito importantes. Gostaria de lembrar que as informações são confidenciais e só serão usadas para a pesquisa”</i>	

47. Você <u>alguma vez na vida</u> usou drogas? 0.Não (Vá para o 50) Se sim: 1. Maconha 2. Crack 3. Cocaína 4. LSD 5. Outra: <i>Pode marcar mais de uma opção de resposta</i>	
48. Que idade você tinha quando começou a usar essa (s) droga (s)?	
49. <u>Alguma vez na vida</u> usou droga na veia? 0.Não 1. Sim	
50. E <u>durante a gravidez</u> , usou algum tipo de droga? 0.Não Se sim: 1. Maconha 2. Crack 3. Cocaína 4. LSD 5. Outra: <i>Pode marcar mais de uma opção de resposta</i>	
51. Seu atual companheiro usa ou já usou drogas? 0. Não (VÁ PARA O BLOCO IV) 1.Sim, já usou 2. Sim atualmente ele faz uso	
52. Que tipo de droga ele usa ou já usou? 1. Maconha 2. Crack 3. Cocaína 4. LSD 5. Outra: <i>Pode marcar mais de uma opção de resposta</i>	

IV. MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

“ Agora vou fazer algumas perguntas sobre o que você sabe sobre sífilis”		
53. Você já ouviu falar da sífilis? 0. Não 1. Sim (Vá para o 54, mesmo que a resposta seja NÃO)		
54. Onde você ouviu, leu ou recebeu informações sobre sífilis? (Ler todas as opções/Pode marcar mais de uma)		
53.a	UBS- através do profissional de saúde	0.Não
53.b	UBS- através de cartaz, folder ...	0.Não
53.c	Escola	0.Não
53.d	Internet	0.Não
53.e	Amigos	0.Não
53.f	Outros:	0.Não
55. Agora vou ler frases sobre a forma de transmissão da sífilis. Gostaria que respondesse para cada frase, se você CONCORDA ou DISCORDA e caso não saiba, responda NÃO SEI INFORMAR = 51 (Leia todas as opções)		
54.a	O risco de transmissão da sífilis pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro não infectado.	1.Concordo 2. Discordo
54.b	Uma pessoa com aparência saudável pode ter sífilis	1.Concordo 2. Discordo
54.c	Usar camisinha é a melhor forma de evitar que a sífilis seja transmitida durante a relação sexual.	1.Concordo 2. Discordo
54.d	Uma pessoa pode adquirir sífilis ao compartilhar talheres, copos ou refeições	1.Concordo 2. Discordo
54.e	Uma mulher grávida que esteja com sífilis e receba um tratamento adequado com Benzetacil durante a gravidez pode impedir que seu filho nasça com sífilis	1.Concordo 2. Discordo
54.f	Existe cura para a sífilis	1.Concordo 2. Discordo
56. Foi solicitado exame de sangue na primeira consulta de pré-natal? 0. Não 1. Sim		
57. O profissional de saúde informou os exames que estava pedindo? 0.Não 1. Sim Mesmo que a resposta seja NÃO prossiga para a 58.		
<i>Foi pedido um exame para sífilis ...(exame de VDRL, exame treponêmico, exame para para Lues, FTA-ABS...)</i>		
58. Na sua 1ª consulta de pré-natal? 0. Não 1.Sim 51=Não sabe informar/foram pedidos vários exames Se a resposta for SIM , vá para 59. Se a resposta for NÃO ou NÃO sabe informar, revise os dados do cartão de pré-natal e/ou o resultado dos primeiros exames que você copiou		

antes de iniciar a entrevista. Se <u>tiver registro do primeiro exame VDRL</u> , mostre à puérpera e vá para o 59. Se não houver registro do primeiro exame, vá para o 64. Na opção de resposta anote o que a mulher tiver respondido inicialmente!!!	
59. Você fez o exame para sífilis pedido na primeira consulta / ou você fez os exames que foram pedidos na primeira consulta? 0. Não (Vá para a 60) 1. Sim (Vá para a 61)	
60. Que dificuldade você teve para fazer esse primeiro exame para sífilis / ou Que dificuldade você teve para fazer os primeiros exames que foram pedidos? (não ler as alternativas) 1. Acesso (exame não disponível) 2. Acesso (dificuldades para marcar o exame na UAPS) 3. Acesso (dificuldade de coleta de sangue na UAPS) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame 5. Decisão pessoal (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 6. Condições financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) 7. Outra: (VÁ PARA O 64)	
61. Local onde foi feita a coleta de sangue para realização dos primeiros exames 1. UBS 2. Outro	
62. Quanto tempo, em média, demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado do exame para sífilis? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado dos 1os exames? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até seu médico ou enfermeiro te falarem do resultado dos 1os exames? 1. Até duas semanas 2. De duas a quatro semanas 3. Mais de 4 semanas	
63. Qual foi o resultado do seu primeiro exame para sífilis? 0- Negativo 1. Positivo (vá para 79) 2. Não chegou o resultado 51. Não sei informar, disseram-me que estava tudo bem 51 Não sei informar, não me disseram nada sobre os exames Se a opção de resposta for 51 e na checagem do VDRL, este estiver positivo, vá para a 79	
ATENÇÃO! Se gestante com menos de 7 meses ou 28 semanas (QUESTÕES 33 e 34), vá para o BLOCO V	
64. Foi solicitado exame de sangue no último trimestre de pré-natal? 0. Não 1. Sim	
65. O profissional de saúde informou os exames que estava pedindo? 0. Não 1. Sim Mesmo que a resposta seja NÃO prossiga para a 66.	
66. Foi pedido um exame de sífilis a partir do sétimo mês (ou 28 sem) de gravidez? 0. Não 1. Sim 2. Sim, só foi feito 1 exame e este foi após 7 meses 51= Não sabe informar/foram pedidos vários exames Se a resposta for SIM, vá para 67. Se a resposta for NÃO ou NÃO sabe informar, revise os dados do cartão de pré-natal e/ou resultado dos exames pedidos após o sétimo mês, que você copiou antes de iniciar a entrevista. <u>Se tiver registro do exame VDRL</u> pedido após o sétimo mês, mostre à puérpera e vá para o 67. Se não houver registro vá para o bloco V. Na opção de resposta anote o que a mulher tiver respondido inicialmente!!!	
67. Você fez esse exame para sífilis? / ou você fez os exames que foram pedidos após o sétimo mês? 0. Não (vá para o 68) 1. Sim (Vá para 69)	
68. Que dificuldade você teve para fazer esse exame? (não ler as alternativas) 1. Acesso (exame não disponível) 2. Acesso (dificuldades para marcar o exame na UAPS) 3. Acesso (dificuldade de coleta de sangue na UAPS) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame 5. Decisão pessoal (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 6. Condições financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) 7. Outra: (Vá para o bloco V)	
69. Local onde foi feita a coleta de sangue para realização dos exames após o sétimo mês 1. UBS 2. Outro	

70. Quanto tempo, em média, demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado do exame para sífilis pedido após o sétimo mês?/ ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado dos exames pedidos após o sétimo mês?/ ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até seu médico ou enfermeiro te falarem do resultado dos exames pedidos após o sétimo mês? 1. Até duas semanas 2. De duas a quatro semanas 3. Mais de 4 semanas 4. Outro	
71. Qual foi o resultado desse outro exame para sífilis, pedido após o sétimo mês de gravidez? 0. Negativo (vá para o bloco V) 1. Positivo 2. Não chegou resultado (vá para o bloco V) 51. Não sei informar, disseram-me que estava tudo bem 51 Não sei informar, não me disseram nada sobre os exames Se a opção de resposta for 51 e na checagem do VDRL, este estiver positivo, vá para a 79, se estiver negativo vá para o Bloco V	
<p>PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR: <i>Esta questão deve ser preenchida com os dados da questão 58, 59, 63, 66, 67, 71; cartão da gestante e cópias de exames; e sem perguntar à puérpera.</i></p> <p>72. Idade Gestacional quando foi solicitado o 1º exame de sífilis: solicitado Se solicitado: idade gestacional (em semanas):</p> <p>73. Resultado do 1º exame? 0. Não foi realizado 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado</p> <p>74. Se positivo, anotar o resultado:</p> <p>75. Idade gestacional quando foi solicitado um 2º exame de sífilis após o sétimo mês de gestação foi solicitado Se solicitado: idade gestacional:</p> <p>76. Resultado deste 2º exame: 0. Não foi realizado 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado</p> <p>77. Se positivo, anotar o resultado:</p> <p>78. Resultado do 2º VDRL até 30 dias da DPP: 0. Não 1. Sim</p>	
79. O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da sífilis para você e o bebê? 0. Não 1. Sim	
81. Você apresentou algum sinal ou sintoma antes de engravidar ou durante a gravidez como: 1. úlceras na vagina, ânus ou boca, indolores 2. Adenomegalias (“ínguas”) indolores 3. Febre 4. Lesões na pele e mucosas (roséola, condiloma plano, alopecia) 5. Lesões na pele e mucosas (tubérculos ou gomas) 6. Acometimento cardiovascular (aortite sífilítica, aneurisma aórtico) 7. Alterações neurológicas (Tabes dorsalis, demência) 8. Alterações nos ossos e articulações 9. Outro:	
<p>PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR: <i>Esta questão deve ser preenchida com os dados das questões 63, 71, 81, 143 a 149 e análise do perfil sorológico (cartão da gestante, sorologias) e sem perguntar à puérpera.</i></p> <p>82. Classificação clínica da sífilis: 1. Primária 2. Secundária 3. Latente recente 4. Latente tardia 5. Latente de duração ignorada 6. Terciária 7. Neurosífilis</p>	
83. Foi passado algum tratamento para você, como Benzetacil, ou outro? 0. Não (vá para o 99) Se Sim, qual foi o tratamento passado para você? 1. Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Penicilina Cristalina IV por 10 dias 5. Outro:	
84. Você fez o tratamento? 0. Não (vá para 89) 1. Sim, completo 2. Sim, incompleto 3. Ainda em tratamento	
85. A aquisição do medicamento foi na Farmácia da UBS? 0. Não: local: 1. Sim	
86. O Benzetacil foi aplicado na UBS? 0. Não: Local: 1. Sim	
87. Qual foi a data da primeira dose de Benzetacil aplicada? Data:	

88. Qual foi a data da última dose de Benzetacil aplicada? Data: (Vá para a 90)	
89. Por que não fez o tratamento? (não ler as alternativas) 1.Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) 2. Dificuldade de acesso (o medicamento foi solicitado pela UBS mas ainda não chegou) 3. Dificuldade de acesso (tinha o medicamento mas não tinha quem o aplicasse) 4. Decisão pessoal (não quis tratar, teve medo do tratamento) 5.Outra:	
90. Você fez um novo exame de sífilis após terminar o tratamento? 0.Não 1. Sim 2.Ainda está em tratamento/tratamento há menos de 1 mês	
91. Foi passado algum retratamento para sífilis? 0.Não (Vá para 99) Se Sim: 1. Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Penicilina Cristalina IV por 10 dias 5. Outro:	
PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR 92. Qual a indicação para o retratamento? (pode marcar mais de uma) 1. Não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado 2. Aumento da titulação em duas diluições em qualquer momento do seguimento 3. Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento. Não se enquadram como resposta imunológica adequada ou critérios de retratamento e: 4. Parceiro não tratado e manteve relações sexuais /reexposição de risco 5. Primeiro tratamento incompleto 6. Primeiro tratamento incorreto/ Descreva: 7. Outro:	
93. Você fez o retratamento? 0. Não (Vá para o 98) 1. Sim, completo 3. Sim, incompleto	
94. A aquisição do medicamento foi na Farmácia da UBS? 0. Não: local: 1. Sim	
95. O Benzetacil foi aplicado na UBS? 0. Não: Local: 1. Sim	
96. Data do início do retratamento:	
97. Data do término do retratamento:	
98. Por que não fez o retratamento? (não ler as alternativas) 1.Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) 2. Dificuldade de acesso (o medicamento foi solicitado pela UBS mas ainda não chegou) 3. Dificuldade de acesso (tinha o medicamento mas não tinha quem o aplicasse) 4. Decisão pessoal (não quis tratar, teve medo do tratamento) 5.Outra:	
99. Foi pedido um exame de sífilis para o seu parceiro? 0.Não 1.Sim	
100. O seu parceiro realizou exame para sífilis? 0. Não 1. Sim (se Não ou Não sabe informar vá para 102)	
101. Caso afirmativo, pergunte a mulher o resultado do exame do parceiro: 0. Negativo 1. Positivo	
102. Foi passado tratamento para o seu parceiro? 0.Não (vá para o 106) 1. Sim	
103. Você sabe como foi feito o tratamento do seu parceiro? 0. Não sei informar Se Sim, abaixo: 1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Penicilina Cristalina IV por 10 dias 5. Sim, Outro: 6. Parceiro não realizou Tratamento (vá para 106)	
104. Você sabe se o seu parceiro aplicou o Benzetacil na UBS? 0. Não sei informar 1. Sim, aplicou na UBS 2. Aplicou em outro local/motivo:	
105. O seu parceiro aplicou Benzetacil no mesmo período que você? 0.Não 1.Sim (Se a gestante não fez o tratamento – Q 82 – MARCAR 50- NÃO SE APLICA)	

106. Houve dificuldades para tratar o seu parceiro? 0. Não houve Se Sim: 1. Dificuldade de acesso (não tinha o medicamento) 2. Dificuldade de acesso (o medicamento foi solicitado pela UBS mas demorou a chegar / ainda não chegou) 3. Dificuldade de acesso (tinha o medicamento mas não tinha quem o aplicasse) 4. Decisão pessoal (não quis tratar, teve medo do TT) 5.Outra:	
107. Das relações sexuais que você teve durante e após o tratamento da sífilis você diria que o uso da “camisinha” aconteceu: 0. Não tive relações sexuais durante a gravidez 1.Em todas as vezes 2.Na maioria das vezes 3. Menos da metade das vezes 4. Em nenhuma vez	
PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR: <i>Esta questão deve ser preenchida com os dados das questões 83, 84, 87, 88 – 102, 104, 105 e análise das sorologias realizadas pela puérpera durante a gestação. Se houve necessidade de retratamento, considerar as questões 93, 96, 97:</i>	
108. Classificação do tratamento materno: 1. Sífilis adequadamente tratada 2. Sífilis inadequadamente tratada 3. Sífilis não tratada Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da GESTANTE com sífilis, como: 108-a Administração de penicilina benzatina 0. Não 1. Sim 108-b Início do tratamento até 30 dias antes do parto 0. Não 1. Sim 108-c Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico 0. Não 1. Sim 108-d Respeito ao intervalo recomendado de doses 0. Não 1. Sim 108-e Risco de reinfecção (parceiro (s) não tratado(s)) 0. Não 1. Sim 108-f Documentação de queda de título do VDRL em pelo menos duas diluições em três meses, ou quatro diluições em seis meses após conclusão do tratamento-resposta imunológica adequada 0. Não 1. Sim	
109. Você recebeu orientação do profissional que realizou o pré-natal, da necessidade do uso de preservativo (masculino ou feminino, “camisinha”) durante e após o tratamento? 0. Não 1. Sim	
110. Você conseguiu o preservativo com facilidade na sua UAPS nos últimos 12 meses? 1. Sim Se Não abaixo: 2. Não tinha na UAPS 3.Tinha que participar de palestras 4. Somente durante a consulta 5. Estava sem documentos 6. Não tentei pegar camisinha na UAPS 7. Não sabia que tinha que usar camisinha 7.Outros:	
111. Após o resultado de exame de VDRL positivo, te encaminharam para outro ambulatório de pré-natal (pré-natal de alto risco / pré natal de referência)? 0. Não (Se não vá para o bloco V) 1. Sim	
112. Quem realizou a marcação da consulta 1. A UAPS 2. Você mesma	
113. Quanto tempo demorou entre o encaminhamento e a primeira consulta neste outro ambulatório de pré-natal? 1. Até 15 dias 2. De 16 a 30 dias 3. Mais de 30 dias	
114. Mesmo sendo encaminhada para o outro ambulatório de pré-natal (pré-natal de alto risco) você manteve as consultas de pré-natal na UAPS? 0. Não 1.Sim	
115. Foi prescrito o tratamento antes do encaminhamento 0. Não 2. Sim	

