



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Conhecimento e práticas dos profissionais de saúde das maternidades públicas de Teresina, Piauí, no manejo da sílis na gestação e congênita”

por

Raquel Rodrigues dos Santos

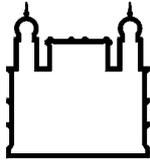
*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Epidemiologia em Saúde Pública.*

Orientador principal: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Roberta Pereira Niquini

Terceira orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Soares Madeira Domingues

Rio de Janeiro, setembro de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Conhecimento e práticas dos profissionais de saúde das maternidades públicas de Teresina, Piauí, no manejo da sílis na gestação e congênita”

apresentada por

Raquel Rodrigues dos Santos

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Valéria Saraceni

Prof.^a Dr.^a Ana Claudia Figueiro

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S237c Santos, Raquel Rodrigues dos
Conhecimento e práticas dos profissionais de saúde das
maternidades públicas de Teresina, Piauí, no manejo da sífilis na
gestação e congênita. / Raquel Rodrigues dos Santos. -- 2015.
116 f. : tab.

Orientador: Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Sífilis. 2. Sífilis Congênita. 3. Conhecimento. 4. Pessoal de
Saúde. 5. Avaliação em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.9513098122

*A todos os profissionais
das maternidades públicas de Teresina.*

Agradecimentos

Agradecer é uma forma de reconhecer que os sonhos são alcançados com a ajuda de outras pessoas, e eu precisei da ajuda de muita gente para conquistar o sonho de me tornar mestre.

Agradeço primeiramente a Deus, uma força sempre presente dentro de mim e em todos os momentos da minha vida. É essa força que me faz seguir sempre em frente independente dos obstáculos encontrados.

Agradeço aos meus pais, José Filho e Jacinta, pela confiança e incentivo desde o primeiro momento que decidi concorrer a uma vaga deste mestrado. Obrigada é muito pouco por tudo que fizeram e fazem por mim todos os dias.

Agradeço aos meus irmãos, Rafael e Rodrigo, pelo companheirismo e torcida ao longo da vida. Aos meus familiares e amigos pela ajuda e compreensão nos momentos de ausência.

Agradeço aos meus orientadores: Francisco Inácio, ou melhor, Chico, pelo bom humor constante, pela calma transmitida e pelo aprendizado construído ao longo desses dois anos; À Roberta, pela extrema dedicação que teve por mim desde o início, pelo conhecimento compartilhado, pelos inúmeros e-mails trocados e pela persistência em sempre me mostrar que poderíamos melhorar; À Rosa, pela humildade sempre transmitida, pela experiência admirável na luta contra a sífilis congênita, pela generosidade, carinho e sabedoria, foram momentos riquíssimos de aprendizado. Foi uma grande honra desenvolver esse trabalho com pessoas tão admiráveis e que sonham com uma saúde pública melhor.

Agradeço as coordenadoras e professores do curso pela paciência, compreensão e transmissão de conhecimento.

Agradeço aos colegas de trabalho do Hospital do Promorar, em especial a diretora Sandra Marina, pela amizade, compreensão e liberação para cursar as aulas nesses dois anos. Muito obrigada por contribuir para que esse momento fosse possível.

Agradeço aos colegas de mestrado, pelas ricas trocas de experiências e pelos vários momentos de brincadeiras. Em especial agradeço as minhas amigas da “hora do almoço” e aos amigos “baladeiros do mestrado”(Dani, Lígia, Emmanuel e Pablo).

Agradeço a minha amiga Dani por toda a amizade construída ao longo desses dois anos, fomos do riso ao choro muitas vezes, mas o apoio mútuo foi fundamental em todas as etapas.

Agradeço em especial a uma pessoa que conheci no mestrado, que muito contribuiu na minha caminhada como estudante e como pessoa nesses vinte e quatro meses. Foram muitas horas de estudo dedicadas à estatística, projeto e dissertação. Obrigada meu amor, Pablo.

Agradeço a todos os profissionais de saúde das maternidades, razão do meu trabalho. Mesmo na correria da rotina dedicaram um pouco do seu tempo para responder o questionário. Em nome de todos, agradeço ao Thiago Macedo que me ajudou na logística da MDER.

*Ser homem é ser responsável.
É sentir que colabora na construção do mundo.*

(Antoine de Saint-Exupéry)

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE FIGURAS	10
1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Aspectos Históricos da Sífilis	13
2.2 Etiologia e clínica da Sífilis	15
2.3 Diagnóstico e tratamento da sífilis	16
2.4 Epidemiologia da Sífilis	17
2.5 Sífilis na Gestação	18
2.6 Sífilis Congênita	21
2.5 Avaliação nos serviços de saúde	23
2.6 Protocolos, conhecimento e práticas dos profissionais de saúde	26
3. JUSTIFICATIVA	29
4. OBJETIVOS	31
5. METODOLOGIA	32
5.1 Local da Pesquisa	32
5.2 População alvo	33
5.2.1 Critério de inclusão	33
5.2.2 Critério de exclusão	33
5.3 Coleta de dados	34
5.4 Análise dos dados	36
5.5 Considerações éticas	41
6. RESULTADOS	42
7. DISCUSSÃO	72
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
RECOMENDAÇÕES	88
REFERÊNCIAS	91
ANEXOS	98

RESUMO

A eliminação da sífilis congênita é uma prioridade de saúde pública no Brasil e no mundo, o que fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro adotassem a meta de até 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos. No entanto, a cidade de Teresina apresentou uma taxa de incidência de sífilis congênita de 7,0‰ no ano de 2014. O objetivo deste estudo é avaliar os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde atuantes nas maternidades públicas de Teresina, Piauí, sobre o manejo da sífilis na gestação e congênita, segundo os protocolos normatizados pelo MS. Trata-se de um estudo transversal descritivo conduzido com a população de enfermeiros, médicos obstetras e neonatologistas/pediatras atuantes nas maternidades públicas de Teresina nos meses de fevereiro e março de 2015 (n=243), por meio de questionários auto aplicados, tendo sido registradas 5% de perdas e 11% de recusas. Foi utilizado o referencial teórico da avaliação normativa, elaborando-se, a partir dos protocolos normatizados pelo MS, dois modelos lógico-operacionais (um referente à sífilis na gestação e outro à sífilis congênita), ambos com duas dimensões (diagnóstico e tratamento) e subdimensões (conhecimento e prática). Baseado na meta da OMS foram considerados critérios em conformidade os que apresentaram percentual de conformidade $\geq 95\%$. Um critério avaliado apresentou conformidade para todos os profissionais avaliados: “fornecimento de orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar reinfecção” (92,4%, IC 95%: 86,9-95,9%) e a “conversa com o parceiro” foi a dificuldade mais importante relatada pelos profissionais na abordagem das gestantes com diagnóstico de sífilis (23,3%, IC 95%: 17,1-30,7%). No manejo da sífilis na gestação, os obstetras revelaram conformidade em alguns critérios referentes ao conhecimento sobre testes treponêmicos e não treponêmicos, à prática de solicitação da sorologia para sífilis, do tratamento da sífilis de duração ignorada e de fornecimento de orientações pós-teste, enquanto, no manejo da sífilis congênita, os neonatologistas apresentaram conformidade em alguns conhecimentos sobre testes treponêmicos e não treponêmicos e na prática do tratamento de recém-nascidos que apresentam neurosífilis. Entre os enfermeiros, não foi observada conformidade com relação a qualquer um dos critérios avaliados, com destaque para o relato de que não podem solicitar exames (36,0%, IC 95%: 26,8-46,3%) e prescrever tratamento para a gestante (58,0%, IC 95%: 47,7-67,7%) e para o recém-nascido (69,7%, IC 95%: 58,9-78,7%). Entre os profissionais que participaram da pesquisa 23,9% (IC 95%: 18,7-29,8%) afirmaram não saber informar sobre o horário de funcionamento da vigilância epidemiológica, 55,9% (IC95%: 49,5-62,3%) não sabiam da existência de livro ou planilha para registro dos casos de sífilis congênita diagnosticados nas maternidades e 73,2% (IC 95%: 67,1-78,6%) relataram que a notificação compulsória dos casos de sífilis na gestação e congênita é realizada rotineiramente na maternidade em que trabalham. Os resultados deste estudo evidenciam uma série de lacunas do conhecimento dos profissionais e apontam condutas que não se mostram em conformidade com os protocolos normatizados, além de indicarem dissociação entre a assistência e as atividades de vigilância epidemiológica. Constituem subsídio importante para os gestores no processo de aprimoramento das práticas profissionais e da atenção oferecida, ao facilitar a definição de prioridades, seleção de estratégias e tomada de decisão.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis congênita; conhecimento; pessoal de saúde; avaliação em saúde.

ABSTRACT

The elimination of congenital syphilis is a public health priority in Brazil and worldwide, so that the World Health Organization (WHO), the Pan American Health Organization (PAHO) and the Brazilian Ministry of Health (BMoH) adopted the goal of 0.5 cases per 1,000 newborns. However, the city of Teresina had an incidence rate of congenital syphilis of 7.0% in 2014. This study aims to evaluate knowledge and practices of health professionals who work at public maternities from Teresina, Piauí, on syphilis management during pregnancy and the prevention of congenital syphilis vis-à-vis the standard protocols issued by the BMoH. This is a descriptive cross-sectional study conducted with the population of nurses, obstetricians and neonatologists/pediatricians active in public maternities of Teresina in February and March 2015 (n = 243). The study used self-answered evaluation forms, with 5% of losses and 11% of refusals. The theoretical referential of normative evaluation was used, profiting from standardized protocols by BMoH, comprising two logical operational models (one on syphilis in pregnancy and other on congenital syphilis), both with two dimensions (diagnosis and treatment) and sub-dimensions (knowledge and practice). Based on the WHO goal, we defined that criteria were in accordance with the benchmarks for those presenting conformity $\geq 95\%$. One criterion under evaluation presented conformity for all professionals: “The provision of guidance on the importance of partner treatment to prevent reinfection” (92.4%, CI 95%: 86.9-95.9%) and to “Talk with the partner” was highlighted as the most important difficulty faced by professionals in the approach of pregnant women diagnosed with syphilis (23.3%, CI 95%: 17.1-30.7%). In the management of syphilis in pregnancy, the obstetricians revealed conformity on some criteria related to the knowledge of treponemal and nontreponemal tests, on the use of serological tests for syphilis, on the treatment of syphilis of unknown duration and on supply of post-test guidelines. The neonatologists showed compliance on knowledge of treponemal and nontreponemal tests and practical treatment of newborns with neurosyphilis. Among the nurses, there was no conformity in relation to any of the evaluated criteria, especially on the report that they could not demand testing (36.0%; 95% CI: 26.8-46.3%) and to prescribe treatment for pregnant women (58.0%; 95% CI: 47.7 - 67.7%) and for the newborn (69.7%; 95% CI: 58.9-78.7%). Among the professionals who participated in the research, 23.9% (95% CI: 18.7-29.8%) said they did not know about the hours of operation of epidemiological surveillance; 55.9% (95% CI: 49.5-62.3%) did not know about the book or spreadsheet to record cases of congenital syphilis diagnosed in maternities and 73.2% (95% CI: 67.1 to 78.6%) reported that the compulsory notification of cases of syphilis in pregnancy and congenital has been regularly performed in the maternity where they work. The study findings made evident a series of gaps and caveats compromising health professionals’ knowledge, and some procedures and initiatives were in frank disagreement with the currently adopted protocols. In addition, these results highlight the dissociation between assistance and epidemiological surveillance activities. These findings constitute an important tool for managers in their effort to improve professional practices and care by facilitating the prioritization, selection of strategies and decision making.

Keywords: syphilis; congenital syphilis; knowledge; health personnel; health evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características demográficas, de formação e atuação dos profissionais das maternidades públicas. Teresina, PI, Brasil, 2015.....	43
Tabela 2. Características dos profissionais das maternidades públicas, quanto à participação em treinamentos e acesso a manuais, segundo categoria de atuação. Teresina, PI, Brasil, 2015	46
Tabela 3. Características das maternidades segundo as respostas dos profissionais participantes da pesquisa. Teresina, PI, Brasil, 2015.....	49
Tabela 4. Conformidade dos critérios sobre conhecimentos dos testes sorológicos, da dimensão de diagnóstico, subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez. Teresina, PI, Brasil, 2015	52
Tabela 5. Conformidade dos critérios de conhecimento sobre adequação do tratamento, da dimensão de tratamento, subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez. Teresina, PI, Brasil, 2015.....	55
Tabela 6. Conformidade dos critérios da dimensão de diagnóstico, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez. Teresina, PI, Brasil, 2015.....	57
Tabela 7. Conformidade dos critérios da dimensão de tratamento, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez. Teresina, PI, Brasil, 2015.....	59
Tabela 8. Conformidade dos critérios da dimensão de diagnóstico, subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita. Teresina, PI, Brasil, 2015.....	62

Tabela 9. Conformidade dos critérios da dimensão de diagnóstico, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita. Teresina, PI, 2015.....	65
Tabela 10. Conformidade dos critérios da dimensão de tratamento, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita. Teresina, PI, 2015.....	67
Tabela 11. Dificuldades relatadas pelos profissionais na abordagem de gestantes/puérperas com diagnóstico de sífilis. Teresina, PI, Brasil, 2015.....	69
Tabela 12. Barreiras relatadas pelos profissionais no manejo da sífilis na maternidade. Teresina, PI, Brasil, 2015.....	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo lógico operacional do manejo de sífilis na gestação.....	37
Figura 2. Modelo lógico operacional do manejo da sífilis congênita.....	38
Figura 3. Critérios para a avaliação das dimensões e subdimensões do manejo da sífilis na gestação.....	39
Figura 4. Critérios para a avaliação das dimensões e subdimensões do manejo da sífilis congênita.....	40
Figura 5. Fluxograma de entregados questionários.....	42

1 INTRODUÇÃO

Desde 1993, o Brasil, levando em consideração o contexto regional e mundial, adotou como meta das suas ações de saúde a eliminação da sífilis congênita, estipulando como aceitável a notificação de até um caso por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2006). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reforçou a meta de eliminação da sífilis congênita na América Latina e Caribe para 2015 e estipulou, como aceitável, a ocorrência de até 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos. Essa nova meta passou então a ser adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro (PAHO, 2012) e foi endossada, em 2014, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014).

Atualmente, a redução da transmissão da sífilis e do HIV no período gestacional encontra-se entre prioridades de saúde pública tanto para o Brasil (BRASIL, 2014) quanto para o mundo (OMS, 2014).

Entre gestantes não tratadas, a infecção por HIV é transmitida para cerca de um terço dos recém-nascidos (KLAUSNER, 2013), enquanto a taxa de transmissão vertical da sífilis entre gestantes sem tratamento varia de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença e cai para cerca de 30% nas fases latente e terciária (BRASIL, 2006) e frequentemente resulta em desfechos adversos (KLAUSNER, 2013), incluindo natimortos, óbitos fetais precoces, óbitos neonatais, recém-nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer e infectados (NEWMAN *et al.*, 2013).

Pode-se prevenir a transmissão do HIV durante o parto ou até após o nascimento, mas, no caso da sífilis, o tratamento necessita ser conduzido ao logo da gravidez (RAMOS *et al.*, 2007).

A sífilis congênita é considerada um evento sentinela, já que esse diagnóstico evidencia falhas na assistência pré-natal, pois o manejo e o protocolo que os profissionais devem adotar no pré-natal são bem conhecidos, os exames laboratoriais são simples e o tratamento é extremamente barato e eficaz (AMARAL, 2012; ARAUJO, 2012). Além disso, o rastreamento universal da sífilis no terceiro trimestre da gravidez, em países onde as taxas de infecção na população geral são mais elevadas do que nos EUA, como é o caso do Brasil, se mostra custo-efetivo (ALBRIGHT *et al.*, 2015).

No mundo, estima-se que, em 2008, 66% dos desfechos adversos associados à sífilis na gestação ocorreram entre mulheres que receberam atenção pré-natal, mas que, entretanto, não foram testadas e/ou tratadas para sífilis (NEWMAN *et al.*, 2013). A alta cobertura do pré-natal no Brasil (98,5%) e as estratégias atualmente adotadas para o aumento do diagnóstico materno

também não têm se mostrado suficientes (embora sejam absolutamente necessárias) para alcançar as metas estipuladas de melhoria do cenário da sífilis (BRASIL, 2014).

Segundo dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), a taxa de incidência de sífilis congênita observada para o Brasil em 2013 foi de 4,7 por mil nascidos vivos, sendo a maior taxa encontrada na Região Nordeste (5,3‰), com taxas decrescentes para as Regiões Sudeste (5,1 ‰), Sul (4,1 ‰), Norte (3,5 ‰), e Centro-Oeste (3,3 ‰) (BRASIL, 2015). Artigo recente mostra uma situação igualmente adversa nos esforços de controle e eventual eliminação da sífilis congênita em diversos outros países americanos, com uma associação persistente com a natimortalidade (ARNESEN *et al.*, 2015).

No mundo, estimou-se que, em 2008, cerca de 1,4 milhões de gestantes estivessem com infecção ativa por sífilis, distribuídas na África (39,3%), nas Américas (7,8%), na Ásia (44,3%), na Europa (1,6%), no Mediterrâneo (3,0%) e no Pacífico (4,0%) (NEWMAN *et al.*, 2013). Um estudo recente documentou ainda uma carga de doença associada à sífilis congênita extremamente elevada em um amplo conjunto de 43 países da África subsaariana (KUZNIK *et al.*, 2015).

A persistência da sífilis congênita está estreitamente associada ao desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, sobre o protocolo normatizado, com consequentes práticas de intervenções inadequadas/implementadas aquém do necessário (SILVA, 2014); à não realização ou realização tardia do diagnóstico de sífilis na gestação e ao tratamento inadequado da gestante e de seus parceiros (COSTA *et al.*, 2013). Para reduzir a subnotificação da sífilis congênita e buscar a sua eliminação, é necessário investir no aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica, com a adequada aplicação, pelos profissionais de saúde, dos protocolos normatizados pelo Ministério da Saúde na atenção à saúde da gestante e do recém-nascido em todos os níveis da assistência. A partir do conhecimento sobre onde se encontram as falhas nas aplicações dos protocolos, potencializa-se a busca de soluções e o aprimoramento dos procedimentos (KOMKA & LAGO, 2007).

Diante das questões expostas, esse trabalho se propõe a descrever os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde atuantes nas maternidades municipais de Teresina, Piauí, entre janeiro e março de 2015, no manejo da sífilis na gestação e congênita.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos Históricos da Sífilis

A origem da sífilis é controversa. A teoria colombiana, a pré-colombiana e a evolucionária são as três principais teorias que tentam explicar o surgimento da doença. A primeira é a mais bem aceita e supõe que Colombo e membros da sua tripulação teriam levado a sífilis para Europa, depois de realizarem viagens para o Novo Mundo em 1493. A segunda teoria supõe que a sífilis já existiria na Europa muitos anos antes de Colombo visitar o Novo Mundo, uma vez que a literatura médica de 1200-1300 relata uma doença contagiosa, que podia ser transmitida sexualmente e também da mãe para o filho, diagnosticada no período, erroneamente, como uma forma de “lepra”. A terceira dessas teorias é a menos conhecida e defende que alterações no ambiente influenciaram a evolução do gênero *Treponema* (SEFTON, 2001).

A revolução científica, no que diz respeito à sífilis, foi iniciada na primeira metade do século XIX, época em que os médicos ainda a viam como um conjunto de sintomas inespecíficos, cuja etiologia era desconhecida e estava cercada de preconceitos e superstições. Anteriormente a esse período, eram os hospitais gerais que recebiam os indivíduos com sífilis, juntamente com os loucos, mendigos e libertinos. No Hospital Geral de Paris, por exemplo, as pessoas com doenças venéreas só recebiam tratamento se passassem por uma “correção” (como serem chicoteadas) e o tratamento estava baseado em sangrias, banhos, fricções mercuriais, e também confissões, purgações e jejuns, uma vez que sua possível etiologia biológica era sobreposta e confundida com juízos morais (CARRARA, 1996).

O Brasil, no início do século XVIII, já era caracterizado, em livros estrangeiros, como “terra da sífilis por excelência”. O ambiente característico das casas grandes e a ausência de medidas de prevenção propiciavam a disseminação rápida das doenças sexualmente transmissíveis. Registros históricos evidenciam a disseminação da sífilis, causando enormes problemas ao nível da saúde individual e coletiva, no Brasil patriarcal. Sem que se dispusesse de tratamento adequado ou meios concretos de prevenção, a sífilis matou, cegou e deformou milhares de pessoas (FREYRE, 2003).

A descoberta da penicilina e sua introdução gradual, na década de 40, como droga comprovadamente efetiva no tratamento da sífilis, determinaram uma redução significativa nas taxas de infecção pelo *T. pallidum*, agente etiológico da sífilis, que deixa de ter características epidêmicas no Brasil. Somando-se a isso, após a segunda guerra mundial, a história natural da sífilis foi modificada e, com os avanços na ciência e na tecnologia, ocorreu a melhora no

diagnóstico dos pacientes e a implementação em fases menos adiantadas da infecção/doença de intervenções com elevado potencial curativo. Deste modo, por mais que a incidência das doenças sexualmente transmissíveis tenha aumentado mundialmente desde a década de 1960, essas doenças entrariam em declínio até o surgimento da AIDS (CARRARA, 1996), uma vez que, com diagnósticos e intervenções implementados em tempo hábil, teriam sua história natural bastante abreviada e modificada para desfechos bastante menos graves e muito raramente letais.

A coinfeção HIV-Sífilis é bastante preocupante, já que favorece uma evolução mais ágil e agressiva das sucessivas fases da sífilis e potencializa a transmissão/aquisição do HIV em relações sexuais desprotegidas (SIGNORINI *et al.*, 2007).

Por meio da Portaria nº 542 de 1986 do Ministério da Saúde, a sífilis congênita e a AIDS tornaram-se doenças de notificação compulsória (KOMKA & LAGO, 2007). Em 1993, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde lançou um manual “Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita”, assumindo o compromisso de eliminação da doença. Passou a considerar como aceitável a notificação de até um caso por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2001 b; BRASIL, 2006).

Nos anos subsequentes, foram sendo formuladas e, ainda que não integralmente, implementadas várias estratégias para o enfrentamento da problemática da sífilis congênita no Brasil. Em 2005, para auxiliar no controle da transmissão vertical da sífilis e da ocorrência de casos de sífilis congênita, por meio da Portaria nº 33 de 2005, a sífilis na gestação passou a ser considerada um agravo de notificação compulsória (KOMKA & LAGO, 2007).

No ano de 2006, foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o “Pacto pela Saúde” com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil e, no ano seguinte, a Organização Mundial de Saúde lançou a iniciativa para a eliminação global da sífilis congênita e o Ministério da Saúde brasileiro criou o “Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”. Em 2008, a portaria nº 325 GM/MS destacou a redução da mortalidade materno-infantil como prioridade do “Pacto pela Vida”. O “Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita” foi aprovado pelos estados membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2010, estabelecendo a meta de redução da taxa de incidência de sífilis congênita para 0,5 por 1.000 nascidos vivos ou menos para o ano de 2015 (BRASIL, 2014; PAHO, 2012).

No ano seguinte, foi implementada a rede Cegonha no Brasil, que, entre os componentes do cuidado pré-natal, visa assegurar a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis de maneira oportuna (BRASIL, 2014).

Em 2014 a Organização Mundial de Saúde publicou o “*Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis*” que endossou a meta de redução da taxa de incidência de sífilis congênita de ≤ 50 por 100 mil nascidos vivos e apresentou metas de processo: cobertura $\geq 95\%$ para a testagem de sífilis em gestantes e para o tratamento de gestantes com sífilis (OMS, 2014).

2.2 Etiologia e clínica da Sífilis

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, causada por uma bactéria e acomete unicamente os seres humanos (BRASIL, 2010).

O agente etiológico da sífilis é um espiroqueta, o *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa, descoberta, em 1905, pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman. O segundo coletou uma amostra de uma lesão na vulva de uma mulher portadora de sífilis, na fase secundária, e o primeiro analisou o preparado *a fresco*. Essa bactéria resseca-se rapidamente quando exposta ao meio ambiente e consegue sobreviver por, no máximo, 10 horas em objetos úmidos. Penetra na pele através de superfícies cutâneo- mucosas, principalmente quando há soluções de continuidade no epitélio (BRASIL, 2010; VERONESI & FOCACCIA, 2010).

Sua transmissão ocorre predominantemente por contato sexual, mas também pode ser transmitida da mãe para o feto durante o período de gestação (transmissão vertical intra-útero) e, raramente, no momento do parto ou por transfusão sanguínea. A sintomatologia da sífilis é complexa e depende da sua fase de evolução. Na ausência de tratamento, apresenta fases alternadamente sintomáticas e assintomáticas e, de acordo com suas características, pode ser classificada em: sífilis primária, secundária e terciária, além da infecção latente (BRASIL, 2010).

A sífilis primária caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro, que surge de 10 a 90 dias após a infecção primária e, usualmente, desaparece em cerca de duas semanas. A sífilis secundária é caracterizada pela disseminação dos treponemas pelo organismo (BRASIL, 2010). Essa fase pode aparecer durante o surgimento do cancro ou após o seu desaparecimento. É caracterizada por erupção macular, a conhecida “roséola sífilítica”, que pode ser confundida com um processo alérgico ou viral. Essas lesões podem evoluir gradualmente em diferentes estágios e pode dar origem a diagnósticos errôneos de hanseníase, psoríase, granuloma anular dentre outras patologias dermatológicas. Nessa fase também é comum o surgimento de lesões pápulo-ceratóticas na região palmo-plantar (TALHARI & TALHARI, 2010).

É considerada sífilis recente no primeiro ano de infecção, o que inclui a sífilis primária, secundária e latente precoce, e sífilis tardia após o primeiro ano de infecção, incluindo a fase latente tardia e a sífilis terciária. No período de sífilis latente não existem manifestações clínicas visíveis, mas há treponemas localizados em determinados tecidos. As manifestações clínicas da sífilis terciária ou tardia surgem em cerca de um terço dos pacientes após um período variável de latência, que pode variar de um ano a dez ou mais. Essa última fase é mais grave e compreende principalmente as formas cutânea, cardiovascular e neurológica. Ocorre em indivíduos infectados que não foram tratados ou que não o fizeram de forma adequada. (BRASIL, 2010; TALHARI & TALHARI, 2010).

2.3 Diagnóstico e tratamento da sífilis

Para confirmação do diagnóstico clínico da sífilis, podem ser realizados testes sorológicos, que se dividem em treponêmicos e não treponêmicos. Porém, para uma correta interpretação do diagnóstico laboratorial deve ser estabelecida uma associação entre a história do usuário, a evolução clínica da doença e o teste realizado (BRASIL, 2010).

Os testes treponêmicos são exclusivamente qualitativos e empregam o *Treponema pallidum* como antígeno. Os testes não treponêmicos detectam anticorpos que não são específicos para o *Treponema pallidum*, porém estão presentes na resposta imunológica à sífilis. Podem ser qualitativos, quando utilizados para triagem (via de regra, testes sensíveis, mas pouco específicos), e quantitativos, para verificar o título dos anticorpos em amostras qualitativas reagentes ou para acompanhar a resposta ao tratamento realizado. É esperada uma redução de 4 vezes no título em um ano na sífilis primária e para a fase tardia uma queda de 4 vezes no título em seis meses e 8 vezes em um ano, caso seja finalizado, de forma adequada, o protocolo terapêutico. O aumento de títulos da ordem de quatro vezes ou mais indica a necessidade de um novo tratamento (HENRY, 2008; BRASIL, 2010).

A droga de primeira escolha para o tratamento da sífilis é penicilina G benzatina, com dosagem dependente da fase de evolução da doença. A sífilis primária deve ser tratada com uma dose única de 2.400.000 UI; a secundária ou latente (com menos de 1 ano de evolução) deve ser tratada com 2 séries semanais de 2.400.000 UI (totalizando 4.800.000 UI), enquanto trata-se a sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com tempo ignorado com 3 séries semanais, totalizando 7.200.00 UI. O controle do tratamento deve ser feito com realização do teste *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) mensalmente em gestantes e a cada três meses no restante dos casos (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que o Relatório da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS) referente à Proposta de incorporação do PCDT (Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica) de prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais foi colocado em consulta pública (nº 23) do dia vinte de agosto até o dia oito de setembro de 2015 (<http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas-2015-encerradas>, acessado em 8/09/2015) e preconiza a prescrição de penicilina G benzatina em dose única de 2.400.000 UI para a sífilis primária, secundária e latente recente e essa mesma dose por três semanas (totalizando 7.200.000 UI) para a sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária. Após discutir sobre as contribuições recebidas na Consulta Pública, será emitida uma recomendação final da CONITEC, que será encaminhada ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que decidirá se o Protocolo será implantado no SUS.

2.4 Epidemiologia da Sífilis

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou, para 2008, uma incidência de 10,6 milhões de novos casos de sífilis, em adultos, em todo o mundo, com uma prevalência pontual de 36,4 milhões. Para este mesmo ano, no continente das Américas, a incidência estimada foi de 2,8 milhões de novos casos em indivíduos adultos infectados pelo *Treponema pallidum* e uma prevalência pontual de 6,7 milhões de infectados (WHO, 2012).

Ainda para 2008, estimou-se que, em um cenário médio, 1.360.485 gestantes tivessem infecção ativa por sífilis no mundo, 7,8% delas residentes no continente Americano. Foi estimada uma ocorrência média de 520.905 desfechos adversos associados à sífilis na gestação no mundo (40,8% de natimortos ou óbitos fetais precoces, 17,6% de óbitos neonatais, 12,5% de recém-nascidos prematuros ou com baixo peso ao nascer e 29,1% de infectados), com predominância de ocorrência desses desfechos na África e na Ásia (87%) (NEWMAN *et al.*, 2013).

No Brasil, foram notificados, em 2013, 21.382 casos de sífilis em gestantes, que resultaram em 13.705 casos de transmissão vertical registrados. A taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil foi de 4,7 por 1.000 nascidos vivos, sendo o Nordeste a região com maior incidência (5,3%) (BRASIL, 2014; 2015).

2.5 Sífilis na Gestação

Atualmente, no manejo clínico e epidemiológico, é considerado caso suspeito de sífilis na gestação quando a gestante apresenta evidência clínica de sífilis ou teste não treponêmico

reagente (independente da titulação) e caso confirmado de sífilis quando a gestante apresenta teste não treponêmico reagente (independente da titulação) e teste treponêmico reagente (independente da existência ou não de evidência clínica de sífilis) ou quando a gestante apresenta teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não realizado ou não reagente, sem qualquer registro de tratamento anterior (BRASIL, 2015).

O conceito de “sífilis provavelmente ativa” tem sido atribuído para casos reativos em ambos os testes (treponêmicos e não treponêmicos). Uma revisão de literatura recente defendeu que países que apresentem como casos de sífilis na gestação apenas os reagentes em ambos os testes não precisam aplicar fatores de correção às suas estimativas. Diferentemente, os que fornecem dados baseados apenas em testes treponêmicos devem estimar que 53,6% têm infecção por sífilis que pode levar à transmissão vertical, enquanto os que possuem dados exclusivamente baseados em resultados de testes não treponêmicos devem usar fator de correção de 52,2% (HAM *et al.*, 2015).

Nos casos de história de tratamento prévio pode ser encontrado teste treponêmico positivo e VDRL reagente com títulos baixos ($<1/8$), cuja positividade pode corresponder à sífilis prévia ou atual, de forma que deve ser avaliada, individualmente, a história de tratamento e a titulação do teste de VDRL (AMARAL, 2012).

O VDRL é um dos testes mais utilizados para a triagem sorológica da sífilis entre mulheres grávidas, devido a sua elevada sensibilidade (78 a 100%), possibilidade de utilizar a titulação para acompanhar a evolução do tratamento e realização simples, rápida e de baixo custo. Os resultados falsos-negativos podem, em parte, ser explicados pelo efeito prozona (excesso de anticorpos), enquanto os falso-positivos podem ser encontrados na presença de outras infecções treponêmicas ou doenças como lúpus, artrite reumatoide e hanseníase. Com o início do tratamento, o VDRL tende, progressivamente, a se tornar não reagente, entretanto, devido à “memória imunológica”, pode se manter reagente, por um período de tempo longo, mesmo após a cura (BRASIL, 2005).

