



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Caroline Eliane Couto

**Avaliação da prevenção da sífilis congênita em
serviços de Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Coorientadora: Dra. Patrícia Rodrigues Sanine

Botucatu

2021

Caroline Eliane Couto

**Avaliação da prevenção da sífilis congênita em
serviços de Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Coorientadora: Dra. Patrícia Rodrigues Sanine

Botucatu

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Couto, Caroline Eliane.

Avaliação da prevenção da sífilis congênita em serviços de
Atenção primária à saúde / Caroline Eliane Couto. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio
de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Coorientador: Patrícia Rodrigues Sanine

Capes: 40602001

1. Sífilis congênita - Prevenção. 2. Atenção primária à saúde.
3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Transmissão vertical de doença
infecciosa.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Avaliação de serviços de
saúde; Prevenção de doenças; Sífilis congênita; Transmissão
vertical.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos as pessoas que me inspiraram a ir além. Em especial à minha família, que me forneceu toda a estrutura e apoio para que eu chegasse até aqui, durante os bons e maus momentos. A vocês, dedico este trabalho e todos os meus sonhos e anseios que se realizaram e ainda estão para se realizar, porque vocês me promoveram oportunidades, amor, respeito às minhas escolhas e, acima de tudo, a liberdade de ser a mulher que eu desejava ser.

“Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes” (Isaac, N.)

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Nenhum caminho é percorrido sozinho. Por isso gostaria de agradecer a algumas pessoas que compartilharam e trilharam essa fase comigo:

Gostaria de agradecer, em um primeiro momento, ao apoio e incentivo que sempre tive dos meus pais e irmãos, sem vocês nada disso seria possível. Vocês me ensinaram a ser uma mulher forte e a ter coragem, graças à força que sempre tiveram para enfrentar a vida. Sempre que me encontrei em um momento de dificuldade vocês estavam lá, ao meu lado, para me ajudar a ficar em pé e continuar o meu caminho.

Sou extremamente grata à minha orientadora Elen, por toda a confiança e apoio que me proporcionou, não só ao tornar possível a conclusão desta dissertação de mestrado, mas ao me contagiar com todo o seu amor pelo SUS e toda a dedicação e militância diária, me inspirando a ser o melhor que posso ser. Obrigada por toda a troca e pelos inúmeros ensinamentos ao longo desses dois anos.

Aos meus amigos de longa data que me acompanharam por mais um desafio que optei por enfrentar, sou uma mulher sortuda por ter vocês ao meu lado em mais uma fase importante em minha vida. E aos novos, agradeço o acolhimento e as novas perspectivas que têm me proporcionado.

Gostaria de agradecer também a Associação Paulista de Saúde Pública – núcleo regional de Botucatu, e todos os colegas que vem compartilhando a coordenação e atividades do núcleo desde 2019 e vêm me transformando sempre, a cada reunião, a cada “SUS em debate” e a cada conversa. Enfim, aos meus colegas de luta, sem a força e coragem que vocês me inspiram a cada dia, esse caminho não teria sido tão gratificante.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