V. MANEJO DO HIV NA GESTAÇÃO

“ Agora vou fazer perguntas sobre o que você sabe sobre HIV”			
116. Você já ouviu falar sobre HIV? 0. Não 1. Sim (Vá para a 117, mesmo que a resposta seja NÃO)			
117. Onde você ouviu, leu ou recebeu informações sobre HIV? (Ler todas as opções)			
117.a	UBS- profissional de saúde	0.Não	1.Sim
117.b	UBS- cartaz, folder	0.Não	1.Sim

117.c	Escola	0.Não	1.Sim	
117.d	Internet	0.Não	1.Sim	
117.e	Amigos	0.Não	1.Sim	
117.f	Outros:	0.Não	1.Sim	
118. Agora vou ler frases sobre as formas de transmissão do vírus da AIDS. Gostaria que respondesse para cada frase, se você CONCORDA ou DISCORDA em cada afirmativa, e caso não saiba, responda NÃO SEI INFORMAR = 51 (Leia todas as opções)				
118.a	O risco de transmissão do vírus da AIDS pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro não infectado.	1.Concordo 2. Discordo		
118.b	Uma pessoa com aparência saudável pode ter AIDS	1.Concordo 2. Discordo		
118.c	Usar camisinha é a melhor forma de evitar que o vírus da AIDS seja transmitido durante a relação sexual.	1.Concordo 2. Discordo		
118.d	Uma pessoa pode ser infectada com o vírus da AIDS ao compartilhar talheres, copos ou refeições	1.Concordo 2. Discordo		
118e	Uma mulher grávida que esteja com o vírus da AIDS e receba um tratamento específico durante a gravidez e no momento do parto diminui o risco de passar o vírus da AIDS para o seu filho	1.Concordo 2. Discordo		
118.f	Não existe cura para a AIDS	1.Concordo 2. Discordo		
<i>Foi pedido um exame para diagnóstico do HIV, o vírus da AIDS ...</i>				
119. Na sua 1ª consulta de pré-natal? 0. Não 1.Sim 51=Não sabe informar/foram pedidos vários exames Se a resposta for SIM, vá para a 120 Se a resposta for NÃO ou NÃO sabe informar, revise os dados do cartão de pré-natal e/ou o resultado dos primeiros exames que você copiou antes de iniciar a entrevista. Se tiver registro do primeiro exame para HIV, mostre à puérpera e vá para a 120. Se não houver registro do primeiro exame, vá para o 125. Na opção de resposta anote o que a mulher tiver respondido inicialmente!!!				
120. Conversaram com você sobre o exame de HIV antes dele ser pedido? 0. Não Se Sim, nesta conversa também falaram da sífilis? 1. Sim, falaram apenas sobre HIV 2. Sim, falaram sobre HIV e sífilis				
121. Você fez o exame para HIV pedido na primeira consulta? / ou Você fez os exames que foram pedidos na primeira consulta? 0. Não (VÁ PARA A 122) 1.Sim (VÁ PARA A 123)				
122. Que dificuldade você teve para fazer esse primeiro exame para HIV / ou os primeiros exames que foram pedidos? (não ler as alternativas) 1. Acesso (exame não disponível) 2. Acesso (dificuldades para marcar o exame na UAPS) 3. Acesso (dificuldade de coleta de sangue na UAPS) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame 5. Decisão pessoal (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 6. Condições financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) 7. Outra: (VÁ PARA O BLOCO VI)				
123. Quanto tempo, em média, demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado do exame para sífilis? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado dos 1os exames? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até seu médico ou enfermeiro te falarem do resultado dos 1os exames? 1. Até duas semanas 2. De duas a quatro semanas 3. Mais de 4 semanas				
124. Qual foi o resultado do primeiro exame para HIV que você fez? 0-Negativo 1. Positivo (Vá para o 135) 2. Indeterminado (Vá para o 135) 3.Não recebeu o resultado 51. Não sei informar, disseram-me que estava tudo bem 51 Não sei informar, não me disseram nada sobre os exames				

Se a opção de resposta for 51 e na checagem do HIV, este estava positivo, vá para a 135	
<p>ATENÇÃO! Se gestante com menos de 7 meses ou 28 semanas, vá para BLOCO VI</p> <p>125. Foi pedido um outro exame para diagnóstico da infecção pelo HIV, o vírus da AIDS, a partir do sétimo mês de gravidez (ou a partir de 28 semanas)? 0. Não (Vá para o Bloco VI) 1.Sim 51=Não sabe informar/foram pedidos vários exames</p> <p>Se a resposta for SIM, vá para a 126 Se a resposta for NÃO ou NÃO sabe informar, revise os dados do cartão de pré-natal e/ou o resultado dos últimos exames que você copiou antes de iniciar a entrevista. Se tiver registro do último exame para HIV, mostre à puérpera e vá para a 127. Se não houver registro do último exame, vá o BLOCO VI. Na opção de resposta anote o que a mulher tiver respondido inicialmente!!!</p>	
126. Conversaram com você sobre o exame de HIV antes dele ser pedido? 0. Não Se Sim, nesta conversa também falaram da sífilis? 1. Sim, falaram apenas sobre HIV 2. Sim, falaram sobre HIV e sífilis	
127. Você fez este exame para HIV pedido após o sétimo mês/ ou você fez os exames que foram pedidos após o sétimo mês? 0. Não 1. Sim (VÁ PARA O 129) 2.Sim, só foi feito um exame e este foi após 7 meses (VÁ PARA 129)	
128. Que dificuldade você teve para fazer esse exame para HIV / ou os exames pedidos após o sétimo mês? (não ler as alternativas) 1. Acesso (exame não disponível) 2. Acesso (dificuldades para marcar o exame na UAPS) 3. Acesso (dificuldade de coleta de sangue na UAPS) 4. Não sabia que tinha que fazer este exame 5. Decisão pessoal (fiquei com medo, não achei importante, não quis fazer) 6. Condições financeiras (não tinha dinheiro para a passagem) 7. Outra: VÁ PARA O BLOCO VI	
129. Quanto tempo, em média, demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado do exame para HIV? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até você saber do resultado dos exames pedidos após o sétimo mês? / ou Quanto tempo em média demorou desde a coleta de sangue, até seu médico ou enfermeiro te falarem do resultado dos exames pedidos após o sétimo mês? 1. Até duas semanas 2. De duas a quatro semanas 3. Mais de 4 semanas	
130. Qual foi o resultado deste exame para diagnóstico do vírus HIV que você fez? 0-Negativo (vá para bloco VI) 1. Positivo 2. Indeterminado 3.Não recebeu o resultado (vá para bloco VI)	
Se a opção de resposta for 51 e na checagem do HIV, este estava positivo, vá para a 135	
<p>PREENCHIMENTO PELO SUPERVISOR: <i>Esta questão deve ser preenchida com os dados da questão 119, 121, 125, 127; análise cartão da gestante e cópias de exames; e sem perguntar à puérpera:</i></p> <p>131. Idade Gestacional quando foi solicitado o 1º exame para HIV: solicitado Se solicitado: idade gestacional:</p> <p>132. Resultado do 1ºexame? 0. Não foi realizado: 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado</p> <p>133. Idade gestacional quando foi solicitado um 2º exame para HIV após o sétimo mês de 0. Não foi solicitado Se solicitado: idade gestacional:</p> <p>134. Resultado deste 2º exame: 0. Não foi realizado 1. Positivo 2. Negativo 3. Não sabe do resultado</p>	
135. Conversaram com você na UAPS após o resultado positivo/ indeterminado do exame? 0.não 1. Sim	
136. Você foi encaminhada para o SAE? 0. Não (vá para o bloco VI) 1. Sim	

137. Quem realizou a marcação da consulta no SAE 1. A UAPS 2. Você mesma	
138. Quanto tempo demorou entre o encaminhamento e a primeira consulta no SAE? 1. Até 15 dias 2. De 16 a 30 dias 3. Mais de 30 dias	

VI. HISTÓRIA PREGRESSA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

<i>Você vai nos auxiliar muito se responder algumas perguntas mais pessoais. Como este questionário é anônimo, quer dizer, seu nome não é identificado nas respostas, você pode responder muito francamente.</i>	
139. Qual a idade que você teve a sua primeira menstruação (menarca) ? (em anos)	
140. Qual era a sua idade quando você teve a sua primeira relação sexual com um homem? (em anos)	
141. Algum médico ou outro profissional de saúde já lhe informou que você tinha sífilis alguma vez na vida? 0. Não (vá para 146) 1. Sim	
142. A sífilis foi diagnosticada durante alguma gravidez anterior/ durante o pré-natal? 0. Não 1. Sim	
143. Ano do diagnóstico: 1ª vez: 2ª vez:	
144. Foi feito tratamento? 1ª vez: 0. Não 1. Sim 2ª vez: 0. Não 1. Sim	
145. Qual o tratamento realizado? (codificar como 83) 1ª vez: 2ª vez:	
146. Algum parceiro sexual seu, incluindo o atual, já teve sífilis? 0. Não (vá para o 150) Sim- Quantos? 1 2	
147. Ano do diagnóstico do parceiro: 1: 2:	
148. O parceiro realizou tratamento? 1: 0. Não 1. Sim 2: 0. Não 1. Sim	
149. Qual o tratamento realizado no parceiro? (codificar como 103) 1: 2:	
150. Você já teve alguma outra doença transmitida por relação sexual (doença venérea/DST/IST), diferente da sífilis? 0. Não 1. Sim CONTINUAR MESMO QUE RESPONDA NÃO	
Pensando nos últimos 12 meses e em toda a sua vida, você notou/percebeu a presença de alguma alteração nas partes genitais/anais do tipo:	
151. Úlcera ou ferida genital/anal: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	/
152. Corrimento vaginal: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	/
153. Verrugas genitais/anais: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	/
Agora, algum médico ou outro profissional de saúde já lhe informou que você teve alguma das seguintes condições nos últimos 12 meses e em toda a vida?	
154. Herpes genital/anal: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	/
155. Cancro mole: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	/
156. Gonococcia/ Gonorréia: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	/
157. Infecção por clamídia: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	/
158. Linfogranuloma venéreo: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	
159. Condiloma: Últimos 12 meses: 0. Não 1. Sim Toda a vida: 0. Não 1. Sim	

VII. IDENTIFICAÇÃO DA MULHER E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Vou fazer algumas perguntas sobre você, sua família e sua casa.

160. Quantos anos você tem?	
161. Qual a data do seu nascimento?	
162. Qual o seu endereço completo/ponto de referência?	
163. Em que Município? 1. Juiz de Fora 2. Outro:	
164. Você tem telefone(s) para contato? 0. Não 1. Sim qual(is)	
165. A respeito da sua situação conjugal, você... 1. Vive com companheiro. 2. Tem companheiro, mas não vive com ele 3. Não tem companheiro	
166. Como você se considera em relação a sua cor da pele? 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda (morena/mulata) 5. Indígena	
167. Qual foi a última série que você completou na escola? Nenhuma:00 1-1ª a 4ª série incompleta do EF(antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF(antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10-Outra:	
168. Qual a sua ocupação principal?	
169. Você tem outro tipo de fonte de renda, como pensão, aposentadoria, biscoite ou bolsa família? 0.Não 1.Pensão 2.Aposentadoria 3.Biscoite 4.Bolsa família 5.Outro:	
170. Qual a sua renda individual mensal? (reais)	
171. Qual a renda familiar total no último mês? (reais)	
172. Quantas pessoas moram na sua casa, contando com você?	
173. Quantas pessoas que contribuem com dinheiro em casa?	
174. Quem é o chefe da família? <i>Explique:</i> Considere como chefe da família a pessoa que contribui com maior parte da renda. (<i>Ler até a alternativa 3</i>) 1. Você (a própria mulher) (Vá para a alternativa 175) 2. O companheiro 3. Outra pessoa da família 4. Outros	
175. Qual foi a última série que o chefe de família completou na escola? Escolaridade formal: 0- Nenhuma 1-1ª a 4ª série incompleta do EF(antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF(antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10-Outra:	
<i>Agora, vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você pode ter ou não ter na sua casa. Vamos começar. Na sua casa tem...</i>	
176. Carro particular 0. Não 1. Sim. Quantos?	
177. Motocicleta particular 0. Não 1. Sim. Quantos?	
178. Empregada mensalista (trabalha pelo menos 5 dias por semana) 0. Não 1. Sim. Quantos?	
179. Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho) 0. Não 1. Sim. Quantos?	
180. Máquina secadora de roupa 0. Não 1. Sim. Quantos?	
181. Quantidade de banheiros 0. Não 1. Sim. Quantos?	
182. DVD 0. Não 1. Sim. Quantos?	
183. Geladeira 0. Não 1. Sim. Quantos?	
184. Freezer 0. Não 1. Sim. Quantos?	

185. Computador (não considerar Tablet, palms ou Smartphones) 0. Não 1. Sim. Quantos?	
186. Lavadora de louça 0. Não 1. Sim. Quantos?	
187. Forno micro-ondas 0. Não 1. Sim. Quantos?	

188. Você gostaria de dizer mais alguma coisa? 0. Não 1. Sim	
--	--

Obrigada pela sua paciência e boa vontade em responder as perguntas!