Segundo o Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde, na primeira consulta, durante a anamnese, deve ser avaliada a história clínica da mulher, o que inclui sua história prévia de sífilis e tratamento realizado por ela e por seu parceiro. Devem ser solicitados, como exames de rotina na atenção pré-natal, o teste rápido de triagem para sífilis (TR) e/ou VDRL na primeira consulta, no 3º trimestre de gestação, na admissão para o parto e em caso de abortamento. Se o TR apresentar resultado reagente, deve ser realizado um VDRL para estabelecer o padrão inicial para controle da cura para a gestante e seus parceiros sexuais (BRASIL, 2012 b).

Para que seja reduzida a possibilidade de transmissão vertical da sífilis, a partir do seu diagnóstico na gestação, deve ser realizada a intervenção imediata: tratamento da gestante e de seus parceiros sexuais com uso de penicilina benzatina, segundo dosagem variável, dependente da fase da sífilis (primária, secundária, latente recente, terciária e latente tardia). Nos casos de gestantes alérgicas a penicilina, o Ministério da Saúde orienta a dessensibilização em ambiente hospitalar. Quando esse procedimento não for possível, a gestante deve ser tratada com eritromicina, apesar desse tipo de tratamento não prevenir a transmissão vertical (BRASIL, 2007, 2012 b).

O enfoque prioritário para prevenção da sífilis congênita se dá através das ações desenvolvidas na atenção básica, pela Estratégia de Saúde da Família, no momento do pré-natal (com captação precoce da gestante, triagem sorológica e tratamento adequado). Também na atenção básica é oportunizada a educação em saúde das doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis, fazendo com que a gestante compreenda os riscos da doença para a sua saúde e de seu filho, da importância do uso de preservativos, como também do tratamento adequado dela e do parceiro (BRASIL, 2005).

As medidas de controle da sífilis também envolvem a realização de exame VDRL obrigatório em outros momentos em que haja a possibilidade de captar a mulher infectada, como na admissão na maternidade para parto, por aborto ou qualquer outra intercorrência durante a gestação. Porém, diferentemente do HIV, em que 65% das transmissões ocorrem no momento do parto, as intervenções realizadas no referido momento para sífilis não impedem a transmissão vertical, uma vez que a transmissão da sífilis se dá basicamente intra-útero. As medidas de controle só são relevantes, neste caso, para testar, diagnosticar e tratar precocemente os recém-nascidos expostos, como também realizar o tratamento das mulheres e de seus parceiros (BRASIL, 2007).

A coinfeção por sífilis é frequente entre gestantes infectadas com HIV e há evidências importantes de que as gestantes coinfectadas apresentem maior chance de transmitir HIV para seus filhos. Em um estudo conduzido em 17 locais (no Brasil, África do Sul, Argentina e Estados Unidos) com 1664 gestantes infectadas pelo HIV que não receberam terapia antirretroviral antes do parto, cerca de 10% delas estavam coinfectadas pela sífilis e apresentaram duas vezes mais chance de transmitir HIV para os seus filhos. Entre os 1684 filhos das mães participantes do estudo 1,4% foram infectados simultaneamente por sífilis e HIV e, destes, 88% adquiriram a infecção por HIV ainda no útero (YEGANEH *et al.*, 2015).

Um estudo transversal realizado no Brasil, entre 1999 e 2000, com uma amostra de gestantes admitidas para parto ou curetagem em maternidades de referência cadastradas pelo

PNDST/ AIDS revelou uma positividade no teste do VDRL confirmada pelo teste *fluorescente treponemal antibody-absorption* (FTA-abs) de 1,7% (IC 95%: 1,2-2,2) (RODRIGUES *et al.*, 2004). No estudo Sentinela Parturiente realizado em 2004, que também coletou amostra de sangue das parturientes, a prevalência de teste não-treponêmico (VDRL) reagente (com titulação maior ou igual a 1:2), confirmado pelo teste treponêmico, foi de 1,6%, enquanto no conduzido em 2006 (com base no exame VDRL realizado nas maternidades), a prevalência de VDRL reagente foi de 1,1% para o Brasil, 1,5% para a Região Norte, 1,3% para a Sudeste, 1,0% para a Centro-Oeste, 0,8% para a Nordeste e 0,6% para o Sul, com os dados regionais sujeitos a vícios referentes a diferenciais na performance laboratorial (SZWARCOWALD *et al.*, 2007).

Outro estudo transversal ainda mais recente (realizado em 2010-2011) com amostra de cerca de 36 mil parturientes e representatividade nacional, revelou uma prevalência de positividade no VDRL (independente da titulação) confirmada pelo FTA-Abs de 0,85% para o Brasil, sendo 1,05% para a Região Norte, 1,14% para a Nordeste, 0,73% para a Sudeste, 0,48% para a Sul e 1,20% para a Centro-Oeste (BRASIL, 2015).

O estudo “Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento”, realizado em 2011/2012, utilizou, para fazer o diagnóstico de sífilis na gestação, o registro no cartão de pré-natal do exame VDRL reagente (independente da titulação), o registro de infecção por sífilis no prontuário da puérpera e de diagnóstico de sífilis congênita no prontuário do recém-nascido. Estimou a prevalência de sífilis na gestação no Brasil (1,02%; IC 95%: 0,84-1,25%) e nas suas grandes Regiões: Sul (1,10%, IC 95%: 0,75 - 1,60%), Nordeste (1,08%, IC 95%: 0,71-1,63%), Sudeste (1,03, IC 95%: 0,75-1,41%), Centro-oeste (0,96%, IC 95%: 0,46-2,00%) e Norte (0,76%, IC 95%: 0,42-1,35%) (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Com base nos dados oriundos da notificação, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites do Ministério da Saúde Virais divulgou, para 2011, uma taxa de detecção de sífilis nas gestantes brasileiras de 0,50%. Esta taxa foi de 0,60% para a Região Centro-oeste, 0,58% para a Sudeste, 0,55% para a Norte, 0,40% para a Nordeste e 0,39% para a Sul. Nos Estados da Região Nordeste, em ordem decrescente, foram obtidas as seguintes taxas de detecção: 0,97% para o Sergipe, 0,49% para a Paraíba, 0,46% para o Ceará, 0,41% para Alagoas, 0,40% para o Rio Grande do Norte e Bahia, 0,38% para Pernambuco, 0,23% para o Maranhão e 0,21% para o Piauí (BRASIL, 2012a).

Considerando a prevalência de sífilis na gestação estimada pelo estudo “Nascer no Brasil” (1,02%; IC 95%: 0,84-1,25%) para 2011/2012 e a oriunda da notificação no SINAN para 2011 (0,50%), acredita-se que a subnotificação dos casos de sífilis na gestação possa alcançar percentuais entre 40 e 60% (BRASIL, 2012a; DOMINGUES *et al.*, 2014). Além disso, esses

dados obtidos no SINAN não são estritamente comparáveis entre as Regiões e Estados brasileiros, em virtude da possibilidade de diferenciais de subnotificação.

Embora os estudos de base hospitalar não reflitam a prevalência do desfecho de interesse na população, uma pesquisa realizada com parturientes (n=320) em maternidades públicas do município de Fortaleza, no ano de 2010, evidenciou uma prevalência pontual de sífilis de 5,3% na admissão para o parto, considerando como casos as parturientes com VDRL reagente no parto e que não realizaram tratamento adequado durante a gravidez e/ou não tiveram seus parceiros sexuais tratados (FREITAS, 2010).

Ainda quanto às pesquisas realizadas na Região Nordeste, um estudo conduzido entre maio de 2008 e março de 2009 em uma maternidade de referência em Salvador, observou que 3,5% das gestantes admitidas para o parto tiveram teste treponêmico (EIA) reagente, 0,6% apresentaram VDRL reagente e 0,5% (17/3300) obtiveram confirmação do resultado do exame VDRL por meio de um teste treponêmico (NOBREGA *et al.*, 2013). Já em um estudo realizado com as gestantes que tiveram sua primeira consulta de pré-natal em unidades básicas de saúde em 2007, sendo 2.112 em Aracajú, Sergipe, e 7.438 em outros municípios daquele Estado, foi identificada uma prevalência de sífilis na primeira consulta de pré-natal de 0,9% (IC 95%: 0,7% - 1,6%), diagnosticada por meio do exame VDRL para as residentes na capital e do Q-Preven Sífilis Total – DBS (teste treponêmico) para residentes em outros municípios (INAGAKI, 2009).

Quanto às consequências da sífilis não tratada na gestação, uma meta-análise realizada com estudos publicados até dezembro de 2011, que revisou artigos publicados em qualquer idioma, indicou a associação dessa exposição com os seguintes desfechos gestacionais desfavoráveis: nascido morto, óbito fetal, neonatal e infantil, prematuridade e baixo peso ao nascer. Ressalta-se que, dos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada, 15% tinham evidência clínica de sífilis congênita (GOMEZ *et al.*, 2013).

2.6 Sífilis Congênita

“A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada, não tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária” (BRASIL, 2007, p. 99). Sabe-se que a transmissão para o feto pode ocorrer em qualquer fase da gestação, embora o risco diminua conforme aumenta o tempo que a mãe esteve exposta à doença, sendo a probabilidade de 70% a 100% na sífilis primária (CHAKRABORTY & LUCK, 2008) e secundária (BRASIL, 2007), 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia (CHAKRABORTY & LUCK, 2008).

O Ministério da Saúde apresentou, em 2014, as novas definições de sífilis congênita:

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde	SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		
<p>Definição de caso:</p> <p>Primeiro Critério:</p> <ul style="list-style-type: none"> - criança cuja mãe apresente durante o pré-natal ou no momento do parto, testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. - criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade da maternidade realizar o teste treponêmico, apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto. - criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade da maternidade realizar o teste não treponêmico, apresenta teste treponêmico reagente no momento do parto. - criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto sem registro de tratamento prévio. <p>Segundo Critério:</p> <p>Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - titulações ascendentes (testes não treponêmicos); - testes não treponêmicos reagentes após 06 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); - testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; - títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes; - teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita. <p>Terceiro Critério:</p> <p>Aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.</p> <p>Quarto Critério:</p> <p>Toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.</p>		

Fonte: Brasil, 2014.

A sífilis congênita apresenta, para efeito de classificação, dois estágios: precoce (diagnosticada até dois anos de vida) e tardia (com diagnóstico após dois anos de idade) (BRASIL, 2007).

A sífilis congênita precoce deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica detalhada da situação materna e do recém-nascido (BRASIL, 2005). Nos casos de evidências clínicas ou laboratoriais de sífilis na gestação e o recém-nascido (RN) for sintomático ou assintomático de mãe não tratada ou inadequadamente tratada, é preconizada a solicitação de exames de radiografia de ossos longos, hemograma e análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) do RN. Já para os casos de mães adequadamente tratadas, os procedimentos anteriormente descritos só serão realizados se o RN for sintomático. Caso seja assintomático, deverá ser realizado apenas o VDRL e, apenas se o resultado for reagente, deve-se solicitar os exames descritos anteriormente. A partir dos resultados desses exames, os tratamentos específicos são prescritos (BRASIL, 2007).

A detecção de casos de sífilis congênita no Brasil indica a existência de problemas importantes na atenção pré-natal oferecida, que vão desde a cobertura inadequada na oferta do exame de rotina preconizado a falhas no diagnóstico e tratamento da gestante e seu parceiro, que perpassam pela falta de treinamento, capacitação das equipes responsáveis (GALATOIRE *et al.*, 2012) e de seguimento dos protocolos normatizados pelo Ministério da Saúde.

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a incidência de sífilis congênita no Brasil para 2013 foi de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2014). Estima-se, entretanto, que o número de casos notificados de sífilis congênita no SINAN corresponda a apenas um terço do total real (RAMOS *et al.*, 2007).

O não preenchimento dos formulários padrão e os dados incompletos determinam problemas graves e limitações para o planejamento efetivo pela gestão nas três esferas de governo. Os registros precisos e adequados são atividades fundamentais que os profissionais da vigilância epidemiológica devem executar e constituem subsídios essenciais ao monitoramento de políticas e intervenções (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Dado que, apesar da subnotificação existente, encontram-se alarmantes taxas de incidência de sífilis congênita no Brasil (BRASIL, 2014), ainda bem distantes da meta para 2015 (taxa de até 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos) (PAHO, 2012), é evidente que as estratégias adotadas no Brasil não se mostram suficientes.

Há a necessidade premente de reorganizar os serviços de saúde, com: a capacitação adequada dos profissionais para aplicação dos protocolos normatizados no pré-natal, na admissão ao parto e no nascimento; ampliação do acesso oportuno à realização dos exames, diagnóstico e tratamento das gestantes, de seus parceiros e dos recém-nascidos (RODRIGUES *et al.*, 2004; KOMCA & LAGO, 2007).

2.7 Avaliação nos serviços de saúde

Chegar a um conceito único, aceito universalmente, para o termo “avaliação” é uma pretensão ilusória. Entretanto, para introduzir o tema, mostra-se relevante partir de uma definição aceita na literatura especializada:

[...] Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que se possa traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011 a, p.44).

A avaliação tem finalidades diferentes dependendo da fase em que irá ocorrer: planejamento, execução ou conclusão. Na perspectiva estratégica, durante o planejamento, a avaliação tem a função de contribuir para a construção de uma intervenção; na formativa tem

função de aprimoramento durante a fase de execução, e na somativa pode ajudar a definir a continuidade de uma intervenção (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Existem dois tipos principais de estudos avaliativos de uma intervenção: a pesquisa avaliativa e a avaliação normativa. Na pesquisa avaliativa são analisados a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, a eficiência e as relações existentes entre a intervenção e o contexto. Já na avaliação normativa, faz-se um julgamento sobre a intervenção, comparando os componentes previstos em sua concepção (estrutura, processo e resultados) com normas, ou seja, verifica-se a conformidade (fidelidade) desses componentes em relação a referências. A apreciação da fidelidade tem, em geral, um objetivo formativo (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010; BROUSSELLE *et al.*, 2011).

É importante salientar, entretanto, que a qualidade dos resultados da avaliação normativa depende da adequada escolha das normas que serão adotadas e do vínculo causal existente entre estrutura, processo e resultado (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010; BROUSSELLE *et al.*, 2011). Idealmente as normas adotadas na avaliação devem representar a melhor informação oficial e cientificamente válida disponível sobre o assunto (DONABEDIAN, 1997).

A literatura especializada defende a necessidade de elaborar o modelo lógico operacional da intervenção de interesse, especificando os vínculos que articulam sua estrutura, processo e resultados esperados. Neste sentido, a modelização é ainda um importante guia para a avaliação normativa, pois permite comparar a intervenção normatizada com o que foi realmente implantado. Para quase todos os programas é possível estruturar o modelo lógico operacional e dado que, muitas vezes, o modelo lógico inicial só existe na cabeça dos diferentes atores envolvidos, o processo de modelização possibilita o aprimoramento da inteligibilidade do sistema, o diálogo entre os atores, a avaliação da intervenção e a tomada oportuna de decisão (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

O modelo lógico de uma intervenção pode ser apresentado de variadas formas, seja por meio de texto, tabela ou diagrama, valendo a pena destacar que os diagramas são os que melhor permitem a visualização dos vínculos entre os diferentes elementos (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Para Alfoldi, 2006, "os modelos asseguram a transição entre o nível abstrato onde se situa a teoria e o conceito da prática de campo"(ALFOLDI, 2006, p. 7). Na construção de um modelo de avaliação, há a necessidade de decompor a realidade avaliada em aspectos de interesse, de

forma a auxiliar na compreensão de situações complexas. O primeiro passo para a modelização é estabelecer um conceito central, que às vezes pode não ser tão simples, mas que permite conhecer a principal realidade estudada. As dimensões do modelo de análise são representadas pelas principais características do conceito central, enquanto as subdimensões são aspectos particulares das dimensões identificadas. Já os critérios constituem a expressão quantitativa da subdimensão. Porém apesar da racionalização do fenômeno em critérios de avaliação tornar viável a manipulação estatística dos dados, não há consenso quanto ao número de níveis a ser utilizado e a forma ideal de quantificá-los (ALFOLDI, 2006).

Considerando que uma intervenção é "um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática" (CHAMPAGNE *et al.*, 2011, p. 45), o manejo da sífilis na admissão para o parto e da sífilis congênita é uma intervenção e, portanto, pode ser delimitada como conceito central de interesse. Esse sistema organizado de ações pode ser decomposto em componentes que contemplam características principais do tema, como diagnóstico e tratamento. Na perspectiva de uma avaliação normativa, nas dimensões do diagnóstico e do tratamento, poderiam ser identificadas duas subdimensões importantes para ser foco de avaliação: conhecimento e prática dos profissionais de saúde atuantes.

Segundo Bradan (1995), o vocábulo "conhecimento" tem sido definido como "[...] a capacidade de adquirir, reter e usar informação; uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade" (BRADAN, 1995, p. 9). Já o termo "prática" é entendido como: "[...] a aplicação de regras e do conhecimento que leva à ação" (BRADAN, 1995, p. 9). É a forma como os profissionais expressam seu conhecimento e atitude por meio de seus atos nos serviços de saúde (KALIYAPERUMAL, 2004).

Os estudos que avaliam conhecimento, atitudes e prática dos profissionais podem ser projetados para obter informações acerca de tópicos relacionados a uma doença específica e, habitualmente, os seus dados são coletados por meio de um questionário padronizado e estruturado. Esses estudos são importantes no processo de planejamento, implementação e aprimoramento da intervenção, pois podem auxiliar na identificação de: lacunas do conhecimento em relação ao que é cientificamente aceito e que, portanto, precisam ser supridas, bem como de saberes já adequadamente estabelecidos; padrões comportamentais divergentes daqueles normatizados e que, portanto, precisam de aprimoramento, bem como práticas padronizadas que já fazem parte da rotina do serviço. Desta forma, evidenciam pontos fortes,

barreiras e necessidades na execução do programa e, com isso, facilitam a definição de prioridades, seleção de estratégias e tomada de decisão (WHO, 2008).

2.8 Protocolos, conhecimento e práticas dos profissionais de saúde

Busca-se, atualmente, sistematizar e exercer a prática clínica baseada em evidências e o desenvolvimento de diretrizes é cada vez mais intenso. Órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, têm seguido e fomentado essas estratégias. Entretanto, a elaboração dos protocolos não implica em que estes sejam amplamente utilizados pelos profissionais de saúde (FRANCKE *et al.*, 2008).

As evidências revelam graves deficiências na adoção das diretrizes pelos profissionais. Sua aplicação na prática clínica é influenciada por diversos fatores, como: qualidade dos protocolos, simplicidade e síntese na apresentação do conteúdo e abrangência/flexibilidade para as diversas situações da prática clínica; estratégia de disseminação; escassez de recursos materiais e humanos, com prejuízo da relação médico-paciente; características dos profissionais de saúde (como consciência [vs. falta de consciência] sobre a existência do protocolo, familiaridade [vs. inexperiência] com o tema, conflito entre a experiência adquirida na prática e os protocolos existentes e descrença na efetividade e atualização dos protocolos); do ambiente (como falta de apoio dos colegas ou superiores); dos pacientes (que dependendo do tipo de comorbidade, podem ter maior ou menor adesão) e de incentivos e mecanismos regulatórios (DAVIS & TAYLOR-VAISEY, 1997; CARLSEN *et al.*, 2007; FRANCKE *et al.*, 2008). Há também uma tendência por parte dos profissionais de saúde a terem atitudes mais positivas em relação a protocolos que foram discutidos e elaborados em discussão com eles e seus pares (CARLSEN *et al.*, 2007).

Um estudo realizado com clínicos gerais holandeses (n=703) em 2008, observou boa adesão às diretrizes no grupo analisado, embora com uma variação de 52 a 95% (média de 77%), porém corrobora observações dos autores citados anteriormente, quando considera que a adoção das diretrizes baseadas em evidências ainda enfrenta diversos níveis de obstáculos e não consegue obter o efeito desejado. Foram descritas como barreiras para adesão a protocolos a falta de aplicabilidade para pacientes específicos; limitações organizacionais, como fatores externos, além da capacidade e comportamento do paciente e falta de familiaridade com as recomendações (LUGTENBERG *et al.*, 2011).

Estudos nacionais também revelam problemas na aplicação dos protocolos pelos profissionais. Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro, que avaliou as práticas dos

profissionais pré-natalistas que atendiam no SUS, verificou diversos problemas quanto ao manejo da sífilis na gestação: apenas 35% dos profissionais realizavam a abordagem dos parceiros da gestante com DST e 59,8% realizavam a notificação de sífilis na gestação. Entre as barreiras referidas no manejo da sífilis destacam-se: o início tardio do pré-natal (75,2%); o não comparecimento dos parceiros no serviço de saúde (53,0%); dificuldades na realização da testagem para sífilis (34,7%) e a baixa adesão das gestantes à realização de exames e/ou do tratamento (34,3%). Apesar de todas as falhas e dificuldades encontradas na prática dos profissionais, 80% relataram que tiveram acesso aos manuais técnicos do Ministério da Saúde e quase 60% referiram tê-los lido integralmente (DOMINGUES *et al.*, 2013b).

De forma similar, em um estudo realizado no ano de 2012 com enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família (n=171) em Fortaleza, Ceará, os principais obstáculos relatados para a eliminação da sífilis congênita foram: dificuldades logísticas no fornecimento dos resultados dos exames que impediam a aplicação correta e oportuna do protocolo estabelecido (45,6%), dificuldades na busca dos companheiros das gestantes e pouca aceitação do tratamento por parte deles (28,1%), além da realização da primeira consulta em fase avançada da gestação (19,9%) (COSTA, 2012).

Outra pesquisa realizada no ano de 2009, também em Fortaleza, com profissionais da estratégia de saúde da família (n=269), descreveu falhas dos profissionais no manejo da sífilis na gestação. Embora 80,0% dos médicos e enfermeiros entrevistados afirmassem que o tratamento adequado da gestante estava ligado ao tratamento simultâneo do parceiro, 50,2% só tratariam o parceiro em caso de VDRL reagente e 44,2% não sabiam que a cura da gestante dependia da queda de titulação do VDRL, aferida por meio de controle mensal. Além disso, 21,9% tratariam as gestantes alérgicas à penicilina com tetraciclina, doxiciclina e amoxicilina, no lugar do estearato de eritromicina, medicamentos não indicados no período gravídico devido ao risco que podem causar para o feto e para a gestante. Então, mesmo que, na avaliação geral, 60% das respostas se mostrassem adequadas, o desconhecimento do manejo adequado da sífilis por parte dos profissionais surpreende e, tem como consequência práticas inadequadas (SILVA, 2014) e as taxas de incidência, ainda alarmantes, de sífilis congênita no Brasil.

Um estudo realizado no ano de 2012 que avaliou os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros da atenção básica (n= 236) sobre sífilis em gestantes em Recife concluiu que a maioria desses profissionais (60 %) já havia participado de treinamentos sobre a temática e, na análise das perguntas relativas ao conhecimento deles sobre diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis na gestação, houve acerto em 57,2% das respostas dadas pelos profissionais (GOMES, 2013). Já Andrade *et al.* (2011), ao realizar uma pesquisa similar

com enfermeiros (n=160), na cidade de Fortaleza, Ceará, no ano de 2009, concluíram que esses profissionais possuíam conhecimento abaixo do esperado em relação ao manejo correto da gestante com VDRL reagente, embora a maioria (53,8%) já houvesse participado de treinamentos.

Pesquisas avaliaram ainda conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde com relação a outras doenças sexualmente transmissíveis. Farias *et al.* (2008), ao avaliarem as atitudes e conhecimento dos obstetras (n = 129) das maternidades públicas da cidade de Salvador, em 2005, sobre a profilaxia da transmissão vertical do HIV, segundo as recomendações do Ministério da Saúde, verificaram desconhecimento sobre os aspectos que poderiam contribuir para transmissão vertical e uma menor adesão a treinamentos (41,9%). Gonçalves e Gonçalves (2013), em uma pesquisa realizada com profissionais médicos e enfermeiros (n=167) que executavam atividade de controle da transmissão vertical da hepatite B em uma maternidade e 46 Equipes de Saúde da Família (ESF), localizadas em Manaus, revelou diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos, práticas e atitudes segundo categoria profissional e tipo de serviço de saúde. Com relação ao conhecimento, os profissionais da ESF revelaram uma frequência de conhecimento significativamente maior sobre esquema vacinal do que os atuantes em maternidade, assim como os enfermeiros relataram mais conhecimento de esquema vacinal do que os médicos. Já entre os profissionais das maternidades, os médicos revelaram maior conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do vírus da Hepatite B e atitude e prática em relação à prevenção da transmissão vertical da hepatite B no recém-nascido (p-valor < 0,05).

Já em uma pesquisa realizada no período de 2000-2002, com médicos e enfermeiros (n=148) atuantes em onze maternidades públicas no município do Rio de Janeiro sobre conhecimentos e práticas, no contexto da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, identificou-se um hiato entre os conhecimentos e a sua aplicação prática ao tema estudado. Um dos pontos observados foi que 59% afirmavam que o recém-nascido estável poderia ir para o colo da mãe, porém apenas 30% autorizava essa prática quando o mesmo estava entubado, ainda que estável clinicamente. Os profissionais justificaram que problemas estruturais das maternidades estudadas impossibilitavam a implementação de algumas medidas, como, por exemplo, o fato de apenas sete contarem com estrutura física necessária para internar a mãe e o recém-nascido (HENNIG *et al.*, 2006).

2. JUSTIFICATIVA

O Conselho Nacional de Saúde aprovou o Pacto pela Saúde, em 2006, com o objetivo de fortalecer a gestão dos serviços de saúde. Um dos seus eixos centrais é o Pacto Pela Vida, que define a redução da mortalidade materna e infantil como uma das prioridades e inclui, como estratégias essenciais, a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Cabe observar que a sífilis é mais prevalente no período gravídico do que o HIV/AIDS e que, enquanto as gestantes com HIV não tratadas transmitem a infecção para seus filhos em um terço dos casos, as mulheres grávidas com sífilis não tratada têm desfechos gestacionais inadequados em quase 100% dos casos na fase primária. Desta forma, dada a gravidade desses problemas de saúde pública, tanto a infecção por sífilis quanto por HIV entre as gestantes devem ter diagnóstico e tratamento em tempo oportuno. O envolvimento conjunto das estratégias para prevenção de transmissão vertical sífilis e HIV traz importantes ganhos para a saúde pública, uma vez que a sífilis na gestação eleva o risco de transmissão vertical do HIV (KLAUSNER, 2013).

Estudos nacionais realizados em 2006 e 2011/2012 estimaram que a prevalência de sífilis entre gestantes brasileiras esteja em torno de 1% (DOMINGUES *et al.*, 2014; SZWARCOWALD *et al.*, 2007), sem terem identificado diferenças estatisticamente significativas entre as grandes regiões do Brasil (DOMINGUES *et al.*, 2014). Entretanto, os dados oriundos de notificação, para o ano de 2011, indicam uma prevalência em torno de 0,5% (BRASIL, 2012a), o que aponta para uma subnotificação importante dos casos de sífilis na gestação.

Com base em dados do SINAN para o ano 2013, foi calculada a taxa de incidência de sífilis congênita de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos no Brasil, com uma taxa mais elevada para a Região Nordeste (5,3‰) (BRASIL, 2014). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, a taxa de sífilis congênita em 2014 foi de 7,0‰, valor que é superior ao observado para 2013 (5,7‰). Desta forma, apesar da reconhecida existência de subnotificação, encontram-se taxas de incidência de sífilis congênita muito elevadas, ainda bem distantes da meta para 2015, de até 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos (PAHO, 2012).

Essa meta de eliminação de sífilis congênita mostra-se como um desafio para os gestores e profissionais de saúde (DOMINGUES *et al.*, 2013a). Pesquisas realizadas em diversas localidades do país abordam os entraves encontrados no controle da doença. Mesmo com a ampliação da cobertura das equipes de saúde da família, que passaram a acompanhar gestantes

que tinham dificuldades de acesso à atenção pré-natal, muitas falhas ainda são evidenciadas: captação tardia das gestantes, número inadequado de consultas, não solicitação dos exames nos períodos recomendados, demora na entrega do resultado dos exames, não realização ou realização tardia do diagnóstico e do tratamento da sífilis na gravidez (da gestante e de seu parceiro) e da sífilis congênita, bem como a subnotificação dos casos (KOMKA & LAGO, 2007; COSTA *et al.*, 2013; DOMINGUES *et al.*, 2013a).

Destaca-se, portanto, que os problemas referentes ao não cumprimento de determinados procedimentos (realização dos exames na admissão para o parto e curetagem, identificação do diagnóstico de sífilis na gestação, seguimento do protocolo para a identificação da sífilis congênita, respectivas notificações dos casos e realização dos tratamentos) poderiam ser minimizados por meio da: análise do conhecimento e das práticas adotadas pelos profissionais de saúde atuantes nas maternidades; identificação das barreiras existentes e investimento no aprimoramento, para a adequada aplicação dos protocolos normatizados pelo Ministério da Saúde.

3. OBJETIVOS:

Objetivo Geral:

Avaliar conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde atuantes nas maternidades públicas de Teresina, Piauí, sobre o manejo da sífilis na gestação e congênita, segundo os protocolos normatizados pelo Ministério da Saúde.

Objetivos Específicos:

Caracterizar os profissionais de saúde (obstetras, neonatologistas/pediatras e enfermeiros) atuantes nas maternidades públicas de Teresina, Piauí, com relação à formação profissional, tempo de atuação e capacitação para o manejo da sífilis na gestação e congênita;

Descrever aspectos da rotina das maternidades públicas de Teresina, Piauí, relacionados ao manejo da sífilis na admissão para o parto, segundo relato dos obstetras, neonatologistas e enfermeiros atuantes;

Avaliar a conformidade do conhecimento e da prática de médicos obstetras e enfermeiros atuantes nas maternidades públicas de Teresina-PI com o protocolo normatizado pelo Ministério da Saúde para o manejo da sífilis na admissão para o parto;

Avaliar a conformidade do conhecimento e da prática de médicos neonatologistas e enfermeiros atuantes nas maternidades públicas de Teresina-PI com o protocolo normatizado pelo Ministério da Saúde para o manejo da sífilis congênita;

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo que foi conduzido com a população de enfermeiros, médicos obstetras e neonatologistas/pediatras atuantes nas maternidades públicas de Teresina, Piauí, entre 1º de fevereiro e 31 de março de 2015.

5.1. Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Teresina, capital do estado do Piauí, que conta com uma população de cerca de 814.230 habitantes, distribuída em 115 bairros e é atualmente dividida em três regionais de saúde: Leste/Sudeste, Centro/Norte e Sul¹.

A população do Piauí foi estimada em 3.184.166 habitantes, no ano de 2013, correspondendo a capital a pouco mais de 26% desta população (IBGE, 2010).

O município de Teresina contava, em 2014, com cinco Hospitais/Maternidades da rede do Sistema Único de Saúde, onde foram realizados 16.533 partos e uma única maternidade privada que registrou 4.354.

Foram incluídas no estudo as quatro maternidades públicas localizadas em Teresina: três estabelecimentos Municipais (Maternidade do Ciamca, Hospital/Maternidade do Promorar e Hospital/Maternidade do Satélite) e a Maternidade Estadual Dona Evangelina Rosa, referência de média e alta complexidade para todo Estado do Piauí, que totalizaram 16.286 partos em 2014. O Hospital/Maternidade do Buenos Aires não foi incluído na pesquisa, pois, no momento da coleta de dados, encontrava-se em reforma e sem previsão de término.

Quadro 1. Número de partos realizados e número de profissionais de saúde atuantes nas maternidades públicas de Teresina incluídas na pesquisa - Piauí, 2014

Maternidade	Nº de partos	Nº de obstetras	Nº de neonatologista/ pediatras	Nº de enfermeiros
Ciamca	1.750	14	17	23
Promorar	1.812	14	6	14
Satélite	1.599	17	7	9
Dona Evangelina Rosa	11.125	53	35	114
TOTAL	16.286	98	65	160

Fonte: SIH/SUS

Nota: 20 obstetras, 11 neonatologistas e 1 enfermeiro atuavam em mais de uma maternidade e, portanto, o total de entrevistados será menor que o número informado na tabela.