RESUMO

A sífilis congênita (SC) é um problema de saúde pública, cuja persistência de altas taxas no Brasil coloca em destaque a ocorrência de falhas na prevenção e na qualidade da assistência em serviços de atenção primária (APS). O presente estudo tem por objetivos identificar as barreiras na prevenção da SC na APS apontadas pela literatura nacional e internacional; desenvolver um modelo teórico-lógico e uma matriz avaliativa das ações de prevenção à SC, e avaliar a organização das práticas de prevenção da SC em serviços de APS do estado de São Paulo/Brasil. Foi realizada revisão integrativa sobre as barreiras para prevenção na APS, com base na qual foi construído um modelo teórico-lógico e uma matriz avaliativa. Essa matriz foi aplicada em serviços de APS paulistas que responderam ao inquérito realizado pelo sistema QualiAB em 2017. Os resultados são apresentados em três artigos: Artigo 1 - revisão integrativa com busca nas bases PubMed, Web Of Science, LILACS, Scopus, e SciELO. Compuseram a amostra final 32 artigos, identificando-se quatro conjuntos de barreiras: *características socioeconômicas, étnicas e culturais; características dos sistemas de saúde; qualidade da assistência pré-natal; e fatores relacionados à adesão, falta de conhecimento e estigma*. Os resultados destacam pontos sensíveis a intervenções, especialmente na melhoria da qualidade do pré-natal e na atenção aos grupos de maior vulnerabilidade. Artigo 2 - Aos dados da revisão somou-se o levantamento de diretrizes e protocolos direcionados para APS, que juntos orientaram a construção de um modelo teórico-lógico e uma matriz avaliativa com indicadores extraídos do questionário QualiAB. Compuseram a dimensão “*Prevenção da sífilis congênita na atenção primária*” 31 indicadores reunidos em quatro domínios: *infraestrutura e recursos básicos; ações educativas e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST); diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida; e prevenção da sífilis congênita no pré-natal*. O modelo e matriz desenvolvidos abrangem a análise das condições da estrutura e organização das ações nos serviços de APS, possibilitando identificar fragilidades e positivities na organização do processo de trabalho de modo a contribuir na definição de estratégias para qualificação dos serviços. Artigo 3 - Aplicação da matriz avaliativa em 2.565 serviços, a partir do banco de dados do inquérito QualiAB 2017. Calculou-se a frequência simples de cada indicador e o score médio geral da dimensão e dos domínios. Os serviços foram classificados em grupos de desempenho, com a realização de testes de associação entre os grupos e cada indicador. A média geral na dimensão foi de 74,9%. O domínio com melhor desempenho foi o *diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida* (89,8%), enquanto o domínio *ações educativas e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis* obteve o menor (56,8%). Observou-se diferença significativa entre os grupos de desempenho para todos os indicadores. Os serviços avaliados possuem limitações no desenvolvimento das ações de prevenção da SC, especialmente relacionadas às ações inseridas durante o acompanhamento pré-natal e às ações de educação em saúde.

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde; Transmissão Vertical; Prevenção de doenças.

ABSTRACT

Congenital syphilis (CS) is considered a public health problem, whose persistence of high rates in Brazil highlights the occurrence of failures in the prevention and quality of care in primary care services (PHC). The present study aims to identify the barriers in the prevention of CS in PHC pointed out by the national and international literature; to develop a theoretical-logical model and an evaluation matrix for CS prevention actions, and to evaluate the organization of CS prevention practices in PHC services in the state of São Paulo/Brazil. An integrative review was carried out about the barriers in the prevention of CS in PHC, based on which a theoretical-logical model and an evaluative matrix were built. This matrix was applied to PHC services in São Paulo that responded to the survey carried out by the QualiAB system in 2017. The results are presented in three articles: Article 1 – Integrative review with search on PubMed, Web Of Science, LILACS, Scopus and SciELO. The final sample was composed by 32 articles, from which were identified four groups of barriers: socioeconomic, ethnic and culture characteristics; characteristics of the health system; quality of prenatal care; and factors related to adherence, lack of knowledge and stigma. The results highlight points that are sensitive to interventions, especially in relation to the improvement of the quality of prenatal care and attention of the most vulnerable groups. Article 2 - In addition to the review data, was carried out a survey of protocols and guidelines for PHC, which together guided the construction of a theoretical-logical model and an evaluation matrix with indicators extracted from QualiAB. The dimension “Prevention of congenital syphilis in primary health care” was composed by 31 indicators gathered in four domains: basic infrastructure and resources; educational actions and prevention of sexually transmitted infections (STI); diagnosis and treatment of acquired syphilis; and prevention of congenital syphilis in prenatal care. The model and matrix developed cover the analysis of the conditions of the structure and organization of the actions carried out in the PHC, making it possible to identify weaknesses and strengths in the organization of the work process in order to contribute to the definition of strategies for the qualification of services. Article 3 - Application of the evaluation matrix in 2,565 services, using the QualiAB 2017 survey database. The simple frequency of each indicator and the general average score of the dimension and domains were calculated. The services were classified into performance groups and tests of association were carried out between the groups and each indicator. The overall average in the dimension was 74.9%. The domain with the best performance was the diagnosis and treatment of acquired syphilis (89.8%), while the domain educational activities and prevention of sexually transmitted infections obtained the lowest (56.8%). There was a significant difference between the performance groups for all indicators. The evaluated services have limitations in the development of actions to prevent CS, especially related to actions inserted during prenatal care and health education actions.