VIII. SER PREENCHIDO PELO ENTREVISTADOR AO FINAL DA ENTREVISTA:

189. A cooperação da entrevistada foi: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Razoável 5. Fraca	
<p>Obs 1: Se a puérpera REALIZOU PRÉ-NATAL, mas NÃO ESTIVER DE POSSE DO CARTÃO DO PRÉ-NATAL, solicite que ela providencie o cartão para o próximo dia e REGISTRE AQUI!!! CHECK SE ELA TROUXE O QUE FOI SOLICITADO NO PRÓXIMO DIA E PREENCHA O ÍTEM IX</p> <p>Obs 2: Se a puérpera REALIZOU PRÉ-NATAL, mas NÃO ESTIVER DE POSSE DOS RESULTADOS DE EXAMES E PRESCRIÇÕES, solicite que ela providencie para o próximo dia e REGISTRE AQUI!!! CHECK SE ELA TROUXE O QUE FOI SOLICITADO NO PRÓXIMO DIA E PREENCHA OS ÍTENS XI E XII.</p> <p>Obs 3: Registre outras informações sobre o comportamento da mulher durante a entrevista, que julgar necessário!</p>	

INFORMAÇÕES DE FONTES SECUNDÁRIAS: PRONTUÁRIO DESTA INTERNAÇÃO, CADERNETA DA GESTANTE, EXAMES LABORATORIAIS E PRESCRIÇÕES

QUESTIONÁRIO : () Nº DE PRONTUÁRIO DA GESTANTE: ()

IX. CARTÃO DA GESTANTE

Para o preenchimento do cartão utilizar: Não se aplica=50 Não registrado=51

Variável não constar no cartão=88 (como existem vários tipos de cartão em uso na rede de saúde, quando a variável não constar no cartão da gestante, anotar 88)

190. Qual o tipo de cartão da gestante utilizado?	
1. Caderneta da gestante (inclui pré-natal parceiro)	
2. Caderneta da gestante (não inclui o pré-natal do parceiro)	
3. Cartão da gestante (MS)	
4. Cartão propaganda de laboratório	
5. Outro:	
191. Nome da gestante:	
192. Nome da Unidade de Saúde do pré-natal:	
193. Numero do cartão do SUS:	
194. Número do SISPRENATAL:	
195. Instrução/Escolaridade:	
196. Idade:	
197. Estado civil/união :	
Antecedentes Obstétricos: anotar os valores que constam no cartão	
198. Gesta:	
199. Aborto:	
200. Partos vaginais :	

201. Cesarianas:	
202. Filhos nascidos vivos:	
203. Filhos nascidos mortos:	
204. Filhos nascidos a termo:	
205. Filhos nascidos prematuros:	
206. Filhos nascidos com peso < 2500g:	
207. Neomortos:	
Gravidez atual / controle pré-natal	
208. Data da 1ª consulta de pré-natal:	
209. Idade Gestacional na primeira consulta:	
210. Número de consultas de pré-natal:	
211. DUM:	
212. DPP:	
213. Data da 1ª USG:	
214. IG na 1ª USG:	
215. Data da última USG:	
216. IG na última USG:	
217. Data da última consulta:	
218. Idade gestacional na última consulta:	
219. Sorologia para sífilis: 1.Sim	
220. Data do PRIMEIRO exame para sífilis:	
221. Qual(is) o(s) tipo(s) de exame(s) realizado(s)? 1. VDRL 2. FTA-ABS 3. Outro:	
O resultado do exame foi:	
222. VDRL: 0. Não reagente 1. Reagente	
223. FTA-ABS: 0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente	
224. Outro: 0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente	
Se o VDRL foi reagente, a diluição foi:	
225. 1:001 1:002 1:004 1:008 1:016 1:032 1:064 1:128 >128	
226. Data do SEGUNDO exame para sífilis:	
227. Qual(is) o(s) tipo(s) de exame(s) realizado(s)? 1. VDRL 2. FTA-ABS 3. Outro:	
O resultado do exame foi:	
228. VDRL: 0. Não reagente 1. Reagente	
229. FTA-ABS: 0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente	
230. Outro: 0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente	
231. Se o VDRL foi positivo, a diluição foi: 1:001 1:002 1:004 1:008 1:016 1:032 1:064 1:128 >128	
232. Registro de algum tratamento para sífilis durante a gestação: 0. Não 1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 14 dias 5. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 30 dias 6. Sim, Outro:	
233. Data da 1ª dose da penicilina G benzatina:	
234. Data da última dose de penicilina G benzatina:	
235. Registro de algum exame para sífilis do PARCEIRO : 0. Não (vá para a 243) 1.Sim	
SE SIM, Qual o tipo de exame registrado para o <u>parceiro</u> ?	
236. VDRL: 0. Não 1.Sim	
237. FTA-ABS: 0. Não 1.Sim	
238. Outro: 0. Não 1.Sim	

O resultado do exame registrado para o <u>parceiro</u> foi:		
239.	VDRL: 0. Não reagente 1. Reagente	
240.	FTA-ABS: 0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente	
241.	Outro: 0. Negativo/Não reagente 1. Positivo/Reagente	
242.	Se o VDRL do <u>parceiro</u> foi positivo, a diluição:	1:001
	1:002 1:004 1:008 1:016 1:032 1:064 1:128 >1:128	
243.	Registro de algum tratamento do PARCEIRO, para sífilis:	0. Não
	1. Sim, Benzetacil 2 injeções de uma vez só 2. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 2 semanas 3. Sim, Benzetacil 2 injeções (no mesmo dia), por semana, durante 3 semanas 4. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 14 dias 5. Sim, Eritromicina, 4 comp./dia, por 30 dias 6. Sim, Outro:	
244.	Data da 1ª dose da penicilina G Benzatina do parceiro:	
245.	Registro de Sorologia para HIV da GESTANTE	0. Não 1.Sim
246.	Data do primeiro exame para HIV :	
247.	Resultado do primeiro exame HIV:	0. Negativo 1. Positivo 2. Indeterminado
248.	Data do segundo exame para HIV:	
249.	Resultado do segundo exame HIV:	0. Negativo 1. Positivo 2. Indeterminado
250.	Participação em atividades educativas:	1. IST/AIDS 2. outras

Se você pegou o cartão de pré-natal e exames de pré-natal com a puérpera, devolva-os e agradeça por sua colaboração! Se os exames e cartão estavam junto ao prontuário, coloque-os onde você os retirou!

X. AS QUESTÕES QUE SE SEGUEM DEVEM SER OBTIDAS DO PRONTUÁRIO DESTA INTERNAÇÃO E/OU PRESCRIÇÕES MÉDICAS

251.	A gravidez atual foi:	1. Única 2. Dupla 3. Tríplice 4. Outra	
252.	A condição do feto desta gravidez foi:	1° 2° 3° Nascimento	
	vivo a termo	1 1 1 Nascimento vivo	()1
	premature	2 2 2 Natimorto	()2
	3 3 3	()3
	Aborto.....	4 4 4 Outro	()3
	5 5 5 Se outro,	()3
	especificar:		
253.	O tipo de procedimento desta gravidez foi:	1° 2° 3°	
	Parto Normal	1 1 1	()1
	Parto cesáreo	2 2 2 Parto com	()2
	fôrceps	3 3 3	()3
	Curetagem	4 4 4	()3
	Outro	5 5 5	()3
	Se outro, especificar:		
254.	Data do parto ou aborto:		
255.	Peso de nascimento (gramas):		
256.	Há registro de realização de algum exame para sífilis nesta maternidade ? (no pré-parto ou puerpério)	0.Não 1. Sim (REGISTRE NO ÍTEM XI)	
257.	Há registro de realização de algum exame para HIV nesta maternidade? (no pré-parto ou puerpério)	0.Não 1. Sim (REGISTRE NO ÍTEM XI)	
Se as respostas aos itens 254 e 255 for NÃO = AVISAR A EQUIPE RESPONSÁVEL PELA PUÉRPERA E RECÉM NASCIDO (Avisar também, se os resultados forem positivos)			

OBSERVAÇÕES:

XI- RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAS DE POSSE DA MULHER e os REALIZADOS NO PARTO, PUERPÉRIO OU PÓS ABORTO OU CURETAGEM

	Tipo de Exame	Datas				Idade Gestacional	Resultado
		Solicitação	coleta	liberação	Impressão		
Para Sífilis	258	259	260	261	262	263	264
	265	266	267	268	269	270	271
	272	273	274	275	276	277	278
	279	280	281	282	283	284	285
	286	287	288	289	290	291	292
	293	294	295	296	297	298	299
	Para HIV	300	301	302	303	304	305
307		308	309	310	311	312	313
314		315	316	317	318	319	320
321		322	323	324	325	326	327

Ultrassonografias obstétricas:

Data	IG	Alterações
328	329	330
331	332	333
334	335	336
337	338	339

XII- PRESCRIÇÕES PARA O TRATAMENTO DA SÍFILIS, DE POSSE DA MULHER

340. Data do início do tratamento:

341. Data do término do tratamento:

342. Drogas e esquema prescrito:

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada – puérperas com diagnóstico de sífilis

Roteiro entrevista semiestruturada - puérperas com diagnóstico de sífilis.

Instruções para o preenchimento: Checar os dados no Roteiro de entrevista estruturada com a puérpera, antes da entrevista qualitativa

Nome puérpera:	
Nº de prontuário:	
Data da entrevista:	
Entrevistador:	
Hora do início:	
Horário de término:	
Data da transcrição:	
Data da revisão da transcrição:	

Gostaria de conversar um pouco mais com você sobre sífilis e também sobre HIV

1. Como você se sentiu quando soube que estava com sífilis?
(Tópicos para o diálogo: O que pensou?)
2. Antes desta gravidez, você já havia ouvido falar sobre sífilis?
(Tópicos para o diálogo: Se sim, o que?)
3. E sobre o HIV, já tinha ouvido falar antes da gravidez?
(Tópicos para o diálogo: Se sim, o que você tinha ouvido falar sobre HIV?)

Conversas sobre sífilis durante o pré-natal, perguntar:

4. Pensando um pouco na época do pré-natal, o que você lembra das conversas que teve com os profissionais de saúde sobre sífilis? Você pode me contar o que entendeu sobre a sífilis?
5. O que você aprendeu com os profissionais de saúde que não sabia antes, a respeito da sífilis?
6. Você acha que as conversas que você teve com profissionais de saúde durante o pré-natal, te ajudaram a entender mais sobre sífilis?
Tópicos para o diálogo: *O que acha que faltou nestas conversas?*
7. Tem alguma questão em relação à sífilis que você ficou sem entender e que gostaria de receber explicações?
Tópicos para o diálogo:
 - a. Se a resposta for sim: *Qual questão? Você poderia me dizer?*

Conversas sobre HIV durante o pré-natal, perguntar:

8. E sobre o HIV, poderia me contar algo que te chamou atenção nas conversas sobre HIV? O que você lembra?
9. E o que você aprendeu com os profissionais de saúde, que não sabia antes, a respeito do HIV?
10. Você acha que as conversas que você teve com profissionais de saúde durante o pré-natal, te ajudaram a entender mais sobre HIV?
Tópicos para o diálogo: *O que acha que faltou nestas conversas?*

11. Tem alguma questão em relação ao HIV que você ficou sem entender e que gostaria de receber explicações?

Tópicos para o diálogo:

- a. Se a resposta for sim: *Qual questão? Você poderia me dizer?*

Agora eu gostaria de conversar com você sobre os exames realizados durante o pré-natal para diagnosticar sífilis e HIV.

12. Você acha importante fazer o teste para detectar a sífilis durante a gravidez? Por quê?
13. E o teste de HIV, você considera importante fazer este teste durante a gravidez? Por quê?
14. Quando o médico solicitou os exames de sífilis e HIV, conte-me como fez para conseguir realizá-los?

Tópico para diálogo: vamos começar do início:

- a) Como você fez para marcar esses exames?
 b) Como foi a coleta de sangue?
 c) Quem falou para você sobre o resultado do exame para sífilis? Como foi?

Tópicos para diálogo: O que te falaram, o que te explicaram?

- d) E sobre o resultado do exame para HIV, quem falou para você do resultado? Como foi?

Tópicos para diálogo: O que te falaram, o que te explicaram?

Vamos conversar agora sobre o tratamento da sífilis

Se a puérpera realizou o tratamento prescrito:

15. Quando o médico te entregou a receita para tratamento da sífilis, conte pra mim como você fez para conseguir realizar o tratamento?

Tópicos para o diálogo:

- a) *Como você conseguiu as injeções de Benzetacil?*
 b) *Como aconteceram as aplicações do Benzetacil?(Onde? Quem aplicou? Houveram dificuldades para aplicação?)*

16. O que foi mais difícil no tratamento da sífilis, na sua opinião?
17. Você sabe me dizer, como o tratamento para sífilis durante a gravidez é importante para o bebê?

Se a puérpera não realizou o tratamento prescrito:

18. Fale pra mim, quais foram as dificuldades que você encontrou para fazer o tratamento da sífilis?

Tópicos para o diálogo:

- a) *O que foi mais difícil no tratamento da sífilis, que fez com que você não fizesse a medicação?*

Vamos conversar agora sobre o seu parceiro.

19. Você atualmente tem companheiro, marido, namorado?
20. Durante o pré-natal, seu parceiro te acompanhou em alguma consulta?

Tópicos para o diálogo:

- a) *Se a resposta for sim: Você gostou que ele tenha estado presente neste momento? Por quê? Ele te acompanhou por iniciativa de vocês dois, ou por que foi chamado pela UBS?*
 b) *Se a resposta for não: Você gostaria que ele tivesse participado? Por quê?*

21. Depois que você soube que estava com sífilis e teve que contar para o seu parceiro, como foi esta conversa?

Se foi prescrito medicação para o parceiro?

22. Fale pra mim o que aconteceu a partir do momento que o médico deu a receita ao seu companheiro, com a medicação para tratamento da sífilis? Ele conseguiu fazer o tratamento?

23. Você acha importante que o parceiro faça o tratamento para a sífilis junto com mulher durante a gestação? Por quê?
- 24.
25. Na sua opinião, o que poderia ser feito para facilitar o tratamento dos parceiros para a sífilis?
26. Na sua opinião, o que foi mais difícil no tratamento do seu parceiro?

Para finalizar, em relação às doenças que conversamos, sífilis e HIV...

27. Você gostaria de falar algo mais sobre este assunto?

Agradeço a sua participação!

APÊNDICE E – Roteiro para entrevista estruturada com supervisores das UBS

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Projeto: Avaliação das ações de prevenção da transmissão de mãe para filho da sífilis na assistência pré-natal, na Atenção Primária à Saúde, no município de Juiz de Fora.