5.2. População Alvo

5.2.1. Critério de Inclusão

Foram considerados elegíveis para o estudo todos os profissionais médicos obstetras, médicos pediatras/neonatologistas e enfermeiros que atuavam na assistência a gestantes e/ou recém-natos nas maternidades públicas de Teresina no período de realização do estudo.

5.2.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os profissionais que, no momento da pesquisa, trabalhavam nas maternidades públicas de Teresina exclusivamente em cargos de gestão, administrativos, ambulatoriais, Central de Material e Esterilização (CME) e Unidade de Terapia Intensiva materna (UTI).

5.3 Coleta de Dados

Para obter as informações sobre as práticas dos profissionais de saúde foi utilizado um questionário auto-aplicado, com questões fechadas, elaborado para este estudo, a partir do questionário empregado na “Pesquisa sobre Conhecimentos, Práticas e Atitudes dos profissionais de saúde em relação à infecção pela sífilis e pelo HIV na gestação”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente - Determinantes Sociais, Epidemiologia e Avaliação de Políticas, Programas e Serviços”.

O questionário utilizado nesta pesquisa (ANEXO A) contempla quatro partes. A primeira parte, intitulada “Caracterização do Profissional”, conta com questões sobre a categoria profissional, tempo de formação, tipo de maternidade, tempo de atuação na categoria profissional em maternidades, especialização, participação em treinamentos sobre prevenção e controle da sífilis congênita, acesso aos manuais do Ministério da Saúde e estratégias propostas para treinamento dos profissionais de saúde das maternidades. A segunda parte, denominada “Caracterização da Maternidade”, contempla questões sobre: existência, na maternidade, de protocolo para manejo da sífilis congênita, de rotina de solicitação do exame para diagnóstico de sífilis na admissão para o parto e para curetagem, tipo de exame e tempo até o recebimento do resultado do VDRL; realização, na maternidade, da notificação compulsória dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita; existência, na maternidade, de livro ou planilha para registro dos casos de sífilis congênita diagnosticada e de equipe de vigilância epidemiológica atuante.

A terceira parte, referente ao “Manejo da Sífilis na Admissão para o parto”, inclui questões sobre: realização de registro, na admissão, dos resultados dos exames para o diagnóstico de sífilis realizados no pré-natal e das informações sobre o tratamento recebido pela gestante no pré-natal; acesso dos profissionais de saúde da maternidade a essas informações; solicitação de VDRL e/ou *Rapid Test Reagin* (RPR) na admissão do parto ou curetagem; critérios adotados para considerar um caso de sífilis na gestação como adequadamente tratado; tratamento prescrito e oferta de orientações à gestante/puérpera com diagnóstico de sífilis e ao seu parceiro; estratégias que podem melhorar o comparecimento do parceiro ao serviço e dificuldades dos profissionais na abordagem da gestante/puérpera com diagnóstico de sífilis.

A quarta e última parte, intitulada “Manejo da Sífilis Congênita na Maternidade”, aborda questões referentes a: definição dos casos sífilis congênita; manejo do recém-nascido cuja mãe apresentou VDRL reagente na gestação ou no parto; critérios para realização de raios-X de ossos longos e punção lombar; medidas adotadas diante de um diagnóstico de sífilis congênita e tratamento do neonato com e sem neurosífilis; dificuldades dos profissionais no manejo da

sífilis e opiniões/sugestões dos profissionais sobre o manejo, na maternidade, da sífilis na gestação e congênita.

A carta convite (ANEXO B) e os questionários foram entregues, no início do plantão, aos médicos (obstetras, neonatologistas/pediatras) e enfermeiros das respectivas maternidades. Essa entrega esteve a cargo da pesquisadora responsável ou de um acadêmico de enfermagem voluntário e devidamente treinado para essa função. Nesse momento, apresentou-se a carta convite, contendo: a identificação dos pesquisadores responsáveis pelo estudo e suas instituições; justificativa e objetivo do estudo; procedimentos, caráter voluntário da pesquisa e benefícios esperados; garantia do anonimato dos participantes e se colocando à disposição para o esclarecimento de dúvidas.

Durante essa abordagem, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e, com os que desejaram participar, foi combinado o recolhimento do questionário, em envelope lacrado e sem identificação, ao final do plantão ou em data e horário sugerido pelo participante. Foram considerados como recusa os profissionais que afirmaram não querer participar, entregaram os questionários em branco, ou ainda que não entregaram os questionários após três agendamentos. Foram considerados perdas os profissionais que não foram encontrados, por estarem de licença maternidade/médica ou de férias no período.

Foi utilizada uma planilha de campo para controle de entrega e recolhimento dos questionários (com a finalidade de evitar duplicidade de questionários respondidos pelo mesmo profissional), sem que existisse qualquer campo-chave de ligação com os questionários. Ela foi preenchida apenas para controle logístico da coleta de dados e cálculo da taxa de não resposta. Depois de finalizada a coleta e em momento anterior à abertura dos envelopes lacrados (onde estavam armazenados os questionários), a planilha foi destruída. Tais procedimentos foram conduzidos de modo a assegurar o anonimato dos participantes.

Os questionários foram revistos pela pesquisadora responsável e, posteriormente, foram digitados no *software* EPIDATA, versão 3.1. Foi realizada dupla digitação de 15% dos questionários (n=36), tendo sido identificado erro em 0,6% dos campos digitados, os quais foram corrigidos. Em seguida, foi feita a crítica do banco de dados.

Os dados coletados ficarão armazenados com a pesquisadora responsável, em meio digital, sem a identificação dos profissionais.

5.4. Análise dos Dados

Foi realizada uma análise descritiva das características dos profissionais de saúde e das maternidades (questões da parte I e II do instrumento de coleta de dados), apresentando-se a estimativa das proporções e o intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para a avaliação do conhecimento e da prática dos profissionais de saúde atuantes nas maternidades públicas de Teresina - PI sobre o manejo da sífilis na gestação e congênita, foi utilizado o referencial teórico da avaliação normativa (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010; CHAMPAGNE *et al.*, 2011), seguindo as normas sistematizadas nos protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

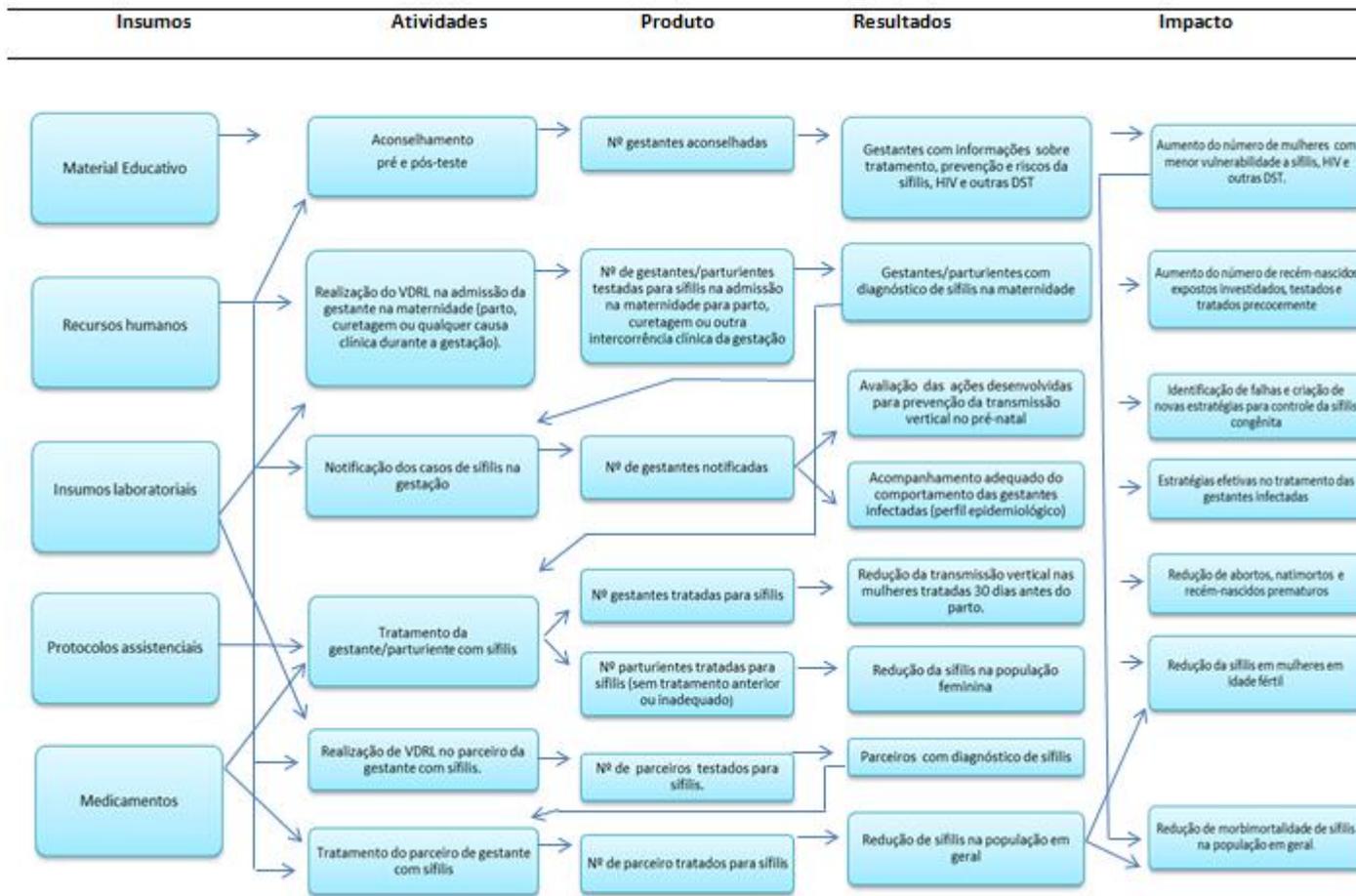
Para servir como guia para avaliar se as respostas dos profissionais estavam em conformidade com os protocolos normatizados pelo Ministério da Saúde, foi elaborado um modelo lógico-operacional de sífilis na gestação (Figura 1) e outro de sífilis congênita (Figura 2), cada um deles contemplando duas dimensões importantes nesse processo: diagnóstico e tratamento. Para cada uma dessas dimensões foram estabelecidas duas subdimensões: conhecimento e prática dos profissionais e para cada uma das subdimensões foram descritos critérios tanto relativos a avaliação do manejo de sífilis na gestação (Figura 3), quanto ao manejo de sífilis congênita (Figura 4).

A conformidade dos critérios de avaliação das subdimensões de conhecimento e prática dos profissionais tanto para a sífilis na gestação como para a sífilis congênita foi estimada como proporção de respostas dos profissionais em concordância com os protocolos do Ministério da Saúde e seus respectivos IC 95%. Tais estimativas foram apresentadas segundo categorias profissionais: obstetra e enfermeiro, para avaliar o manejo de sífilis na gestação, e neonatologista/ pediatra e enfermeiro, para avaliar o manejo de sífilis congênita.

Foram considerados critérios em conformidade os que, em sua estimativa intervalar, incluíram o percentual de conformidade de 95% ou mais, conforme meta de processo para diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação traçada no “Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis” publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2014 (OMS, 2014).

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.

Figura 1. Modelo lógico operacional do manejo de sífilis na gestação



Nota: Modelo lógico-operacional adaptado da tese de doutorado *“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”*

Figura 2. Modelo lógico operacional do manejo da sífilis congênita

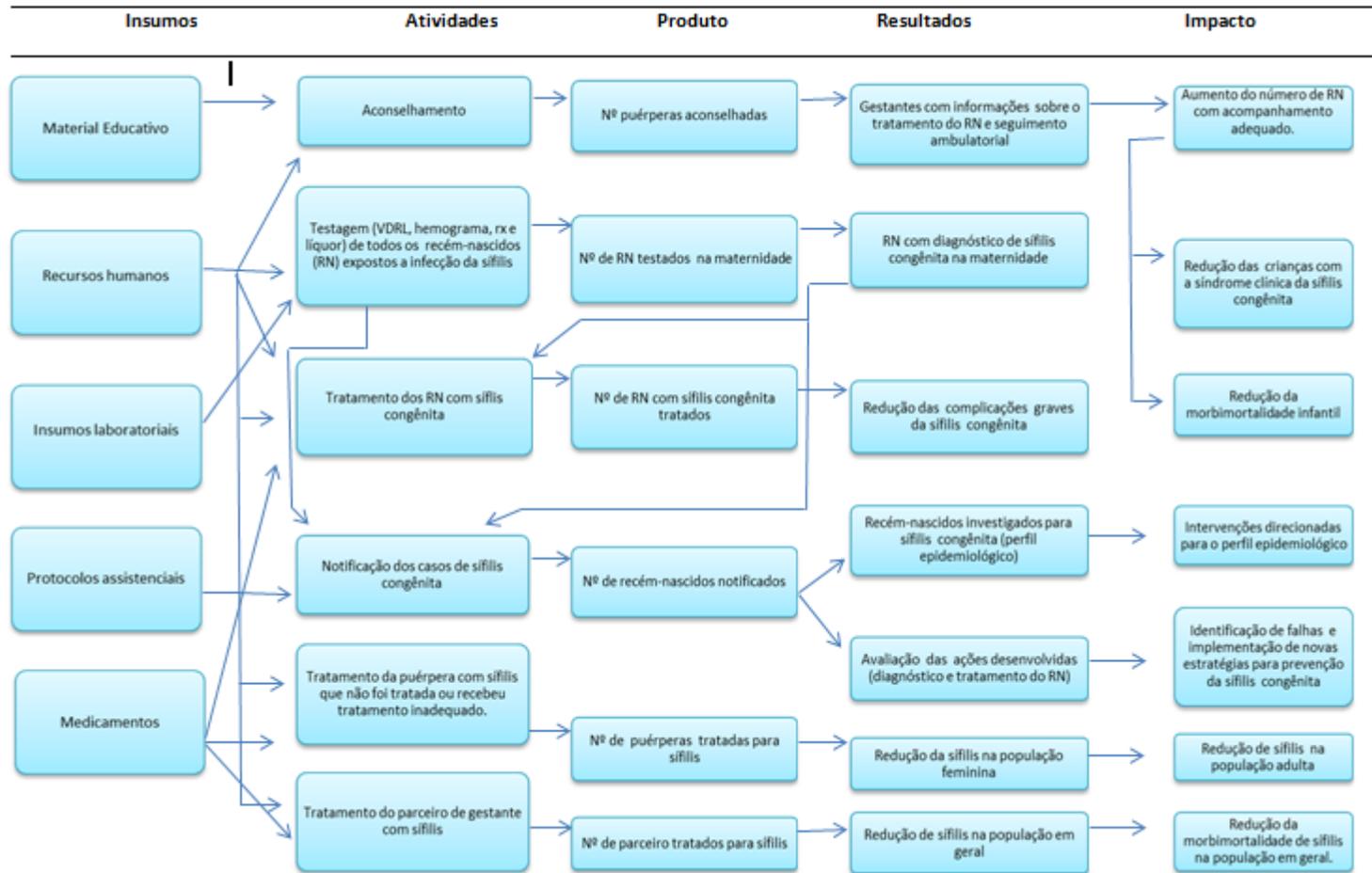


Figura 3. Critérios para a avaliação das dimensões e subdimensões do manejo da sífilis na gestação

		Critérios	Padrão
<i>Sífilis na Gestação</i>	Diagnóstico	Conhecimentos dos profissionais:	
		- sobre testes sorológicos (classificação dos testes em treponêmicos e não treponêmicos; características importantes do VDRL e dos testes treponêmicos).	≥95% de conhecimento sobre os testes
		Prática dos profissionais:	
		- registros dos resultados dos exames e diagnóstico realizados no pré-natal	≥95% de prática de registro do diagnóstico no pré-natal
		- solicitação sorológica para sífilis na admissão para o parto e para curetagem	≥95% de prática de testagem da parturiente
		- testagem do parceiro da gestante com sífilis	≥95% de prática de testagem do parceiro
	Tratamento	Conhecimentos dos profissionais:	
		- Adequação do tratamento (considerando casos de alergia a penicilina, baixo título de VDRL sem diagnóstico ou tratamento anterior, dose de tratamento, tempo decorrido da conclusão do tratamento até o parto, cicatriz sorológica, manutenção de título após tratamento, parceiro não tratado e intervalo entre as doses de tratamento).	≥95% de conhecimento sobre tratamento para cada um dos casos
		Prática dos profissionais:	
		- registros do tratamento realizados no pré-natal	≥95% de prática de registro de tratamento no pré-natal
		- tratamento adequado da gestante/parturiente	≥95% de prática de tratamento adequado da gestante
		- Aconselhamento pós-teste da gestante/parturiente	≥95% de prática de orientação da gestante sobre risco da doença, importância do tratamento e do uso de camisinha.
- tratamento do parceiro	≥95% de prática de tratamento do parceiro		

Figura 4. Critérios para a avaliação das dimensões e subdimensões do manejo da sífilis congênita

		Critérios	Padrão
Sífilis Congênita	Diagnóstico	Conhecimentos dos profissionais:	
		- testes sorológicos (classificação dos testes em treponêmicos e não treponêmicos; características importantes do VDRL e dos testes treponêmicos)	≥95% de conhecimento sobre os testes
		- definição de sífilis congênita	≥95% de conhecimento sobre os critérios de definição de sífilis congênita
		-Prática dos profissionais:	
		-práticas realizadas em relação ao recém-nascido cuja mãe apresentou VDRL reagente adequadamente tratada (solicitação de VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; realização de radiografia de ossos longos, hemograma, punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, apenas na presença de VDRL reagente)	≥95% da realização de práticas em recém-nascido que a mãe apresentou VDRL reagente e foi adequadamente tratada
		- práticas realizadas em relação ao recém-nascido cuja mãe apresentou VDRL reagente inadequadamente tratada (solicitação de VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; realização de radiografia de ossos longos, hemograma, punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, independente do resultado do exame de VDRL)	≥95% da realização de práticas em recém-nascido que a mãe apresentou VDR reagente e foi inadequadamente tratada
		- práticas realizadas na maternidade mediante diagnóstico de sífilis congênita (encaminhamento da puérpera e do parceiro para tratamento na própria maternidade, solicitação de exames e tratamento do recém-nascido na maternidade, notificação dos casos de sífilis na gestação e congênita e comunicação aos profissionais da vigilância)	≥95% da realização desse conjunto de práticas em recém-nascido com diagnóstico de sífilis congênita ≥95% de prática de notificação de sífilis congênita
	Tratamento	Prática dos profissionais:	
		-tratamento do recém-nascido com sífilis congênita (com neurosífilis) - penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12h (nos primeiros 7 dias de vida) ou 8/8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias;	≥95% do tratamento correto de do recém-nascido com sífilis congênita (com neurosífilis)
		-tratamento do recém-nascido com sífilis congênita (sem neurosífilis) - penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, 10 dias;	≥95% do tratamento correto de do recém-nascido com sífilis congênita (sem neurosífilis)

5.5 Considerações Éticas

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, da Maternidade Estadual Dona Evangelina Rosa e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ). Em dezembro, recebeu parecer consubstanciado do CEP/ENSP de número 861.845 (ANEXO C) e, em seguida, a pesquisadora responsável fez contato com o gestor de cada uma das quatro Maternidades para apresentar o projeto.

De forma similar ao estudo realizado por Domingues *et al.* (2013 b), e como o questionário é anônimo e auto aplicado, de modo a assegurar o anonimato dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, não foi empregado o procedimento de assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em substituição a esse processo, foi realizada a entrega de uma carta-convite, que contemplava: a identificação dos pesquisadores responsáveis pelo estudo e suas instituições; justificativa e objetivo do estudo; procedimentos e caráter voluntário da pesquisa; garantia de sigilo e de esclarecimento de dúvidas e benefícios esperados. Desta forma, o preenchimento do questionário e sua devolução foram considerados como a expressão do consentimento do profissional de saúde em participar da pesquisa. Ressalta-se que essas medidas propostas visaram assegurar o anonimato dos profissionais participantes da pesquisa.

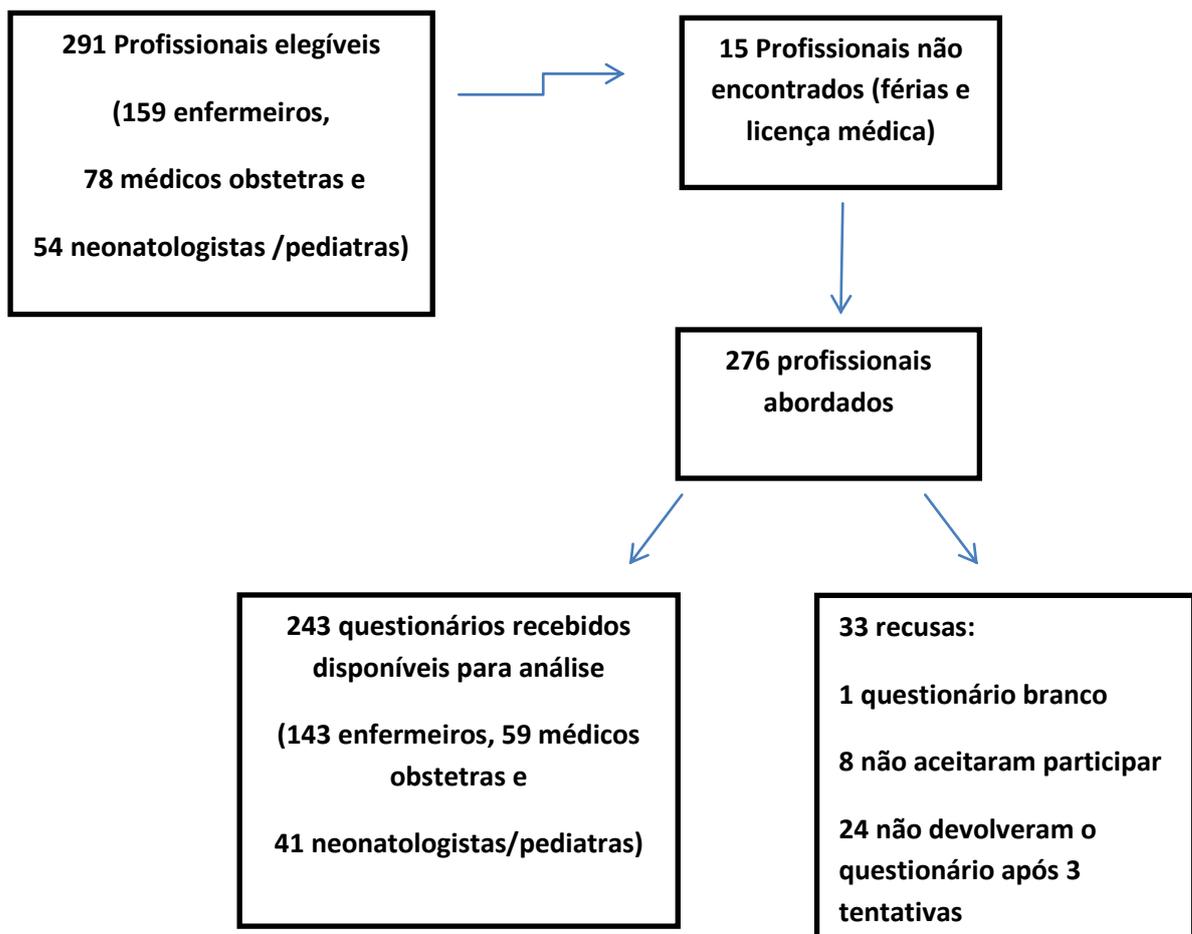
Os dados coletados encontram-se armazenados com a pesquisadora responsável pelo estudo, em meio digital, sem qualquer tipo de identificação dos participantes. Só tiveram acesso aos questionários a pesquisadora, seus orientadores de mestrado e a acadêmica de enfermagem participante, devidamente treinada para entrega, recolhimento e digitação dos questionários. Todo o material será arquivado em caixa lacrada por 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

A divulgação desta pesquisa será feita, sob a forma da presente dissertação de mestrado e artigo científico, de forma agregada, sem que haja possibilidade de identificação dos participantes. Será realizada, ainda, uma apresentação dirigida aos profissionais atuantes nas quatro maternidades participantes do estudo, com a finalidade de divulgar os resultados obtidos.

6. RESULTADOS

Foram elegíveis para este estudo 291 profissionais de saúde atuantes nas maternidades públicas de Teresina, dos quais quinze (5,2%) estavam de férias, licença médica ou outro tipo de afastamento e, portanto, não foram convidados a participar. Dos 276 profissionais de saúde que foram abordados durante os plantões nas maternidades e convidados a participar do estudo, oito (2,9%) recusaram durante a abordagem, um (0,4%) devolveu o questionário em branco e vinte e quatro (8,7%) foram excluídos da pesquisa por não entregarem o questionário após mais de três tentativas agendadas previamente, totalizando 33 (11,9%) recusas.

Figura 5. Fluxograma de entrega dos questionários



Participaram da pesquisa 243 profissionais de saúde, entre os quais predominaram os enfermeiros (58,8%), seguidos dos obstetras (24,3%) e pediatras (16,9%) (Tabela1).

Tabela 1. Características demográficas, de formação e atuação dos profissionais das maternidades públicas. Teresina, PI, Brasil, 2015 (n=243)

Variáveis	Obstetras (n=59)		Neonatologistas (n=41)		Enfermeiros (n=143)		Total (n=243)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Sexo								
Feminino	20	33,9 (22,4 - 47, 5)	31	75,6 (59,3-87,1)	126	88,1 (81,4-92,7)	177	72,8 (66,7-78,2)
Masculino	39	66,1 (52,5-77,6)	9	22,0 (11,1-38,0)	17	11,9 (7,3-18,6)	65	26,7 (21,4-32,9)
Não informado	0	0 (0,0 - 7,6)	1	2,4 (0,1-14,4)	0	0 (0,0-3,3)	1	0,4 (0,0-2,6)
Faixa etária (anos)								
Menos de 30	4	6,8 (2,2-17,3)	4	9,8 (3,2-24,0)	63	44,1 (35,8-52,6)	71	29,2 (23,7-35,4)
30-39	25	42,4 (29,8-55,9)	12	29,3 (16,6-45,7)	39	27,3 (20,3-35,5)	76	31,3 (25,6-37,6)
40-49	13	22,0 (12,7-35,0)	14	34,1 (20,5-50,7)	23	16,1 (10,7-23,4)	50	20,6 (15,8-26,3)
50 ou mais	16	27,1 (16,7-40,5)	8	19,5 (9,4-35,4)	14	9,8 (5,6-16,2)	38	15,6 (11,4-21,0)
Não informado	1	1,7 (0,1-10,3)	3	7,3 (1,9-21,0)	4	2,8 (0,9-7,4)	8	3,3 (1,5-6,6)
Tempo de graduado								
Menos de 10 anos	15	25,4 (15,4-38,7)	8	19,5 (9,4-35,4)	94	65,7 (57,3-73,3)	117	48,1 (41,7-54,6)
10 anos ou mais	43	72,9 (59,5-83,2)	32	78,0 (62,0-88,9)	47	32,9 (25,4-41,3)	122	50,2 (43,8-56,6)
Não informado	1	1,7 (0,1-10,3)	1	2,4 (0,1-14,4)	2	1,4 (0,2-5,5)	4	1,6 (0,5-4,4)
Tempo de atuação em maternidade								
Menos de 10 anos	26	44,1 (31,4-57,5)	11	26,8 (14,7-43,2)	123	86,0 (79,0-91,0)	160	65,8 (59,5-71,7)
10 anos ou mais	32	54,2 (40,8-67,1)	28	68,3 (51,8-81,4)	13	9,1 (5,1-15,3)	73	30,0 (24,4-36,3)
Não informado	1	1,7 (0,1-10,3)	2	4,9 (0,8-17,8)	7	4,9 (2,2-10,2)	10	4,1 (2,1-7,7)
Tipo de maternidade em que trabalha								
Municipal	18	30,5 (19,5-44,0)	17	41,5 (26,7-57,8)	40	28,0 (21,0-36,2)	75	30,9 (25,2-37,1)
Estadual	21	35,6 (23,9-49,2)	13	31,7 (18,6-48,2)	102	71,3 (63,1-78,4)	136	55,9 (49,5-62,3)
Municipal e Estadual	20	33,9 (22,4-47,5)	11	26,8 (14,7-43,2)	1	0,7 (0,0-4,4)	32	13,2 (9,3-18,2)
Vínculo trabalhista na maternidade								
Efetivo/Servidor Público	49	83,1 (70,6-91,1)	39	95,1 (82,2-99,1)	104	72,7 (64,5-79,7)	192	79,0 (73,2-83,8)
Terceirizado (contrato por 6 meses ou mais)	6	10,2 (4,2-21,5)	2	4,9 (0,8-17,8)	11	7,7 (4,1-13,7)	19	7,8 (4,9-12,1)
Contrato temporário (por menos de 6 meses)	4	6,8 (2,2-17,3)	0	0 (0,0-10,7)	26	18,2 (12,4-25,7)	30	12,3 (8,6-17,3)
Não informado	0	0 (0,0-7,6)	0	0 (0,0-10,7)	2	1,4 (0,2-5,5)	2	0,8 (0,4-3,3)
Pós-graduação								
Sim	59	100,0 (92,4-100,0)	41	100,0 (89,3-100,0)	119	83,2 (75,8-88,7)	219	90,1 (85,5-93,4)
Não	0	0 (0,0-7,6)	0	0 (0,0-10,7)	22	15,4 (10,1-22,6)	22	9,0 (5,9-13,6)
Não informado	0	0 (0,0-7,6)	0	0 (0,0-10,7)	2	1,4 (0,2-5,5)	2	0,8 (0,1-3,3)
Tipos de pós-graduação mais recente								
Especialização/ residência	53	89,8 (78,5-95,8)	38	92,7 (79,0-98,1)	104	87,4 (64,5-79,7)	195	89,0 (74,6-84,9)
Mestrado	2	3,4 (0,6-12,7)	2	4,9 (0,8-17,8)	15	12,6 (6,2-17,0)	19	8,7 (4,9-12,1)
Doutorado	3	5,1 (1,3-15,0)	0	0 (0,0-10,7)	0	0 (0,0-3,3)	3	1,4 (0,3-3,9)
Outro	1	1,7 (0,1-10,3)	1	2,4 (0,1-14,4)	0	0 (0,0-3,3)	2	0,9 (0,1-3,3)
Tipo de especialização/ residência mais recente *								
Materno -Infantil	47	88,7 (76,3-95,3)	33	86,8 (71,1-95,0)	28	26,9 (18,9-36,7)	108	55,4 (48,1-62,4)
UTI/Urgência e Emergência	1	1,9 (0,1-11,4)	2	5,3 (0,9-19,1)	26	25,0 (17,2-34,6)	29	14,9 (10,3-20,8)
Saúde da Família/Saúde Pública	0	0 (0,0-8,4)	0	0 (0,0-11,4)	12	11,5 (6,4-19,6)	12	6,2 (3,4-10,7)
Outras	6	11,3 (4,7-23,7)	4	10,5 (3,4-25,7)	38	36,6 (27,5-46,6)	48	24,6 (18,9-31,4)

Nota: *Questão com múltiplas respostas.

Os profissionais eram, em sua maioria, do sexo feminino (72,8%, IC 95%: 66,7-78,2%), com uma menor proporção de mulheres entre os médicos obstetras (33,9%; IC 95%:22,4-47,5%).

A idade dos profissionais variou de 22 a 69 anos, com média de 37,8 anos (IC 95%: 36,4-39,1) e mediana de 35 anos. Observou-se uma proporção estatisticamente maior de enfermeiros na categoria de menores de 30 anos (44,1%; IC 95%:35,8-52,6%), em comparação com os obstetras (6,8%; IC 95%:2,2-17,3%) e neonatologistas (9,8%; IC 95%:3,2-24%).

Os profissionais tinham entre 1 e 36 anos de conclusão da graduação, com média de 12,6 anos (IC 95%:11,4-13,7) e mediana de 10 anos. Foram observadas evidências estatísticas suficientes da maior frequência de profissionais com menos de 10 anos de formados entre os enfermeiros (65,7%; IC 95%:57,3-73,3%), em comparação com os médicos obstetras e neonatologistas.