Key-words: Congenital Syphilis, Primary Health Care, Health Service Evaluation; Vertical Transmission; Disease Prevention

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por mil nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.....16

Artigo 1 - Barreiras na prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde: revisão integrativa

Figura 1 - Fluxograma de seleção da amostra final41

Artigo 2 - Construindo modelos para avaliar a prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária

Figura 1 - Modelo teórico-lógico de contextualização da implementação das ações de prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde.....66

Figura 2 - Modelo lógico de implementação das ações de prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde.....67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis.....	11
Quadro 2 - Critérios de definição de caso de sífilis congênita.....	13
Quadro 3 - Resumo dos esquemas terapêuticos para as parcerias sexuais de gestantes com sífilis.....	21
Quadro 4 - Critérios de definição de tratamento adequado da gestante com sífilis.....	21
Quadro 5 - Estratégia de busca segundo base de dados pesquisada.....	32
Artigo 1 - Barreiras na prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde: revisão integrativa	
Quadro 1 - Síntese dos estudos que compuseram a amostra final.....	42
Quadro 2 – Barreiras na prevenção da sífilis congênita da atenção primária à saúde evidenciada pelos estudos.....	44
Quadro 3 – Categorização segundo técnica análise de conteúdo.....	46
Artigo 2 - Construindo modelos para avaliar a prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária	
Quadro 1 – Matriz teórica para avaliação da dimensão prevenção da SC na APS.....	68
Quadro 2 – Indicadores da dimensão prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde retiradas do QualiAB, segundo domínios, 2017 (n=2565).....	68

LISTA DE TABELAS

Artigo 3 - Avaliação da prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária paulista

Tabela 1 - Frequências simples de serviços de atenção primária à saúde do estado de São Paulo, segundo indicadores agrupados por domínio da dimensão Prevenção da sífilis congênita, em 2017 (n=2565).....82

Tabela 2 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na dimensão prevenção da sífilis congênita e domínios subsequentes, em 2017 (n=2565).....83

Tabela 3 - Grupos de desempenho (Cluster) na dimensão Prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária à saúde, por intervalo de score, frequência e porcentagem de serviços (n=2565).....84

Tabela 4 - Comparação da frequência de cada indicador por grupo de desempenho.....84

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário da Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CSAP – Condição Sensível a Atenção Primária

CSE – Centro de Saúde Escola

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MS – Ministério da Saúde do Brasil

NV – Nascidos Vivos

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PN – Pré-natal

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Criança

RN – Recém-nascido

SC – Sífilis Congênita

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 A sífilis adquirida, gestacional e congênita.....	11
1.2 A sífilis congênita como um problema de saúde pública.....	14
1.3 O manejo da sífilis congênita.....	19
1.4 A prevenção da sífilis congênita como um objeto de trabalho na APS.....	22
1.5 A avaliação das ações de prevenção da SC no âmbito da APS.....	25
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos específicos.....	29
3 MATERIAIS E MÉTODO.....	30
3.1 Revisão Integrativa.....	30
3.2 Construção do modelo teórico-lógico e matriz de avaliação.....	33
3.3 Pesquisa Avaliativa.....	35
4 RESULTADOS.....	38
4.1 Artigo 1 – Barreiras na prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde: revisão integrativa.....	38
4.2 Artigo 2 - Construindo modelos para avaliar a prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária.....	62
4.3 Artigo 3 - Avaliação da prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária paulista.....	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	96
ANEXOS.....	108

APRESENTAÇÃO

O objeto de interesse do presente estudo são as práticas de prevenção da sífilis congênita (SC) desenvolvidas na rotina dos serviços de atenção primária à saúde (APS), arquitetado como uma avaliação em saúde com enfoque nas ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, especialmente no que se diz respeito à assistência às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e atenção à saúde reprodutiva.

Antes de iniciar a apresentação do trabalho que conclui o valoroso percurso que trilhei durante o mestrado acadêmico no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, se faz importante esclarecer os motivos que me trouxeram até aqui e que despertaram o interesse e afinidade com o campo da saúde coletiva, assim como com a temática em questão.