ROTEIRO DE ENTREVISTA - SUPERVISORES UBS

Marque **50** quando **NÃO SE APLICA**

ROTEIRO N°: ()

I- Identificação do roteiro

1. Data da entrevista:	5. Código da UBS:
2. Entrevistador:	6. UBS-1: 1. ESF 2. Tradicional 3. PACS 4. Outra
3. Data da revisão:	7. UBS-2: 1. Rural 2. Urbana
4. Data da digitação:	8. UBS-Região sanitária:

II- Caracterização do profissional de saúde:

1. Idade em anos completos:
2. Sexo:
 1. Feminino
 2. Masculino
3. Categoria profissional:
 1. médico
 2. enfermeiro
 3. Outro:
4. Possui especialização?
 0. não
 1. Sim
5. Em caso afirmativo, qual? *Nota: Você pode assinalar mais de uma opção*
 1. especialização: Medicina de Família
 2. residência: Ginecologia obstetrícia
 3. residência: Medicina de Família
 4. mestrado
 5. doutorado
 6. outro. Qual?.....
6. Tempo de formado
 1. menos de 1 ano
 2. de 1 a 5 anos
 3. de 6 a 10 anos
 4. mais de 10 anos
7. Tempo de atuação nesta UBS
 1. menos de 1 ano
 2. de 1 a 5 anos
 3. de 6 a 10 anos
 4. mais de 10 anos
8. Tempo de atuação na rede SUS em Juiz de Fora:
 1. menos de 1 ano
 2. de 1 a 5 anos
 3. de 6 a 10 anos
 4. mais de 10 anos
9. Tipo de vínculo empregatício:
 1. contratado
 2. concursado
10. Você já participou de alguma capacitação para manejo da sífilis e HIV na gestação?
 0. não
 1. sim, para sífilis e HIV em eventos separados
 2. sim, para sífilis e HIV em um mesmo evento
 3. sim, apenas para sífilis
 4. sim, apenas para HIV
11. Se sim, que tipo de treinamento?
 1. treinamento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
 2. treinamento promovido pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
 3. treinamento promovido pelo Ministério da Saúde
 4. treinamento promovido pela UFJF
 5. treinamento promovido por entidades médicas (CRM-MG, SGOMG...)
 6. Congressos científicos

7. () outros. Qual?
12. Se sim, quando foi o último evento de capacitação?
1. () menos de 1 ano
 2. () de 1 a 5 anos
 3. () de 6 a 10 anos
 4. () mais de 10 anos
 5. () não sei informar/não me lembro
13. Se sim, você acredita que na época que estes eventos acontecerem, eles contribuíram com o seu conhecimento e melhoraram suas habilidades para atendimento às gestantes, visando a prevenção da TMF da sífilis e do HIV durante a gestação?
1. () Sim, para o HIV
 2. () Sim, para sífilis
 3. () Sim para HIV e sífilis
 4. () Não
 5. () Não me lembro/ Não sei informar

III- Caracterização da UAPS:

14. Qual a composição da equipe desta UAPS: *Nota: Você pode assinalar mais de uma opção.*
1. () médico
 2. () enfermeiro
 3. () ACS
 4. () dentista
 5. () assistente social
 6. () auxiliar de enfermagem
 7. () outros:
15. Nesta Unidade, o atendimento pré-natal é geralmente realizado por:
1. () somente médicos
 2. () somente enfermeiros
 3. () intercala médico e enfermeiro
16. Nesta UBS há estratégias para captação precoce da gestante?
0. () Não
 1. () Sim. Qual(is)?
17. Nesta unidade após cada consulta, a gestante tem a sua próxima consulta agendada?
0. () Nunca
 1. () As vezes
 3. () Sempre
18. Nesta unidade há algum mecanismo de busca das gestantes faltosas na assistência pré-natal?
0. () Não
 1. () Sim. Qual(is)?
19. Há atividades de educação em saúde, programadas durante a gestação, que abordam a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) incluindo HIV e sífilis?
0. () Não
 1. () Sim, somente para sífilis
 2. () Sim, somente para o HIV
 3. () Sim, para sífilis e HIV

Se a marcação for 0, 1 ou 2 = Justifique sua resposta no espaço abaixo:

20. Os parceiros são incluídos nestas atividades?
0. () Não
 1. () Sim

21. Quem realiza as atividades? *Nota: Você pode assinalar mais de uma opção*
0. Médico
 1. Enfermeiro
 3. Médico e enfermeiro
 4. Outros profissionais:
22. Nos últimos 6 meses faltou em algum momento preservativos?
0. Não
 1. Sim
23. Na UBS há material afixado referente a prevenção da TMF de sífilis e HIV (ou referente a prevenção de ISTs)?
0. Não
 1. Sim
24. Há material informativo referente à prevenção da TMF de sífilis e HIV (ou referente a prevenção de ISTs) para ser disponibilizado à gestante?
0. Não
 1. Sim
25. Há protocolo de prevenção e manejo da TMF da sífilis e HIV, disponível para consulta nos locais de atendimento?
0. Não
 1. Sim
26. Gestantes são preferenciais para a marcação de exames?
0. Não
 1. Sim
27. A coleta de exames é realizada na própria UAPS?
0. Não
 1. Sim
28. Como se dá o retorno do resultado à UBS? *Nota: Você pode assinalar mais de uma opção*
0. Em papel impresso, via mensageiro
 1. Via internet
 2. A própria gestante trás o resultado
 3. Outro:
29. Qual a média de tempo de retorno dos resultados das sorologias para sífilis e HIV, solicitadas para as gestantes, à UBS ?
1. 10 a 15 dias
 2. 15 a 20 dias
 3. De 20 a 30 dias
 4. mais de 30 dias
 5. não sei informar
30. Há registro do fluxo que direciona a realização dos exames laboratoriais?
0. Não
 1. Sim
31. Nos últimos seis meses faltou em algum momento, testes sorológicos para o diagnóstico de sífilis e HIV na gestação?
1. Não para ambos
 2. Sim, para ambos
 3. Sim para sífilis
 4. Sim para HIV

32. Há Penicilina G Benzatina disponível na farmácia desta UBS?
0. Não
1. Sim
33. A Penicilina G Benzatina é aplicada nesta UBS?
0. Não
1. Sim
2. As vezes
34. Em algum momento nos últimos 6 meses faltou P. G Benzatina para tratamento da sífilis na gestante?
0. Não
1. Sim
35. Em algum momento nos últimos 6 meses faltou P. G Benzatina para o tratamento dos parceiros da gestante com sífilis?
0. Não
1. Sim
36. Há registro de fluxo que direcione o tratamento das gestantes com sífilis e parceria sexual?
0. Não
1. Sim, somente gestantes
2. Sim, gestantes e parceiros
37. Nesta unidade há algum mecanismo de abordagem/convocação de parceiros das gestantes com sífilis:
0. Não
1. Sim. Qual(is)?
2. Não sei informar
38. Nesta unidade, o atendimento a parceiros de gestantes com sífilis ou outras IST é feito:
Nota: Você pode assinalar mais de uma opção
1. pelo pré-natalista
2. por outro médico da unidade de saúde
3. por médico de outra unidade
4. não existe fluxo de atendimento definido
5. outro. Qual?
6. não sei informar
39. Como a equipe se organiza para realizar a notificação dos agravos `VE`?
1. a notificação é feita pelo próprio profissional de saúde que realiza o atendimento
2. Há a determinação de um profissional específico. Qual:
3. Não houve esta definição nas reuniões de equipe
4. Outro:
40. Há registro do fluxo que direciona a notificação de agravos à VE?
0. Não
1. Sim
41. Há recebimento de informação sobre os dados referentes aos agravos notificados à VE?
0. Não
1. Sim
42. Em algum momento nos últimos 6 meses faltou fichas de notificação de agravos de notificação?
0. Não
1. Sim
43. Há utilização do registro dos casos notificados à VE, nesta UBS, (número e tipo de agravo de notificação), para a reorganização do trabalho, nas reuniões de equipe?
0. Não
1. Sim

IV- Em relação à assistência às gestantes durante o pré-natal realizado na UBS, visando a redução da TMF da sífilis e do HIV: sugestões de melhorias e capacitação

44. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência às gestantes durante o pré-natal realizado nas UBS, visando a redução da TMF da sífilis e do HIV? *Nota: você pode assinalar mais de uma opção.*

1. () Acesso à informação sobre os casos de HIV em gestantes e de AIDS em crianças, ocorridos na cidade
2. () Acesso à informação sobre os casos de sífilis em gestantes e de sífilis congênita, ocorridos na cidade
3. () Treinamento em aconselhamento sobre IST/AIDS
4. () Treinamento em educação em saúde, para abordagem da prevenção de IST/AIDS
5. () Treinamento sobre o diagnóstico da infecção pelo HIV durante o pré-natal
6. () Treinamento sobre diagnóstico da sífilis durante o pré-natal
7. () Penicilina G Benzatina estar disponível na Farmácia da UBS
8. () Penicilina G Benzatina ser aplicada na UBS
9. () Melhoria da referência e contra-referência das gestantes HIV+
10. () Melhoria da referência e contra-referência das gestantes com sífilis
10. () Estratégias para facilitar o diagnóstico e tratamento dos parceiros
11. () Outros:
12. () Não sei informar

45. Na sua opinião qual seria a melhor estratégia para capacitação dos profissionais da rede em relação à prevenção da TMF da sífilis e do HIV durante a gestação?

Nota: você pode assinalar mais de uma opção.

1. () treinamentos curtos, frequentes, no próprio serviço
2. () treinamentos curtos, frequentes, fora do serviço
3. () treinamentos de maior duração, no próprio serviço
4. () treinamentos de maior duração, fora do serviço
5. () outras modalidades de treinamento. Quais?
6. () Não sei informar

Agradeço a sua participação!

APÊNDICE F – Roteiro para checklist nas UBS

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Projeto: Avaliação das ações de prevenção da transmissão de mãe para filho da sífilis na assistência pré-natal, na atenção primária à saúde, no município de Juiz de Fora.

ROTEIRO *CHEKLIST* UBS (Nº:)

I- Identificação do roteiro

1. Data do <i>checklist</i> :	2. Código da UAPS:
3. Responsável pela coleta dados:	4. Data da revisão:
5. Data da digitação:	

II- Checklist

6. Material informativo afixado referente à prevenção da TMF da sífilis ou prevenção de ISTs 0. () Não 1. () Sim	
7. Material informativo referente à prevenção da TMF da sífilis ou prevenção de ISTs para ser disponibilizado à gestante 0. () Não 1. () Sim	
8. Protocolo de prevenção e manejo da TMF da sífilis, disponível para consulta 0. () Não 1. () Sim	
9. Disponibilidade de preservativo (masculino ou feminino) 0. () Não 1. () Sim Forma de acesso:	
10. Registro de atividades de educação em saúde, com abordagem da prevenção de sífilis e outras IST durante a gestação. 0. () Não 1. () Sim	
11.	
12. Registro de fluxo que direcione a realização dos exames laboratoriais 0. () Não 1. () Sim	
13. Disponibilidade de Penicilina G Benzatina na Farmácia 0. () Não 1. () Sim	
14. Registro de fluxo que direcione o tratamento das gestantes com sífilis 0. () Não 1. () Sim	
15. Registro de fluxo que direcione o tratamento da parceria sexual das gestantes com sífilis. 0. () Não 1. () Sim	

16. Disponibilidade de fichas de investigação de sífilis em gestantes 0. () Não 1. () Sim	
17. Registro de fluxo que direciona a notificação de agravos à VE 0. () Não 1. () Sim	

APÊNDICE G – Manual de campo para entrevista estruturada com as puérperas

MANUAL DE CAMPO – ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM PUÉRPERAS

1. Descrição do estudo:

A transmissão de mãe para filho (TMF) do *Treponema pallidum*, podem resultar em graves consequências para a saúde da criança. A sífilis congênita (SC) pode ser evitada, pois existem intervenções efetivas para a prevenção, baseadas em protocolos assistenciais bem estabelecidos, os exames diagnósticos são de fácil interpretação e os recursos para diagnóstico e tratamento estão disponíveis na Rede de Atenção à Saúde. No entanto, a SC continua a ser um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O pré-natal constitui momento operativo em que falhas na prevenção e manejo da sífilis na gestação podem significar caso de SC. A Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) preconizam como meta de eliminação da SC como problema de saúde pública, uma incidência menor ou igual a 0,5 caso/1000 NV. Na cidade de Juiz de Fora em 2014, a taxa de incidência (por 1000 nascido vivos) de SC em menores de um ano foi de 10,0. Esse valor é 20 vezes superior à meta de eliminação proposta pelo MS.

Este estudo tem como objetivo geral, avaliar a implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Juiz de Fora, visando a melhoria do programa. Os objetivos específicos são: (1) Verificar o grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal em relação aos componentes de prevenção, assistência e vigilância; (2) Analisar os fatores do ambiente da implementação associados ao grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis; (3) Identificar fatores facilitadores e obstáculos à implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis;

Será realizado uma pesquisa avaliativa, não experimental, com abordagem de processo e com foco na melhoria das ações de prevenção. O Desenho da avaliação envolve triangulação e complementariedade: técnicas qualitativas e quantitativas; dados de fontes primária e secundária; e o desenho metodológico envolverá: um estudo transversal, que compreende as análises de: A) entrevistas com mulheres no pós parto, pós curetagem ou aborto; B) cartões de pré-natal; C) dados dos prontuários das mulheres no pós parto, pós curetagem ou aborto; D) entrevistas com profissionais de saúde (supervisores) das UBS.

Equipe envolvida

Pesquisadora principal: Ana Lúcia de Lima Guedes

Pesquisadores colaboradores: Daniela Cristina Guimarães, Diego Junqueira Sarkis

Bolsistas de iniciação científica-UFJF: Camila Delgado, Tamiris Tiango

Orientadores: Luiz Cláudio Ribeiro, Sabrina Paiva

2. Seções do roteiro

O roteiro está dividido em 10 seções. As oito primeiras fazem parte da entrevista e as duas últimas referem-se a coleta de dados secundários nos cartões de pré-natal, prontuários médicos, resultado de exames laboratoriais e receituários médicos.

2.1. Identificação do roteiro

Consta o nome da Unidade, número de prontuário da puérpera, número de prontuário do recém nascido, nome do entrevistador, data da entrevista, datas da primeira e segunda revisões, data da digitação, hora de início da entrevista, e dados do local de realização do pré-natal (serviço, região sanitária e características da UBS).

Na questão 11 pode ser assinalada mais de uma questão. As mulheres que não foram diagnosticadas com sífilis durante a gestação e que fizeram pré-natal na UBS e em outros serviços, mesmo que mantenham o pré-natal na APS não serão incluídas, pela dificuldade de diferenciar as condutas de prevenção realizadas na APS, de outros locais de realização do pré-natal. Para aquelas com diagnóstico de sífilis na gestação, como a sífilis está entre os fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco, serão selecionadas aquelas que fizeram todo o pré-natal ou parte dele na APS e analisado a integralidade da atenção.

2.2. Antecedentes obstétricos

Nesta seção são obtidas informações sobre a vida reprodutiva, como: total de gestações, idade na primeira gestação, realização de pré-natal em gestação anterior, número de filhos vivos ou mortos, filhos com prematuridade ou baixo peso ao nascer, filhos com diagnóstico de SC, história de abortos, sífilis em gestação anterior, tipos de parto.

2.3. História da gestação atual

Nesta seção são obtidas informações relacionadas ao comportamento sexual e ao conhecimento de alguns aspectos sobre o pré-natal realizado na gestação atual. São informações úteis na avaliação de comportamentos de risco para aquisição de sífilis, identificação de possíveis causas para não realização ou início tardio do pré-natal, avaliação de alguns aspectos da qualidade do pré-natal. O comportamento sexual durante gestação é evidenciado pelo número de parceiros e uso de preservativo. O conhecimento sobre o pré-natal engloba número de consultas, idade gestacional da primeira consulta, motivos para a não realização ou início tardio do pré-natal, prioridade para agendamento de consultas, aconselhamentos durante o pré-natal sobre HIV e sífilis, participação do parceiro no pré-natal, uso de bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas.