O tempo de atuação em sua categoria profissional em maternidades variou de menos de 1 ano a 34 anos, com o tempo médio de 7,8 anos (IC 95%:6,9-8,9) e mediana de 5 anos. A maior parte (65,8%) trabalhava em maternidades há menos dez anos, tendo sido observada uma diferença estatística importante entre os médicos e enfermeiros. Tinham menos de dez anos atuando em maternidades 86,0% (IC 95%:79,0-91,0%) dos enfermeiros, com frequência menor desta categoria entre os médicos obstetras (44,1%; IC 95%:31,4-57,5%) e neonatologistas (26,8%; IC 95%:14,7-43,2%).

Os profissionais atuantes apenas na maternidade estadual representaram mais da metade dos participantes da pesquisa (55,9%) e, entre os enfermeiros, essa frequência foi estatisticamente maior (71,3%; IC 95%:63,1-78,4%), em comparação com os médicos.

Em relação ao tipo de vínculo trabalhista, os participantes eram predominantemente servidores públicos (79,0%), com um elevado percentual (12,3%) de profissionais com contratos temporários curtos (por menos de seis meses). A frequência de contratos temporários curtos foi estatisticamente maior entre os enfermeiros (18,2%; IC 95%:12,4-25,7%) do que entre os neonatologistas (0%; IC 95%:0,0-10,7%).

Ao analisar a formação complementar dos participantes observou-se que 219 (90,1%) cursaram algum tipo de pós-graduação, tendo sido observadas evidências estatísticas da menor frequência entre os enfermeiros (83,2%; IC 95%:75,8-88,7%) em comparação com médicos obstetras (100%; IC 95%: 92,4-100,0%) e neonatologistas (100%; IC 95%:89,3-100,0%). Entre os pós-graduados, a formação mais recente foi especialização ou residência para 89% dos profissionais, seguida de mestrado (8,7%), doutorado (1,4%) e outras (0,9%).

Para os com especialização/residência, a área materno-infantil revelou-se menos frequente entre enfermeiros (26,9%; IC 95%:18,9-36,7%) do que entre os médicos obstetras (88,7%; IC 95%:76,3-95,3%) e neonatologistas (86,8%; IC 95%: 71,1-95,0%).

Ao avaliar as características dos profissionais atuantes, com relação ao acesso a treinamentos e materiais normativos do Ministério da Saúde (Tabela 2), observou-se que 42% dos profissionais responderam que já haviam participado de algum treinamento sobre o manejo da sífilis congênita, não tendo sido encontradas evidências estatísticas suficientes para apontar diferenças entre as categorias profissionais.

Dentre os profissionais que já haviam participado de algum treinamento, mais da metade (56,9%) tiveram o último no período entre um e cinco anos atrás. Essa proporção foi mais elevada entre os enfermeiros (67,2%; IC 95%:53,5-78,6%) em comparação com os neonatologistas (27,3%; IC 95%:11,6-50,4%). Os treinamentos destes últimos se concentraram num período superior a 5 anos (63,6%; IC 95%:40,8-82,0%).

Mais da metade (66,7%) dos entrevistados relataram conhecer o Manual do Ministério da Saúde sobre prevenção de sífilis congênita, sem terem sido observadas evidências estatísticas suficientes para apontar diferenças entre as categorias profissionais. Entre os profissionais que afirmaram conhecer o Manual, 64,8% acessaram-no pela última vez entre um e cinco anos atrás. O manual foi lido totalmente por 28,4% dos profissionais. Foram observadas evidências estatísticas suficientes para apontar a menor frequência de leitura completa do manual entre os enfermeiros (13%; IC 95%:7,4-21,6%) em comparação com os médicos obstetras (41,9%; IC 95%:25,1-60,7%) e neonatologistas (64,5; IC 95%:45,4-80,2%) (Tabela 2).

Quando questionados sobre a melhor estratégia de treinamento que os gestores deveriam oferecer para capacitar os profissionais, 78,7% dos profissionais (IC 95%:72,8-83,5%) sugeriram treinamentos curtos, frequentes, realizados no próprio serviço, enquanto 8,6% (IC 95%:5,6-13,1%) indicaram treinamentos de maior duração, também realizados no próprio serviço como os melhores e 7,8% (IC 95%:4,9-12,1) treinamentos curtos, frequentes, fora do serviço. As demais estratégias foram ainda menos frequentemente referidas: de maior duração, fora do serviço (2,1%; IC 95%:0,7-5,0%) e outras modalidades de treinamento (1,6%; IC 95%: 0,5-4,4%), com 1,2% (IC 95%:0,3-3,9%) de ausência de resposta quanto a esse tema.

Tabela 2. Características dos profissionais das maternidades públicas, quanto à participação em treinamentos e acesso a manuais, segundo categoria de atuação. Teresina, PI, Brasil, 2015 (n=243)

Variáveis	Obstetra (n =59)		Neonatologista (n = 41)		Enfermeiro (n =143)		Total (n =243)	
	N	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Participação em treinamento								
Sim	22	37,3(25,3-50,9)	22	53,7(37,6-69,0)	58	40,6(32,5-49,1)	102	42,0(35,7-48,5)
Não	36	61,0(47,4-73,2)	17	41,5(26,7-57,8)	79	55,2(46,7-63,5)	132	54,3(47,8-60,7)
Não sabe	1	1,7(0,0-10,3)	0	0(0,0-10,7)	1	0,7(0,0-4,4)	2	0,8(0,1-3,3)
Não informado	0	0(0,0-7,6)	2	4,9(0,8-17,8)	5	3,5(1,3-8,4)	7	2,9(1,3-6,1)
Último treinamento								
< 1 ano	0	0(0,0-18,5)	2	9,1(1,6-30,6)	3	5,2(1,3-15,3)	5	4,9(1,8-11,6)
1 a 5 anos	13	59,1(36,7-78,5)	6	27,3(11,6-50,4)	39	67,2(53,5-78,6)	58	56,9(46,7-66,5)
> 5 anos	9	40,9(21,5-63,3)	14	63,6(40,8-82,0)	12	20,7(11,6-33,7)	35	34,3(25,4-44,4)
Não sabe	0	0(0,0-18,5)	0	0(0,0-18,5)	3	5,2(1,3-15,3)	3	2,9(0,8-9,0)
Não informado	0	0(0,0-18,5)	0	0(0,0-18,5)	1	1,7(0,1-10,5)	1	1,0(0,0-6,1)
Total**	22		22		58		102	
Conhece o Manual do Ministério da Saúde								
Sim	31	52,5(39,2-65,5)	31	75,6(59,3-87,1)	100	69,9(61,6-77,2)	162	66,7(60,3-72,5)
Não	26	44,1(31,4-57,5)	8	19,5(9,4-35,4)	37	25,9(19,1-34,0)	71	29,2(23,7-35,4)
Não sabe	1	1,7(0,0-10,3)	1	2,4(0,1-14,0)	0	0(0,0-3,3)	2	0,8(0,1-3,3)
Não informado	1	1,7(0,0-10,3)	1	2,4(0,1-14,0)	6	4,2(1,7-9,3)	8	3,3(1,5-6,6)
Acesso ao Manual do Ministério da Saúde								
< 1 ano	4	12,9(4,2-30,8)	10	32,2(17,3-51,5)	17	17(10,5-26,1)	31	19,1(13,5-26,2)
1 a 5 anos	23	74,2(55,1-87,4)	14	45,2(27,8-63,7)	68	68(57,8-76,8)	105	64,8(56,9-72,0)
> 5 anos	2	6,4(1,1-22,8)	6	19,3(8,1-38,0)	12	12(6,6-20,4)	20	12,3(7,9-18,6)
Não sabe	2	6,4(1,1-22,8)	1	3,2(0,2-18,5)	2	2(0,0-7,7)	5	3,1(1,1-7,4)
Não informado	0	0(0,0-13,7)	0	0(0,0-13,7)	1	1(0,0-6,2)	1	0,6(0,0-3,9)
Total**	31		31		100		62	
Leu o Manual do MS								
Sim, totalmente	13	41,9(25,1-60,7)	20	64,5(45,4-80,2)	13	13(7,4-21,6)	46	28,4(21,7-36,1)
Sim, parcialmente	16	51,6(33,4-69,4)	10	32,2(17,3-51,5)	80	80(70,6-87,1)	106	65,4(57,5-72,6)
Não	2	6,4(1,1-22,8)	1	3,2(0,2-18,5)	6	6(2,5-13,1)	9	5,6(2,7-10,6)
Não informou	0	0(0,0-13,7)	0	0(0,0-13,7)	1	1(0,0-6,2)	1	0,6(0,0-3,9)
Total**	31		31		100		162	

Nota: ** A questão não se aplica a alguns dos profissionais

Com relação à rotina das maternidades públicas de Teresina-PI relacionada ao manejo da sífilis na admissão para o parto (Tabela 3), 65,8% dos profissionais afirmaram que na maternidade adota-se o Manual do Ministério da Saúde. Essa proporção foi mais elevada entre os profissionais atuantes em maternidades municipais (77,3%; IC 95%:65,9-85,9%), em comparação com os que trabalham nas maternidades estaduais (55,9%, IC 95%:47,1-64,3%). Vale ressaltar que 22,2% dos profissionais não sabiam informar se a maternidade na qual trabalhavam seguia algum protocolo, 5,3% informou que a maternidade não seguia nenhum protocolo e 2,5% não responderam a essa questão.

Quanto ao profissional que solicita, rotineiramente, o exame para o diagnóstico de sífilis na admissão para o parto e curetagem, a quase totalidade dos entrevistados (92,6%) indicou o profissional médico como o responsável, sem ter sido possível identificar evidências estatísticas da existência de diferenças entre os tipos de maternidade.

O VDRL foi o exame mais frequentemente referido como recurso laboratorial utilizado de forma rotineira no diagnóstico de sífilis no parto e curetagem (95,1%), com proporções bastante menores de resposta para o teste rápido para sífilis (18,9%). O tempo médio de retorno do resultado do exame de VDRL da parturiente na maternidade foi de referido por 21,8% dos profissionais como de até 8 horas, por 20,6% como situado entre 8 e 12 horas e por 34,9% como disponível entre 12 horas e 1 dia, sem terem sido observadas evidências estatísticas de diferenças entre os tipos de maternidade. Uma maior proporção de profissionais que atuavam nas maternidades estaduais não soube precisar esse tempo (18,4%; IC 95%:12,5-26,1%), em comparação com os atuantes em maternidades municipais (2,7%, IC 95%:0,5-10,2%).

A notificação compulsória, enquanto prática rotineira na maternidade, dos casos de sífilis na gestação e congênita foi mencionada por 73,2% dos profissionais. Esse relato foi mais frequente entre os profissionais atuantes nas maternidades municipais (84%; IC 95%:73,3-91,1%), em comparação com aqueles atuantes nas estaduais (64%; IC 95%:55,2-71,9%). Os profissionais referidos como responsáveis por fazer essas notificações foram, predominantemente, os enfermeiros da assistência (73,9%; IC 95%:67,4-79,6%) e os profissionais da vigilância epidemiológica (52,1%; IC 95%:29,8-58,5%).

Mais da metade dos participantes (55,9%) referiram não saber da existência de planilha ou livro, onde deveria ser realizado o registro dos casos de sífilis congênita diagnosticados na maternidade, sem ter sido possível identificar evidências estatísticas de diferença na

informação apresentada pelos profissionais atuantes em maternidades municipais e estaduais. Os profissionais que responderam existir um livro ou planilha (36,6%), indicaram como os principais responsáveis por esse preenchimento os enfermeiros da assistência (52,8%, IC 95%:42,0-63,4%) e os profissionais da vigilância epidemiológica (49,4%, IC 95%:38,7-60,2%).

Do total de profissionais que participaram da pesquisa, 22,2% referiram que a equipe de vigilância epidemiológica atua em tempo integral na maternidade, 48,6% que ela atua em apenas alguns dias e horários e 23,9% não sabiam informar sobre o funcionamento da vigilância epidemiológica na maternidade em que trabalhavam. Não foi possível identificar evidências estatísticas de diferença entre as frequências observadas para os profissionais atuantes em maternidades municipais e estaduais.

Tabela 3. Características das maternidades segundo as respostas dos profissionais participantes da pesquisa. Teresina, PI, Brasil, 2015 (n=243)

Continua

Característica da Maternidade/ Tipo de Maternidade	Municipal (n =75)		Estadual (n = 136)		Municipal e Estadual (n =32)		Total (n =243)	
	N	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Protocolo usado na Maternidade								
Do Ministério da Saúde	58	77,3(65,9 – 85,9)	76	55,9 (47,1-64,3)	26	81,3 (62,9 – 92,1)	160	65,8(59,5 – 71,7)
Outro protocolo	2	2,7 (0,5-10,2)	7	5,1 (2,3-10,7)	1	3,1 (0,2 – 18,0)	10	4,11 (2,1-7,7)
Não segue protocolo	5	6,7 (2,5-15,5)	7	5,1 (2,3-10,7)	1	3,1 (0,2 – 18,0)	13	5,3 (3,0-9,2)
Não sabe	10	13,3 (6,9 – 23,6)	40	29,4 (22,1-37,9)	4	12,5 (4,1-30,0)	54	22,2 (17,3-28,1)
Não informou	0	0 (0,0 – 6,1)	6	4,4 (1,8 – 9,8)	0	0 (0,0 – 13,3)	6	2,5 (1,0 – 5,6)
Profissional que solicita o exame para diagnóstico de sífilis na admissão para o parto e para curetagem *								
Enfermeiro	5	6,7(2,5-15,5)	6	4,4(1,8-9,8)	2	6,3 (1,1-22,2)	13	5,3(3,0-9,2)
Médico	71	94,7(86,2-98,3)	122	89,7(83,0-94,0)	32	100,0 (86,6-100)	225	92,6(88,3-95,4)
Não há rotina de solicitação na admissão para o parto	1	1,3(0,1-8,2)	1	0,0(0,0-4,6)	0	0 (0,0 – 13,3)	2	0,8(0,1-3,3)
Não há rotina de solicitação na admissão para a curetagem	0	0(0,0-6,1)	2	1,5(0,2-5,7)	0	0 (0,0 – 13,3)	2	0,8(0,1-3,3)
Não sabe	2	2,7(0,5-10,2)	11	8,1(4,3-14,3)	0	0 (0,0 – 13,3)	13	5,3(3,0-9,2)
Exame para diagnóstico da sífilis no parto e curetagem*								
VDRL	71	94,7(86,2-98,3)	128	94,1(88,4-97,2)	32	100,0(86,6-100,0)	231	95,1(91,3-97,3)
Teste rápido para sífilis	20	26,7(17,4-38,3)	20	14,7(9,4-22,0)	6	18,8(7,9-37,0)	46	18,9(14,3-24,5)
TPHA	0	0(0,0-6,1)	0	0(0,0-3,4)	0	0(0,0-13,3)	0	0,0(0,0-1,9)
FTA Abs	3	4,0(1,0-12,0)	2	1,5(0,2-5,7)	4	12,5(4,1-29,9)	9	3,7(1,8-7,1)
ELISA	0	0(0,0-6,1)	1	0,7(0,0-4,6)	0	0(0,0-13,3)	1	0,4(0,0-2,6)
Não sabe	0	0(0,0-6,1)	2	1,5(0,2-5,7)	0	0(0,0-13,3)	2	0,8(0,1-3,3)
Tempo médio do retorno do resultado de VDRL								
Em até 8 horas	12	16,0(8,9-26,7)	37	27,2(20,1-35,6)	4	12,5(4,1-29,9)	53	21,8(16,9-27,6)
Mais de 8 horas até 12 horas	21	28,0(8,5-39,7)	20	14,7(9,4-22,0)	9	28,1(14,4-47,0)	50	20,6(15,8-26,3)
Mais de 12 horas até 1 dia	32	42,7(31,5-54,6)	40	29,4(22,1-37,9)	13	40,6(24,2-59,2)	85	34,9(29,1-41,1)
Mais de 1 dia até 2 dias	6	8,0(3,3-17,2)	4	2,9(0,9-7,8)	6	18,8(7,9-37,0)	16	6,5(3,9-10,7)
Mais de 2 dias	1	1,3(0,1-8,2)	5	3,7(1,4-8,8)	0	0(0,0-13,3)	6	2,5(1,0-5,5)
Não sabe	2	2,7(0,5-10,2)	25	18,4(12,5-26,1)	0	0(0,0-13,3)	27	11,1(7,6-15,9)
Não informou	1	1,3(0,1-8,2)	5	3,7(1,4-8,8)	0	0(0,0-13,3)	6	2,5(1,0-5,5)
Notificação compulsória dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita?*								
Sim, de sífilis na gestação e congênita.	63	84,0(73,3-91,1)	87	64,0(55,2-71,9)	28	87,5 (70,1-95,9)	178	73,2(67,1-78,6)
Apenas de sífilis na gestação	1	1,3 (0,1-8,2)	10	7,4 (3,8 – 13,4)	0	0,0 (0,0 – 13,3)	11	4,5 (2,4-8,2)
Apenas de sífilis congênita	7	9,3(4,2-18,9)	18	13,2(8,2-20,4)	1	3,1(0,2-18,0)	26	10,7(7,2-15,4)
Não realiza notificação dos casos	0	0(0,0-6,1)	1	0,7(0,0-4,6)	0	0,0 (0,0 – 13,3)	1	0,4(0,0-2,6)
Não sabe	4	5,3(1,7-13,8)	18	13,2(8,2-20,4)	3	9,4 (2,4 – 26,2)	25	10,3(6,9-15,0)
Não informou	0	0(0,0-6,1)	2	1,5(0,2-5,7)	0	0,0 (0,0 – 13,3)	2	0,8(0,1-3,3)

Conclusão

Responsável por fazer notificação na maternidade*									
Enfermeiro da assistência	63	88,7(78,5-94,7)	80	69,6(60,2-77,6)	16	55,2 (36,0-73,0)	159	73,9(67,4-79,6)	
Médico da assistência	9	12,7 (6,3-23,2)	8	7,0 (3,3-13,7)	3	10,3 (2,7-28,5)	20	9,3(5,9-14,2)	
Profissional da vigilância epidemiológica	46	64,8(52,5- 75,5)	49	42,6 (33,5-52,2)	17	58,6 (39,1-75,9)	112	52,1(29,8-58,5)	
Outros profissionais	11	15,5(8,4-26,4)	17	14,8(9,1-22,9)	0	0,0(0,0-14,6)	28	13,0(9,0-18,4)	
Não sabe informar	0	0(0,0-6,4)	13	11,3 (6,4-18,9)	2	6,9 (1,2-24,2)	15	7,0(4,1-11,5)	
Total**	71		115		29		215		
Existência de livro ou planilha dos casos de sífilis diagnosticados									
Sim	21	28,0(18,5-39,7)	53	39,0(30,8-47,7)	15	46,9(29,5-65,0)	89	36,6(30,6-43,0)	
Não	7	9,3(4,1-18,8)	8	5,9(2,8-11,6)	1	3,1(0,2-18,0)	16	6,6(3,9-10,7)	
Não sabe	46	61,3(49,3-72,1)	74	54,4(45,7-62,9)	16	50,0(36,3-66,4)	136	55,9(49,5-62,3)	
Não Informado	1	1,3(0,1-8,2)	1	0,7(0,0-4,6)	0	0(0,0 – 13,3)	2	0,8(0,1-3,3)	
Responsável pelo preenchimento desse livro ou planilha? *									
Enfermeiro da assistência	13	61,9 (38,7-81,0)	25	47,2(33,5-61,2)	9	60,0(32,9-82,5)	47	52,8(42,0-63,4)	
Vigilância epidemiológica	11	52,4(30,3-73,6)	27	50,9(37,0-64,7)	6	40,0(17,4-67,1)	44	49,4(38,7-60,2)	
Outro profissional	0	0(0-19,2)	4	7,5(2,4-19,1)	1	6,7(0,3-34,0)	5	5,6(2,1-13,2)	
Não sabe	0	0(0-19,2)	4	7,5(2,4-19,1)	1	6,7(0,3-34,0)	5	5,6(2,1-13,2)	
Não informou	0	0(0-19,2)	0	0(0,0-8,4)	1	6,7(0,3-34,0)	1	1,1(0,0-7,0)	
Total**	21		53		15		89		
Presença de equipe de vigilância epidemiológica atuante na maternidade									
Sim, em tempo integral	13	17,3(9,9-28,2)	31	22,8(16,2-30,9)	10	31,3(16,7-50,1)	54	22,2(17,3-28,1)	
Sim, em alguns dias/horários	41	54,7(42,8-66,1)	62	45,6(37,1-54,3)	15	46,9(29,5-65,0)	118	48,6(42,1-55,0)	
Não	3	4,0(1,0-12,0)	7	5,1(2,3-10,7)	1	3,1(0,2-18,0)	11	4,5(2,4-8,2)	
Não sabe	17	22,7(14,1-34,0)	35	25,7(18,8-34,1)	6	18,8(7,9-37,0)	58	23,9(18,7-29,8)	
Não informou	1	1,3(0,1-8,2)	1	0,7(0,0-4,6)	0	0(0,0 – 13,3)	2	0,8(0,0-3,3)	

Nota: *Questões com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção; ** A questão não se aplica a alguns dos profissionais

Os critérios que balizam o conhecimento acerca dos testes sorológicos, da dimensão de diagnóstico, subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez, foram sumarizados na Tabela 4: 79,2% (IC 95%:71,9-85,1%) dos médicos obstetras e enfermeiros atuantes na atenção à gestante reconheceu o VDRL como um teste não treponêmico e 49,7% (IC 95%:41,7-57,7%) apontou o teste rápido para sífilis como treponêmico. Foram observadas evidências estatísticas suficientes para apontar diferenças entre as categorias profissionais apenas em relação ao VDRL e os obstetras revelaram uma maior frequência de conformidade desse critério com as respostas padrão (91,5%: IC95%:80,6-96,8%), em comparação com os enfermeiros.

O reconhecimento do TPHA e FTA-Abs como testes treponêmicos foi observado entre 77,4% dos profissionais, e o grupo de enfermeiros apresentou uma frequência de

conformidade com as respostas padrão menor quanto a esse critério (69,0%: IC 95%:58,8-77,7%).

Já com relação ao exame de VDRL, 6,3% (IC 95%:3,2-11,6%) dos profissionais apontaram acertadamente as suas características segundo o Manual do Ministério da Saúde, sendo que o menor percentual de acerto se mostrou associado ao fato dele ser um teste também considerado qualitativo (32,1%). Quanto à conformidade deste critério, foram observadas evidências estatísticas suficientes de diferenças nas frequências entre os enfermeiros (1,0%; IC 95%:0,1-6,2%) e os médicos (15,2%; IC 95%:7,6-27,4%).

As proporções de acerto foram mais elevadas quanto aos testes treponêmicos: 28,9% (IC 95%:22,2-36,7%) dos profissionais indicaram corretamente suas características, sem terem sido encontradas evidências estatísticas de diferenças entre as categorias profissionais. Ressalta-se o fato de que 31,4% (IC 95%:24,4-39,3%) dos profissionais terem afirmado que são exames que se tornam “não reagentes” após tratamento adequado.

Tabela 4. Conformidade dos critérios sobre conhecimentos dos testes sorológicos, da dimensão de diagnóstico, subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez. Teresina, PI, Brasil, 2015

Critérios	Obstetras (n = 59)		Enfermeiros (n = 100)		Total (n = 159)	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
(I) VDRL é um teste não treponêmico						
Em conformidade	54	91,5(80,6-96,8)	72	72,0(62,0-80,3)	126	79,2(71,9-85,1)
Não conforme	4	6,8(2,2-17,3)	27	27,0(18,8-37,0)	31	19,5(13,8-26,7)
Não informado	1	1,7(0,1-10,3)	1	1,0(0,0-6,2)	2	1,3(0,2-49,4)
(II) Teste rápido para sífilis é treponêmico						
Em conformidade	28	47,5(34,5-60,8)	51	51,0(40,9-61,0)	79	49,7(41,7-57,7)
Não conforme	30	50,8(37,6-63,9)	46	46,0(36,1-56,2)	76	47,8(39,9-55,8)
Não informado	1	1,7(0,1-10,3)	3	3,0(0,8-9,1)	4	2,5(0,8-6,7)
(III) TPHA e FTA-Abs são testes treponêmicos						
Em conformidade	54	91,5(80,6-96,8)	69	69,0(58,8-77,7)	123	77,4(69,9-83,4)
Não conforme	4	6,8(2,2-17,3)	26	26,0(18,0-35,9)	30	18,9(13,3-26,0)
Não informado	1	1,7(0,1-10,3)	5	5,0(1,8-11,8)	6	3,8(1,5-8,4)
(IV) Características do VDRL*						
Em conformidade (1,2,3 e 4)	9	15,2(7,6-27,4)	1	1 (0,1-6,2)	10	6,3(3,2-11,6)
Não conforme	50	84,7(72,5-92,4)	98	98,0(92,3-99,6)	148	93,1(87,6-96,3)
Não informado	0	0(0,0-7,6)	1	1(0,0-6,2)	1	0,6(0,0-4,0)
1. Exame qualitativo	18	30,5 (19,5-44,0)	33	33,0(24,1-43,2)	51	32,1(25,0-40,0)
2. Pode se tornar não reagente após tratamento adequado	41	69,5(56,0-80,4)	47	47,0(37,0-57,2)	88	55,3(47,3-63,1)
3. Pode ser usado para controle de cura	46	78,0(64,9-87,3)	43	43,0(33,2-53,3)	89	56,0(47,9-63,8)
4. Apresenta reação cruzada com outras infecções	51	86,4(74,5-93,5)	28	28,0(19,7-38,0)	79	49,7(41,7-57,7)
5. Não sabe interpretar esse exame	0	0(0,0-7,6)	8	8,0(3,8-15,6)	8	5,0(2,3-10,0)
(V) Características dos exames treponêmicos*						
Em conformidade (1)	20	33,9 (22,4-47,5)	26	26,0(18,0-35,9)	46	28,9(22,2-36,7)
Não conforme	37	62,7(49,1-74,6)	71	71(60,9-79,4)	108	67,9(60,0-75,0)
Não informado	2	3,4(0,6-12,7)	3	3,0(0,8-9,1)	5	3,1(1,2-7,6)
1. Exames qualitativos	39	66,1(52,5-77,6)	49	49,0(38,9-59,1)	88	55,3(47,3-63,1)
2. Podem se tornar não reagentes após tratamento adequado	21	35,6(23,9-49,2)	29	29,0(20,6-39,1)	50	31,4(24,4-39,3)
3. Podem ser usados para controle de cura	26	44,1(31,4-57,5)	19	19,0(12,1-28,3)	45	28,3(21,6-36,1)
4. Apresentam reação cruzada com outras infecções	7	11,9(5,3-23,5)	11	11,0(5,9-19,2)	18	11,3(7,0-17,5)
5. Não sabe interpretar esses exames	0	0(0,0-7,6)	19	19,0(12,1-28,3)	19	11,9(7,5-18,3)

Nota: *Questões com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção.

A avaliação da conformidade dos critérios de conhecimento sobre adequação do tratamento, da subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez, realizada por meio de oito casos clínicos hipotéticos (vinhetas) (Tabela 5), revelou proporções de conformidade que variaram de 20,7% (IC 95%:14,9-28,0%), com relação ao caso clínico acerca do tempo transcorrido da conclusão do tratamento até o parto, a 76,1% (IC 95%:68,6-82,3%) no que diz respeito ao caso clínico que abordava a questão da dose de tratamento.

No primeiro caso clínico, uma gestante com título de 1:32 no pré-natal, referia alergia a penicilina e foi tratada com eritromicina por 30 dias, tendo sido considerada como inadequadamente tratada, para fins de controle da transmissão vertical, por 32,1% dos profissionais, conforme norma do Ministério da Saúde.

No segundo caso clínico, uma gestante com VDRL 1:2, sem resultado de teste treponêmico e sem diagnóstico anterior de sífilis, não foi tratada. Consideraram a conduta inadequada, 62,9% dos profissionais, seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

O terceiro caso clínico apresentava uma gestante com VDRL 1:64, com lesões cutâneas na palma das mãos e na planta dos pés, e tratada com penicilina benzatina 2.400.000UI, em dose única. A maioria dos profissionais (76,1%) considerou o tratamento inadequado, revelando um conhecimento em conformidade com as normas do Ministério da Saúde.

O quarto caso clínico abordava uma gestante com início tardio do pré-natal e que havia concluído o tratamento para sífilis 15 dias antes do parto. Consideraram que era uma gestante inadequadamente tratada para fins de transmissão vertical 20,7% dos profissionais.

Nos quatro casos clínicos supramencionados, não foi possível observar evidências estatísticas de diferenças entre as categorias profissionais (obstetras e enfermeiros) na proporção adequada/inadequada de conhecimentos referidos.

No quinto caso clínico, a gestante com VDRL 1:2, com registro de tratamento adequado na gestação anterior, manteve VDRL reativo ao longo de toda a gestação, e não foi tratada na gestação atual. Avaliaram corretamente o caso de cicatriz sorológica e consideraram a gestante como adequadamente tratada 69,2% dos profissionais, havendo evidências estatísticas suficientes para afirmar que os obstetras (84,7%; IC 95%:72,5-92,4%) revelaram um conhecimento mais apropriado sobre essa conduta em relação aos enfermeiros (60,0%; IC 95%:49,7-69,5%).

No sexto caso clínico, a gestante com VDRL não reator no início da gestação, apresentou VDRL reagente 1:4 na 32ª semana gestacional, após contato com um novo parceiro sexual. Ela foi tratada, na mesma data, com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI, dose única, e teve o parto na 40ª semana gestacional, apresentando VDRL 1:4 nesta ocasião. Menos da metade dos profissionais (41,5%) conhecia a conduta adequada, e considerou o caso como inadequadamente tratado, conforme a norma do Ministério da Saúde. Com relação ao sétimo caso clínico, em que a gestante recebeu o tratamento, mas o parceiro se recusou, 74,8% dos profissionais identificaram, corretamente, a inadequação do tratamento. Não foram observadas evidências estatísticas de diferença nas frequências de conhecimento nas condutas referentes ao sexto e sétimo casos clínicos entre os obstetras e enfermeiros.

O oitavo caso clínico apresentava uma vinheta referente a uma gestante que foi tratada com penicilina benzatina 1.200.000UI, de 3 em 3 dias, com uma dose total 7.200.000UI. Identificaram a conduta como inadequada 48,4% dos profissionais, conforme os protocolos adotados pelo Ministério da Saúde. Foram observadas evidências estatísticas suficientes para afirmar que os obstetras (64,4%; IC 95%:50,8-76,1%) conheciam mais frequentemente essa conduta em comparação com o grupo dos enfermeiros (39,0%; IC 95%:29,5-49,3%).