Durante o curso de graduação em enfermagem na Faculdade de Medicina de Botucatu (2013-2016), a existência de oportunidades de participação em projetos de extensão e de iniciação científica fez com que, desde o primeiro ano, eu estivesse inserida em atividades extramuro voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde materno-infantil e, posteriormente, para a atuação da enfermagem na saúde coletiva.

O interesse pelo campo da saúde coletiva foi fortalecido com a escolha por cursar o programa de residência em Saúde da Família (2017-2019). Somada às experiências ímpares junto a equipe multiprofissional dentro de uma USF localizada na periferia urbana da cidade de Botucatu, também passei dois anos inserida em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em IST/aids, o que me aproximou das práticas de atenção à saúde sexual e assistência às IST. Nesse mesmo período se iniciou a minha integração junto a equipe “Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica - QualiAB”, incentivada pelo anseio de me aprofundar em um projeto que permitisse contribuir para a qualificação das práticas dos serviços de APS e, conseqüentemente, o fortalecimento do sistema única de saúde (SUS) como um todo.

A escolha da prevenção da SC como tema de pesquisa tem origens na minha formação técnica como enfermeira, mas também, nas inquietações

produzidas pelas vivências obtidas ao longo da minha trajetória dentro dos serviços de APS, em especial, em unidades de saúde da família (USF). Foram estas inquietações que me inspiraram a dedicar-me aos estudos e carregar sempre, como princípios fundamentais, a busca pela melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e o desejo de contribuir na qualificação dos serviços prestados à população.

A prevenção da SC, e mesmo o manejo da sífilis gestacional e adquirida, sempre foi tido como um desafio nos serviços nos quais eu estive inserida, tanto no que se refere a visibilidade deste agravo e sua magnitude, quanto em relação à dificuldade das equipes em abordar assuntos tão complexos como a saúde sexual e reprodutiva (SSR) e a assistência à IST. Atualmente, atuando como enfermeira em um centro de saúde localizado na região Noroeste de Campinas, esse mesmo cenário chama atenção no dia-a-dia. Ao mesmo tempo em que a SC é objeto de uma produção científica forte, relacionada a recomendações para prevenção na APS, ainda se observa dificuldades na adequação das rotinas de trabalho às ações preconizadas, existindo perdas de oportunidades na prevenção da doença.

Pensando na temática da SC dentro do escopo das pesquisas direcionadas para o campo da gestão e avaliação de serviços, este estudo se propõe a avaliar como as práticas de prevenção da SC vem sendo organizadas nos serviços de APS.

Cabe aqui ressaltar que o contexto de desenvolvimento deste trabalho no curso de pós-graduação propiciou inúmeras aprendizagens e condições para a construção neste estudo, pelas disciplinas cursadas, pela realização de estágio docência e envolvimento em equipe de pesquisa. A participação na equipe de pesquisa QualiAB proporcionou a possibilidade troca de conhecimento com colegas, bem como de contribuições para o enriquecimento metodológico deste trabalho no seu decorrer.

A partir do curso de pós-graduação e com a presente dissertação de mestrado, espero contribuir para o campo da saúde coletiva, reconhecendo e a organização de estrutura e processos de trabalho dos serviços de APS na prevenção da SC e identificando pontos sensíveis a estratégias de fortalecimento e qualificação da assistência à saúde.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A sífilis adquirida, gestacional e congênita

Ao longo de séculos, muitas teorias foram elaboradas para explicar a origem da sífilis, porém, alguns relatos apontam a sua presença ao longo de toda a história da humanidade. A sífilis passou a ser melhor documentada e, conseqüentemente, divulgada, a partir do final do século XV, após o período de explorações na América, quando surgiu de forma epidêmica na Europa (CARDOSO et al., 2018; CARRARA, 1996a; ORIEL, 1994).

Desde meados do século XIX, sabe-se que a sífilis é uma infecção bacteriana causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, que possui caráter sistêmico e é exclusiva do ser humano, sendo os seus principais meios de disseminação a relação sexual e a transmissão vertical (BRASIL, 2020a).

Quadro 1 - Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis.