2.4. Manejo da sífilis na gestação

Nesta seção os dados colhidos permitirão verificar se as estratégias para controle da SC, preconizadas pelo MS, foram seguidas; e caso não, pontuá-las. Visam também contribuir para a análise da integralidade das ações de prevenção da TMF da sífilis, com a atenção ao pré-natal em relação à organização dos serviços e “boas práticas” dos profissionais de saúde.

Inicialmente, busca-se saber o conhecimento da puérpera sobre as formas de transmissão da sífilis e como ela adquiriu estas informações. Será considerado conhecimento adequado, quando todos os itens da questão 54 forem respondidos corretamente. A triagem para sífilis é verificada através da solicitação de exames na primeira consulta de pré-natal, idade gestacional das solicitações, número de testes realizados, quais foram os resultados, quais os motivos para a não realização dos testes solicitados, tempo médio entre a coleta de sangue e conhecimento do resultado e a realização de VDRL de controle após o término de tratamento. Para as gestantes com resultados reagentes, na tentativa de determinar a classificação clínica da sífilis, serão realizadas perguntas sobre sinais e sintomas sugestivos de sífilis, que a mulher possa ter tido durante ou antes da gestação. Será considerado para a sífilis primária o cancro duro (lesão ulcerada e indolor em ânus, vagina ou boca); para a sífilis secundária (lesões cutâneo-mucosas como roséolas sífilides papulosas, exantemas máculo-papulares, condiloma plano, alopecia) que podem associar-se a febre e adenomegalias; para sífilis terciária lesões cutâneo mucosas (tubérculos e gomas), alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência), alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico) e alterações ósseas e articulares; e para a sífilis latente a ausência de sintomas, com diagnóstico obtido apenas por meio de reações sorológicas (latente recente, até um ano de evolução; latente tardia a partir de um ano de evolução e latente de duração ignorada quando não for possível determinar o tempo de evolução).

Para a verificação dos aconselhamentos pré e pós teste, será checado se houve explicação para todas as mulheres sobre riscos da sífilis para mulher e bebê; para aquelas com diagnóstico de sífilis, se foi enfatizado o uso de preservativo e se houve dificuldades para aquisição de preservativo na UBS.

Com as gestantes reagentes para sífilis, será verificado se foi prescrito tratamento, se a prescrição foi adequada para a fase clínica, se foi realizado o tratamento, quais os motivos para a não realização do tratamento, local de aquisição e aplicação do Benzetacil. Também verificar-se-á se houve necessidade de retratamento e quais as indicações para o retratamento.

Será verificada se foi realizada a abordagem do parceiro através da solicitação de testes sorológicos e prescrição de tratamento.

Se houver encaminhamento da gestante para ambulatório especializado, verificar-se-á quem realizou a marcação, o tempo entre o encaminhamento e a primeira consulta, se houve manutenção das consultas de pré-natal na UBS e se o tratamento para sífilis foi iniciado antes do encaminhamento.

2.5. Manejo do HIV na gestação

Nesta seção, os dados colhidos permitirão verificar se as estratégias para controle da TMF do HIV, preconizadas pelo MS, integradas às estratégias para controle da SC foram seguidas; e caso não, pontuá-las. Visam também contribuir para a análise da integralidade das ações de prevenção da TMF do HIV e sífilis, com a atenção ao pré-natal em relação à organização dos serviços e “boas práticas” dos profissionais de saúde.

Inicialmente, busca-se saber o conhecimento da puérpera sobre as formas de transmissão do vírus da AIDS e como ela adquiriu estas informações. Será considerado conhecimento adequado, quando todos os itens da questão 117 forem respondidos corretamente. A triagem para HIV é verificada através da idade gestacional das solicitações, número de testes realizados, resultados dos testes, tempo entre a coleta de sangue e conhecimento do resultado, motivos para os testes solicitados não serem realizados.

Para a verificação dos aconselhamentos pré e pós teste, será checado se houve explicação sobre os riscos do HIV para mãe e bebê e se nestas conversas foi incluído a sífilis.

Se houver encaminhamento da gestante para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), verificar-se-á quem realizou a marcação, o tempo entre o encaminhamento e a primeira consulta e se houve manutenção das consultas de pré-natal na UBS.

2.6. História Progressiva de infecções sexualmente transmissíveis (IST)

O propósito desta seção é caracterizar a existência de sífilis e de outras IST na gestação atual ou anteriores. A abordagem das IST será através do conceito sindrômico. Dados da coleta: idade da menarca e de início de relação sexual com homens, história de sífilis progressiva e tratamento realizado, história de parceiro sexual com sífilis e tratamento realizado, história atual ou progressiva de úlceras/corrimento/verrugas genitais, diagnóstico estabelecido atual ou progresso de herpes genital/anal, cancro mole, gonorréia, infecção por clamídia, linfogranuloma venéreo e/ou condiloma

2.7. Identificação da mulher e dados sócio-demográficos

As informações permitirão caracterizar o perfil sócio demográfico das gestantes. Esta seção foi colocada no final do questionário, devido serem questões cansativas, mas que requerem menor esforço de memória da entrevistada; e por supor que neste momento há uma maior ambientação da entrevistada com o entrevistador. Dados da coleta: idade, local de residência e telefone para contato, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, ocupação, renda, nível sócio-econômico. Para a classificação de renda, será utilizado o critério da SAE (Secretaria de Assuntos Estratégicos) do Governo Federal do Brasil que utiliza a renda bruta domiciliar per capita, aplicada ao critério de vulnerabilidade. Para a construção deste indicador serão utilizadas as questões de 130 a 133. A classificação sócio-econômica será realizada segundo o novo Critério Brasil, vigente a partir de 2015, utilizando um classificador simplificado que leva em consideração o grau de instrução do chefe da família e acesso a bens e serviços públicos. Para a construção deste indicador serão utilizadas as questões de 134 a 147.

2.8. Campo para ser preenchido pelo entrevistador ao final da entrevista

O propósito desta seção é registrar questões que podem surgir durante a entrevista e que não foram contempladas no questionário e observações do entrevistador sobre a cooperação da entrevistada.

2.9. Cartão da gestante Esta parte deverá ser preenchida antes da entrevista. Objetiva complementar informações sobre o pré-natal atual que possam não ser lembradas corretamente pelas mulheres e verificar a qualidade das informações no cartão da gestante. Pode repetir questões da entrevista.

2.10. Questões que devem ser obtidas do prontuário desta internação

Esta parte deverá ser preenchida antes da entrevista. Objetiva complementar informações sobre o pré-natal atual, tipo de parto, condição do feto e se há registros dos testes de triagem para sífilis e HIV no parto, puerpério ou pós aborto ou curetagem.

2.11 Resultado de exames laboratoriais de posse da mulher, e os resultados no parto e puerpério. Nos exames laboratoriais que estiverem de posse da mulher, atentar para as datas de solicitação, coleta, liberação e impressão dos exames sorológicos para HIV e sífilis.

2.12. Prescrições para o tratamento da sífilis durante a gestação, de posse da mulher. Atentar para o registro de datas, esquemas prescritos, e doses e intervalos entre as doses.

2.13. Questões de preenchimento pelo supervisor

Questões 72 a 78- Referem-se ao diagnóstico sorológico de sífilis durante a gestação. Devem ser preenchidas com dados já colhidos em questões anteriores

Questão 82- Classificação clínica da sífilis durante a gestação: serão analisados dados clínicos, epidemiológicos e sorológicos. Preencher após a análise das questões 81, 39, 63, 71, 141 a 149.

Questão 92- Indicações para retratamento: seguiu-se como referência para avaliar as indicações do retratamento, as orientações contidas no PCDT 2018. Quando as indicações para o retratamento não se enquadrarem nas opções descritas, marque a opção sete e descreva a indicação registrada. Quando não houver este registro, complete a opção sete com o número 51, correspondente a não registrado. Se houver presença de critérios para retratamento pesquise se houve investigação de sintomas neurológicos e/ou oftalmológicos e reexposição sexual de risco e anote no Diário de campo.

Questão 108- Os critérios para a classificação do tratamento materno em adequado ou inadequado, no sentido de prevenir a TMF da sífilis, foram retirados das orientações contidas no PCDT 2018. Se o parceiro, mesmo que tenha sorologia negativa, não tiver recebido dose de 2400.00 UI, concomitante à gestante, considerar como tratamento inadequado.

Questões 131 a 134- Referem-se ao diagnóstico sorológico de HIV durante a gestação. Devem ser preenchidas com dados já colhidos em questões anteriores

3. Entrevistas/coleta de dados

Serão realizadas entrevistas com 400 mulheres (no pós parto, pós aborto ou curetagem), utilizando um roteiro estruturado. A alocação da amostra será feita nas maternidades incluídas no projeto (SCMJF, HRJP, HMTJ e HSVP), e a coleta será realizada em dias consecutivos, pois a sequência não afeta a probabilidade da inclusão das mulheres no estudo.

Ao chegar às maternidades, após cumprimentar a equipe de plantão, o entrevistador deverá inicialmente fazer uma triagem das mulheres (quantas estão no puerpério, no pós aborto ou curetagem). Para isto fazer uma checagem dos leitos da enfermaria e do Centro de Parto Normal. Posteriormente uma segunda triagem deverá ser realizada através do prontuário da mulher e de abordagem individual, para selecionar aquelas residentes em Juiz de Fora e que realizaram pré-natal nas UBS. Para as mulheres que tiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação serão selecionadas aquelas que fizeram todo o pré-natal ou parte dele na APS. Não serão entrevistadas puérperas no pós parto imediato, em consideração ao provável cansaço apresentado imediatamente após os procedimentos relacionados à parturição. Na coleta de dados em dias consecutivos, mulheres não entrevistadas na véspera serão convidadas a participar.

As mulheres que não entrarem nos critérios de inclusão ou apresentarem critérios de exclusão, deverão ser identificadas no diário de campo, com identificação da maternidade, nome da puérpera, prontuário, e justificativa para não realização da entrevista. Para aquelas que preencherem os critérios de inclusão e não tiverem critérios para exclusão deve ser explicado que, devido ao aumento do número de crianças nascidas com SC, uma doença que é muito grave para os bebês e que pode ser prevenida durante o pré-natal; estamos realizando uma entrevista com as mulheres residentes em Juiz de Fora e que realizaram pré-natal nas UBS para sabermos dados sobre o pré-natal, referentes à prevenção da SC. Também deve ser explicado que esta entrevista é feita tanto com as mulheres que tiveram sífilis na gestação quanto com aquelas que não tiveram sífilis e que, contamos com a colaboração de todas as

mulheres para conhecermos melhor este problema com o intuito de ajudar a eliminá-lo. A partir do aceite da mulher, explique a ela que a sua participação implica em responder um questionário e copiarmos dados do seu cartão de pré-natal, de resultados de exames solicitados durante o pré-natal e, se ela for VDRL reagente, cópia de receituários médicos. Após solicitar à mulher os exames e receituários médicos que ela esteja de posse, copie os dados para o roteiro de entrevista. Também copie para o roteiro de entrevista os dados registrados no cartão de pré-natal e os exames sorológicos para HIV e sífilis realizados durante a internação para o parto ou aborto. A rotina nas maternidades credenciadas na rede SUS já prevê a testagem para HIV e sífilis; a primeira através de teste rápido, antes do parto, e a segunda no pré-parto ou puerpério. O entrevistador checará a realização destes exames e, caso tenha ocorrido falhas, avisará ao corpo clínico da instituição para assegurar que seja oferecido testes sorológicos para a mulher. Após isto retorne ao leito da mulher e a convide para dirigir-se a uma sala reservada, para que a entrevista seja realizada com privacidade.

Serão realizadas entrevistas individuais, face a face. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora principal, pesquisadores colaboradores e alunos bolsistas treinados pela pesquisadora principal; diariamente, incluindo fins de semana e feriados. Há uma estimativa de coleta de aproximadamente 30 a 35 entrevistas por semana. Ao iniciar a abordagem das puérperas o entrevistador deve tentar manter uma relação de empatia e de conforto junto à entrevistada. Para isto, sugere-se um pequeno diálogo antes de iniciar as perguntas. Inicialmente o entrevistador deve cumprimentar a entrevistada e apresentar-se novamente. O diálogo inicial deve necessariamente abordar alguns pontos: (a) falar do projeto em geral, dos objetivos da pesquisa e sobre a importância da colaboração da entrevistada. As informações devem ser dadas de forma simples mas claras sobre o estudo, para que se possa estimular o interesse e a colaboração; (b) explicar que a participação é voluntária, no entanto é crucial que se ressalte a importância da pesquisa na tentativa de melhorias da qualidade da saúde materno-infantil; (c) assegurar às entrevistadas que suas respostas serão confidenciais e que a sua identidade será tratada com sigilo e confidencialidade, e que ninguém alheio à pesquisa verá seu nome associado às respostas dadas; (d) a possibilidade de suspender a participação no estudo, em qualquer etapa do mesmo, bastando para isto, a comunicação com o pesquisador. Somente após isto, será realizado a leitura e solicitado a assinatura do TCLE. A assinatura do TCLE deverá ser feita em duas unidades; uma ficará com o entrevistador e a outra deverá ser entregue à mulher. O entrevistador deve dar todos os esclarecimentos que forem necessários. A coleta de dados só se realizará após a assinatura do TCLE. A sala de entrevista deve conter ao mínimo duas cadeiras.

Ao iniciar a entrevista, alguns esclarecimentos serão realizados à entrevistada: (a) será informado que poderá haver perguntas aparentemente muito óbvias ou não aplicáveis ao seu caso ou situação, pois o questionário foi desenhado para abordar um amplo número de casos e situações; (b) será pedido para colaborar respondendo a todas as perguntas; (c) será lembrado que algumas perguntas de ordem pessoais, tais como práticas sexuais, serão feitas, e será assegurado novamente que as respostas são confidenciais e que o seu nome não aparecerá junto das respostas e não haverá o conhecimento das mesmas pelos parceiros; (d) será dito às mulheres que sempre que não entenderem uma pergunta, elas terão a liberdade de pedirem para repetir, quantas vezes forem necessárias para seu entendimento.

Todas as perguntas devem ter as respostas assinaladas a lápis no questionário. Logo após terminar a entrevista, o questionário será revisado pelo entrevistador para certificar-se que o preenchimento se deu de forma acurada e completamente. Após rever todas as perguntas, será passado caneta azul nas repostas. A coluna da lateral à direita será reservada para preenchimento do revisor, para posterior digitação. Pode haver incongruências entre o que está registrado no cartão de pré-natal e exames laboratoriais, e o que for dito pela mulher; devido a isto, há locais diferentes no questionário para o preenchimento de ambas as informações. Inicialmente será feita a opção pelo que está registrado. Em casos de dúvidas, será feita a revisão junto com os orientadores, analisando caso a caso.

Ao finalizar a entrevista deve-se agradecer à entrevistada, demonstrando reconhecimento pela sua participação. Se você pegou os exames laboratoriais, receitas médicas e cartão de pré-natal com a mulher, devolva-os agradecendo novamente por sua colaboração. Se os exames e cartão de pré-natal estavam junto ao prontuário, coloque-os onde você os retirou.