Tabela 5. Conformidade dos critérios de conhecimento sobre adequação do tratamento, da dimensão de tratamento, subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez. Teresina, PI, Brasil, 2015

Critérios	Obstetras (n = 59)		Enfermeiros (n =100)		Total (n=159)	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<i>(I) Gestante alérgica a penicilina</i>						
Em conformidade	24	40,7(28,3-54,2)	27	27(18,8-37,0)	51	32,1(25,0-40,0)
Não conforme	32	54,2(40,8-67,1)	67	67(56,8-75,9)	99	62,3(54,2-69,7)
Não informado	3	5,1(1,3-15,0)	6	6(2,5-13,1)	9	5,7(2,8-10,8)
<i>(II) Baixo título (1:2) no parto sem diagnóstico ou tratamento anterior</i>						
Em conformidade	44	74,6(61,3-84,6)	56	56(45,7-65,8)	100	62,9(54,8-70,3)
Não conforme	13	22,0(12,7-35,0)	41	41(31,4-51,3)	54	34,0(26,8-41,9)
Não informado	2	3,4(0,6-12,7)	3	3(0,8-9,1)	5	3,1(1,2-7,6)
<i>(III) Dose de tratamento</i>						
Em conformidade	51	86,4(74,5-93,5)	70	70(59,9-78,5)	121	76,1(68,6-82,3)
Não conforme	6	10,1(4,2-21,5)	28	28(19,7-38,0)	34	21,4(15,4-28,7)
Não informado	2	3,4(0,6-12,7)	2	2(0,3-7,4)	4	2,5(0,8-6,7)
<i>(IV) Tempo decorrido da conclusão do tratamento até o parto</i>						
Em conformidade	11	18,6(10,1-31,3)	22	22(14,6-31,6)	33	20,7(14,9-28,0)
Não conforme	45	76,3(63,1-86,0)	75	75(65,2-82,9)	120	75,5(67,9-81,8)
Não informado	3	5,1(1,3-15,0)	3	3(0,8-9,1)	6	3,8(1,5-8,4)
<i>(V) Cicatriz sorológica</i>						
Em conformidade	50	84,7(72,5-92,4)	60	60(49,7-69,5)	110	69,2(61,3-76,1)
Não conforme	7	11,9(5,3-23,5)	39	39(29,5-49,3)	46	28,9(22,1-36,7)
Não informado	2	3,4(0,6-12,7)	1	1(0,0-6,2)	3	1,9(0,5-5,8)
<i>(VI) Manutenção de título após tratamento</i>						
Em conformidade	24	40,7(28,3-54,2)	42	42(32,3-52,3)	66	41,5(33,8-49,6)
Não conforme	32	54,2(40,8-67,1)	54	54(43,8-63,9)	86	54,1(56,0-61,9)
Não informado	3	5,1(1,3-15,0)	4	4(1,3-10,5)	7	4,4(1,9-9,2)
<i>(VII) Parceiro não tratado</i>						
Em conformidade	52	88,1(76,4-94,7)	67	67(56,8-75,9)	119	74,8(67,2-81,2)
Não conforme	5	8,5(3,2-19,4)	27	27(18,8-37,0)	32	20,1(14,4-27,4)
Não informado	2	3,4(0,6-12,7)	6	6(2,5-13,1)	8	5,0(2,3-10,0)
<i>(VIII) Intervalo entre as doses de tratamento</i>						
Em conformidade	38	64,4(50,8-76,1)	39	39(29,5-49,3)	77	48,4(40,4-56,4)
Não conforme	19	32,2(20,9-45,8)	56	56(45,7-65,8)	75	47,2(39,3-55,2)
Não informado	2	3,4(0,6-12,7)	5	5(1,8-11,8)	7	4,4(1,9-9,2)

*Questões com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção.

Quanto à conformidade dos critérios, na dimensão de diagnóstico, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez (Tabela 6), 73,4% (IC 95%: 64,6-80,7%) dos profissionais afirmaram que registram no prontuário e/ou na ficha de admissão os resultados dos exames que diagnosticam sífilis contidas no cartão no pré-natal. Não foram observadas evidências estatísticas suficientes para indicar diferenças na frequência dessa prática entre as categorias profissionais.

Do total de profissionais que trabalhavam diretamente no atendimento da gestante, 40,2% (IC 95%:32,6-48,3%) afirmou que solicitava “sorologia para sífilis” para todas as gestantes admitidas para o parto ou curetagem. Observou-se evidência estatística suficiente de diferença na frequência do relato dessa prática segundo categoria profissional, mencionada por uma proporção mais elevada de obstetras (96,6%; IC 95%:87,2-99,4%) em comparação com os enfermeiros (7%; IC 95%:3,1-14,4%). Predominaram, entre os enfermeiros, os profissionais que informaram não solicitar exames (47,0%; IC 95%:37,0-57,2%) e os que afirmaram não poder solicitar exames (36,0%; IC 95%:26,8-46,3%).

Menos da metade dos profissionais (37,1%; IC 95%:29,7-45,1%) referiu que convoca o parceiro de gestante com sífilis à maternidade, onde o VDRL é solicitado e o tratamento é prescrito. Não foi possível identificar evidências estatísticas de diferenças entre as categorias profissionais quanto à frequência dessa prática.

Tabela 6. Conformidade dos critérios da dimensão de diagnóstico, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez. Teresina, PI, Brasil, 2015

Critérios	Obstetras (n=59)		Enfermeiros (n=100)		Total (n=159)	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
(I) Registro dos resultados dos exames para o diagnóstico de sífilis, presentes no cartão de PN, no prontuário e/ou ficha de admissão						
Em conformidade	40	72,7(58,8-83,4)	51	75,0(62,8-84,4)	91	73,4 (64,6-80,7)
Não conforme	14	25,4(15,0-39,3)	16	23,5 (14,4-35,6)	30	24,2 (17,2-32,9)
Não informado	1	1,8(0,1-11,0)	2	2,9 (0,5-11,1)	3	2,4 (0,6-7,4)
Total**	55		68		124	
(II) Solicitação da “sorologia para sífilis” para todas as gestantes admitidas para parto e curetagem						
Em conformidade	57	96,6(87,2-99,4)	7	7,0(3,1-14,4)	64	40,2(32,6-48,3)
Não conforme (1,2,3,4 ou 5)	2	3,4(0,6-12,7)	91	(83,1-95,5)	93	58,5(50,4-66,2)
Não informado	0	0(0,0-7,6)	2	2(0,3-7,7)	2	1,2(0,2-4,9)
(1) Para todas as gestantes admitidas para parto, mas não para curetagem	1	1,7(0,1-10,3)	4	4(1,3-10,5)	5	3,1(1,2-7,6)
(2) Para todas as mulheres admitidas para curetagem, mas não para parto	0	0(0,0-7,6)	0	0(0,0-4,6)	0	0(0,0-2,9)
(3) Apenas outros critérios	0	0(0,0-7,6)	4	4(1,3-10,5)	4	2,5(0,8-6,7)
(4) Não solicita	1	1,7(0,1-10,3)	47	47,0(37,0-57,2)	48	30,2(23,3-38,0)
(5) Não pode solicitar exames	0	0(0,0-7,6)	36	36,0(26,8-46,3)	36	22,6(16,5-30,1)
(III) Convoca o parceiro para vir à maternidade, onde o VDRL é solicitado e o tratamento é prescrito.						
Em conformidade	25	42,4(29,8-55,9)	34	34(25,0-44,2)	59	37,1(29,7-45,1)
Não conforme (1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7)	32	54,2(40,8-67,1)	63	63,0(52,7-72,3)	95	59,7(51,7-67,4)
Não informado	2	3,4(0,6-12,7)	3	3(0,8-9,1)	5	3,1(1,2-7,6)
(1) Convoca, mas o encaminha para fazer o tratamento em uma UBS	8	13,6(6,4-25,5)	29	29(20,6-39,1)	37	23,3(17,1-30,7)
(2) Envia a solicitação de exame pela gestante/puérpera.	3	5,1(1,3-15,0)	1	1(0,0-6,2)	4	2,5(0,8-6,7)
(3) Envia o medicamento pela gestante/puérpera.	8	13,6(6,4-25,5)	0	0(0,0-4,6)	8	5,0(2,3-10,0)
(4) Envia o encaminhamento pela gestante para que ele procure uma UBS	10	16,9(8,8-29,4)	8	8(3,8-15,6)	18	11,3(7,0-17,5)
(5) Não realiza qualquer tipo de abordagem em relação ao parceiro(não sabe se esse atendimento é feito)	0	0(0,0-7,6)	7	7(3,1-14,4)	7	4,4(1,9-9,2)
(6) Não realiza nenhuma abordagem (atribuição de outro profissional)	1	1,7(0,1-10,3)	9	9(4,4-16,8)	10	6,3(3,2-11,6)
(7) Outra	2	3,4(0,6-12,7)	9	9(4,4-16,8)	11	6,9(3,7-12,3)

Nota: *Questões com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção; ** A questão não se aplica a alguns dos profissionais.

Com relação à conformidade dos critérios da dimensão de tratamento, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez (Tabela 7), 82,1% (IC 95%: 73,9-88,2%) dos profissionais afirmaram que registram no prontuário e/ou na ficha de admissão as informações sobre o tratamento recebido. Não foram observadas evidências estatísticas suficientes para indicar diferenças na frequência dessa prática entre as categorias profissionais.

Com relação à prática correta do tratamento da sífilis, de acordo com a fase de evolução da doença, observou-se diferenças estatísticas suficientes deste relato segundo categoria profissional. A frequência de obstetras que relatou uma prática adequada, segundo o manual do Ministério da Saúde, foi de 66,1% (IC 95%:52,5-77,6%) para o tratamento de sífilis na fase primária, 52,5% (IC 95%:39,2-65,5%) na fase secundária e 94,9% (IC 95%:84,9-98,7%) na sífilis de duração ignorada. Entre os enfermeiros, essas proporções (expressas em %) foram de 29,0% (IC 95%:20,6-39,1%), 26,0% (IC 95%:18,0-35,9%) e 32,0% (IC 95%:23,2-42,2%), respectivamente. Entre eles, predominaram os que referiram não poder prescrever a medicação para as gestantes na maternidade, independente da fase da doença (58,0%; IC 95%:47,7-67,7%).

Com relação ao aconselhamento pós-teste, 85,5% (IC 95%:78,9-90,4%) dos profissionais referiram sempre orientar sobre os riscos da doença para a gestante com diagnóstico de sífilis e seu filho, 92,4% (IC 95%:86,9-95,9%) sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção e 81,1% (IC 95%:74,0-86,7%) sobre a importância de usar preservativos para evitar a reinfecção. Não foi possível observar evidências estatísticas de diferença entre as categorias profissionais com relação a frequência dessas práticas.

Tabela 7. Conformidade dos critérios da dimensão de tratamento, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez. Teresina, PI, Brasil, 2015

Continua

Critérios	Obstetras (n=59)		Enfermeiros (n=100)		Total (n=159)	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
(I) Registro das informações sobre o tratamento recebido pela gestante no prontuário e/ou ficha de admissão						
Em conformidade	46	83,6(70,7-91,8)	55	80,9(69,2-89,0)	101	82,1 (73,9-88,2)
Não conforme	9	16,4 (8,2-29,3)	13	19,1 (11,0-30,8)	22	17,9 (11,8-26,0)
Não informado	0	0,0(0,0-8,1)	0	0 (0,0-6,7)	0	0(0,0-3,8)
Total**	55		68		123	
(II) Tratamento da sífilis primária						
Em conformidade	39	66,1(52,5-77,6)	29	29,0(20,6-39,1)	68	42,8 (35,0-50,8)
Não conforme (1 ou 2)	20	33,9(22,4-47,5)	68	68,0 (57,8-76,8)	88	55,3 (47,3-63,2)
Não informado	0	0(0,0-7,6)	3	3,0(0,8-9,1)	3	1,9(0,5-5,8)
(1) Não sabe tratar	20	33,9(22,4- 47,5)	10	10,0(5,2-18,0)	30	18,9(13,3-26,0)
(2) Não pode prescrever tratamento	0	0(0,0-7,6)	58	58,0(47,7-67,7)	58	36,5(29,1-44,5)
(III) Tratamento da sífilis secundária						
Em conformidade	31	52,5 (39,2-65,5)	26	26(18,0-35,9)	57	35,8(28,5-43,9)
Não conforme (1 ou 2)	28	47,4(34,5-60,8)	71	71,0 (60,9-79,4)	99	62,3 (54,2-69,7)
Não informado	0	0(0,0-7,6)	3	3(0,8-9,1)	3	1,9(0,5-5,8)
(1) Não sabe tratar	28	47,5(34,5-60,8)	13	13 (7,4-21,6)	41	25,9(19,3-33,4)
(2) Não pode prescrever tratamento	0	0(0,0-7,6)	58	58(47,7-67,7)	58	36,5(29,1-34,5)
(IV) Tratamento da sífilis de duração ignorada						
Em conformidade	56	94,9(84,9-98,7)	32	32(23,2-42,2)	88	55,3 (47,3-63,2)
Não conforme (1 ou 2)	3	5,1(1,3-15,0)	65	65,0(54,7-74,1)	68	42,8 (35,0-50,8)
Não informado	0	0(0,0-7,6)	3	3(0,8-9,1)	3	1,9(0,5-5,8)
(1) Não sabe tratar	3	5,1(1,3-15,0)	7	7(13,1-14,4)	10	6,3(3,2-11,6)
(2) Não pode prescrever tratamento	0	0(0,0-7,6)	58	58(47,7-67,7)	58	36,5(29,1-34,5)
(V) Aconselhamento pós-teste - Sempre fornece orientações sobre os riscos da doença para a gestante com diagnóstico de sífilis e seu filho						
Em conformidade	55	93,2(82,7-97,8)	81	81,0 (71,7-87,9)	136	85,5(78,9-90,4)
Não conforme	3	5,1(1,3-15,0)	18	18,0(11,3-27,2)	21	13,2(8,5-19,7)
Não informado	1	1,7(0,1-10,3)	1	1,0(0,0-6,2)	2	1,3(0,2-4,9)
(VI) Aconselhamento pós-teste - Sempre fornece orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar a reinfecção						
Em conformidade	57	96,6(87,2-99,4)	90	90,9 (82,0-94,8)	147	92,4(86,9-95,9)
Não conforme	1	1,7(0,1-10,3)	9	9,1(4,5-16,8)	10	6,3(3,2-11,6)
Não informado	1	1,7(0,1-10,3)	1	1(0,0-6,2)	2	1,3(0,2-4,9)
(VII) Aconselhamento pós-teste - Sempre fornece orientações sobre a importância de usar preservativos para evitar a reinfecção						
Em conformidade	48	81,4(68,7-89,9)	81	81,0 (71,7-87,9)	129	81,1(74,0-86,7)
Não conforme	10	16,9(8,8-29,4)	18	18,0(11,3-27,2)	28	17,6(12,2-24,6)
Não informado	1	1,7(0,1-10,3)	1	1,0(0,0-6,2)	2	1,3(0,2-4,9)

(VIII) Convoca o parceiro para vir à maternidade, onde o VDRL é solicitado e o tratamento é prescrito.						
Em conformidade	25	42,4(29,8-55,9)	34	34(25,0-44,2)	59	37,1(29,7-45,1)
Não conforme (1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7)	32	54,2(40,8-67,1)	63	63,0(52,7-72,3)	95	59,7(51,7-67,4)
Não informado	2	3,4(0,6-12,7)	3	3(0,8-9,1)	5	3,1(1,2-7,6)

Nota: *Questões com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção; ** A questão não se aplica a alguns dos profissionais.

Quanto aos critérios da dimensão de diagnóstico, subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita (Tabela 8), entre os neonatologistas e enfermeiros atuantes na atenção ao recém-nascido 80,0% (IC 95%:71,9-86,3%) reconheceu o VDRL como um teste não treponêmico e a identificação como testes treponêmicos foi de 46,9% (IC 95%:38,2-55,8%) para o teste rápido para sífilis, e de 78,5% (IC 95%:70,2-85,0%) para o TPHA e o FTA-Abs. Não foi possível identificar evidências estatísticas de diferenças na frequência desse conhecimento relatado entre as categorias profissionais.

Com relação ao VDRL, 8,5% (IC 95%:4,5-15,0%) dos profissionais relataram de forma apropriada o conjunto de características normatizadas, sem evidências estatísticas de diferenças entre neonatologistas e enfermeiros. A característica menos relatada foi que o VDRL pode ser um teste qualitativo (33,1%; IC 95%: 25,2-41,9%).

Os testes treponêmicos foram descritos como exames qualitativos por 27,7% (IC 95%:20,4-36,3%) dos profissionais, sem terem sido observadas evidências estatísticas suficientes para afirmar diferenças entre enfermeiros e neonatologistas.

A definição de sífilis congênita atualmente adotada pelo Ministério da Saúde foi referida por 20,8% (IC 95%:14,3-28,9) dos profissionais, com evidências estatísticas suficientes de diferenças na frequência de conformidade entre as categorias profissionais. Observou-se uma maior proporção de conhecimentos apropriados entre neonatologistas (41,5%; IC 95%:26,7-57,8%), em comparação com os enfermeiros.

As situações que os profissionais mencionaram com menor frequência como casos de sífilis congênita foram as que o parceiro não recebeu tratamento adequado (45,4%; IC 95%:36,7-54,3%) e que a mãe havia sido tratada por um período menor ou igual a 30 dias antes do parto (48,4%; IC 95%:39,7-57,3%).

Uma característica definidora de sífilis congênita foi referida com uma conformidade estatisticamente diferente entre os profissionais. A proporção de neonatologistas que sabia que uma criança nascida de mãe com sífilis que apresentasse sinais da doença ou o exame VDRL com titulação igual ou maior que a materna deveria ser considerada caso de sífilis congênita foi de 82,9% (IC 95%:67,3-92,3), enquanto entre os enfermeiros esta proporção foi menor (52,8%, IC 95%: 42,0-63,4).

Tabela 8. Conformidade dos critérios da dimensão de diagnóstico, subdimensão de conhecimento dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita. Teresina, PI, Brasil, 2015

Continua

Critérios	Neonatologista (n = 41)		Enfermeiros (n = 89)		Total (n=130)	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
(I) VDRL é um teste não treponêmico						
Em conformidade	37	90,2(75,9-96,8)	67	75,3(64,8-83,5)	104	80,0(71,9-86,3)
Não conforme	3	7,3(1,9-21,0)	21	23,6(15,5-34,0)	24	18,5(12,4-26,4)
Não informado	1	2,4(0,1-14,4)	1	1,1(0,0-7,0)	2	1,5(0,3-6,0)
(II) Teste rápido para sífilis é treponêmico						
Em conformidade	16	39,0(24,6-55,4)	45	50,6(39,8-61,2)	61	46,9(38,2-55,8)
Não conforme	24	58,5(42,2-73,3)	40	44,9(34,5-55,8)	64	49,3(40,4-58,1)
Não informado	1	2,4(0,1-14,4)	4	4,5(1,4-11,7)	5	3,8(1,4-9,2)
(III) TPHA e FTA-Abs são testes treponêmicos						
Em conformidade	37	90,2(75,9-96,8)	65	73,0(62,4-81,6)	102	78,5(70,2-85,0)
Não conforme	4	9,8(3,2-24,1)	21	23,6(15,5-34,0)	25	19,2(13,0-27,3)
Não informado	0	0(0,0-10,7)	3	3,4(0,9-10,2)	3	2,3(0,6-7,1)
(IV) Características do VDRL*						
Em conformidade (1,2,3 e 4)	7	17,1(7,7-32,6)	4	4,5(1,4-11,7)	11	8,5(4,5-15,0)
Não conforme	34	82,9(67,3-92,3)	84	94,4(86,8-97,9)	118	90,8(84,1-94,9)
Não informado	0	0(0,0-10,7)	1	1,1(0,1-7,0)	1	0,8(0,0-4,8)
1. Exame qualitativo	12	29,3(16,6-45,7)	31	34,8(25,2-45,7)	43	33,1(25,2-41,9)
2. Pode se tornar não reagente após tratamento adequado	34	82,9(67,3-92,3)	43	48,3(37,7-59,1)	77	59,2(50,2-67,6)
3. Pode ser usado para controle de cura	33	80,5(64,6-90,6)	47	52,8(42,0-63,4)	80	61,5(52,6-69,8)
4. Apresenta reação cruzada com outras infecções	35	85,4(70,1-93,9)	36	40,4(30,3-51,4)	71	54,6(45,7-63,3)
5. Não sabe interpretar esse exame	0	0(0,0-10,7)	6	6,7(2,8-14,6)	6	4,6(1,9-10,2)
(V) Características dos exames treponêmicos*						
Em conformidade (1)	17	41,5(26,7-57,8)	19	21,3(13,6-31,6)	36	27,7(20,4-36,3)
Não conforme	23	56,1(39,9-71,2)	69	77,5(67,2-85,4)	92	70,8(62,0-78,2)
Não informado	1	2,4(0,1-14,4)	1	1,1(0,0-7,0)	2	1,5(0,3-6,0)
1. Exames qualitativos	33	80,5(64,6-90,6)	50	56,2(45,3-66,5)	83	63,8(54,9-71,9)
2. Podem se tornar não reagentes após tratamento adequado	17	41,5(26,7-57,8)	34	38,2(28,3-49,1)	51	39,2(30,9-48,2)
3. Podem ser usados para controle de cura	14	34,1(20,5-50,7)	23	25,8(17,4-36,4)	37	28,5(21,1-37,1)
4. Apresentam reação cruzada com outras infecções	5	12,2(4,6-27,0)	13	14,6(8,3-24,0)	18	13,8(8,6-21,3)
5. Não sabe interpretar esses exames	1	2,4(0,1-14,4)	16	18,0(10,9-27,8)	17	13,1(8,0-20,4)

(VI) Definição de sífilis congênita*						
Em conformidade (1, 2, 3 e 4)	17	41,5(26,7-57,8)	10	11,2(5,8-20,1)	27	20,8(14,3-28,9)
Não conforme	23	57,5(41,0-72,6)	76	85,4 (75,9-91,7)	99	78,6(70,2-85,2)
Não informado	1	2,4(0,1-14,4)	3	3,4(0,9-10,2)	4	3,1(1,0-8,2)
1. Apresentar sinais da doença ou VDRL \geq materno	34	82,9(67,3-92,3)	47	52,8(42,0-63,4)	81	62,3(53,3-70,5)
2. Se a mãe tiver sido tratada menos de 30 dias antes do parto	24	58,5(42,2-73,3)	39	43,8(33,4-54,7)	63	48,4(39,7-57,3)
3. Se a mãe tiver recebido tratamento inadequado	33	80,5(64,6-90,6)	64	71,9(61,2-80,7)	97	74,6(66,1-81,6)
4. Se parceiro da gestante não tiver sido tratado	26	63,4(46,9-77,4)	33	37,0(27,3-48,0)	59	45,4(36,7-54,3)
5. Outras	3	7,3(1,9-21,0)	2	2,2(0,4-8,6)	5	3,8(1,4-9,2)
6. Não conheço a definição de caso de sífilis congênita	0	0(0,0-10,7)	3	3,4(0,9-10,2)	3	2,3(0,6-7,1)

Nota: *Questões com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção.

Com relação à conformidade dos critérios da dimensão de diagnóstico, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita (Tabela 9), referiram o conjunto de práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao recém-nascido cuja mãe foi inadequadamente tratada 48,8% (IC 95%:33,1-64,6%) dos neonatologistas e 12,3% (IC 95%:6,6-21,4%) dos enfermeiros, com evidências estatísticas suficientes de diferença entre as categorias profissionais. Entre os neonatologistas, 90,2% (IC 95%:75,9-96,8%) referiram solicitar VDRL em amostra de sangue periférico, 75,6% (IC 95%:59,3-87,1%) raios-X de ossos longos, 78,0% (IC 95%:62,0-88,9%) hemograma e 63,4% (IC 95%:46,9-77,4%) punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido. A frequência de relato dessas práticas preconizadas entre os enfermeiros revelou-se menor, apresentando as seguintes proporção de conformidade entre respostas e condutas padrão: 66,3% (IC 95%:55,4-75,7%), 42,7% (IC 95%: 32,4-53,6%), 34,8% (IC95%:25,2-45,7%) e 21,3% (IC95%:13,6-31,6%).

O conjunto de ações preconizadas para diagnóstico do recém-nascido de mãe adequadamente tratada foi referido por 10,8% (IC 95%:6,2-17,7%) dos profissionais, sem ter sido possível identificar evidências estatísticas de diferenças na frequência desse conjunto de práticas entre as categorias profissionais. Do total de profissionais, 74,6% referiram solicitação de VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido e 16,1% a solicitação de hemograma na presença de exame VDRL reagente, sem terem sido observadas evidências estatísticas de diferenças referentes a estas práticas entre neonatologistas e enfermeiros. A realização de radiografia de ossos longos foi relatada por 41,5% (IC 95%:26,7-57,8%) dos neonatologistas e 48,8% (IC 95%:33,1-62,3%) referiram prescrever

punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido na presença de exame VDRL reagente. Entre os enfermeiros, a frequência dessas duas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde revelou-se menor.

Com referência às medidas iniciais na presença do diagnóstico de sífilis congênita, 73,8% mencionaram encaminhar a puérpera para ser tratada por profissionais da própria maternidade, 52,3% solicitar exames para o recém-nascido para definição do tratamento a ser prescrito, 83,8% notificavam o caso de sífilis congênita e 50,8% de sífilis na gestação, 44,6% comunicavam aos profissionais da vigilância epidemiológica, sem ter sido possível identificar evidências estatísticas de diferenças nas frequências dessas práticas entre as categorias profissionais. Foram observadas evidências estatísticas suficientes para afirmar uma prática mais frequente por parte dos neonatologistas de encaminhamento do parceiro sexual para ser tratado por profissionais da própria maternidade (75,6%; IC 95%:59,3-87,0%) e no tratamento do recém-nascido na maternidade (95,1%; IC 95%:82,2-99,1%), quando comparados aos enfermeiros.

Tabela 9 Conformidade dos critérios da dimensão de diagnóstico, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita. Teresina, PI,

Continua

Critérios	Neonatologistas (n =41)		Enfermeiros (n =89)		Total (n=130)	
	n	%(IC95%)	N	%(IC95%)	n	%(IC95%)
(I)Medidas que toma em relação ao recém-nascido de mãe inadequadamente tratada:*						
Em conformidade (1,3,5e7)	20	48,8(33,1-64,6)	11	12,3(6,6-21,4)	31	23,8(17,0-32,3)
Não conforme	20	48,8(33,1-64,6)	73	82,0(72,1-89,1)	93	71,5(62,8-78,9)
Não informado	1	2,4(0,1-14,4)	5	5,6(2,1-13,2)	6	4,6(1,9-10,2)
(1)Solicitação de VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido	37	90,2(75,9-96,8)	59	66,3(55,4-75,7)	96	73,8(65,3-81,0)
(2)Coleta do sangue do cordão umbilical para fins de diagnóstico	6	14,6(6,1-29,9)	22	24,7(16,4-35,2)	28	21,5(15,0-29,8)
(3)Realização de rx de ossos longos do recém-nascido	31	75,6(59,3-87,1)	38	42,7(32,4-53,6)	69	53,1(44,1-61,8)
(4)Realização de rx de ossos longos do recém-nascido, se VDRL reagente.	8	19,5(9,4-35,4)	13	14,6(8,3-24,0)	21	16,1(10,5-23,9)
(5)Solicitação de hemograma do recém-nascido.	32	78,0(62,0-88,9)	31	34,8(25,2-45,7)	63	48,5(39,7-57,3)
(6)Solicitação de hemograma do recém-nascido se VDRL reagente.	2	4,9(0,8-17,8)	6	6,7(2,8-14,6)	8	6,1(2,9-12,1)
(7)Punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido.	26	63,4(46,9-77,4)	19	21,3(13,6-31,6)	45	34,6(26,6-43,5)
(8)Punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, se VDRL reagente.	10	24,4(12,9-40,6)	18	20,2(12,7-30,3)	28	21,5(15,0-29,8)
(9)Não sabe informar	0	0(0,0-10,7)	9	10,1(5,0-18,8)	9	6,9(3,4-13,1)
(II)Medidas que toma em relação ao recém-nascido de mãe adequadamente tratada*						
Em conformidade (1, 4, 6 e 8)	9	22,0(11,1-38,0)	5	5,6(2,1-13,2)	14	10,8(6,2-17,7)
Não conforme	30	73,2 (56,8-85,2)	76	85,4(75,9-91,7)	106	81,5 (73,6-87,6)
Não informado	2	4,9(0,8-17,8)	8	9,0(4,2-17,4)	10	7,7 (3,9-14,1)
(1)Solicitação de VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido	36	87,8(73,0-95,4)	61	68,5(57,7-77,7)	97	74,6(66,1-81,6)
(2)Coleta do sangue do cordão umbilical para fins de diagnóstico	4	9,8(3,2-24,0)	15	16,8(10,0-26,6)	19	14,6(9,2-22,1)
(3)Realização de radiografia de ossos longos do recém-nascido.	10	24,4(12,9-40,6)	17	19,1(11,8-29,1)	27	20,8(14,3-28,9)
(4)Realização de radiografia de ossos longos do recém-nascido, se VDRL reagente.	17	41,5(26,7-57,8)	12	13,5(7,5-22,7)	29	22,3(15,7-30,6)
(5)Solicitação de hemograma do recém-nascido	11	26,8(14,7-43,2)	17	19,1(11,8-29,1)	28	21,5(15,0-29,8)
(6)Solicitação de hemograma do recém-nascido, se VDRL reagente	12	29,3(16,6-45,7)	9	10,1(5,0-18,8)	21	16,1(10,5-23,9)
(7)Punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido	4	9,8(3,2-24,0)	7	7,9(3,5-16,0)	11	8,5(4,5-15,0)
(8)Punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, se VDRL reagente	20	48,8(33,1-62,3)	14	15,7(9,2-25,3)	34	26,1(19,0-34,7)
(9)Não sabe	0	0(0,0-10,7)	13	14,6(8,3-24,0)	13	10,0(5,6-16,8)

Conclusão

(III) Medidas iniciais na presença do diagnóstico de sífilis congênita*						
Em conformidade (1,3,5,6,8,9,10)	7	17,1(7,7-32,6)	10	11,2(5,8-20,1)	17	13,1(8,0-20,4)
Não conforme	33	80,5(64,6-90,6)	75	84,2(74,7-90,8)	108	83,1(75,3-88,9)
Não informou	1	2,4(0,1-14,4)	4	4,5(1,4-11,7)	5	3,8(1,4-9,2)
(1) Encaminhamento da puérpera para ser tratada por profissionais da própria maternidade	34	82,9(67,3-92,3)	62	69,7(58,9-78,7)	96	73,8(65,3-81,0)
(2) Encaminhamento da puérpera para ser tratada em outra unidade de saúde	0	0(0,0-10,7)	6	6,7(2,8-14,6)	6	4,6(1,9-10,2)
(3) Encaminhamento do parceiro sexual para ser tratado por profissionais da própria maternidade	31	75,6(59,3-87,0)	40	44,9(34,5-55,8)	71	54,6(45,7-63,3)
(4) Encaminhamento do parceiro sexual para ser tratado em outra unidade de saúde	3	7,3(1,9-21,0)	20	22,5(14,6-32,8)	23	17,7(11,8-25,6)
(5) Solicitação de exames para o recém-nascido para definição do tratamento a ser prescrito	26	63,4(46,9-77,4)	42	47,2(36,6-58,0)	68	52,3(43,4-61,1)
(6) Tratamento do recém-nascido na maternidade	39	95,1(82,2-99,1)	65	73,0(62,4-81,6)	104	80,0(71,9-86,3)
(7) Encaminhamento do recém-nascido para ser tratado em outra unidade de saúde	0	0(0,0-10,7)	0	0(0,0-5,1)	0	0(0,0-3,6)
(8) Notificação do caso de sífilis congênita	36	87,8(73,0-95,4)	73	82,0(72,1-89,0)	109	83,8(76,1-89,5)
(9) Notificação do caso de sífilis na gestação	15	36,6(22,6-53,1)	51	57,3(46,4-67,6)	66	50,8(41,9-59,6)
(10) Comunicação aos profissionais da vigilância epidemiológica, para que eles notifiquem	21	51,2(35,4-66,8)	37	41,6(31,4-52,5)	58	44,6(36,0-53,6)
(11) Não sabe informar	0	0(0,0-10,7)	6	6,7(2,8-14,6)	6	4,6(1,9-10,2)

Nota: *Questões com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção.

Quanto à conformidade dos critérios da dimensão de tratamento, da subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita (Tabela 10), o tratamento correto de um recém-nascido com neurosífilis foi relatado por 32,3% (IC 95%:24,5-41,1%) dos profissionais, com evidência estatística suficiente de diferença entre as categorias profissionais. Entre os neonatologistas, a conformidade quanto a essa prática foi de 87,8% (IC 95%:73,0-95,4%), enquanto entre os enfermeiros esta proporção foi de 6,7% (IC 95%:2,8-14,6%).

Já no que diz respeito à prática do tratamento do recém-nascido sem neurosífilis, 26,9% (IC 95%:19,7-35,5%) dos profissionais relataram a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde, também com evidência estatística de diferença entre as categorias profissionais. A conformidade dessa prática com os procedimentos preconizados pelo MS foi de 65,8% (IC95%: 49,3-79,4) entre os neonatologistas e de 9,0% (IC 95%:4,2-17,4%) entre os enfermeiros.