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
	<u>Primária</u> 10-90 dias (média de 21 dias) após o contato.	Cancro duro (úlceras genitais) e linfonodos regionais
<u>Sífilis recente</u> (menos de 1 ano de duração)	<u>Secundária</u> Em média 6 semanas a 6 meses após o contato	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão). Micropoliadenopatia, linfadenopatia generalizada, sinais constitucionais, quadros neurológicos, oculares, hepáticos
	<u>Latente recente</u> Até 1 ano de infecção	Período assintomático. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio.
	<u>Latente tardia</u> Após 1 ano de infecção	
<u>Sífilis tardia</u> (mais de 1 ano de duração)	<u>Terciária</u>	Cutâneas (lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo); ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justarticulares); cardiovasculares (estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica); neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral)

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2020a).

Grande parte das pessoas infectadas são assintomáticas, sendo comum a transmissão entre pessoas que desconhecem seu status sorológico. A infecção tem sua evolução dividida em recente e tardia, com estágios que orientam o tratamento e monitoramento, que alternam entre períodos sintomáticos (primária, secundária e terciária) e assintomáticos (latente precoce e tardia), conforme apresentado no Quadro 1 (BRASIL, 2020a).

Quando presente durante a gestação, a sífilis pode ser transmitida ao feto por via transplacentária ou por contato direto com a lesão genital no momento do parto, ocasionando a SC. A taxa de transmissão vertical da sífilis é de até 80% intraútero, sendo influenciada pelo estágio da infecção materna (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto (BRASIL, 2020a).

A avaliação inicial da criança exposta à sífilis ou com diagnóstico confirmado de SC é realizada nas maternidades ou casas de parto, e leva em consideração os seguintes aspectos: o histórico da mãe em relação ao tratamento e seguimento da infecção na gestação; os sinais e sintomas clínicos apresentados pelo recém-nascido (RN); e a comparação entre o teste não treponêmico periférico do RN e o materno. O quadro 2 apresenta as definições de casos de SC adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) (BRASIL, 2017a).

As manifestações clínicas da SC são classificadas em precoce e tardia, de modo a auxiliar no diagnóstico e manejo dos casos. A sua apresentação precoce inclui os eventos adversos gestacionais e perinatais citados anteriormente, assim como sinais e sintomas presente no nascimento e/ou que podem surgir até o segundo ano de vida. Define-se como SC tardia aquela na qual os sinais e sintomas surgem após os dois anos de idade da criança (BRASIL, 2020a).

Estima-se que entre 60% a 90% dos RN com SC vivos são assintomáticos ao nascimento, sendo que apenas casos mais graves nascem com algum sinal ou sintoma aparente (BOWEN et al., 2015; BRASIL, 2020a; ORTIZ-LOPEZ et al., 2012). A presença de sinais e sintomas ao nascimento depende do momento da infecção intrauterina e do tratamento durante a gestação (WOODS, 2009), sendo os mais comuns: hepatomegalia; icterícia; corrimento nasal (rinite

sifilítica); rash cutâneo; linfadenopatia generalizada; e anormalidades esqueléticas (BOWEN et al., 2015; BRASIL, 2020a; RAWSTRON; HAWKES, 2012).

Quadro 2 - Critérios de definição de caso de sífilis congênita

Situação 1
<p>Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada^{a,b}.</p> <p>^a Tratamento adequado: Tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina e iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.</p> <p>^b Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.</p>
Situação 2 ^c
<p>Criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente. • Títulos de teste não treponêmico do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; • Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta^d; • Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, em crianças adequadamente tratadas no período neonatal; • Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. <p>^c Nesta situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual</p> <p>^dSeguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade</p>
Situação 3
<p>Evidência microbiológica^e de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.</p> <p>^e Detecção do <i>Treponema pallidum</i> por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou material corado)</p>

Fonte: Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS (BRASIL, 2017a)

Para além destes casos, os sinais e sintomas podem se manifestar tardiamente durante a infância, acarretando sequelas irreversíveis para a saúde da criança, como por exemplo, deficiências físicas e auditivas, além de outras complicações como deformidades e lesões neurológicas (BRASIL, 2020a; OMS, 2007).