Diariamente, após a coleta da última entrevista, checar o número de questionários preenchidos e TCLE, transferir o TCLE para a pasta de “TCLE já preenchido” e os questionários preenchidos e conferidos para a pasta identificada como “para o digitador”. A cada semana a pesquisadora principal fará a conferência das pastas de “TCLE já preenchido”, da pasta “para o digitador”, dos diários de campo

e das puérperas que foram excluídas. A pasta “TCLE já preenchido” será guardada na casa da pesquisadora principal e a pasta “para o digitador” será entregue para digitação. Haverá uma comunicação direta da pesquisadora principal, pesquisadores colaboradores e alunos bolsistas através de um grupo do Whatzap, intitulado “Projeto Prevenção de SC”.

Uma bolsa com os materiais necessários para a coleta de dados deve ser preparada na véspera de cada dia.

Materiais necessários para cada dia de coleta de dados (com extras):

- A. TCLE: 20 cópias
 - B. Questionários: 10 cópias
 - C. Uma bolsa pequena contendo: lápis, borracha, apontador, canetas (vermelha, azul, preta), calculadora, caneta marca texto, um grampeador pequeno, clips
 - D. Prancheta: uma unidade
 - E. Pastas plásticas com elástico: quatro (uma para guardar o TCLE sem preencher, uma para guardar o TCLE preenchido, uma para guardar o questionário em branco, uma para guardar o questionário preenchido)
 - F. Almofada coletora de impressão digital, com tinta: uma unidade
 - G. Garrafa coletora de água filtrada: uma unidade
 - H. Caderno de Diário de Campo
 - I. Lanche rápido
4. Diário de campo: uma unidade
- A. A cada dia, datar o dia da semana e o dia do mês.
 - B. Identificar a maternidade de coleta dos dados (no cabeçalho), a cada grupo de entrevistas
 - C. Se houverem observações, estas devem ser identificadas com clareza: sobre quem a informação foi coletada (ex: nome da puérpera), local da coleta (ex: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora), hora (10:30 h).
 - D. Identificar as mulheres com critérios de exclusão ou que negaram a participar do estudo: identificação da maternidade, nome da mulher, número do prontuário e justificativa para não realização da entrevista (descrever qual critério de exclusão, não assinatura do TCLE, negou a participar ...)
 - E. Identificar as mulheres que estão no puerpério, no pós aborto ou curetagem
 - F. Descrever observações sobre o ambiente da coleta: calmo, limpo, muito quente...
 - G. Em relação à entrevista com as mulheres:
 - i. Descrever a atitude de cada mulher frente a entrevista: tranquila, ansiosa, receio ao assinar o TCLE, dificuldade de entender as perguntas ...
 - ii. Registrar o que foi observado e também as impressões e/ou comentários. A percepção, a intuição que o pesquisador tem na hora de determinadas falas da puérpera, devem ser descritas. Esta descrição pode ser feita através de palavras ou um desenho que capture este *insight*.
 - iii. Registrar o que não foi falado: a linguagem gestual, as expressões faciais, se houve choro ou riso...
 - H. Sempre estabelecer no texto a diferença entre o que foi observado, das impressões e/ou comentários (reflexão do pesquisador)
 - I. Procure fazer os registros imediatamente após o acontecido, ou no máximo anterior à coleta do dia posterior.
 - J. Anotar tudo que acontecer de inesperado: sobre a técnica e/ou instrumento de coleta, sobre o ambiente, sobre a puérpera, sobre o pesquisador...
 - K. Qualquer conversação (do pesquisador consigo mesmo) deve ser anotada.

5. TCLE

O TCLE poderá ser lido em voz alta, junto com a mulher ou a leitura ser feita por ela. A coleta de dados só será realizada após a assinatura do TCLE, que deverá ser realizada em duas vias (uma ficará com a mulher e a outra com o pesquisador). Para as entrevistadas que não souberem assinar o nome, será colhida a impressão digital. Para aquelas que negarem assinar o TCLE, explicar novamente os

objetivos da pesquisa e reforçar a confidencialidade dos dados. Se a negação permanecer, agradecer à mulher e encerrar a entrevista.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“Avaliação da ações de prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV e sífilis, na assistência pré-natal, na atenção primária à Saúde, no município de Juiz de Fora”**. Nesta pesquisa pretendemos “Avaliar a prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV e sífilis, na assistência ao pré-natal nas Unidades de Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora, visando contribuir para a prevenção destas duas doenças”. O motivo que nos leva a estudar a prevenção destas duas doenças é que elas podem causar sérios problemas para a saúde da mulher e criança, e podem ser prevenidas com ações simples e baratas, realizadas durante o pré-natal.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A Sra terá que responder algumas perguntas feitas através de uma entrevista e também copiarei dados do seu cartão de pré-natal. Os riscos envolvidos na pesquisa são da Sra ser identificada considerando que as informações serão coletadas por gravação de voz, e também a identificação do seu nome. No entanto, todos os esforços serão empreendidos para a garantia da confidencialidade, segurança da informação coletada e da não-identificação dos participantes do estudo. A sua participação na pesquisa não trará qualquer benefício direto mas proporcionará um conhecimento à respeito da prevenção da sífilis e do HIV de TMF em Juiz de Fora, que poderá beneficiar outras crianças e suas famílias, alertando os profissionais de saúde a respeito de uma doença que pode ser prevenida com o tratamento adequado da gestante.

Para participar deste estudo a Sra não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra tem assegurado o direito a indenização. A Sra terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra é atendida. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Pós Graduação em Saúde coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Avaliação da ações de prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV e sífilis, na assistência pré-natal, na atenção primária à Saúde, no município de Juiz de Fora”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Lúcia de Lima Guedes
Endereço: Av Eugênio Nascimento s/ número Bairro Dom Bosco
CEP: 36038-330 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 999794822 E-mail: ana.guedes@ufjf.edu.br

APÊNDICE H – Manual de campo para entrevista semiestruturada com as puérperas

MANUAL DE CAMPO – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PUÉRPERAS COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

1. Descrição do estudo:

A transmissão de mãe para filho (TMF) do *Treponema pallidum*, pode resultar em graves consequências para a saúde da criança. A sífilis congênita (SC) pode ser evitada, pois existem intervenções efetivas para a prevenção, baseadas em protocolos assistenciais bem estabelecidos, os exames diagnósticos são de fácil interpretação e os recursos para diagnóstico e tratamento estão disponíveis na Rede de Atenção à Saúde. No entanto, a TMF da sífilis continua a ser um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O pré-natal constitui momento operativo em que falhas na prevenção e manejo do HIV e da sífilis na gestação podem significar caso de SC. A Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) preconizam como meta de eliminação da SC como problema de saúde pública, uma incidência menor ou igual a 0,5 caso/1000 NV. Na cidade de Juiz de Fora em 2014, a taxa de incidência (por 1000 nascido vivos) de SC em menores de um ano foi de 10,0, neste mesmo período; valor 20 vezes superior a meta de eliminação proposta pelo MS.

Este estudo tem como objetivo geral, avaliar a implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Juiz de Fora, visando a melhoria do programa. Os objetivos específicos são: (1) Verificar o grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal em relação aos componentes de prevenção (educação em saúde e aconselhamentos), assistência (diagnóstico e tratamento) e vigilância (notificação dos casos); (2) Analisar os fatores dos contextos externo e interno associados ao grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis; (3) Identificar fatores facilitadores e obstáculos à implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis;

Será realizado uma pesquisa avaliativa, não experimental, com abordagem de processo e com foco na melhoria das ações de prevenção. O Desenho da avaliação envolve triangulação e complementariedade: técnicas qualitativas e quantitativas; dados de fontes primária e secundária; e o desenho metodológico envolverá duas abordagens:

(1) Estudo transversal, que compreende as análises de: A) entrevistas com puérperas; B) cartões de pré-natal; C) dados do prontuário da puérpera; D) entrevistas com profissionais de saúde (gerentes) das UAPS; (2) Revisão de prontuários de gestantes caso sífilis em 2017, que realizaram pré-natal nas UAPS em Juiz de Fora. A entrevista com puérperas utilizará dois instrumentos de coleta; um questionário estruturado para coleta de dados quantitativos, realizado com uma população de 439 mulheres e uma entrevista qualitativa com as mulheres reativas para sífilis durante a gestação, cuja amostra se dará por saturação teórica. A integralidade das ações de prevenção da TMF do HIV e sífilis será avaliada de forma transversal utilizando como referencial teórico MATOS (2004, 2009), por abordar a integralidade como a organização de um conjunto de ações referentes ao cuidado de um determinado agravo populacional. Nos sentidos dados por Matos (2004,2009) para a integralidade, configuram-se os programas de prevenção da TMF do HIV e sífilis, inseridos nas Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança; atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores do que se pode considerar boas práticas; e o da organização e integração dos serviços.

2. Equipe envolvida

Pesquisadora principal: Ana Lúcia de Lima Guedes
Pesquisadora colaboradora: Daniela Cristina Guimarães
Orientadores: Luiz Cláudio Ribeiro e Sabrina Paiva

3. Seções da entrevista

A entrevista está dividida em sete partes. A primeira parte é a identificação da entrevista. As primeiras três questões constituem a segunda parte e dizem respeito aos sentimentos da gestante ao descobrir que estava com sífilis e ao conhecimento, anterior à gestação atual, sobre sífilis e HIV. A terceira parte, questões de quatro a 11, diz respeito à educação em saúde e aconselhamentos realizados durante a gestação para sífilis e HIV. As questões 12 a 14, quarta parte da entrevista, abordam questões relacionadas ao diagnóstico de sífilis e HIV durante a gestação. A abordagem em relação ao tratamento da gestante com sífilis é realizada na quinta parte, questões 15 a 18. Como no município de Juiz de Fora, as gestantes soropositivas para o HIV são encaminhadas para o Serviço de Atenção Especializada da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (SAE-PMJF), a utilização de medicação antirretroviral e demais medidas assistenciais visando a redução da TMF do HIV não serão avaliadas neste estudo. A sexta parte, questões 19 a 23, diz respeito ao parceiro. E, por fim, questão 24, indaga-se a puérpera se há outras questões que ela gostaria de abordar em relação à sífilis e ao HIV.

3.1. Identificação do questionário

Consta o nome da puérpera, número de prontuário da puérpera, data da entrevista, nome do entrevistador, hora de início e término da entrevista, datas da transcrição e da revisão da transcrição, critérios de seleção da amostra.

3.2. Sentimento da puérpera em relação ao diagnóstico de sífilis e conhecimento prévio à gestação, sobre sífilis e HIV

Nesta seção são obtidas informações sobre como a gestante se sentiu, e o que pensou ao saber que estava com sífilis; e qual era seu conhecimento prévio à gestação sobre sífilis e HIV.

3.3. Conversas sobre sífilis e HIV durante a gestação

Nesta seção procura-se obter informações sobre as conversas sobre sífilis e HIV, individuais ou em grupo, realizadas durante o pré-natal. Procura-se apreender qual o entendimento da gestante em relação à sífilis e HIV, a partir destas conversas.

Antes de iniciar esta seção, checar a questão 37 do Questionário estruturado-puérperas. Ler a introdução desta seção para todas as mulheres, mesmo para as que responderam NÃO à questão 37. Permanecendo a negação, seguir para a pergunta sete na próxima seção.

3.4. Diagnóstico de sífilis e HIV durante a gestação

Nesta seção, a partir dos dados colhidos, pretende-se identificar a importância dada pela gestante em realizar os exames solicitados durante a gestação para detectar sífilis e HIV; se houve dificuldades para realizá-los e quais foram as dificuldades, e como foram realizados os aconselhamentos pós-teste.

Antes de iniciar esta seção, checar as questões 59, 60, 64, 65, 109, 111, 115, 117 do Questionário estruturado-puérperas.

3.5. Tratamento da gestante com sífilis

Nesta seção, procura-se obter das mulheres que realizaram o tratamento, o itinerário realizado desde a prescrição da Penicilina Benzatina pelo profissional de saúde, até a aplicação das injeções, e o que foi mais difícil na opinião dessas mulheres, para a realização do tratamento. Também procura-se identificar o conhecimento da puérpera sobre a importância do tratamento materno da sífilis durante a gestação para a prevenção da sífilis no bebê.

Antes de iniciar esta seção, checar as questões 81 a 88 do Questionário estruturado-puérperas.

3.6. Abordagem do parceiro

O propósito desta seção é obter das mulheres cujos parceiros realizaram tratamento, o itinerário realizado desde a prescrição da Penicilina Benzatina pelo profissional de saúde, até a aplicação das injeções pelos parceiros, e o que foi mais difícil na opinião das mesmas, para a realização do tratamento. Procura-se saber também a percepção da gestante sobre a importância do parceiro realizar o tratamento para a sífilis junto com a mulher durante a gestação.

Antes de iniciar esta seção, checar as questões 90 a 98 do Questionário estruturado-puérperas.

3.7. Questões que devem surgir a partir do interesse da gestante

4. TCLE

Confira a assinatura do TCLE quando da realização da entrevista estruturada.

5. Entrevistas/coleta de dados

A amostra para a coleta de dados qualitativos será selecionada a partir do universo da amostra de puérperas em que será aplicado um questionário estruturado.

Serão realizadas entrevista com puérperas, que preencherem os critérios de seleção da amostra (diagnóstico de sífilis durante a gestação) utilizando um roteiro de entrevista, semiestruturado. O número de mulheres entrevistadas será definido por saturação teórica e a entrada no estudo será proporcional à admissão dessas mulheres para o parto e puerpério.

Serão entrevistas individuais, face a face, em salas reservadas nas maternidades, gravadas em meio digital ou eletrônico. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora principal, incluindo finais de semana e feriados. Ao iniciar a abordagem das puérperas o entrevistador deve tentar manter uma relação de empatia e de conforto junto à entrevistada. Um pequeno diálogo já foi iniciado por ocasião da aplicação do questionário estruturado, em que alguns pontos foram abordados: (a) falou-se do projeto em geral, dos objetivos da pesquisa e sobre a importância da colaboração da entrevistada; (b) explicou-se que a participação é voluntária; (c) assegurou-se às entrevistadas que suas respostas seriam confidenciais e que a sua identidade seria tratada com sigilo e confidencialidade, e que ninguém alheio à pesquisa veria seu nome associado às respostas dadas; (d) assegurou-se a possibilidade de suspender a participação no estudo, em qualquer etapa do mesmo, bastando para isto, a comunicação com o pesquisador.

Neste momento, ressalte novamente a importância da pesquisa na tentativa de melhorias da qualidade da saúde materno-infantil. O entrevistador deve dar todos os esclarecimentos que forem necessários.

A sala de entrevista deve conter ao mínimo: duas cadeiras.