Entre os enfermeiros predominou o relato de que não podiam prescrever medicação para os recém-nascidos da maternidade (47,7%; IC 95%:38,9-56,6%), independente do diagnóstico de neurosífilis.

Tabela 10. Conformidade dos critérios da dimensão de tratamento, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis congênita. Teresina, PI, 2015

Critérios	Neonatologistas (n =41)		Enfermeiros (n =89)		Total (n=130)	
	n	%(IC95%)	N	%(IC95%)	n	%(IC95%)
(I) Tratamento para um recém-nascido que apresenta Neurosífilis						
Em conformidade	36	87,8(73,0-95,4)	6	6,7(2,8-14,6)	42	32,3(24,5-41,1)
Não conforme (1, 2 ou 3)	3	7,3(1,9-21,0)	74	83,1(73,4-90)	77	59,2(50,2-67,6)
Não informado	2	4,9(0,8-17,8)	9	10,1(5,0-18,8)	11	8,5(4,5-15,0)
(1)Outro	3	7,3(1,9-21,0)	6	6,7(2,8-14,6)	9	6,9(3,4-13,1)
(2)Não sabe	0	0(0,0-10,7)	6	6,7(2,8-14,6)	6	4,6(1,9-10,2)
(3)Não pode prescrever tratamento	0	0(0,0-10,7)	62	69,7(58,9-78,7)	62	47,7(38,9-56,6)
(II) Tratamento para um recém-nascido sem Neurosífilis						
Em conformidade	27	65,8(49,3-79,4)	8	9,0(4,2-17,4)	35	26,9(19,7-35,5)
Não conforme (1, 2 ou 3)	11	26,8 (14,7-43,2)	72	80,9(70,9-88,2)	83	63,8 (54,9-71,9)
Não informou	3	7,3(1,9-21,0)	9	10,1(5,0-18,8)	12	9,2(5,1-15,9)
(1)Outro	11	26,8(14,7-43,2)	3	3,4(0,9-10,2)	14	10,8(6,2-17,7)
(2)Não sabe informar	0	0(0,0-10,7)	7	7,9(3,5-16,0)	7	5,4(2,4-11,2)
(3)Não pode prescrever tratamento	0	0(0,0-10,7)	62	69,7(58,9-78,7)	62	47,7(38,9-56,6)

Nota: *Questões com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção; ** A questão não se aplica a alguns dos profissionais

A proporção de profissionais (obstetras e enfermeiros) que afirmaram não ter nenhuma dificuldade na abordagem de gestantes/puérperas com diagnóstico de sífilis foi de: 64,8% quanto a conversar sobre a possível forma de infecção com a sífilis; 70,4% em informar sobre as consequências da doença para a mulher e seu filho; 59,7% em explicar o resultado do exame; 71,7% e 74,2% em orientar a propósito do tratamento e sobre o uso de preservativo, respectivamente; 42,1% em conversar com o parceiro. A frequência do relato de ausência de dificuldade em explicar o resultado do exame foi menor entre enfermeiros (50,0%; IC 95%:40,4-59,6), em comparação com os obstetras (76,3%; IC 95%:63,1-86,0), enquanto nas demais abordagens, não foi possível identificar diferenças entre as categorias profissionais. A maior frequência de relato de muita dificuldade na abordagem por parte dos obstetras foi observada na conversa com o parceiro (37,3%; IC 95%:23,3-50,9%), que foi superior a encontrada entre os enfermeiros (15,0%; IC 95%:8,9-23,8%) (Tabela 11).

Quando perguntados sobre estratégias para aumentar o comparecimento, diagnóstico e tratamento dos parceiros, as principais sugestões dos profissionais (n=159) foram: educação

da comunidade (22,6%; IC 95%:16,6-30,1%), busca ativa, visita domiciliar e orientações (17,6%; IC 95%:12,2-24,6%), vínculo com o parceiro no pré-natal e realização de exames (10,7%; IC 95%:6,5-16,8%), realização de exames, tratamento e abordagem do parceiro na maternidade (5,0; IC 95%:2,3-10,0%), incentivo financeiro (3,8%; IC 95%:1,5-8,4) e tratamento compulsório, com criação de unidades móveis (3,1%; IC 95%:1,1-7,6%). Três estratégias foram referidas numa proporção de 2,5% (IC 95%:0,8-6,7%): justificativa de falta ou horários alternativos para quem trabalha, divulgação na mídia e redes sociais, e trabalho em equipe multiprofissional. Outras sugestões dadas com frequências ainda menores foram: troca de informações da ESF e maternidade (1,9%; IC 95%:0,5-5,8%), alta hospitalar da puérpera após comparecimento do parceiro, encaminhar para ambulatório de DST e continuar estratégias atuais, as três últimas com 0,6% (IC 95%:0,0-4,0). Ressalta-se que 25,8% (IC 95%:19,3-33,4) dos profissionais não propuseram qualquer alternativa.

Tabela 11. Dificuldades relatadas pelos profissionais na abordagem de gestantes/puérperas com diagnóstico de sífilis. Teresina, PI, Brasil, 2015

Dificuldades	Obstetras (n = 59)		Enfermeiros (n = 100)		Total (159)	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<i>Conversar sobre a possível forma de infecção com a sífilis</i>						
Muita	1	1,7(0,1-10,3)	3	3(0,8-9,1)	4	2,5(0,8-6,7)
Alguma	11	18,6(10,1-31,3)	26	26,0(18,0-35,9)	37	23,3(17,1-30,7)
Nenhuma	43	72,9(59,5-83,2)	60	60,0(49,7-69,5)	103	64,8(56,8-72,0)
Não informou	4	6,8(2,2-17,3)	11	11,0(5,9-19,2)	15	9,4(5,5-15,3)
<i>Informar sobre consequências da doença para a mulher e seu filho</i>						
Muita	0	0(0,0-7,6)	3	3,0(0,8-9,1)	3	1,9(0,5-5,8)
Alguma	7	11,9(5,3-23,5)	21	21,0(13,7-30,5)	28	17,6(12,2-24,6)
Nenhuma	48	81,4(68,7-89,9)	64	64,0(53,7-73,2)	112	70,4(62,6-77,3)
Não informou	4	6,8(2,2-17,3)	12	12,0(6,6-20,4)	16	10,0(6,0-16,1)
<i>Explicar o resultado do exame</i>						
Muita	1	1,7(0,1-10,3)	10	10,0(5,2-18,0)	11	6,9(3,7-12,3)
Alguma	9	15,3(7,6-27,5)	31	31,0(22,3-41,1)	40	25,2(18,8-32,8)
Nenhuma	45	76,3(63,1-86,0)	50	50,0(40,4-59,6)	95	59,7(51,7-67,3)
Não informou	4	6,8(2,2-17,3)	9	9,0(4,4-16,8)	13	8,12(4,6-13,9)
<i>Orientar sobre tratamento</i>						
Muita	1	1,7(0,1-10,3)	3	3,0(0,8-9,1)	4	2,5(0,8-6,7)
Alguma	4	6,8(2,2-17,3)	23	23,0(15,4-32,7)	27	17,0(11,7-23,9)
Nenhuma	50	84,7(72,5-92,4)	64	64,0(53,7-73,2)	114	71,7(63,9-78,4)
Não informou	4	6,8(2,2-17,3)	10	10,0(5,2-18,0)	14	8,8(5,1-14,6)
<i>Orientar sobre uso de preservativo</i>						
Muita	0	0(0,0-7,6)	1	1,0(0,1-6,2)	1	0,6(0,0-4,0)
Alguma	7	11,9(5,3-23,5)	18	18,0(11,3-27,2)	25	15,7(10,6-22,5)
Nenhuma	48	81,4(68,7-89,9)	70	70,0(59,9-78,5)	118	74,2(66,6-80,7)
Não informou	4	6,8(2,2-17,3)	11	11,0(5,9-19,2)	15	9,4(5,5-15,3)
<i>Conversar com o parceiro</i>						
Muita	22	37,3(25,3-50,9)	15	15,0(8,9-23,8)	37	23,3(17,1-30,7)
Alguma	15	25,4(15,4-38,7)	27	27,0(18,8-37,0)	42	26,4(19,9-34,1)
Nenhuma	19	32,2(21,0-45,8)	48	48,0(38,0-58,2)	67	42,1(34,4-50,2)
Não informou	3	5,1(1,3-15,0)	10	10,0(5,2-18,0)	13	8,12(4,6-13,9)
<i>Outra dificuldade</i>	6	10,2(4,2-21,5)	0	0(0,0-4,6)	6	3,8(1,5-8,4)

Em relação às barreiras encontradas pelos profissionais para o adequado manejo da sífilis nas maternidades, as maiores proporções mencionadas pelos profissionais foram: falta de registro nos cartões da gestante sobre o diagnóstico (53,9%; IC 95%:47,4-60,3%) e os tratamentos recebidos no pré-natal (65,8%; IC 95%:59,5-71,7%) e a desinformação da gestante quanto aos tratamentos realizados no pré-natal (63,0%; IC 95%:56,5-69,0%). Frequências inferiores foram observadas quanto a: ausência de registro das informações relevantes sobre sífilis no prontuário por outros profissionais da maternidade (21,8%; IC 95%:16,9-27,6%), demora na chegada dos resultados dos exames solicitados na maternidade (18,9%; IC 95%:14,3-24,5%) e resistência das puérperas com o tempo de espera para o recebimento do resultado dos exames (16,0%; IC 95%: 11,8-21,4%), sem ser possível observar evidências estatísticas suficientes de diferenças na frequência desses relatos entre as categorias profissionais (Tabela 12).

Tabela 12. Barreiras relatadas pelos profissionais no manejo da sífilis na maternidade. Teresina, PI, Brasil, 2015 (n=243)

Barreiras	Obstetras (n = 59)		Neonatoelogistas (n = 41)		N	Enfermeiros (n = 143)		Total (n=243)	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)		n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
(1) Falta de registro nos cartões da gestante sobre o diagnóstico no pré-natal	33	55,9(42,5-68,6)	26	63,4(46,9-77,4)	72	50,3(41,9-58,8)	131	53,9(47,4-60,3)	
(2) Falta de registro nos cartões da gestante sobre os tratamentos recebidos no pré-natal	44	74,6(61,3-84,6)	32	78,0(62,0-88,9)	84	58,7(50,2-66,8)	160	65,8(59,5-71,7)	
(3) Desinformação da gestante sobre os tratamentos realizados no pré-natal	42	71,2(57,7-81,9)	25	61,0(44,5-75,4)	86	60,1(51,6-68,1)	153	63,0(56,5-69,0)	
(4) Outros profissionais de saúde da maternidade não registram as informações relevantes sobre sífilis no prontuário	17	28,8(18,1-42,2)	8	19,5(9,4-35,4)	28	19,6(13,6-27,22)	53	21,8(16,9-27,6)	
(5) Outros profissionais de saúde da maternidade não solicitam os exames necessários para o diagnóstico e tratamento	5	8,5(3,2-19,4)	5	12,2(4,6-27,0)	8	5,6(2,6-11,1)	18	7,4(4,6-11,6)	
(6) Indisponibilidade do exame de raio X	0	0(0,0-7,6)	0	0(0,0-10,7)	0	0(0,0-3,3)	0	0(0,0-1,9)	
(7) Indisponibilidade de exame de punção lombar	5	8,5(3,2-19,4)	5	12,2(4,6-27,0)	11	7,7(4,1-13,7)	21	8,6(5,5-13,1)	
(8) Demora na chegada dos resultados dos exames solicitados na maternidade	16	27,1(16,7-40,5)	8	19,5(9,4-35,4)	22	15,4(10,1-22,6)	46	18,9(14,3-24,5)	
(9) Dificuldade na interpretação dos resultados dos exames	2	3,4(0,6-12,7)	2	4,9(0,8-17,8)	14	9,8(5,6-16,2)	18	7,4(4,6-11,6)	
(10) Resistência das puérperas com o tempo de espera para o recebimento do resultado dos exames	12	20,3(11,4-33,2)	5	12,2(4,6-27,0)	22	15,4(10,1-22,6)	39	16,0(11,8-21,4)	
(11) Indisponibilidade de medicamentos para o tratamento	2	3,4(0,6-12,7)	2	4,9(0,8-17,8)	1	0,7(0,0-4,4)	5	2,1(0,7-5,0)	
(12) Outra	2	3,4(0,6-12,7)	3	7,3(1,9-21,0)	5	3,5(1,3-8,4)	10	4,1(2,1-7,7)	
Não tem dificuldades	3	5,1(1,3-15,0)	4	9,8(3,2-24,0)	11	7,7(4,1-13,7)	18	7,4(4,6-11,6)	
Não informou	3	5,1(1,3-15,0)	2	4,9(0,8-17,8)	9	6,3(3,1-12,0)	14	5,8(3,3-9,7)	

Nota: Questão com múltiplas respostas, em que o profissional poderia assinalar mais de uma opção.

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam uma série de lacunas do conhecimento dos profissionais de saúde atuantes nas maternidades públicas de Teresina-PI e condutas e iniciativas que não se mostram em conformidade com os protocolos normatizados pelo Ministério da Saúde para o manejo da sífilis na gestação e congênita.

Ao utilizar os padrões de conformidade para diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação preconizados pela OMS (OMS, 2014) no “*Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis*” (adotando-se um ponto de corte quanto à conformidade $\geq 95\%$), observou-se que apenas um critério utilizado nesta avaliação foi considerado em conformidade com as normas, para todos os profissionais avaliados: fornecimento de orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar reinfecção, o qual faz parte da dimensão de tratamento, subdimensão de prática profissional do manejo de sífilis na gravidez.

Entre os obstetras, com relação ao manejo da sífilis na gestação, revelaram conformidade com os protocolos padrão dois critérios da dimensão de diagnóstico e subdimensão de conhecimento dos profissionais (“conhecimento de que o VDRL é um teste não treponêmico e que o TPHA e FTA-Abs são treponêmicos”), um critério da dimensão de diagnóstico e subdimensão de prática profissional (“solicitação da sorologia para sífilis para todas as gestantes admitidas para parto e curetagem”) e três critérios da dimensão de tratamento, subdimensão de prática profissional (“tratamento da sífilis de duração ignorada”; “orientação sobre os riscos da doença para a gestante com diagnóstico de sífilis e seu filho”; “orientações sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar reinfecção”). Entre os neonatologistas, com relação ao manejo da sífilis congênita, revelaram conformidade com os protocolos padrão dois critérios da dimensão de diagnóstico e subdimensão de conhecimento dos profissionais (“conhecimento de que o VDRL é um teste não treponêmico” e que “o TPHA e FTA-Abs são treponêmicos”) e um critério da dimensão de tratamento e subdimensão de prática dos profissionais (“tratamento para um recém-nascido que apresenta neurosífilis”). Já entre os enfermeiros, não foi observada conformidade com relação a qualquer dos critérios avaliados.

Apesar dos critérios apresentados serem uma expressão quantitativa das subdimensões avaliadas, a ausência de um padrão ideal reconhecido internacionalmente que permita quantificá-los e compará-los (ALFOLDI, 2006), abre espaço para questionamentos sobre a

arbitrariedade e/ou rigidez do ponto de corte utilizado para avaliar a conformidade. Entretanto, dado que se tem a meta de eliminação da sífilis congênita no Brasil (BRASIL, 2014) e no Mundo (OMS, 2014), defende-se aqui que todas as ações preconizadas devem ser realizadas pelos profissionais de forma que a adoção de um padrão rígido (conformidade \geq 95%) para avaliar a conformidade de seus conhecimentos e práticas é plenamente justificável (DOMINGUES, 2011).

Com relação às características dos profissionais que participaram desta pesquisa, predominaram os “adultos jovens” e do sexo feminino, o que corrobora achados de outros estudos (SILVESTRE *et al.*, 2009; GONÇALVES & GONÇALVES, 2013).

Entre os obstetras, houve maior presença de profissionais do sexo masculino, assim como observado por Faúndes (2004) em estudo realizado no ano de 2003 com ginecologistas e obstetras (n= 4.261) associados à Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, que também evidenciou a elevada frequência de profissionais com mais de 10 anos de atuação na área de ginecologia-obstetrícia entre os participantes.

Os enfermeiros apresentaram um perfil diferente dos médicos obstetras e neonatologistas. Eram, em geral, mais jovens, com menor tempo de graduação e de atuação em maternidades, e, menos frequentemente, tinham formação complementar e pouquíssimas eram na área materno-infantil. Em contraposição a esse perfil, Narchi (2010) em uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, em 2006/2007, analisou o exercício de competências dos não médicos na atenção à maternidade, e constatou que 40% dos enfermeiros tinham 32-41 anos, 58% tinham mais de 10 anos de formação e 84% possuíam especialização em obstetrícia. Estes contrastes são bastante comuns no Brasil, país de imensa extensão geográfica e pronunciadas desigualdades regionais e sociais.

Um estudo com o objetivo de caracterizar os enfermeiros e a prática assistencial em uma unidade de terapia intensiva neonatal verificou que apenas 19% possuíam especialização no campo, porém eles referiram a necessidade de uma melhor qualificação, considerando que a graduação por si só não é suficiente para suprir as necessidades de um campo tão específico como a área neonatal (COUTINHO & ROLIM, 2005).

No presente estudo, cerca de um quarto dos profissionais não possuía vínculo efetivo com os respectivos serviços, situação esta mais frequente entre os enfermeiros. A terceirização no Brasil tem sido acompanhada de níveis salariais mais baixos, maior instabilidade e rotatividade do emprego, acúmulo de funções e aumento da jornada de trabalho (BRASIL, 2001), de forma que pode dificultar o estabelecimento de rotinas no

serviço e o treinamento efetivo dos profissionais. Cabe ressaltar que o quadro pessoal de uma instituição deve ser preservado em condições de relativa estabilidade, pois quando a rotatividade de pessoal é excessiva, o equilíbrio pode ser perdido, comprometendo a quantidade e qualidade do cuidado prestado ao paciente (STANCATO & ZILLI, 2010).

Porém, a relação das características dos profissionais com o conhecimento e prática, ainda não está bem estabelecida na literatura. Santos *et al.*, 2005, em pesquisa realizada a partir de inquéritos em quatro capitais (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) não encontraram associação significativa entre o maior tempo de experiência profissional ou ter especialização na área de saúde da família e as atividades realizadas pela ESF. Em contraposição, Domingues *et al.*, (2013 b), descreveram, em um estudo realizado em unidades de saúde da rede SUS do Município do Rio de Janeiro, em 2007, que, no manejo da sífilis, observou-se um melhor desempenho entre os profissionais com maior tempo de formação e atuação, e que os médicos com especialidade em ginecologia/obstetrícia, relataram menos dificuldades em fornecer informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Ressalta-se que, no presente estudo, não foi avaliada a possível associação entre características dos profissionais e conformidade dos critérios. Entretanto, análises adicionais do mesmo banco de dados utilizado neste estudo podem ser desenvolvidas com essa finalidade, no futuro, para indicar possíveis determinantes da não conformidade observada.

No presente estudo, ao perguntar sobre a participação em algum treinamento sobre o manejo de sífilis congênita, menos da metade dos profissionais responderam afirmativamente, com concentração dos treinamentos nos últimos 5 anos. Essa frequência foi inferior àquela observada em unidades de saúde da rede SUS do Município do Rio de Janeiro em 2007 quanto à participação em treinamento sobre sífilis na gravidez (70%). Entretanto, de maneira similar, a concentração no estudo realizado no Rio de Janeiro também ocorreu nos últimos 5 anos (DOMINGUES *et al.*, 2013 b). Já Silva *et al.*, (2014), descreveram que 74,8% dos médicos e enfermeiros haviam realizado treinamento após ingressar na ESF da cidade de Fortaleza.

Pode-se também estabelecer um paralelo com o estudo de Magluta *et al.* (2009), que observaram, ao entrevistar profissionais em maternidades da rede SUS do Estado do Rio de Janeiro, que 40% dos obstetras/pediatras e 53% dos enfermeiros participaram de capacitações oferecidas pelo serviço no último ano (MAGLUTA *et al.*, 2009); com o estudo realizado por Parada (2008), em que 30% dos gestores dos municípios da Direção Regional de Saúde XI do Estado de São Paulo entrevistados referiram realizar atividades de educação permanente dos

profissionais (PARADA, 2008) e, finalmente, com o de Piccini *et al.* (2007), em que a capacitação dos profissionais em saúde da mulher foi referida em 42% das UBS tradicionais avaliadas na Região Sul do Brasil e em 37% das UBS tradicionais avaliadas na Região Nordeste (PICCINI *et al.*, 2007).

Apesar de não estarem especificamente voltadas para o manejo da sífilis congênita, todas essas pesquisas corroboram a ideia de que, a despeito do serviço oferecer capacitação aos seus profissionais, persiste uma proporção substancial de profissionais ainda não cobertos e que, portanto, é necessário investir mais em treinamentos, sobretudo nas áreas onde foram detectadas lacunas importantes do conhecimento e da prática profissional.

Embora os sujeitos da pesquisa fossem profissionais das maternidades que trabalham diretamente com a parturiente e/ou recém-nascido e mais da metade tenham relatado conhecer o Manual do Ministério da Saúde sobre prevenção e controle da sífilis congênita, a leitura completa dele não foi referida pela maioria, com um perfil menos favorável observado entre os enfermeiros. Mesmo não se tratando de dados estritamente comparáveis, Schmeing, (2012) encontrou resultados parecidos na avaliação de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Amambai – MS, onde 87,5% (IC95%:66,5-96,7%) conhecia esses manuais e apenas 29,2% realizaram a leitura completa. Domingues *et al.* (2013 b), descreveram resultados melhores relativos ao acesso a manuais entre pré-natalistas atuantes na rede do SUS, onde quase 80% conhecia essas diretrizes oficiais e a leitura completa foi relatada por 57,7%.

A prática clínica baseada em evidências e o desenvolvimento de diretrizes tornaram-se elementos fundamentais na atualidade e a Organização Mundial de Saúde tem adotado essa estratégia (FRANCKE *et al.*, 2008). Domingues *et al.*, (2013 b), evidenciaram associação entre acesso a manuais e o correto tratamento das gestantes com sífilis. Cabe observar que a falta de acesso aos manuais existentes, associada à baixa frequência de leitura completa compromete a adesão aos protocolos e a qualidade do serviço oferecido.

No Brasil, o Ministério da Saúde, criou o protocolo de manejo da sífilis congênita com o objetivo de padronizar e contribuir para o aprimoramento da qualidade dos serviços oferecidos pelos profissionais na atenção à gestante, puérpera e recém-nascido (BRASIL, 2007). Apesar desse protocolo já ter sido disponibilizado há mais de sete anos, cerca de um terço dos profissionais entrevistados relatou que a maternidade na qual trabalhava não seguia qualquer protocolo, não sabia informar a respeito dos protocolos, ou não respondeu a essa

questão, o que aponta para a necessidade de realização de treinamentos sobre sífilis congênita nas maternidades públicas do Piauí, com ampla divulgação dos protocolos.

Quanto aos aspectos da rotina das maternidades descritos pelos profissionais, observou-se que, em geral, quem rotineiramente solicita o exame para diagnóstico de sífilis nas parturientes é o médico, o exame utilizado é o VDRL e o tempo médio para retorno do resultado é, geralmente, de até 1 dia. Essa demora referida para o tempo de retorno do exame, sublinha duas barreiras citadas como importantes por quase um quinto dos profissionais: demora na chegada dos resultados solicitados na maternidade e resistência das puérperas com o tempo de espera para o recebimento do resultado dos exames.

Ainda que a sífilis na gestação e congênita constem da lista de doenças de notificação compulsória desde 1997 e 1986, respectivamente, menos de três quartos dos profissionais declararam que ambas as ações são realizadas nas maternidades, o que corrobora achados anteriores referentes à subnotificação dos casos de sífilis na gestação e congênita, como referido por RAMOS *et al.*, 2007, utilizando dados nacionais, em Palmas-TO (KOMKA & LAGO, 2007), no Distrito Federal (Magalhães *et al.*, 2013) e no município do Rio de Janeiro (DOMINGUES *et al.*, 2013a).

Além disso, pouco mais de um terço dos profissionais afirmou saber da existência de planilha ou livro para registro dos casos de sífilis congênita diagnosticados na maternidade. Embora o Ministério da Saúde não se manifeste claramente quanto à obrigatoriedade desses registros é importante levantar essa questão à luz dos demais achados sobre aspectos da rotina das maternidades. Considerando que menos de um quarto dos profissionais referiu a atuação da vigilância epidemiológica em tempo integral e quase um quarto não sabia sequer informar sobre o funcionamento deste setor na instituição em que trabalha, a ausência de uma planilha ou livro para registro dos casos dificulta a vigilância e a investigação dos casos e sugere dissociação entre as atividades desenvolvidas pela assistência e pela vigilância epidemiológica.

Corroborando esses achados, Magalhães *et al.*, (2013), em um estudo realizado, em 2009/2010, em maternidades públicas no Distrito Federal (SES/DF), apontaram para a baixa qualidade (preenchimento incompleto e/ou informações conflituosas) dos registros referentes à notificação e acompanhamento dos casos de sífilis: prontuários com registro de solicitação de exames e ausência do resultado, ausência do registro de encaminhamento para seguimento ambulatorial, entre outros problemas.

Em um outro estudo, realizado em quatro maternidades públicas no interior de Pernambuco, em 2004, Macêdo *et al.*, 2009, ao avaliar a implantação da vigilância epidemiológica (com base nos critérios de existência de comissão de análises de óbitos, de revisão de prontuário, de controle de infecção hospitalar; notificação de gestantes com HIV e sífilis, de sífilis congênita; rastreamento do parceiro com sífilis e aconselhamento sobre os motivos para a realização dos exames de HIV e sífilis), identificaram uma implantação inaceitável (bastante aquém de padrões desejáveis) em três maternidades, e uma implantação parcial em uma maternidade.

No presente estudo, a análise do manejo da sífilis na gestação na dimensão de diagnóstico e subdimensão conhecimento, revelou que cerca de um quinto dos profissionais desconheciam a categorização do VDRL como teste não treponêmico e do TPHA e do FTA-Abs como treponêmicos. Situação ainda pior foi observada em um estudo realizado com enfermeiros e médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza-CE, em 2009, em que 69,5% dos profissionais não identificaram o VDRL e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) como não treponêmicos (SILVA *et al.*, 2014) e em outro realizado com médicos e enfermeiros atuantes em ESF no Recife, em 2012, em que 68% dos profissionais erraram as questões relativas aos testes não treponêmicos (GOMES, 2013).

Com relação às características dos testes, um número reduzido de profissionais apontou adequadamente as características do VDRL e do teste rápido. Os erros mais frequentemente identificados estavam associados ao reconhecimento de que o VDRL é também considerado qualitativo e que os testes rápidos não se tornam “não reagentes” após tratamento adequado. Esses resultados demonstram a pouca familiaridade dos profissionais com os manuais do Ministério da Saúde que descrevem que, nos métodos treponêmicos, os anticorpos do *Treponema pallidum* podem permanecer detectáveis por tempo indeterminado, mesmo após tratamento anterior. Além disso, o VDRL é descrito como teste qualitativo, pois pode ser interpretado tanto como reagente e não reagente, como também pode ser analisado como teste quantitativo (através da avaliação de títulos como: 1:1, 1:2 e etc.) (BRASIL, 2007).

Na avaliação da dimensão de tratamento, subdimensão conhecimento, através da conduta em relação a casos clínicos hipotéticos (vinhetas) sob risco de transmissão vertical da sífilis, não foi observada conformidade dos obstetras e enfermeiros quanto às normas padrão, com relação a qualquer um dos oito critérios avaliados. Essa carência no conhecimento de

médicos e enfermeiros referente ao tratamento da sífilis foi observada em outros estudos que avaliaram o conhecimento dos profissionais da ESF e encontraram deficiência no conhecimento relativo ao tratamento das gestantes: segundo Gomes (2013), apenas 69% dos médicos e enfermeiros sabiam tratar uma gestante alérgica à penicilina, no contexto de uma pesquisa realizada em Recife no ano 2012; já Silva (2010) apontou que 51,4% dos médicos e 55,0% dos enfermeiros, participantes de um estudo em Fortaleza, no ano de 2009, não sabiam tratar uma gestante com VDRL 1:1.

No presente estudo, os obstetras se mostraram mais preparados que os enfermeiros quanto ao conhecimento sobre os casos clínicos relativos ao intervalo entre as doses de tratamento e a correta interpretação da cicatriz sorológica. A falta de habilidade para interpretar a cicatriz sorológica, com realização de retratamento desnecessário, apesar de não estar em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde, não se traduz em prejuízos tão graves quanto a falta de conhecimento sobre o intervalo entre as doses de tratamento. De forma similar a este resultado, Andrade *et al.*, 2011, em uma pesquisa realizada na ESF no ano de 2009, na cidade de Fortaleza, constataram o desconhecimento dos enfermeiros em relação ao tratamento adequado, destacando que mesmo que 51,2% prescrevessem a dosagem correta para a fase secundária da doença, apenas 40,6% (IC 95%: 33,0-48,7%) conheciam o intervalo correto de 7 dias entre as doses.

No âmbito da dimensão de diagnóstico, subdimensão de prática dos profissionais, referente ao manejo da sífilis na gravidez, observou-se, no presente estudo, conformidade dos obstetras quanto a um dos critérios, dentre os três avaliados (“solicitação da sorologia para sífilis para todas as gestantes admitidas para parto e curetagem”). Andrade *et al.*, 2011, explicam que o VDRL está inserido na rotina dos serviços como uma prática automática, e que os profissionais estão algumas vezes condicionados apenas a solicitar o exame, mas sem ligação direta com a adequada interpretação dos resultados e conduta a ser adotada.

Outro aspecto relevante foi a divergência no contexto das práticas de solicitação de exames para a triagem de sífilis nas maternidades, nas respostas dos obstetras e enfermeiros. A explicação para a discordância entre os profissionais é que mais da metade dos enfermeiros justificaram que não podiam solicitar exames. Similar a esse resultado, Costa, (2012), observou que 53,8% dos enfermeiros da ESF em Fortaleza que participaram de uma pesquisa sobre sífilis na gestação afirmaram não solicitar exames para diagnóstico de sífilis, sendo a

principal explicação para a não realização desta atividade a não autorização para prescrever exames.

Nesse contexto, é importante ressaltar que o enfermeiro desenvolve muitas atividades no âmbito da saúde pública. A avaliação ginecológica, por exemplo, constitui-se em um momento de extrema relevância para a identificação de sinais e sintoma de sífilis, o que ressalta a importância de que esse profissional possa solicitar exames para diagnosticar a doença e iniciar o tratamento oportunamente. Além disso, o enfermeiro tem respaldo legal para exercer essas atividades: A lei 7498/1986 (que regulamenta o exercício dos enfermeiros) respalda os mesmos a solicitarem exames, no âmbito dos programas de saúde pública; a resolução COFEN 195/1997 disciplina a solicitação de exames pelo enfermeiro e autoriza o mesmo a realizar essa atividade no âmbito dos programas de saúde pública e em rotina estabelecida pela instituição de saúde; a resolução COFEN 271/2002 regulamenta as ações do enfermeiro na consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e requisição de exames.

Embora no ambiente hospitalar/maternidade, a solicitação de exames seja uma atividade polêmica, por tratar-se de serviço de saúde de nível secundário (que geralmente conta com médicos especialistas 24 horas), isso não altera a legislação em vigor, que respalda o enfermeiro a realizar tal atividade. É importante ressaltar o direito e a necessidade de todas as mulheres admitidas nas maternidades serem testadas e diagnosticadas adequadamente, buscando-se a redução de desfechos desfavoráveis da gestação.

Em um país com uma diversidade tão pronunciada como a do Brasil, diferentes regiões possuem realidades profundamente diversas, com relação à disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura, e é inadmissível justificar a não testagem, diagnóstico e tratamento das mulheres por falta de respaldo legal. Os enfermeiros devem conhecer as leis que respaldam suas atividades, como também devem buscar formas de capacitação, com a finalidade de garantir uma assistência integral e adequada à população. Ressalta-se, como igualmente importante, a criação de rotinas bem estabelecidas nas maternidades (baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde), como também garantir a capacitação, de forma consistente e continuada, dos profissionais que realizam o atendimento.