Entre as principais manifestações da SC tardia estão as faciais (fronte olímpica, nariz em sela, palato em ogiva), oftálmicas (ceratite intersticial,

coriorretinite, glaucoma secundário), auditivas (perda aditiva sensorial), orofaríngeas (dentes de Hutchinson: incisivos medianos deformados, molares em amora, perfuração do palato duro), cutâneas (rágades e gomas sífilíticas), esqueléticas (tíbia em sabre, sinal de Higoumenakis, juntas de Clutton) e alterações no sistema nervoso central (atraso no desenvolvimento, comprometimento intelectual, hidrocefalia, crises convulsivas, atrofia do nervo óptico, paresia juvenil) (BRASIL, 2020a; RAWSTRON; HAWKES, 2012).

1.2 A sífilis congênita como um problema de saúde pública

A cada ano que se passa cerca de seis milhões de novos casos de sífilis adquirida são notificados em todo o mundo, em pessoas com idades entre 15 e 49 anos (OMS, 2016). Embora atualmente a sífilis seja facilmente diagnosticável e tratável, as taxas de infecção continuam a aumentar entre populações específicas de maior vulnerabilidade às IST em países de alto nível socioeconômico e permanecem em endêmica em regiões de baixa e média renda, continuando a contribuir com as taxas de mortalidade e morbidade em todo o mundo (KOJIMA; KLAUSNER, 2018; OMS, 2016).

Quando presente durante a gestação, a sífilis pode trazer consequências severas, tanto para o feto quanto para a mãe, colocando a SC como uma das principais causas de aborto espontâneo e morbimortalidade infantil. Estudos mostram que em gestantes com sífilis não tratadas adequadamente as taxas de eventos adversos variam de 50 a 80%, sendo eles: aborto, morte perinatal, baixo peso ao nascer, prematuridade e infecção neonatal com sífilis (GOMEZ et al., 2013; KORENROMP et al., 2019; OMS, 2007).

No ano de 2004 foram registradas aproximadamente 64.000 mortes por sífilis em crianças menores de quatro anos de idade em todo o mundo, representando 0,6% de todas as mortes em crianças nesta faixa etária (OMS, 2004). Em 2008, em torno de 1.360.000 de gestantes ao redor do mundo tinham sífilis ativa, sendo que desses casos, 520.905 eventos adversos foram atribuídos a infecção durante a gestação (NEWMAN et al., 2013).

A estimativa global mostra que a ocorrência de sífilis gestacional causou em torno de 397.000 resultados adversos no ano de 2012. Em 2016, esses números diminuíram, sendo aproximadamente 355.000 eventos adversos relacionados à sífilis, levando a cerca de 140.000 óbitos fetais precoces e natimortos, 14.000 óbitos neonatais, 41.000 prematuros ou com baixo peso ao nascer e 109.000 casos de sinais clínicos em RN (KORENROMP et al., 2019).

Em relação ao número total de casos de SC no mundo e sua prevalência, estes também têm demonstrado uma tendência de queda entre os anos de 2012 e 2016, passando de aproximadamente 748.000 casos em 2012, com taxa de incidência de 5,39/1.000 NV, para 661.000 casos e taxa de incidência de 4,73/1.000 NV em 2016. Apesar da diminuição de casos ser um importante reflexo do aumento da oferta de pré-natal (PN) e da atenção dada a prevenção da transmissão vertical da sífilis, esses números permanecem altos, representando ainda uma importante causa de morbimortalidade infantil (KORENROMP et al., 2019).