Ao iniciar a entrevista, alguns esclarecimentos serão realizados à entrevistada: (a) será informado que poderá haver perguntas aparentemente muito óbvias ou não aplicáveis ao seu caso ou situação, pois a entrevista foi desenhada para abordar um amplo número de casos e situações; (b) será pedido para colaborar respondendo a todas as perguntas; (c) assegurar que as respostas são confidenciais e que o seu nome não aparecerá junto das respostas; (d) será dito às puérperas que sempre que não entenderem uma pergunta, elas terão a liberdade de pedirem para repetir, quantas vezes forem necessárias para seu entendimento; (e) explicar à mulher que em nenhum momento será dito o seu nome durante a entrevista, visando o sigilo da sua identidade, e que a sua identificação será feita por um número.

O instrumento para gravar a voz será mostrado ao iniciar a entrevista (um ipad). No início da entrevista falar a data, hora e identificar a puérpera por um número (Ex: 25/03/2017, 15:00h, puérpera-3); e logo após o término será salvo a entrevista repetindo a data, hora de término e identificando-a com o mesmo número falado inicialmente (Ex: 25/03/2017, 15:40h, puérpera-3).

Logo após terminar a entrevista, escutar a gravação para certificar-se que não houve falhas e a mesma se deu de forma acurada e completamente. Após escutar a gravação, copie a mesma para uma pasta do Dropbox, denominada “Pasta de transcrições”. Na “Pasta de Transcrições” as entrevistas deverão ser salvas em pastas, por dia de coleta e identificadas com o dia da entrevista e número de identificação da mulher.

Ao finalizar a entrevista deve-se agradecer à entrevistada, demonstrando reconhecimento pela sua participação.

Diariamente, após a coleta da última entrevista qualitativa, checar o número de entrevistas realizadas e o número de gravações identificadas na “Pasta de Transcrições”.

Uma bolsa com os materiais necessários para a coleta de dados deve ser preparada na véspera de cada dia.

Materiais necessários para cada dia de coleta de dados (com extras):

- A. Roteiro para a entrevista semiestruturada: 5 cópias
 - B. Ipad: uma unidade
 - C. Gravador: uma unidade
 - D. Uma bolsa pequena contendo: lápis, borracha, apontador, canetas (vermelha, azul, preta), calculadora, caneta marca texto, um grampeador pequeno, clips
 - E. Prancheta: uma unidade
 - F. Pastas plástica com elástico: para guardar o roteiro da entrevista em branco
 - G. Almofada coletora de impressão digital, com tinta: uma unidade
 - H. Garrafa coletora de água filtrada: uma unidade
 - I. Copos descartáveis: 10 unidades
 - J. Caderno de Diário de Campo
 - K. Lanche rápido
6. Diário de campo: uma unidade
- A. Realizar uma síntese dos objetivos do dia (no cabeçalho)
 - B. A cada dia, datar o dia da semana e o dia do mês. As observações daquele dia devem ser identificadas com clareza: sobre quem a informação foi coletada (ex: puérpera 1), local da coleta (ex: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora), hora (10:30 h).
 - C. Descrever observações sobre o ambiente da coleta
 - D. Em relação à entrevista com as puérperas:
 - i. Descrever a atitude de cada puérpera frente a entrevista: tranquila, ansiosa, receio ao assinar o TCLE, dificuldade de entender as perguntas ...
 - ii. Registrar o que foi observado e também as impressões e/ou comentários. A percepção, a intuição que o pesquisador tem na hora de determinadas falas da puérpera, devem ser descritas. Esta descrição pode ser feita através de palavras ou um desenho que capture este *insight*.
 - iii. Registrar o que não foi falado: a linguagem gestual, as expressões faciais, se houve choro ou riso...
 - E. Sempre estabelecer no texto a diferença entre o que foi observado, das impressões e/ou comentários (reflexão do pesquisador)
 - F. Procure fazer os registros imediatamente após o acontecido, ou no máximo anterior à coleta do dia posterior.
 - G. Anotar tudo que acontecer de inesperado: sobre a técnica e/ou instrumento de coleta, sobre o ambiente, sobre a entrevistada, sobre o pesquisador...
 - H. Qualquer conversação (do pesquisador consigo mesmo) deve ser anotada.

APÊNDICE I –Manual de campo para coleta de dados nas UBS

MANUAL DE CAMPO PARA COLETA DE DADOS NAS UBS – ROTEIRO PARA REVISÃO DE PRONTUÁRIOS, ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM SUPERVISORES, ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE *CHEKLIST*

1. Descrição do estudo:
2. Equipe envolvida:

Pesquisadora: Ana Lúcia de Lima Guedes

Orientador e coorientadora: Luiz Cláudio Ribeiro, Sabrina Paiva

3. Seções do ROTEIRO PARA REALIZAR O *CHEKLIST*

3.1. Identificação do roteiro

Consta o nome do responsável pela coleta de dados, código da UBS e as datas de coleta de dados, revisão e digitação. Visando a confidencialidade dos dados, o código da UBS é um número aleatório dado pelo pesquisador.

3.2. *Cheklis*t

São 11 questões referentes a insumos e registros de atividades relacionados à ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e de vigilância de agravos de notificação, associados ao controle da sífilis de TMF. Deve-se atentar para marcar as questões apenas após a verificação, e não a partir da fala do profissional. Na questão oito considerar como disponibilidade de Protocolos de prevenção e manejo da TMF da sífilis, para consulta, quando impressos ou em pastas no computador. Na questão nove, referente a disponibilidade de preservativo (masculino ou feminino) no momento da visita à UBS, observe: (1) se os preservativos são liberados apenas pelo farmacêutico; (2) se são liberados pela recepção; ou (3) se são de livre acesso na recepção e/ou consultórios. Na questão 10 considere como atividade de educação em saúde durante a gestação, o registro de pelo menos uma atividade nos últimos 6 meses, com abordagem de prevenção de sífilis e outras IST. Na questão 12 considere com disponibilidade de Penicilina G Benzatina na Farmácia, quando houver pelo menos quatro frascos, para início imediato do tratamento da gestante e parceiro.

4. Seções do ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM SUPERVISORES:

4.1. Identificação do roteiro

Consta o número do roteiro; nome do entrevistador; datas da entrevista, revisão e digitação e dados da UBS (código, modelo, se rural ou urbana e região sanitária)

4.2. Caracterização do profissional de saúde

As informações permitem fazer uma descrição dos profissionais de saúde quanto ao perfil sociodemográfico e atuação na rede SUS em Juiz de Fora.

Dados da coleta: idade, sexo, categoria profissional, se possui especialização e em caso afirmativo, qual; tempo de formado; tempo de atuação na UBS, tempo de atuação na rede SUS em Juiz de Fora, tipo de vínculo empregatício, participação em atividades de capacitação para manejo da sífilis e HIV na gestação.

4.3. Caracterização da UBS

As informações permitem descrever a equipe da UBS, e se esta está completa; características do atendimento prestado às gestantes e parceiros durante o pré-natal; características das atividades de educação em saúde; presença de insumos importantes para a prevenção e manejo da sífilis na gestação; conhecimento do profissional de saúde sobre rotinas e fluxos de realização de exames laboratoriais, tratamento de gestantes com sífilis e parcerias sexuais, notificação de agravos à Vigilância epidemiológica (VE).

Dados da coleta: composição da Equipe, profissional (is) responsável (is) pelo atendimento realizado durante o pré-natal; estratégias para captação precoce da gestante, manutenção da gestante nas consultas de pré-natal, busca das faltosas e convocação de parceiros das gestantes com sífilis; utilização

de material informativo referente à prevenção da TMF do HIV e sífilis, afixado ou para ser disponibilizado à gestante, execução de grupos de gestantes que abordem ISTs, abastecimento de preservativos nos últimos 6 meses, disponibilidade de Protocolos de prevenção e manejo da TMF da sífilis e HIV para consulta; marcação, coleta de sangue, forma e tempo de retorno do resultado dos exames à UBS; conhecimento de fluxos de realização dos exames pelo supervisor; disponibilidade de Penicilina G Benzatina para tratamento imediato das gestantes diagnosticadas com sífilis e suas parcerias sexuais, aplicação da Penicilina G Benzatina na UBS, abastecimento de Penicilina G Benzatina nos últimos 6 meses para tratamento da gestante com sífilis e suas parcerias sexuais, conhecimento de fluxos de tratamento das gestantes diagnosticadas com sífilis e suas parcerias sexuais pelo supervisor; forma de organização da equipe para notificação dos agravos, disponibilidade de fichas de notificação nos últimos 6 meses, recebimento de retroalimentação da VE referente aos agravos notificados no município, utilização do registro dos casos notificados à VE (número e tipo de agravo de notificação) para a reorganização do trabalho nas reuniões de equipe.

4.4. Sugestões para melhoria da assistência às gestantes durante o pré-natal realizado na UBS, visando a redução da TMF da sífilis e do HIV e sugestões de capacitação.

5. Entrevistas /cheklist

5.1. Procedimentos

Serão realizadas entrevistas, com supervisores das UBS, utilizando um roteiro estruturado. Serão entrevistas individuais, face a face. Também será realizado um *cheklist* em cada UBS, a partir de um roteiro estruturado, com a verificação da presença de insumos e registros de atividades para a prevenção da TMF da sífilis. A coleta de dados será realizada pela pesquisadora, de segunda a sexta-feira, no horário de atendimento da UBS, após agendamento prévio com o supervisor. No agendamento prévio, deve ser dado uma estimativa do tempo necessário para a coleta dos dados.

Ao chegar à UBS, após cumprimentar a equipe, o entrevistador deverá agradecer ao supervisor por ter disponibilizado seu tempo para participar da pesquisa e enfatizar que será objetivo para não absorver mais do seu tempo. O diálogo inicial deve abordar alguns pontos: (a) mostrar a carta de anuência do Subsecretário da Atenção Primária e Parecer do Comitê de Ética; (b) iniciar a conversa entregando texto elaborado pela pesquisadora sobre a situação da prevenção da TMF da sífilis no Brasil, em Minas Gerais e Juiz de Fora e falar brevemente das motivações do projeto de pesquisa, do objetivo principal que é a diminuição da TMF da sífilis, e da importância da Atenção Primária à Saúde na conquista deste objetivo; (c) enfatizar que os resultados serão apresentados agrupados, sem identificação da UBS ou do profissional de saúde; (d) explicar quais serão os procedimentos: uma entrevista e logo após um *cheklist*; (e) entregar o TCLE para leitura e assinatura. A assinatura do TCLE deverá ser feita em duas unidades; uma ficará com o entrevistador e a outra deverá ser entregue ao profissional de saúde. O entrevistador deve dar todos os esclarecimentos que forem necessários.

Ao iniciar a ENTREVISTA COM O SUPEVISOR, informar ao profissional que a primeira parte (identificação do roteiro) será preenchida pelo pesquisador; a segunda e quarta partes, que dizem respeito respectivamente à caracterização do profissional e sugestões de melhorias, devem ser preenchidas pelo profissional de saúde como um questionário auto-aplicado; e a terceira parte referente à caracterização da UBS, será respondida em forma de entrevista com discussão das respostas.

Em relação às questões que se seguem, o entrevistador deve ficar atento quanto aos pontos para discussão e anotação no diário de campo:

Questão 14- Solicitar ao entrevistado que marque qual é a composição da(s) equipe(s) da UBS. Se não estiver completa, pedir a ele que escreva quais os profissionais que faltam, e o número, no momento.

Questão 16- Nas UBS tradicionais, em que não há a captação precoce da gestante via ACS, argumentar a existência de estratégias como: grupos de adolescentes, grupo de direitos reprodutivos, atendimento prioritário à gestante, acolhimento (citações feitas por alguns supervisores durante entrevistas realizadas no Projeto Piloto)

Questão 25- Considerar como protocolo disponível para consulta, o papel impresso ou se localizado em pasta de arquivo, no computador

Questão 26, 27, 28, 29, 30- Peça ao profissional para descrever qual é a rotina e o fluxo para realização dos exames laboratoriais. Explore a opinião do profissional sobre a rotina e fluxos (bem definido? há dificuldades?).

Questões 32, 33, 36- Peça ao profissional para descrever o fluxo para tratamento das gestantes com sífilis e suas parcerias sexuais (desde a prescrição e aquisição da penicilina G benzatina, até as doses serem aplicadas). Explore a opinião do profissional sobre a rotina e fluxos (bem definido? há dificuldades?).

Questões 39, 40- Peça ao profissional para descrever o fluxo para notificação dos agravos à VE, desde o preenchimento das fichas de notificação até as mesmas estarem disponibilizadas para a VE. Explore a opinião do profissional sobre a rotina e fluxos (bem definido? há dificuldades? há definição pela equipe de qual profissional faz o preenchimento?).

Questão 41- Explique o que é retroalimentação dos agravos notificados, como o retorno da informação a partir dos dados que foram notificados. Pode ser através de (boletins, simpósios, informativos nas reuniões de supervisão, via telefone, dentre outros).

Ao finalizar a entrevista, fique de pé e sinalize mostrando o roteiro do *checklist*, que falta completá-lo para o encerramento. Enfatize que esta verificação é muito importante para a validade da pesquisa. Ao terminar o *checklist* deve-se agradecer ao profissional de saúde, demonstrando reconhecimento pela sua participação.

Uma bolsa com os materiais necessários para a coleta de dados deve ser preparada na véspera de cada dia. Deverão ser anotados o endereço e telefone das UBS que serão visitadas no dia posterior.

5.2. Materiais necessários para cada dia de coleta de dados (com extras):

- A. TCLE: 10 cópias
- B. Roteiro para a entrevista: 5 cópias
- C. Roteiro para o *checklist*: 5 cópias
- D. Uma bolsa pequena contendo: lápis, borracha, apontador, canetas (vermelha, azul, preta), calculadora, caneta marca texto, um grampeador pequeno, clips
- E. Pastas plásticas com elástico: cinco (uma para guardar o TCLE, roteiro para entrevista e roteiro para *checklist* sem preencher; uma para guardar o TCLE, roteiro para entrevista e roteiro para o *checklist* já preenchidos; uma para guardar cópia do parecer de anuência do Subsecretário da Atenção Primária e Parecer do Comitê de Ética), duas para guardar os roteiros para busca de dados em prontuários (uma para roteiros em branco e outra para roteiros já preenchidos).
- F. Garrafa coletora de água filtrada: uma unidade
- G. Cadernos de Diários de Campo
- H. Lanche rápido

6. Diários de Campo

- A. Um para a entrevista com o supervisor e *checklist* e um para a revisão de prontuários
- B. A cada dia, datar o dia da semana e o dia do mês.
- C. Diário de campo para a entrevista com supervisor e *checklist*
 - a. Identificar a UBS e profissional entrevistado
 - b. Descrever observações sobre o ambiente da coleta
 - c. Em relação à entrevista com os profissionais:
 - i. Descrever a atitude de cada profissional frente a entrevista: tranquila, ansiosa, receio ao assinar o TCLE, dificuldade de entender as perguntas
 - ii. Registrar o que foi dito em relação a cada questão (14, 16, 30, 36, 40)
 - iii. Registrar o que foi observado e também as impressões e/ou comentários. A percepção, a intuição que o pesquisador tem na hora de determinadas falas do profissional, devem ser descritas. Esta descrição pode ser feita através de palavras ou um desenho que capture este *insight*.
 - iv. Registrar o que não foi falado: a linguagem gestual, as expressões faciais, se houve choro ou riso...
 - v. Sempre estabelecer no texto a diferença entre o que foi observado, das impressões e/ou comentários (reflexão do pesquisador)
 - vi. Fazer os registros imediatamente após o acontecido, ou no máximo anterior à coleta do dia posterior.
 - vii. Anotar tudo que acontecer de inesperado: sobre a técnica e/ou instrumento de coleta, sobre o ambiente, sobre o entrevistado, sobre o pesquisador...

viii. Qualquer conversação (do pesquisador consigo mesmo) deve ser anotada.