Quanto aos registros no prontuário e/ou na ficha de admissão dos resultados dos exames que diagnosticam sífilis e tratamento recebido extraídos do cartão da gestante, foi observada conformidade <95% por parte de ambos os profissionais. Embora já se tenha discutido a necessidade de estruturação dessas informações, não existe obrigatoriedade desses registros

segundo os manuais do Ministério da Saúde. No entanto, esta prática constitui uma importante ferramenta de registro e manejo da informação, e a sua qualidade reflete (ou, antes, deveria refletir) as atividades dos profissionais dentro da maternidade, sendo considerada estratégia pertinente para o processo de eliminação da sífilis congênita.

Os problemas envolvendo registros estão presentes nos diversos serviços de saúde. Araújo *et al.* (2008) descrevem a precariedade dos registros encontrados nos prontuários de gestantes com VDRL reagente acompanhadas no pré-natal, não havendo informação referente ao tratamento prescrito à gestante e ao parceiro, como também da realização de atividades de vigilância epidemiológica, através da notificação do caso de sífilis na gestação.

Com relação à convocação do parceiro da gestante com sífilis à maternidade, onde o VDRL deve ser solicitado e o tratamento prescrito, a maioria dos profissionais referiu não adotar essa prática e cerca de um quarto convoca o parceiro, mas o encaminha para realizar o tratamento na unidade básica de saúde. Vale destacar que a dificuldade mais importante relatada pelos profissionais na abordagem das gestantes com diagnóstico de sífilis foi a “conversa com o parceiro”. Esse contexto pode significar chances perdidas de tratamento da população infectada.

Campos *et al.* (2012), em um estudo realizado com parturientes com sífilis em uma maternidade de Fortaleza, descreveu que apesar dos parceiros serem comunicados do diagnóstico de sífilis, apenas 24% haviam sido adequadamente tratados. Segundo Macêdo *et al.* (2009), a captação do parceiro sexual das gestantes com sífilis para testagem e tratamento nas maternidades é baixa, o que evidencia a fragilidade dos serviços de saúde na prestação dessa ação. Campos *et al.* (2012) ainda destacaram que a problemática que envolve o tratamento do parceiro sexual está associada a questões culturais, a políticas de saúde que pouco priorizam a saúde do homem, além de fatores relacionados aos serviços e de aspectos comportamentais.

Esses resultados evidenciam também que, apesar dos investimentos realizados no Brasil e no mundo para controle das doenças sexualmente transmissíveis, há uma necessidade de adequação dessas estratégias para as diversas dimensões dessas doenças, que estão associadas a uma variedade de questões sociais, comportamentais, biomédicas e estruturais, tanto no âmbito individual como no coletivo (ENG & BUTLER, 1997).

Em relação à prática dos obstetras, na dimensão de tratamento, a conduta apresentou percentual de conformidade variável de acordo com a fase de evolução da doença. Enquanto as fases primária e secundária não obtiveram conformidade no tratamento, a condição clínica de duração ignorada apresentou conformidade superior a 95%. A respeito dessa inadequação do tratamento, Silva *et al.* (2014) descreveu desconhecimento de 56,7% dos médicos e enfermeiros da ESF quanto ao tratamento da gestante com fase clínica da sífilis secundária.

É importante destacar que foi proposto um novo protocolo de tratamento para a sífilis na fase secundária e latente recente no Relatório da CONITEC referente à Proposta de incorporação do PCDT de prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais, o qual foi colocado em consulta pública (nº 23) e aguarda emissão da recomendação final da Comissão. Se o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde decidir pela incorporação desse protocolo ao SUS, será de extrema importância a condução de cursos de atualização entre os profissionais de saúde reforçando as normas que foram mantidas e dando grande destaque às modificações existentes no protocolo.

Entre os enfermeiros, independente da fase da doença, mais da metade afirmou que não podia prescrever medicação para as gestantes na maternidade, similar ao observado para a solicitação de exames. Reafirmando os aspectos legais que envolvem as atividades dos enfermeiros, a lei de Nº 7.498 de 1986 (que regulamenta a profissão da enfermagem) define como atividade privativa do enfermeiro a “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” e a Resolução COFEN 271/2002 regulamenta as ações do enfermeiro na consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e requisição de exames.

Ainda na dimensão do tratamento, na subdimensão da prática, quanto ao aconselhamento pós-teste, percebeu-se uma maior dificuldade dos obstetras em orientar sobre a importância do uso de preservativos para não apresentar reinfecção (único critério referente ao aconselhamento pós-teste em que não houve conformidade para esse grupo de profissionais). Quiñones *et al.*, (2014) relata que 45% das pacientes com diagnóstico de sífilis na gestação, tinham histórico de sífilis tratada anteriormente, evidenciando a problemática da reinfecção e da necessidade do tratamento adequado dos parceiros. Campos *et al.* (2002) descreveu o comportamento de mulheres com sífilis na gestação, revelando uma enorme dificuldade de uso do preservativo, principalmente para aquelas que tinham parceiros fixos, ilustrando o desafio de controlar a reinfecção neste público. Os autores esclarecem também que o aconselhamento, quando realizado de maneira adequada, proporciona uma maior adesão

ao uso de preservativos, que é estratégia fundamental para interrupção da cadeia de transmissão.

Além disso, embora o momento do parto não seja o ideal para aconselhamento sobre as DST, é essencial que sejam fornecidas orientações sobre a prevenção desses agravos, por meio da educação da gestante/parturiente, com a finalidade de reduzir a vulnerabilidade e riscos dessas mulheres (BRASIL, 2007). Entretanto, de forma similar ao observado nesse estudo, Macêdo *et al.* (2009), em um estudo realizado em quatro maternidades do estado de Pernambuco, demonstraram a carência de atividades relativas ao aconselhamento. Os profissionais de saúde do estudo em questão, durante a abordagem da parturiente, não realizavam a prática de aconselhamento para solicitação de exames (nem mesmo quando era solicitado o teste anti-HIV) e nem orientavam sobre a importância do tratamento do parceiro para evitar reinfeção por sífilis, contrariando as orientações do Ministério da Saúde.

Na avaliação do manejo sífilis congênita nas maternidades, os neonatologistas revelaram conformidade de dois critérios da dimensão de diagnóstico e subdimensão de conhecimento dos profissionais (conhecimento de que o VDRL é um teste não treponêmico e que o TPHA e FTA-Abs são treponêmicos). Já os enfermeiros não apresentaram conformidade em qualquer critério.

Os resultados demonstraram uma menor familiaridade tanto dos neonatologistas como dos enfermeiros em reconhecer os testes rápidos como treponêmicos. Outro aspecto a ser destacado é que embora um elevado número de profissionais descrevesse que o VDRL fosse não treponêmico, apenas 8,5% sabiam o conjunto de características desse exame e a maior dificuldade esteve relacionada a reconhecer o VDRL como qualitativo. A OMS cita que o baixo desempenho no conhecimento dos exames pode ser uma barreira importante para a prática desses profissionais (WHO, 2008).

Vários estudos realizados na ESF de diferentes cidades do nordeste demonstram o desconhecimento dos profissionais em relação aos testes treponêmicos e não treponêmicos, evidenciando essa deficiência em diversos serviços públicos (ANDRADE *et al.*, 2011; COSTA, 2012; SILVA *et al.*, 2014). O desconhecimento das características dos testes utilizados para triagem, confirmação, diagnóstico e controle de cura da sífilis é essencial para conduta adequada com o paciente. Esses resultados sugerem dificuldade de interpretação dos profissionais e que pode trazer impactos importantes na saúde pública (SILVA *et al.*, 2014).

Cerca de um quinto dos profissionais apresentaram conformidade no critério de conhecimento sobre a atual definição de sífilis congênita adotada pelo Ministério da Saúde, com menor frequência entre os enfermeiros. O conhecimento de todos os critérios definidos para sífilis congênita é indispensável, ainda que ao aplicar os protocolos seguindo essa definição mais conservadora, eventualmente, crianças não portadoras da síndrome recebam indicação de tratamento. Como cerca de 70% das crianças portadoras nascem assintomáticas e dada a gravidade da sífilis congênita, é compreensível que o risco de um tratamento equivocado em uma criança sadia valerá o benefício de não se perder a oportunidade de tratar as doentes neste momento precoce (BARSANTI *et al.*, 1999; BRASIL, 2007).

Na subdimensão da prática dos profissionais relativa a dimensão diagnóstico da sífilis congênita, enfermeiros e neonatologistas não apresentaram conformidade em nenhum dos três critérios avaliados. A investigação de todos os bebês expostos a infecção da sífilis durante a gestação é diretriz do Ministério da Saúde, que se justifica pela maioria das crianças com sífilis congênita nascerem assintomáticas. É reconhecido que o foco principal para prevenção deste agravo são as ações realizadas no pré-natal, porém quando houver falha na qualidade destas ações, as mães e recém-nascidos necessitam também dessa oportunidade de diagnóstico e tratamento. Essa constitui a última chance de tratamento precoce dessas crianças, evitando as manifestações mais graves da doença (BRASIL, 2006; 2007).

O conjunto de atividades a ser realizada em um recém-nascido de mãe adequadamente tratada apresentou um resultado preocupante, em que menos de um quinto dos relatos dos profissionais evidenciavam conformidade com as práticas exigidas nos protocolos. Houve maior dificuldade dos enfermeiros que dos neonatologistas em relatar a prática de solicitação de radiografia de ossos longos e punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano, em recém-nascidos que apresentaram VDRL reagente. O manual de manejo da sífilis congênita é claro quanto a necessidade de realização desses exames em todos os neonatos com VDRL reagente (BRASIL, 2007).

Magalhães *et al.*, (2013) também evidenciaram a falta de adesão às recomendações oficiais para o seguimento da sífilis congênita, em um estudo realizado em maternidades públicas do Distrito Federal. Os autores revelaram que das crianças que deveriam ser investigadas para sífilis congênita, apenas 48% fizeram o exame de radiografia dos ossos longos, 42% de punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano enquanto a realização de hemograma (98%) e de VDRL (92%) revelaram frequências mais elevadas.

Na dimensão do diagnóstico, subdimensão da prática não houve conformidade de nenhuma das categorias dos profissionais no conjunto de atividades. Uma atividade pouco relatada pelos profissionais, na presença de diagnóstico de sífilis congênita, foi a comunicação dos casos para a vigilância epidemiológica. Macêdo *et al.* (2009), em um estudo, realizado em 2004 em quatro maternidades públicas no interior de Pernambuco, identificaram uma implantação da vigilância epidemiológica inaceitável em três maternidades das quatro avaliadas e entre os critérios avaliados encontrava-se a notificação de sífilis congênita.

Com relação à dimensão e subdimensão da prática do tratamento, houve divergência importante na prática de neonatologistas e enfermeiros, que envolve o direito de prescrever dos enfermeiros. Os neonatologistas apresentaram conformidade na prática relatada do tratamento para recém-nascidos que apresentam neurosífilis e não conformidade na prática do tratamento para recém-nascidos sem neurosífilis. Magalhães *et al.* (2013) enfatizam o despreparo dos profissionais com os protocolos oficiais que estabelecem tratamento específico e dependente dos exames realizados. Tal despreparo pode refletir em tratamento inadequado e aumentar a dificuldade na eliminação da sífilis congênita (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

Com relação às dificuldades dos profissionais, a principal dificuldade apontada foi conversar com o parceiro. De forma similar, Domingues *et al.* (2013 b) identificaram esse conflito entre os profissionais da ESF do Rio de Janeiro e 47% informaram algum tipo de dificuldade durante as orientações dos pacientes com DST e 40% disseram que tinham dificuldade na abordagem sobre a sífilis ao conversar com o parceiro.

Já as principais barreiras encontradas pelos profissionais para o adequado manejo da sífilis nas maternidades foram: falta de registro nos cartões da gestante sobre o diagnóstico e os tratamentos recebidos no pré-natal e a desinformação da gestante sobre os tratamentos realizados no pré-natal. A respeito disso, Magalhães *et al.* (2013) descreveram a baixa quantidade de puérperas com sífilis que tinham conhecimento prévio do diagnóstico, além de poucas informações sobre o tratamento do parceiro no cartão do pré-natal e nos prontuários das maternidades.

Um estudo com o objetivo de verificar a concordância entre as informações registradas nos cartões das gestantes e nos prontuários da Atenção Básica sobre a assistência pré-natal do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil evidenciou baixa qualidade dos registros dos

prontuários e cartões avaliados (POLGLIANI, 2014). Domingues *et al.* (2012), em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, encontraram maior proporção de registro de resultados de exames realizados durante o pré-natal com o aumento da idade gestacional. Entretanto, mesmo em gestantes com mais de 34 semanas gestacionais, apenas um terço dessas gestantes apresentavam registro do resultado da segunda sorologia.

Considerando os indicadores utilizados e o padrão de conformidade adotado, os profissionais enfermeiros não apresentaram conformidade com relação a qualquer um dos critérios avaliados. Os obstetras demonstraram conhecimento em apontar o VDRL como teste não-treponêmico e o TPHA e o FTA-Abs como testes treponêmicos e, em sua prática, de uma forma geral, esses profissionais solicitam a sorologia para sífilis para todas as gestantes admitidas para parto e curetagem, tratam adequadamente a sífilis de duração ignorada e fornecem orientações sobre os riscos da doença para a gestante com diagnóstico de sífilis e seu filho.

Diversas falhas foram evidenciadas no âmbito do conhecimento e da prática dos profissionais avaliados (obviamente, supondo-se que as respostas preenchidas no formulário do estudo correspondam a decisões clínicas efetivas). Em relação aos conhecimentos, os obstetras não souberam classificar o teste rápido para sífilis como um exame treponêmico; não souberam informar as características do VDRL e dos exames treponêmicos, e não avaliaram adequadamente o tratamento da gestante em situações específicas (alergia a penicilina, baixo título sem história de tratamento anterior, esquema posológico e época do tratamento, manutenção dos títulos após tratamento e não tratamento do parceiro). Em relação à sua prática assistencial, demonstraram não cumprir medidas estabelecidas nos protocolos atuais, tais como a convocação do parceiro da gestante com sífilis para realização de exame, diagnóstico e tratamento ainda na maternidade; o tratamento adequado da sífilis primária e secundária; aconselhamentos pós-testes sobre a importância do tratamento do parceiro e do uso do preservativo para evitar reinfecção.

Em relação ao manejo da sífilis congênita, os relatos dos enfermeiros também demonstraram a não conformidade de todos os critérios avaliados. Entre os neonatologistas, os mesmos relataram conhecimento que o VDRL é um teste não treponêmico” e que “o TPHA e FTA-Abs são treponêmicos. Na prática, de uma forma geral, solicitam VDRL dos recém-nascidos filhos de mães com história de sífilis na gestação, notificam os casos de sífilis

congênita, e tratam corretamente um recém-nascido que apresente neurosífilis na maternidade.

Porém diversas falhas foram evidenciadas quanto a seus conhecimentos e práticas. Os neonatologistas não souberam classificar o teste rápido para sífilis com um exame treponêmico; e não souberam informar as características do VDRL e dos exames treponêmicos e as definições de sífilis congênita. Em sua prática, de uma forma geral, não solicitam hemograma, raio x de ossos longos e punção lombar de recém-nascido de mãe inadequadamente tratada; e no caso de mãe adequadamente tratada não solicitam hemograma, raio x de ossos longos e punção lombar quando o recém-nascido apresenta VDRL reagente. Após o diagnóstico de um caso de sífilis congênita, não encaminham a puérpera e o parceiro sexual para tratamento na própria maternidade e não notificam nem comunicam os casos de sífilis na gestação à vigilância epidemiológica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidenciou lacunas do conhecimento dos profissionais de saúde atuantes nas maternidades públicas de Teresina-PI e revelou rotinas e condutas divergentes daqueles normatizados pelo Ministério da Saúde para o manejo da sífilis na gestação e congênita. Também apontou saberes e práticas mais bem estabelecidos, bem como barreiras encontradas pelos profissionais nesse manejo e sugestões para a melhoria da intervenção. Portanto, constitui um subsídio importante para os gestores no processo de aprimoramento das práticas profissionais e da atenção oferecida, ao facilitar a definição de prioridades, seleção de estratégias e tomada de decisão.

As evidências trazidas também apontam para a desarticulação entre a assistência e as ações do serviço de vigilância epidemiológica. Essa desarticulação evidenciada acarreta problemas de subnotificação dos casos de sífilis na gestação e congênita e inadequação no serviço oferecido para a população.

As falhas apontadas sublinham a importância do investimento em treinamentos que busquem a capacitação dos profissionais baseadas em conhecimento científico atualizado e nos protocolos preconizados.

A partir da articulação de todos os serviços e profissionais e da adoção de estratégias para suprir as lacunas no conhecimento evidenciadas e aprimorar as práticas profissionais necessárias, busca-se não perder oportunidades de diagnóstico e tratamento na maternidade (das mulheres, parceiros e recém-nascidos), com o objetivo de alcançar a meta mundial de eliminação da sífilis congênita.

8. RECOMENDAÇÕES

A conformidade/não conformidade dos conhecimentos e práticas avaliadas nesse estudo evidenciaram perfis diferenciados entre as categorias profissionais bem como a urgência de que providências sejam tomadas para minimizar as não conformidades observadas.

Uma estratégia inicial que se revela importante é a organização de reuniões entre os gestores das maternidades públicas do Piauí para a formulação de um protocolo único com a definição das responsabilidades de cada categoria profissional no manejo da sífilis na gestação e congênita, objetivando reduzir as perdas das oportunidades de diagnóstico e tratamento oportuno no serviço de saúde. Esses protocolos devem contemplar a implantação dos testes rápidos no âmbito das maternidades, fortalecendo essa estratégia criada anteriormente.

As ações focadas em suprir as lacunas identificadas neste estudo devem ser trabalhadas separadamente com cada categoria profissional, de modo a sanar as carências identificadas em cada grupo.

Há a necessidade de que os gestores desenvolvam um processo contínuo de empoderamento dos enfermeiros, com a conscientização sobre a importância do seu papel no serviço (incluindo a necessidade de que façam, adequadamente, diagnóstico e tratamento no âmbito dos programas de saúde pública e na rotina estabelecida pela instituição) e oferta de capacitação correspondente para que eles realizem essas atividades segundo os protocolos já estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Esse processo contínuo de empoderamento visa que menos oportunidades de diagnóstico e tratamento sejam perdidas no serviço de saúde e, para tal, necessita que os protocolos assistenciais das maternidades, com descrição das atribuições de todos os profissionais de saúde que prestam assistência a gestante/puérpera e ao recém-nascido, estejam de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e sejam disponibilizados em locais de fácil visualização e acesso.

Desta forma, em relação aos enfermeiros, propõe-se a oferta de curso de formação antes de iniciar o trabalho na maternidade e treinamentos curtos, frequentes e realizados no próprio serviço para educação permanente, específicos para o campo de atuação materno-infantil, com incentivo à leitura completa dos manuais e protocolos da sífilis congênita. É importante fornecer subsídios para os enfermeiros, de modo a ampliar seu conhecimento sobre os testes sorológicos, diagnóstico de sífilis na gestação e congênita, tratamento da

gestante com sífilis, de seu parceiro e do recém-nascido. Na prática é importante que sejam incorporados incentivos que aumentem a adesão dos profissionais: como a fixação das condutas oficiais nos murais (como o fluxo para o diagnóstico da sífilis na gestação e congênita e do tratamento correto), criação de *check list* de atividades a serem realizadas nas maternidades para as crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação.

Como muitos profissionais relataram o funcionamento da vigilância epidemiológica em apenas alguns dias e horários, de forma, que, em geral, ficam descobertas o período noturno, finais de semana e feriados seria importante o investimento na ampliação deste serviço, para horário integral. Outra proposta seria a obrigatoriedade do preenchimento de uma planilha ou livro de registro de todos os casos de sífilis na gestação e congênita. Esse arquivo seria comum a todos os profissionais e facilitaria a integração entre vigilância epidemiológica e assistência

Foram evidenciadas deficiências importantes do conhecimento entre os obstetras e os neonatologistas, apesar de todos possuírem formação complementar (pós-graduação) na área de atuação. É necessário que os gestores incentivem a formação e reciclagem contínuas, com a realização de estratégias multifacetadas; incluindo cursos curtos e frequentes dentro do serviço que abordem os protocolos normatizados pelo Ministério da Saúde, auditoria, ações concorrentes, através de discussão com lideranças e sistemas informatizados que relembram os profissionais da conduta correta.

É importante investir no aprimoramento do conhecimento dos obstetras e neonatologistas sobre os testes sorológicos (especialmente os testes rápidos).

Há necessidade de ampliar o conhecimento dos obstetras sobre a adequação do diagnóstico e tratamento recebido pela mulher no pré-natal e fluxos de ações subsequentes necessárias para cada caso. E, de forma sistemática e continuada, devem ser aprimoradas atividades como a convocação do parceiro para realizar diagnóstico, orientação pós-teste e tratamento ainda na maternidade.

É importante incorporar à rotina dos neonatologistas, reforços e incentivos que aumentem sua adesão aos protocolos de referência. Entre as medidas que podem ser tomadas, encontra-se a criação de *check list* das atividades a serem realizadas nas maternidades para as crianças nascidas de mães com histórico de sífilis na gestação.

Além das intervenções individualizadas para cada categoria profissional é extremamente necessário que os serviços estejam bem estruturados, dispondo de condições adequadas para diagnóstico e tratamento dos casos que incluem: a disponibilidade de laboratórios para realização dos exames (líquor, hemograma, VDRL) em tempo hábil,

equipamento de raio X, medicamentos (penicilina benzatina, procaína e cristalina), além de insumos disponíveis para os procedimentos específicos e profissionais qualificados para a correta realização deles.

Outra estratégia pertinente seria a integração dos serviços de pré-natal e maternidade, com fortalecimento das atividades de: fornecimento e adequado preenchimento do cartão da gestante, para proporcionar que os profissionais da maternidade tenham acesso às informações sobre diagnóstico e tratamento da sífilis no pré-natal e possam adotar condutas adequadas; encaminhamento dos casos de sífilis congênita, após a alta na maternidade, para acompanhamento ambulatorial na estratégia de saúde da família; comunicação dos casos de sífilis congênita ocorridos às equipes responsáveis pelo acompanhamento pré-natal, para viabilizar a identificação das falhas evitáveis na ocorrência desse evento sentinela e para potencializar a melhoria do processo; incentivar a criação de comitês de investigação da transmissão vertical da sífilis e HIV, conforme já previsto no manual “Diretrizes para constituição de comitês de investigação de transmissão vertical”.

REFERÊNCIAS

- ALBRIGHT CM, EMERSON JB, WERNER EF, HUGHES BL. Third-Trimester Prenatal Syphilis Screening: A Cost-Effectiveness Analysis. **Obstet Gynecol**. 2015 Jul 31.[Epub ahead of print].
- ALFÖLDI, F. La fabrication des critères. In: *Savoir évaluer em action sociale et médicosociale*. Paris: Dunod; 2006.
- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2012, 34(2): 52-5.
- ANDRADE, R.F.V.; LIMA, N.B.G.; ARAÚJO, M.A.L.; SILVA, D. M.A.; Conhecimento dos Enfermeiros acerca do Manejo da Gestante com Exame de VDRL Reagente. **DST - J bras Doenças Sex Transm**. 23(4):188-193.2011.
- ARAÚJO, M. A. L; SILVA, D. M. A; SILVA, R. M; GONLÇALVES, M. L. C. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. In: **Rev. APS**, 2008, 11(1): 4-9.
- ARAÚJO, C. L; SHIMIZU, H. E; SOUSA, A. I. A; HAMANN, E. M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, 2012, 46(3): 479-86.
- ARNESEN, L; SERRUYA, S; DURAN, P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. **Rev Panam Salud Publica**, 2015, 37(6): 422-429.
- BARSANTI,C; VALDETARO, F; DINIZ, E.M.A; SUCCI, R.C.M. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 32(6):605-611, nov-dez, 1999.
- BRADAN, I.G. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in the medical profession. **Eastern Mediterranean Health Journal**, vol1, nº1,1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e Manuais Técnicos: Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de eliminação da sífilis congênita**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001 b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para redução e eliminação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST /AIDS. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita: manual de bolso**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids - 2. Ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

_____. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **SÍFILIS: Estratégias para diagnósticos no Brasil.** Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **SVS - Boletim Epidemiológico SÍFILIS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A. P, HARTZ Z. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAMPOS, A. L. A; ARAÚJO, M. A. L; MELO, S.P; Andrade, R.F.V; Gonçalves, M.L.C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 34(9):397-402. 2012.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40.** 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

CARLSEN, B; GLENTON C; POPE C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. **Br J Gen Pract** 2007;57(545):971-978.

CHAKRABORTY, R; LUCK, S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. **ArchDisChild**, 2008, 93(2): 105-9.

CHAMPAGNE F.; HARTZ Z.; BROUSSELLE A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS, A.P.; Hartz Z. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução COFEN 7498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro (RJ): COFEN: 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução 195/1997. Dispões sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. In: Conselho Regional de

Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo (SP):2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução 271/2002. Regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro (RJ): COFEN: 2002.

COSTA, C.C. da. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle de sífilis na gestação.** 102 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Fortaleza/UFC, Fortaleza. 2012.

COSTA, C. C; FREITAS, L. V; SOUSA, D. M. N; OLIVEIRA, L.L; CHAGAS, A. C. M. A; LOPES, M. V. O; DAMASCENO, A. K. C. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **RevEsc Enferm USP**, 2013; 47(1):152-9.

COUTINHO, R.L.C; ROLIM, K.M.C. Caracterização de enfermeiros e da prática assistencial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. RENE.** Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 78-86, set./dez.2005.

DAVIS, D.A, TAYLOR-VAISEY, A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. **CMAJ**, 1997; 157(4):408-416.

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. Rio de Janeiro; 2011.

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. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 12 (3): 269-280 jul. / set., 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M.C. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**, 2013; 47(1): 147-57 a.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A.; LEAL, M.C. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013 18(5): 1341-51 b.

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

DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Arch Pathol Lab Med*, 1997;121(11):1145-50.

ENG, T. R; BUTLER, W. T. **The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases.** Committee on Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases. Washington: INSTITUTE OF MEDICINE, 1997.

FARIAS, J. P. Q.; FRANCO, A. SANTOS, K. P. DOURADO, I. CASTRO⁵, B. G. Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; 30(3):135-41.2008.

FAÚNDES, A; DUARTE, G. A; NETO, J. A; OLIVATTO, A. E; SIMONETI, R. M. Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. **RBGO** - v. 26, nº 2, 2004.

FIGUEIRÓ, A.C.; de FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO I, FELISBERDO E, FIGUEIRÓ AC, de FRIAS PG.**Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

FRANCKE, A.L; SMIT, M.C; VEER, A.J.E; MISTIAEN, P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic metareview. **BMC Med Inform Decis Mak** 2008; 8:38.

FREITAS, S. C. R de. **Prevalência e fatores associados à sífilis em parturientes admitidas nas maternidades públicas de Fortaleza, Ceará**. 2010. 73 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Fortaleza/UNIFOR, Fortaleza, 2010.

FREYRE, G. **Casa-grande e senzala**. Rio de Janeiro: Global, 2003.

GALATOIRE, P. S. A.; ROSSO, J. A.; SAKAE, T. M. Incidência de sífilis congênita nos estados do Brasil no período de 2007 a 2009. **Arq. Catarin. Med.** 2012; 41(2): 26-32.

GOMES, S. F. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife-Pe**. 2013. 123f. Dissertação(Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Pernambuco/UFPE, Recife, 2013.

GOMEZ GB, KAMB ML, NEWMAN LM, MARK J, BROUTET N, HAWKES SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ**, 2013, 91(3):217-26.

GONÇALVES, I. C. M.; GONÇALVES, M. J. F. Conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiros e médicos sobre a transmissão vertical da hepatite B. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 21(5): 2013.

HAM DC, LIN C, NEWMAN L, WIJESORIYA NS, KAMB M. Improving global estimates of syphilis in pregnancy by diagnostic test type: A systematic review and meta-analysis. **Int J Gynaecol Obstet**. 2015 Jun;130 Suppl 1:S10-4.

HENNIG, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M. GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru". **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. 6 (4): 427-435 .out. / dez., 2006.

HENRY, J. B. *Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais*. 20 ed. Barueri: Manole, 2008.

INAGAKI, A. D. M.; OLIVEIRA, L. A. R.; OLIVEIRA, M. F. B.; Santos, R. C. S.; Araújo, R. M.; Alves, J. A. B.; Pinheiro, K. S.; Gurgel, R. Q.; Pinhata, M.M. M.; Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru. **Revista da Sociedad e Brasileira de Medicina Tropical.** 42(5):532-536. set-out, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativa populacional de 2010. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. **AECS Illumination**, Vol. IV, No.1, Jan - Mar 2004.

KLAUSNER, J. D. The sound of silence: missing the opportunity to save lives at birth. **Bull World Health Organ.** 2013; 91:158–158A.

KOMKA, M. R; LAGO, E. G. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica**, 2007, 17(4): 205-211.

KUZNIK A, HABIB AG, MANABE YC, LAMORDE M. Estimating the Public Health Burden Associated With Adverse Pregnancy Outcomes Resulting From Syphilis Infection Across 43 Countries in Sub-Saharan Africa. **Sex Transm Dis.** 2015 Jul;42(7):369-75.

LUGTENBERG, M.; SCHAICK J M Z.; WESTERT G P.; BURGERS J S. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. **Implement Sci.** 4:54.2009

MACÊDO, V. C; BENJAMIN, A. F; BEZERRA; Frias, P. G; ANDRADE, C. L. T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1679-1692, ago, 2009.

MAGALHÃES, D.M.S; KAWAGUCHI, I.A.L; DIAS, A; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1109-1120, jun, 2013.

MAGLUTA, C; NORONHA, M.F, GOMES, M.A.M; , L. A; ALVES, C.A; SILVA, R.S. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, 2009; 9(3): 319:329.

NARCHI, N. Z. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. **Saúde Soc.** 2010;19(1):147-58.

NEWMAN, L. KAMB, M. HAWKES, S. GOMEZ, G. SAY, L. SEUC, A. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. **PLoS Med** 10(2): 2013.

NOBREGA, Isabella et al . Syphilis and HIV-1 among parturient women in Salvador, Brazil: low prevalence of syphilis and high rate of loss to follow-up in HIV-infected women. **Braz J Infect Dis**, Salvador , v. 17, n. 2, p. 184-193, Apr. 2013.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**, 2008. Geneva: OMS, 2008.

Pan American Health Organization (PAHO). Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy. 2. ed. Washington, D.C.: PAHO, 2012.

PARADA CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 2008; 8 (1): 113-124.

PIAUÍ. Lei complementar número 87, de 22 de agosto de 2007. **Diário Oficial do Estado do Piauí**. Teresina, n. 159, p. 1-3, 2007;

PICCINI RX, FACCHINI LA, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, RODRIGUES MA, PANIZ VV, TEIXEIRA VA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 7 (1): 75-82, 2007.

POLGLIANI, R.B.S; NETO, E. T. S; ZANDONADE, E. Informações dos cartões de gestantes e dos prontuários da atenção básica sobre assistência pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.36 no.6 Rio de Janeiro June 2014.

QUIÑONES, P; FRANCIULLI, A; GREIF, D; FIOL, V; NOZAR, M.F; VISCONTI, A; CABRERA, S. Resultados de la validación del formulario nacional de auditoría de sífilis gestacional y congénita en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. **Rev Méd Urug**; 30(4):226-234. 2014.

RAMOS AN.; MATIDA LH; SARACENI V; VERAS MASM; PONTES RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, supl. 3, p. S370-S378, 2007 .

RODRIGUES, C. S.; GUIMARÃES, M.D.C.; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2004; 16(3): 168-75.

SANTOS, A.M; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M; ANDRADE, C. L. T. Martins, M. I. C; Cunha, M. S. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10): 2687-2702, 2012.

SEFTON AM. The Great Pox that was...syphilis. **J Appl Microbiol**. 2001;91(4):592-6.

SCHMEING, L.M. B. **Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais** [dissertação]. Dourados: Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2012.

SILVA, D. M. A; ARAUJO, M. A. L; SILVA, R. M; ANDRADE, R. F. V; MOURA, H. J; ESTEVES, A. B. B. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto contexto Enferm**, 23(2): 278-85, Abr-Jun, 2014.