7. TCLE

APÊNDICE J – Carta introdutória, para visita nas UBS

Situação da Sífilis Congênita em Juiz de Fora

A sífilis congênita (SC), ou sífilis de transmissão de mãe para filho (TMF) é aquela em que o contágio se dá por disseminação hematogênica do *T. pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o conceito via transplacentária. Segundo orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o segundo termo, sempre que possível, deve ser utilizado, para enfatizar os efeitos adversos da TMF do *T. pallidum*, além da SC; como prematuridade, aborto, natimortos e aumento da morbimortalidade materna. O tratamento da gestante com início 30 dias ou mais, anteriores ao parto, tem o impacto de prevenir a TMF da sífilis. A assistência pré-natal portanto, é uma importante oportunidade de detecção de sífilis em mulheres grávidas, possibilitando o tratamento da gestante e parceria sexual, educação em saúde e aconselhamentos; resultando em prevenção da TMF desta infecção e reduzindo a morbimortalidade por este agravo na população adulta. A TMF da sífilis deve ser considerada como um evento-sentinel, pois cada criança infectada por TMF pode representar uma falha na captação precoce da gestante ao pré-natal, detecção da gestante infectada ou na aplicação das medidas profiláticas para a diminuição da transmissão. Os eventos-sentinel correspondem a situações evitáveis e já controladas cuja ocorrência pode ser interpretada como resultado da falência ou ausência de qualidade de alguma intervenção específica.

No Brasil, as políticas para a prevenção da TMF da sífilis estão inseridas nas políticas de Atenção ao Pré-natal e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS), com protocolos assistenciais bem estabelecidos; os exames para a detecção e o tratamento com penicilina, estão disponíveis na rede pública; com fácil interpretação dos resultados sorológicos e o tratamento barato e efetivo. No entanto, a sífilis de TMF permanece como um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A eliminação da TMF da sífilis é uma prioridade para o Brasil, que seguindo orientações da OMS (WHO, 2014), considera a eliminação da TMF da sífilis, como um problema de saúde pública, a incidência menor ou igual a 0,5 caso/1000 nascidos vivos.

Em Juiz de Fora, houve aumento da taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1000 nascidos vivos), passando de 0,2 em 2005 para 10,3 em 2015. A taxa de incidência (por 1000 nascido vivos) de SC em menores de um ano passou de 0,6 para 10,0, neste mesmo período; valor 20 vezes superior a meta de eliminação proposta pela OMS e Ministério da Saúde (MS). Além disso, de 2001 a 2016, 14% dos casos notificados como SC tiveram como desfecho aborto ou natimorto por sífilis.

Devido a estes dados tão alarmantes em nosso município, sobre um agravo que pode ser eliminado com medidas baratas e efetivas que surgiu a idéia deste Projeto de pesquisa.

Esta é uma etapa da pesquisa intitulada: "**Avaliação das ações de prevenção da transmissão de mãe para filho da sífilis na assistência pré-natal, na atenção primária à saúde, no município de Juiz de Fora**", do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora. Ressalto que será garantido o anonimato das informações fornecidas. Para minimizar eventuais riscos de identificação, os resultados serão apresentados agrupados e sem identificação do profissional de saúde ou da UBS. Lembro que não há respostas certas nem erradas. Assim, por favor, responda as questões que seguem, da forma mais sincera. O intuito desta pesquisa é contribuir com a melhoria das ações de prevenção TMF da sífilis na assistência pré-natal, e para isto, conto com a sua colaboração para conseguir informações de boa qualidade!

Tenha certeza que leu as opções de resposta cuidadosamente antes de escolher aquela que representa a sua realidade e da UBS onde você trabalha.

Agradeço muito a sua colaboração!

Ana Lúcia de Lima Guedes (pesquisadora)

APÊNDICE K – Treinamento das alunas bolsistas e pesquisadores colaboradores para a pesquisa de campo

Participaram da Pesquisa de Campo, duas alunas bolsistas de iniciação científica (uma BIC e uma VIC), selecionadas através do EDITAL 01/2018-PROPP/Pesquisa. EDITAL DE CHAMADA DE PROJETOS PARA OS PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA: XXVII PIBIC/CNPq/UFJF – 2018/2019, XXXI BIC/UFJF- 2018/2019 e II VIC 2018/2019; e dois pediatras, egressos da UFJF. Os quatro, sob a supervisão da pesquisadora, participaram da coleta de dados com a puérpera (aplicação do Roteiro 1- entrevista estruturada com a puérpera).

O treinamento para a Pesquisa de Campo ocorreu nos seguintes momentos:

- (1) Envio de material para leitura, por email: Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de sífilis 2018, Projeto aprovado na Plataforma Brasil, Roteiro 1 para coleta de dados, Manual de Campo e Roteiro para confecção de Diário de Campo.
- (2) Encontro individual para apresentar o projeto, o instrumento de coleta, o Manual de Campo e Roteiro para confecção do Diário de Campo; e, discutir sobre a prevenção da TMF da sífilis, a situação epidemiológica de Juiz de Fora em relação a este agravo e as motivações do projeto; retirada de dúvidas.
- (3) Reunião com os quatro participantes para discutir o Manual de Campo, orientar a aplicação do instrumento de coleta (Roteiro 1) e a confecção do Diário de Campo; e, retirar dúvidas.
- (4) Entrega do material para a pesquisa de campo
- (5) Treinamento in loco: inicialmente observaram entrevistas feitas pela pesquisadora e posteriormente a pesquisadora observou entrevistas feitas pelos bolsistas e colaboradores.
- (6) Criação de um grupo de *Whatzap* intitulado “Projeto Prevenção Sífilis”, para conversas e retirada de dúvidas em tempo real
- (7) Dois encontros presenciais com os quatro participantes, durante o tempo de coleta de dados com as puérperas, para retirada de dúvidas em relação à coleta de dados e em relação ao instrumento de coleta. O roteiro 1, junto com TCLE da puérpera foi numerado previamente e entregue para cada entrevistador. Conforme o desenvolvimento da coleta, estes materiais foram repostos

APÊNDICE L – Roteiro de orientação para transcrição das entrevistas qualitativas

TRANSCRIÇÕES DE ENTREVISTAS: algumas considerações e orientações para os transcritores

1. A transcrição de entrevistas é necessária para otimizar o processo de análise dos dados
2. *Software Express Scribe*: tem algumas funcionalidades como redução do ruído do ambiente; teclas de pausa, atalho e diminuição da velocidade de reprodução da voz; dentre outras. Ajuda desta forma a identificar as falas e facilita o processo de transcrição. Em entrevistas com pior qualidade do áudio, entrevistas mais longas ou grande número de entrevistas pode ser utilizado para facilitar o processo de transcrição.
<https://pt.wikihow.com/Transcrever-%C3%81udio-Gratuitamente-usando-o-Express-Scribe>
3. Transcrever a linguagem oral mais fiel possível para a linguagem escrita, para isto deve-se ter muita atenção
4. Organização e identificação: das entrevistas (número, data, local), do entrevistador, do transcritor
5. Respeitar o material que está em suas mãos: a transcrição do que é falado tem que ser o mais fiel possível ao áudio.
 - a. não escrever o que não se tem certeza que ouviu,
 - b. não adivinhar ou completar a fala dos entrevistados,
 - c. ouvir e não apenas escutar. Inicialmente pode parecer não ter diferença entre os dois termos; mas ouvir vai além de transcrever mecanicamente para o papel o que se escuta e sim compreender o que se está falando, compreender a entrevista. Isto possibilita que o transcritor identifique situações que possam ocorrer em decorrência da entrevista ou externos a ela como por exemplo quando o entrevistado e entrevistador são interrompidos por outra pessoa, o silêncio ou choro do entrevistado, dentre outras. São exemplos de situações que não fazem parte da escrita da fala, mas fazem parte do processo da entrevista e devem ser transcritas para o papel. Estas situações devem ser identificadas entre parênteses. Portanto, não é apenas escutar e sim ouvir.
6. Respeitar o sigilo: não identificação dos entrevistados
7. Uniformizar a formatação da transcrição: fonte, espaço, identificação do entrevistador e entrevistado. Utilizar uma formatação para o entrevistado e outra para o entrevistador
8. Numerar as linhas: é importante principalmente na análise de conteúdo e quando da escrita de um artigo científico. Auxilia dando referência mais clara as falas, indicando em qual pedaço do texto encontramos determinada fala.

TRANSCRIÇÕES DE ENTREVISTAS: roteiro

1. Identificação:
 - a. Número e data da entrevista (este dado será encontrado no áudio da entrevista e no nome do arquivo)
 - b. Identificação do entrevistador
 - c. Data da transcrição
 - d. Identificação do transcritor
2. Formatação do texto
 - a. Times New Roman, 12, espaçamento simples
 - b. Linhas numeradas
 - c. Identificar o entrevistador com E (letra e maiúscula) e a entrevistada com P (letra p maiúscula) e texto em itálico.
3. Ao término da transcrição, salvá-la como transcrição, com a mesma data e número da entrevista (TP23-26-08-2018-) e enviá-la por email para o revisor.
4. Após a realização da revisão, salvá-la com um R no início do nome do arquivo (RTP23-26-08-2018 e adicioná-la ao DROPBOX na pasta intitulada TRANSCRIÇÕES.

TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA- PUÉRPERA COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

TRANSCRIÇÃO NÚMERO: _____ (mesmo número da entrevista)

I. Identificação

Número da entrevista:	Transcritor:
Data da entrevista:	Data da revisão:
Entrevistador:	Revisor:
Data da transcrição:	

- II. Transcrição (acho que a melhor forma de numerar é digitar o texto normalmente e depois numerar cada início de linha)

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE MÃE PARA FILHO DO HIV E SÍFILIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

Pesquisador: Ana Lúcia de Lima Guedes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80417117.2.0000.5147

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA - UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.233.466

Apresentação do Projeto:

Apresentação da emenda está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as ações de prevenção da TMF da sífilis e do HIV na assistência pré-natal, na APS no município de Juiz de Fora, visando contribuir para a efetividade destas ações. Avaliar a implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal, na APS no município de Juiz de Fora, visando a melhoria do programa; verificar o grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis na assistência pré-natal em relação aos componentes de prevenção (educação em saúde e aconselhamento), assistência (diagnóstico, tratamento) e vigilância epidemiológica (notificação dos casos); analisar os fatores dos contextos externo e interno associados ao grau de implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis; identificar fatores facilitadores e obstáculos à implementação das ações de prevenção da TMF da sífilis; analisar a integração das ações para a prevenção da TMF do HIV e da sífilis na assistência pré-natal, na APS no município de Juiz de Fora.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.233.466

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos serão a identificação dos entrevistados, considerando informações coletadas por gravação de voz e identificação de nomes; e identificação dos usuários dos bancos de dados secundários. Todos os esforços serão empreendidos para a garantia da confidencialidade, segurança da informação coletada e da não-identificação dos participantes do estudo. Realizar-se-á, na medida do possível, o máximo de

estratégias para a não identificação (em falas, omissão de nomes, profissão). Não serão entrevistadas puérperas no pós parto imediato, em consideração ao provável cansaço apresentado imediatamente após os procedimentos relacionados à parturição. Na coleta de dados em dias consecutivos, pacientes não entrevistadas na véspera serão convidadas a participar. A participação do estudo será voluntária e desvinculada de qualquer forma de remuneração.

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora solicita emenda para a inclusão de dados colhidos nas etapas preliminares da pesquisa. Estes dados preliminares foram colhidos de acordo com a

Resolução N°510 de 7 de abril de 2016, no entanto, esta etapa preliminar também se configura como uma fase inicial de pesquisas avaliativas colaborativas, conforme descrição realizada no Modelo Teórico da Avaliação (Etapa 1- Análise da situação para compreensão do programa e do problema, com o envolvimento dos usuários potenciais da avaliação), anexado na pesquisa aprovada. Na época, os dados colhidos foram registrados em um diário de campo apenas para conhecimento e organização do pesquisador. No entanto, viu-se a necessidade de incorporação dos resultados destas atividades, como uma fase do projeto de pesquisa, devido a riqueza dos dados coletados, a importância para a pesquisa avaliativa colaborativa e a contribuição dada, por esta etapa, para o projeto de pesquisa aprovado. No entanto, nada será publicado sem a devida autorização e assinatura do TCLE pelos profissionais que contribuíram com esta etapa. Será solicitada a autorização para participação de 14 profissionais da área de saúde, que colaboraram

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N			
Bairro: SAO PEDRO			CEP: 36.036-900
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	



Continuação do Parecer: 3.233.466

na etapa 01 da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2019.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N			
Bairro: SAO PEDRO		CEP: 36.036-900	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	



Continuação do Parecer: 3.233.466

pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1314051_E2.pdf	14/03/2019 11:42:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaDetalhado_emenda.pdf	14/03/2019 11:35:44	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	justificativadaemenda.pdf	14/03/2019 11:18:58	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmendaetapainicial.pdf	14/03/2019 11:13:43	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	Matriz_de_relevancia.pdf	29/11/2017 15:57:40	Patrícia Aparecida Fontes Vieira	Aceito
Outros	Matriz_de_informacao2.pdf	29/11/2017 15:57:07	Patrícia Aparecida Fontes Vieira	Aceito
Outros	Matriz_de_informacao.pdf	29/11/2017 15:56:54	Patrícia Aparecida Fontes Vieira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	27/11/2017 15:57:53	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional.pdf	27/11/2017 14:53:13	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestante.pdf	27/11/2017 14:48:34	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	Quali_Gestante.pdf	27/11/2017 14:16:47	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	PROFISSIONAL.pdf	27/11/2017 14:13:28	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	PRONTUARIOS.pdf	27/11/2017 14:10:48	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	GESTANTES_PUERPERAS.pdf	27/11/2017 14:03:06	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	Modelo_intervencao.pdf	27/11/2017 13:52:59	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.233.466

Outros	Modelo_avaliacao.pdf	27/11/2017 13:47:33	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HRJP.pdf	27/11/2017 12:00:27	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Outros	confidencialidade_sigilo.pdf	27/11/2017 10:53:05	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PJF_VE.pdf	27/11/2017 10:47:24	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HSVP.pdf	27/11/2017 10:43:31	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SCM.pdf	27/11/2017 10:42:21	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PJF_SSAP.pdf	27/11/2017 10:41:18	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HMTJ.pdf	27/11/2017 10:40:03	Ana Lúcia de Lima Guedes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 29 de Março de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br