SILVESTRE, P. K; CARVALHAES, M. A. B. L; VENÂNCIO, S. I; TONETE, V. L. P; PARADA, C. M. G. L. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. novembro-dezembro. 2009.

SIGNORINI, D. J. H. P; MONTEIRO, M. C. M; SÁ, C.A.M; SION, F.S; NETO, H. G. L; LIMA, D.P; MACHADO, J.D.C. Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 40(3): 282-285, mai-jun, 2007.

SOUSA, A.T. **Curso de história da medicina**. Das origens aos fins do século XVI. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996. P 267-74.

STANCATO, K; ZILLI, P.T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. **RAS**. Vol. 12, Nº47 – Abr-Jun, 2010.

SZWARCWALD C. L; BARBOSA, J. A; MIRANDA, A. E; PAZ, L. C. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST J Bras Doenças Sex Transm** 2007; 19(3/4):128-133.

TALHARI, S; TALHARI, C. Sífilis. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu Rio, 2010. Cap.78, p. 1265-1271.

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

WORD HEALTH ORGANIZATION. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections - 2008. Geneva: WHO, 2012.

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

YEGANEH N, WATTS HD, CAMARCA M, SOARES, G; JOAO, E; PILOTTO, J.H; GRAY, G; THERON, G; SANTOS, B; FONSECA, R; KREITZMANN, R; PINTO, J; MUSSI-PINHATA, M; CEROTTO,M; MACHADO, D.M; VELOSO, V.G. GRINZSTEJN,B; MORGADO,M.G. BRYSON, Y. MOFENSON, L.M. NIELSEN-SAINES,K . Syphilis in HIV-infected mothers and infants: Results from the NICHD/HPTN 040 study. **Pediatr Infect Dis J** 2015; 34:e52–e57.

ANEXO A



“Pesquisa sobre as Práticas dos Profissionais de Saúde das maternidades públicas de Teresina, Piauí, no manejo da sífilis na admissão para o parto”

Prezado(a) profissional, solicitamos o preenchimento das questões abaixo relacionadas ao manejo da sífilis em sua prática profissional. Por favor, não deixe questões em branco. Suas opiniões são muito importantes para nós!

I - Caracterização do Profissional

1. Idade (anos completos): _____

2. Sexo:

1. () feminino 2. () masculino

3. Categoria profissional:

1. () médico – Obstetra 2. () médico - Neonatologista/ Pediatra 3. () enfermeiro

4. Ano de conclusão da graduação em medicina/enfermagem: _____

(caso não tenha certeza, coloque uma aproximação)

5. Tempo de atuação, nesta categoria profissional, em maternidades (em anos completos):

6. Tipo de Maternidade onde, atualmente, trabalha:

1. () municipal 2. () estadual

7. Tipo de vínculo nesta Maternidade:

1. () Servidor Público/Concursado
 2. () Terceirizado com contrato a longo prazo (para 6 meses ou mais)
 3. () Contrato temporário (inferior a 6 meses) ou substituto de férias
 3. () Outro. Qual ? _____

8. Possui residência, especialização, mestrado ou doutorado?

1. () não **(se não, passe para a questão 10)**
 2. () sim

9. Em caso afirmativo, qual? **(Assinale o curso mais recente)**

1. () especialização em obstetrícia
 2. () especialização em neonatologia
 3. () especialização em pediatria
 4. () outra especialização. Qual? _____
 5. () residência em obstetrícia

6. residência em neonatologia
7. residência em pediatria
8. outra residência. Qual? _____
9. mestrado
10. doutorado
11. outro. Qual? _____

10. Já participou de treinamento sobre prevenção e controle da sífilis congênita?

1. não (**se não, passe para a questão 12**)
2. sim
9. não sabe informar

11. Quando foi o último?

1. há menos de 1 ano
2. entre 1 e 5 anos
3. há mais de 5 anos
9. não sabe informar

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

1. não (**se não, passe para a questão 15**)
2. sim
9. não sabe informar

13. Quando teve acesso?

1. há menos de 1 ano
2. entre 1 e 5 anos
3. há mais de 5 anos
9. não sabe informar

14. Já leu esse material?

1. não
2. sim, totalmente
3. sim, parcialmente

15. Em sua opinião, qual seria a melhor estratégia de treinamento para os profissionais de saúde das maternidades?

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?

II - Caracterização da Maternidade

16. Existe protocolo para manejo da sífilis congênita na maternidade em que você trabalha?

1. não
2. sim, adota-se o protocolo do Ministério da Saúde como norma
3. sim, adota-se o protocolo do Estado do Piauí como norma
4. sim, adota-se o protocolo do Município de Teresina como norma
5. sim, adota-se um protocolo próprio da maternidade como norma
9. não sabe informar

17. Que profissional, rotineiramente, solicita o exame para diagnóstico de sífilis na admissão para o parto e para curetagem? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. enfermeiro
2. médico
3. outro profissional. Qual? _____
4. não há rotina de solicitação de exame para diagnóstico de sífilis na admissão para o parto
5. não há rotina de solicitação de exame para diagnóstico de sífilis na admissão para a curetagem
9. não sabe informar

18. Qual exame para diagnóstico da sífilis no parto e curetagem é utilizado, rotineiramente, nesta maternidade? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. VDRL
2. Teste rápido para sífilis
3. TPHA
4. FTA Abs
5. ELISA
9. não sabe informar

19. Qual o tempo médio do retorno do resultado de VDRL da parturiente na maternidade em que você trabalha?

1. em até 8 horas
2. mais de 8 horas até 12 horas
3. mais de 12 horas até 1 dia
4. mais de 1 dia até 2 dias
5. mais de 2 dias
6. não há disponibilidade de VDRL na maternidade
9. não sabe informar

20. O exame VDRL é um teste:

1. não treponêmico
2. treponêmico
3. não sabe informar

21. O teste rápido para sífilis é um teste:

1. não treponêmico
2. treponêmico
3. não sabe informar

22. O TPHA e o FTA-Abs são testes:

1. () não treponêmico 2. () treponêmico 3. () não sabe informar

23. Em relação ao exame VDRL, podemos afirmar que: **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () é um exame qualitativo
2. () é um exame que pode se tornar “não reagente” após tratamento adequado
3. () pode ser usado para controle de cura
4. () apresenta reação cruzada com outras infecções
5. () não sabe interpretar esse exame

24. Em relação aos exames treponêmicos, podemos afirmar que: **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () são exames qualitativos
2. () são exames que se tornam “não reagentes” após tratamento adequado
3. () podem ser usados para controle de cura
4. () apresentam reação cruzada com outras infecções
5. () não sabe interpretar esse exame

25. A maternidade na qual você trabalha realiza notificação compulsória dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () sim, de sífilis na gestação
2. () sim, de sífilis congênita
3. () não realiza notificação dos casos **(se não, pule para a questão 27)**
9. () não sabe informar **(se não sabe, pule para a questão 27)**

26. Em caso afirmativo, quem é responsável por fazer essa notificação na maternidade em que você trabalha? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () enfermeiro da assistência
2. () médico da assistência
3. () profissional da vigilância epidemiológica
4. () profissionais da saúde de nível médio
5. () profissionais da saúde de nível superior
6. () internos (6º ano do curso médico)/ médicos residentes
7. () estagiários da área de saúde (que ainda não concluíram o curso de graduação)
8. () outro profissional. Qual? _____
9. () administrativos
10. () não sabe informar

27. Existe algum livro ou planilha para registro dos casos de sífilis congênita diagnosticados nesta maternidade?

1. () não **(se não, pule para a questão 29)**
2. () sim
9. () não sabe informar

28. Quem é o responsável pelo preenchimento desse livro ou planilha?

1. () enfermeiro da assistência
2. () médico da assistência
3. () interno (6º ano do curso médico)/ médico residente

4. () todos os profissionais de saúde da assistência notificam
5. () profissional da vigilância epidemiológica
6. () administrativos
7. () outro profissional. Qual? _____
9. () não sabe informar

29. Existe alguma equipe de vigilância epidemiológica atuante na maternidade?

1. () sim, em tempo integral
2. () sim, em alguns dias/horários
3. () não
9. () não sabe informar

III – Manejo da Sífilis na Admissão para o parto

30. Na sua rotina de trabalho, você faz admissão de gestantes para o parto?

1. () sim
2. () não **(se não, pule as questões 31 e 32 e vá para a questão 33)**

31. Na ocasião da admissão para o parto, você registra, em algum local, as informações sobre os resultados dos exames para o diagnóstico de sífilis, presentes no cartão de pré-natal da gestante? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () sim, no prontuário
2. () sim, na ficha de admissão
3. () sim, em outro local. Qual? _____
4. () não
9. () não sabe informar

32. Na ocasião da admissão para o parto, você registra, em algum local, as informações sobre o tratamento para sífilis recebido pela gestante? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () sim, no prontuário
2. () sim, na ficha de admissão
3. () sim, em outro local. Qual? _____
4. () não
9. () não sabe informar

33. No acompanhamento das gestantes internadas nesta maternidade, você tem acesso às informações sobre diagnóstico de sífilis realizado no pré-natal? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () sim, no prontuário
2. () sim, na ficha de admissão
3. () sim, no cartão de pré-natal da gestante
4. () sim, por meio de perguntas à gestante
5. () sim, em outra fonte de informações/bases de dados. Qual? _____
6. () não

9. () não sabe informar

34. No acompanhamento das gestantes internadas nesta maternidade, você tem acesso às informações sobre o tratamento de sífilis realizado no pré-natal? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () sim, no prontuário
2. () sim, na ficha de admissão
3. () sim, no cartão de pré-natal da gestante
4. () sim, por meio de perguntas à gestante
5. () sim, em outra fonte de informações/bases de dados. Qual? _____
6. () não
9. () não sabe informar

35. Nesta maternidade você atua apenas no cuidado ao recém-nascido?

1. () Sim **(se sim, pule as questões de 36 até 47 e vá para a questão 48)**
2. () Não

36. Na sua prática profissional, você solicita “sorologia para sífilis” em quais situações? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () para todas as gestantes admitidas para parto
2. () para todas as mulheres admitidas para curetagem
3. () para gestantes que não tenham registros dos exames no cartão de pré-natal ou que não fizeram pré-natal
4. () para todas as gestantes com histórico de sífilis na gestação
5. () para todas as gestantes com histórico de sífilis na vida
6. () Não solicita
7. () Não pode solicitar exames

37. Qual é o tratamento que você prescreve para uma gestante/parturiente com diagnóstico de sífilis primária?

1. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, dose única.
2. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 UI).
3. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 UI).
4. () Outro tratamento com Penicilina G Benzatina
5. () Outro tratamento com outra medicação. Qual? _____
6. () não sabe tratar essa forma da doença
7. () não pode prescrever tratamento

38. Qual é o tratamento que você prescreve para uma gestante/parturiente com diagnóstico de sífilis secundária?

1. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, dose única.
2. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 UI).
3. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 UI).
4. () Outro tratamento com Penicilina G Benzatina
5. () Outro tratamento com outra medicação. Qual? _____
6. () Não sabe tratar essa forma da doença
7. () não pode prescrever tratamento

39. Qual é o tratamento que você prescreve para uma gestante/parturiente com diagnóstico de sífilis de duração ignorada?

1. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, dose única.
2. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, duas doses com intervalo de uma semana (dose total 4.800.000 UI).
3. () Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, três doses com intervalo de uma semana (dose total 7.200.000 UI).
4. () Outro tratamento com Penicilina G Benzatina
5. () Outro tratamento com outra medicação. Qual? _____
6. () Não sabe tratar essa forma da doença
7. () não pode prescrever tratamento

40. As questões abaixo apresentam casos fictícios de sífilis na gestação e as condutas adotadas (também hipotéticas). Avalie se a gestante deve ser considerada como adequadamente tratada para fins de transmissão fetal:

40.a. Gestante com título 1:32 no pré-natal, referia alergia a penicilina, foi tratada com eritromicina por 30 dias.

1. () inadequadamente tratada 2. () adequadamente tratada 3. () não sabe avaliar

40.b. Gestante com título 1:2, sem resultado de teste treponêmico, sem relato de diagnóstico anterior para sífilis, não foi tratada porque profissional considerou que título baixo era uma cicatriz sorológica:

1. () inadequadamente tratada 2. () adequadamente tratada 3. () não sabe avaliar

40.c. Gestante com VDRL 1:64, apresentando lesões cutâneas na palma das mãos e planta dos pés, foi tratada com penicilina benzatina 2.400.000 UI dose única.

1. () inadequadamente tratada 2. () adequadamente tratada 3. () não sabe avaliar

40.d. Gestante com início tardio do pré-natal, VDRL 1:8, tratada com penicilina benzatina 2.400.000 U IM de 7 em 7 dias, dose total 7.200.000U. Concluiu tratamento 15 dias antes do parto.

1. () inadequadamente tratada 2. () adequadamente tratada 3. () não sabe avaliar

40.e. Gestante com VDRL 1:2, com diagnóstico de sífilis em gestação passada, adequadamente tratada conforme registro no prontuário da unidade básica. Manteve VDRL reativo 1:2 ao longo de toda gestação e não foi tratada na gestação atual.

1. () inadequadamente tratada 2. () adequadamente tratada 3. () não sabe avaliar

40.f. Gestante com VDRL não reator no início da gestação, apresentou VDRL reator 1:4 na 32ª semana gestacional, após contato com um novo parceiro sexual na 28ª semana gestacional, com quem não teve novo contato até o fim da gestação. Tratada na mesma data com Penicilina Benzatina 2.400.000 UI dose única. Parto na 40ª semana gestacional, VDRL 1:4.

1. () inadequadamente tratada 2. () adequadamente tratada 3. () não sabe avaliar

40.g. Gestante com VDRL 1:8, tratada no início da gestação com penicilina benzatina dose total 7.200.000 UI (2.400.000 de 7 em 7 dias). Vive com o pai do bebê, que se recusou a fazer tratamento.

1. () inadequadamente tratada 2. () adequadamente tratada 3. () não sabe avaliar

40.h. Gestante com título 1:16, tratada com Penicilina benzatina 1.200.000UI de 3 em 3 dias, dose total 7.200.000UI. VDRL no parto 1:2. Não tem parceiro.

1. () inadequadamente tratada 2. () adequadamente tratada 3. () não sabe avaliar

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

1. () nunca 2. () às vezes 3. () sempre

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

1. () nunca 2. () às vezes 3. () sempre

43. Quando uma gestante/puérpera apresenta diagnóstico de sífilis você fornece orientações sobre a importância de usar preservativos para evitar a reinfecção?

1. () nunca 2. () às vezes 3. () sempre

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

1. () convoca o parceiro para vir à maternidade e o encaminha para fazer o tratamento em uma unidade básica de saúde.

2. () convoca o parceiro para vir à maternidade, onde o VDRL é solicitado e o tratamento é prescrito.

3. () envia a solicitação de exame pela gestante/puérpera.

4. () envia o medicamento pela gestante/ puérpera.

5. () envia o encaminhamento pela gestante para que ele procure uma unidade básica de saúde.

6. () não realiza qualquer tipo de abordagem em relação ao parceiro e não sabe se existe, dentro dessa maternidade, um fluxo de atendimento definido.

7. () não realiza nenhuma abordagem, porque, pelo fluxo adotado nessa maternidade, essa é a atribuição de outro profissional de saúde. Qual profissional? _____

8. ()outra.Qual? _____

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

46. Na abordagem de uma gestante/puérpera com diagnóstico de sífilis, você tem dificuldades para:

Tema	Dificuldade		
	muita	alguma	nenhuma
conversar sobre a possível forma de infecção com a sífilis			
informar sobre consequências da doença para o bebê e para a mulher			
explicar o resultado do exame			
orientar sobre tratamento			
orientar sobre uso de preservativo			
conversar com o parceiro			
Outra. Qual?			

IV– Manejo da Sífilis Congênita na Maternidade

47. Você trabalha na atenção ao recém-nascido?

1. () Sim
2. () Não (**se não, pule as questões de 48 até 53 e vá para a questão 54**)

48. Segundo a definição atual de casos de sífilis congênita, uma criança, nascida de mãe com sífilis na gestação, será considerada caso de sífilis congênita se: **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () apresentar sinais da doença ou VDRL com título maior que o VDRL materno
2. () se a mãe tiver sido tratada menos de 30 dias antes do parto, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
3. () se a mãe tiver recebido tratamento inadequado, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
4. () se parceiro da gestante não tiver sido tratado, mesmo que criança não apresente sintomas da doença ou exame alterado
5. () Outras. Quais? _____
9. () não conheço a definição de caso de sífilis congênita do Ministério da Saúde

49. Que medidas você toma em relação ao recém-nascido cuja mãe apresentou VDRL reagente na gestação ou no parto, tendo sido inadequadamente tratada? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. solicitação de VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido
2. coleta do sangue do cordão umbilical para fins de diagnóstico sorológico
3. realização de radiografia de ossos longos do recém-nascido, independente do resultado do exame de VDRL
4. realização de radiografia de ossos longos do recém-nascido, apenas na presença de VDRL reagente
5. solicitação de hemograma do recém-nascido, independente do resultado do exame de VDRL
6. solicitação de hemograma do recém-nascido, apenas na presença de VDRL reagente
7. punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, independente do resultado do exame de VDRL
8. punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, apenas na presença de VDRL reagente
9. não sabe informar

50. Que medidas você toma em relação ao recém-nascido assintomático cuja mãe apresentou VDRL reagente na gestação ou no parto, tendo sido adequadamente tratada? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. solicitação de VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido
2. coleta do sangue do cordão umbilical para fins de diagnóstico sorológico
3. realização de radiografia de ossos longos do recém-nascido, independente do resultado do exame de VDRL
4. realização de radiografia de ossos longos do recém-nascido, apenas na presença de VDRL reagente
5. solicitação de hemograma do recém-nascido, independente do resultado do exame de VDRL
6. solicitação de hemograma do recém-nascido, apenas na presença de VDRL reagente
7. punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, independente do resultado do exame de VDRL
8. punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano do recém-nascido, apenas na presença de VDRL reagente
9. não sabe informar

51. Na presença do diagnóstico de sífilis congênita, que medidas iniciais você toma? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

1. () encaminhamento da puérpera para ser tratada por profissionais da própria maternidade
2. () encaminhamento da puérpera para ser tratada em outra unidade de saúde
3. () encaminhamento do parceiro sexual para ser tratado por profissionais da própria maternidade
4. () encaminhamento do parceiro sexual para ser tratado em outra unidade de saúde
5. () solicitação de exames para o recém-nascido para definição do tratamento a ser prescrito
6. () tratamento do recém-nascido na maternidade
7. () encaminhamento do recém-nascido para ser tratado em outra unidade de saúde
8. () notificação do caso de sífilis congênita
9. () notificação do caso de sífilis na gestação
10. () comunicação aos profissionais da vigilância epidemiológica, para que eles notifiquem
11. () não sabe informar

52. Qual é o tratamento que você prescreve para um recém-nascido que apresenta Neurosífilis?

1. () penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, 10 dias;
2. () penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12h (nos primeiros 7 dias de vida) ou 8/8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias;
3. () penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg.
4. () seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento tratar com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.
5. () não sabe informar
6. () não pode prescrever tratamento

53. Qual é o tratamento que você prescreve para um recém-nascido que apresenta líquido cefalorraquidiano normal (sem neurosífilis), com hemograma e raio-x de ossos longos alterados?

1. () penicilina G cristalina 50.000 UI/Kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, 10 dias;
2. () penicilina G cristalina, 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12h (nos primeiros 7 dias de vida) ou 8/8 h (após 7 dias de vida), durante 10 dias;
3. () penicilina G benzatina, IM, dose única de 50.000 UI/Kg.
4. () seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento tratar com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.
5. () não sabe informar
6. () não pode prescrever tratamento

54. No seu trabalho na maternidade, quais são as suas principais dificuldades no manejo da sífilis? **(pode-se assinalar mais de uma opção)**

01. () falta de registro nos cartões da gestante sobre os resultados dos exames realizados no pré-natal
02. () falta de registro nos cartões da gestante sobre os tratamentos recebidos no pré-natal
03. () desinformação da gestante sobre os tratamentos realizados no pré-natal
04. () outros profissionais de saúde da maternidade não registram as informações relevantes sobre sífilis no prontuário
05. () outros profissionais de saúde da maternidade não solicitam os exames necessários para o diagnóstico e tratamento
06. () indisponibilidade do exame de raio X
07. () indisponibilidade de exame de punção lombar
08. () demora na chegada dos resultados dos exames solicitados na maternidade
09. () dificuldade na interpretação dos resultados dos exames
10. () resistência das puérperas com o tempo de espera para o recebimento do resultado dos exames
11. () indisponibilidade de medicamentos para o tratamento
12. () outra. Qual? _____
13. () não tem dificuldades

55. Este espaço fica livre para você relatar sua opinião sobre o manejo, na maternidade que você trabalha, da sífilis na gestação e congênita. Quais os pontos positivos? Negativos? Que sugestões você poderia propor aos gestores para melhorar esse tipo de atendimento?

Sua participação ajudará na formulação de novas propostas.
Muito Obrigada!

ANEXO B



CARTA CONVITE



Prezado (a) **PROFISSIONAL**,

O Pacto Pela Vida define a redução da mortalidade materna e infantil entre as prioridades de saúde na população brasileira. Como estratégia essencial na busca desses objetivos, inclui-se o adequado manejo da sífilis na gestação e congênita.

Apesar da disponibilidade de protocolos assistenciais bem estabelecidos pelo Ministério da Saúde e de ações já desenvolvidas, ainda não se logrou obter os resultados previstos para o controle desses agravos no município de Teresina, no Estado do Piauí, assim como em outros Municípios e Estados do Brasil.

Com o intuito de fornecer subsídios para o melhor planejamento e desenvolvimento das ações relacionadas ao manejo da sífilis na gestação e congênita, convidamos você a preencher o questionário (em anexo), que tem por objetivo conhecer as práticas dos profissionais de saúde atuantes nas maternidades acerca desses agravos, suas dificuldades no manejo e propostas para melhorar a organização desse serviço nas maternidades públicas de Teresina.

Sua participação é voluntária e você não será penalizado, de nenhuma maneira, caso decida não consentir em participar da pesquisa ou desistir da mesma. Os principais receios que você pode vir a ter, ao participar desta pesquisa, são os riscos de que o seu anonimato não seja garantido e de que esses dados sejam utilizados para avaliações individuais de desempenho ou que possam vir a se traduzir em alguma medida de caráter punitivo. Desta forma, ressaltamos que a ausência, no questionário, de campo para preenchimento do seu nome e o fato de não ser solicitada a sua assinatura em nenhum documento são mecanismos adotados, nesta pesquisa, para assegurar o seu anonimato e a confidencialidade das informações prestadas. Será utilizada uma planilha para controle de entrega e recolhimento dos questionários, sem que exista qualquer campo-chave que permita a sua ligação com os questionários. Ela será preenchida apenas para controle logístico da coleta de dados e cálculo da taxa de não resposta e, após ser finalizada a coleta, será destruída, em momento anterior à abertura dos envelopes lacrados (onde estarão armazenados os questionários). Tais procedimentos serão conduzidos de modo a assegurar o anonimato dos participantes e o uso das informações obtidas pela pesquisa, de forma agregada, visando a melhor estruturação dos serviços de saúde e sem qualquer caráter punitivo ou de avaliação de desempenho individual.

Ressaltamos ainda que os dados coletados ficarão armazenados com a pesquisadora responsável pelo estudo, em meio digital, sem qualquer tipo de identificação dos participantes e só terão acesso aos questionários a pesquisadora, seus orientadores de mestrado e os três alunos de iniciação científica, devidamente treinados para o adequado recolhimento dos questionários e sua digitação. Todo o material será arquivado em caixa lacrada por 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

A divulgação desta pesquisa será feita, sob a forma de dissertação de mestrado e artigo científico, de forma agregada, sem que haja possibilidade de identificação dos participantes. Será realizada, ainda, uma palestra dirigida aos profissionais atuantes nas cinco maternidades do estudo, com a finalidade de apresentar os resultados obtidos.

Solicitamos, assim, sua colaboração no preenchimento do questionário (em anexo), que levará cerca de 20 min para ser respondido, com posterior devolução do mesmo (em

envelope lacrado e não identificado) à equipe da pesquisa, no prazo máximo de oito dias. Ressaltamos que sua opinião e informações serão de grande importância para a condução deste estudo e melhoria futura da estruturação dos serviços de saúde.

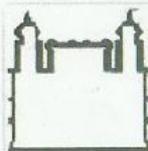
Para maiores esclarecimentos sobre o estudo, solicitamos que seja feito contato com a Coordenadora da Pesquisa Raquel Rodrigues dos Santos, discente de Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação dos Professores Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos, Dra. Roberta Pereira Niquini e Rosa Maria Soares Madeira Domingues.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (telefone e fax - (0XX) 21- 25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br e endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,
Raquel Rodrigues dos Santos
Coordenadora da Pesquisa
Telefone: (86) 3215-9154
e-mail: rackelsanthos@hotmail.com

ANEXO C



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas dos profissionais de saúde das maternidades públicas de Teresina, Piauí, no manejo da sífilis na admissão para o parto

Pesquisador: RAQUEL RODRIGUES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37490814.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.681

Data da Relatoria: 30/11/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa em tela já recebeu o Parecer Consubstanciado do CEP/ENSP de número 861.845, em 07/11/2014, o qual apresentou pendências.

Trata-se de projeto do curso de mestrado profissional em Epidemiologia em Saúde Pública, intitulado "Práticas dos profissionais de saúde das maternidades públicas de Teresina, Piauí, no manejo da sífilis na admissão para o parto", proposto por Raquel Rodrigues dos Santos, sob orientação de Francisco Inácio P. M. Bastos, André Luis M. Carvalho e Roberta P. Niquini. Possui financiamento próprio, orçado em R\$1.160,00, apresentado no PB-Informações Básicas do Projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a prática dos profissionais de saúde atuantes nas maternidades públicas de Teresina, Piauí, sobre o manejo da sífilis na gestação e congênita, segundo os protocolos normatizados pelo Ministério da Saúde.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

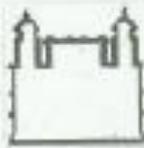
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 024/011

- a) Caracterizar os profissionais de saúde (obstetras, neonatologistas/pediatras e enfermeiros) atuantes nas maternidades públicas de Teresina, Piauí, com relação a formação profissional, tempo de atuação e capacitação para o manejo da sífilis na gestação e congênita;
- b) Descrever a rotina das maternidades públicas de Teresina, Piauí, relacionada ao manejo da sífilis na admissão para o parto;
- c) Descrever as práticas dos profissionais de saúde (obstetras, neonatologistas/pediatras e enfermeiros) das maternidades públicas de Teresina, Piauí, acerca do Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de sífilis do Ministério da Saúde;
- d) Identificar as principais barreiras para a implantação dos protocolos do Ministério da Saúde referentes à sífilis;
- e) Testar se o tipo de maternidade (municipal ou estadual) e as características dos profissionais (formação profissional, tempo de atuação e capacitação para o manejo da sífilis) estão associadas à conformidade das práticas adotadas com o Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de sífilis do Ministério da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

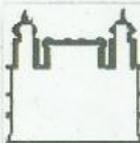
Riscos:

Os riscos da pesquisa são relativos ao anonimato dos participantes e serão minimizados ao máximo através de estratégias que garantam esse sigilo. Desta forma, ressaltamos que a ausência, no questionário, de campo para preenchimento do nome do participante e o fato de não ser solicitada a sua assinatura em nenhum documento são mecanismos adotados, nesta pesquisa, para assegurar anonimato e a confidencialidade das informações prestadas. Será utilizada uma planilha para controle de entrega e recolhimento dos questionários, sem que exista qualquer campo chave que permita a ligação do profissional com os questionários. Ela será preenchida apenas para controle logístico da coleta de dados e cálculo da taxa de não resposta e, após ser finalizada a coleta, será destruída, em momento anterior à abertura dos envelopes lacrados (onde estarão armazenados os questionários). Tais procedimentos serão conduzidos de modo a assegurar o anonimato dos participantes e o uso das informações obtidas pela pesquisa, de forma agregada, visando a melhor estruturação dos serviços de saúde e sem qualquer caráter punitivo ou de avaliação de desempenho individual.

Benefícios:

Os participantes não terão benefícios individuais. Porém os resultados da pesquisa terão benefícios

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tijuca
 Bairro: Maracanã CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2663 Fax: (21)2598-2663 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 924.681

coletivos pois poderá propor novos debates e propostas para melhorar a prática dos profissionais no manejo da Sífilis Congênita".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito no parecer consubstanciado de número 861.845, de 07/11/2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme descrito no parecer consubstanciado de número 861.845, de 07/11/2014.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência 1- Rever as considerações sobre avaliação dos riscos da pesquisa, conforme orientação da CONEP.

Resposta à pendência:

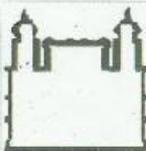
Os riscos da pesquisa são relativos ao anonimato dos participantes e serão minimizados ao máximo através de estratégias que garantam esse sigilo. Desta forma, ressaltamos que a ausência, no questionário, de campo para preenchimento do nome do participante e o fato de não ser solicitada a sua assinatura em nenhum documento são mecanismos adotados, nesta pesquisa, para assegurar anonimato e a confidencialidade das informações prestadas. Será utilizada uma planilha para controle de entrega e recolhimento dos questionários, sem que exista qualquer campo-chave que permita a ligação do profissional com os questionários. Ela será preenchida apenas para controle logístico da coleta de dados e cálculo da taxa de não resposta e, após ser finalizada a coleta, será destruída, em momento anterior à abertura dos envelopes lacrados (onde estarão armazenados os questionários). Tais procedimentos serão conduzidos de modo a assegurar o anonimato dos participantes e o uso das informações obtidas pela pesquisa, de forma agregada, visando a melhor estruturação dos serviços de saúde e sem qualquer caráter punitivo ou de avaliação de desempenho individual (4º parágrafo da carta convite modificada em anexo).

Análise: Pendência atendida.

Pendência 2 - Quanto ao TCLE:

- a) incluir o tempo estimado para preenchimento do questionário;
- b) informar sobre a guarda dos dados e material coletado na pesquisa;
- c) informar sobre meios de divulgação dos resultados da pesquisa;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 924.681

- d) incluir uma breve descrição do CEP e o contato do CEP/ENSP (ver modelo de TCLE do CEP/ENSP)
e) numerar as páginas no documento final, indicando sua relação com o total (ex. "1 de 2", "2 de 2").

Resposta à pendência:

a) O questionário levará em média 20 minutos para ser respondido (7º parágrafo da carta convite modificada em anexo).

b) Os dados coletados ficarão armazenados com a pesquisadora responsável pelo estudo, em meio digital, sem qualquer tipo de identificação dos participantes e só terão acesso aos questionários a pesquisadora, seus orientadores de mestrado e os três alunos de iniciação científica, devidamente treinados para o adequado recolhimento dos questionários e sua digitação. Todo o material será arquivado em caixa lacrada por 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP (5º parágrafo da carta convite modificada em anexo).

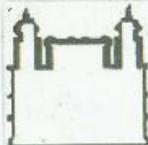
c) A divulgação desta pesquisa será feita, sob a forma de dissertação de mestrado e artigo científico, de forma agregada, sem que haja possibilidade de identificação dos participantes. Será realizada, ainda, uma palestra dirigida aos profissionais atuantes nas cinco maternidades do estudo, com a finalidade de apresentar os resultados obtidos (6º parágrafo da carta convite modificada em anexo).

d) Para maiores esclarecimentos sobre o estudo, solicitamos que seja feito contato com a Coordenadora da Pesquisa Raquel Rodrigues dos Santos, discente de Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação dos Professores Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos, Dra. Roberta Pereira Niquini e Dr. André Luis Menezes Carvalho. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (telefone e fax - (0XX) 21- 25982863; e-mail: cep@ensp.fiocruz.br e endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21041-210). O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade (8º e 9º parágrafos da carta convite modificada em anexo).

e) Incluída numeração no documento da carta convite/TCLE.

Análise: Pendência atendida.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 924.681

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP/ENSP se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 21 de Dezembro de 2014

Assinado por:

**Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)**

Carla Lourenço Tavares de Andrade
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br