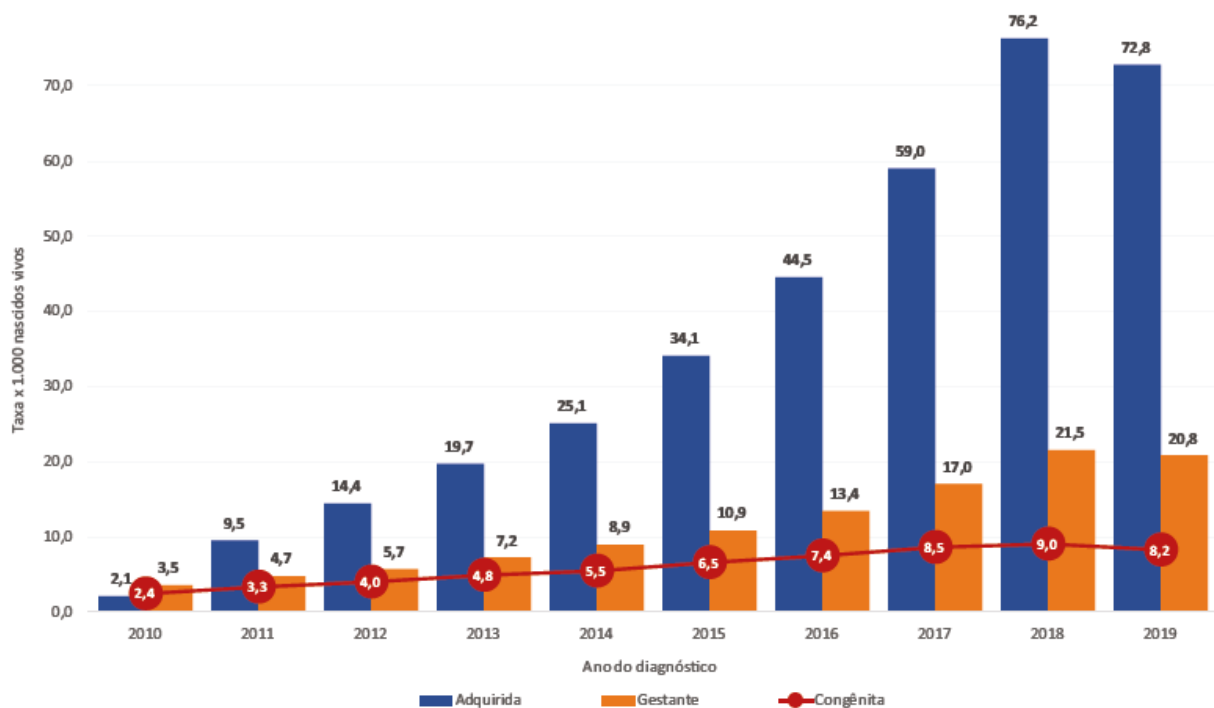
Korenromp et al. (2019) mostram que apesar da tendência de queda nos números de casos globais, algumas regiões do mundo apresentam uma realidade contrária, como a região do mediterrâneo oriental e das américas.

No Brasil, o período entre 2010 e 2018 foi marcado por um aumento constante nas taxas de detecção de sífilis gestacional e na taxa de incidência de SC, esta última alcançando 9,0/1.000 NV (Figura 1) em 2018. Neste mesmo ano foram 26.308 casos de SC notificados no país, dos quais 2.995 apresentaram algum desfecho desfavorável, sendo 895 classificados como aborto, 740 como natimorto, 345 como óbito por SC e 173 como óbito por outras causas (BRASIL, 2019b).

Porém, em 2019, país apresentou uma discreta queda nesses números, sendo notificados 24.130 casos de SC, a uma taxa de incidência de 8,2/1.000 NV, com 1.957 resultados desfavorável da gestação (BRASIL, 2020b).

Salienta-se que no ano de 2019, dos casos de SC notificados em menores de um ano no Brasil, a maior parcela (44,6%) é residente na Região Sudeste, dos quais 15,0% pertencem ao estado de São Paulo com uma taxa de incidência maior que a nacional, de 9,2/1.000 NV (BRASIL, 2020b)

O número elevado de casos no cenário nacional pode ser decorrente de diversos fatores, que incluem a elevação da cobertura PN e da capacidade de diagnóstico precoce, com aumento nos números de testagem decorrente da disseminação do uso dos testes rápidos na rotina PN; assim como do aumento da sua notificação. Mas também pode ser influenciado por outras situações como a diminuição do uso de preservativos, baixa qualidade do PN, problemas relacionados à administração da penicilina na APS, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (BRASIL, 2019b).



Fonte: Retirada do Boletim Epidemiológico de sífilis, 2019 (BRASIL, 2019b)

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por mil nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018.

Devido à sua magnitude e graves repercussões na saúde da criança, a SC é considerada um problema de saúde pública, com diversos esforços sendo difundidos a nível mundial para sua eliminação. Órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) há anos vêm elaborando estratégias que fortaleçam ações para a eliminação da doença (OPAS, 2010; OMS, 2007, 2012, 2017).

Estas iniciativas podem ser melhor caracterizadas por ações dedicadas a promover o desenvolvimento e consolidação de sistemas de vigilância dos casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita; melhoria dos procedimentos e redução dos custos para testagem diagnóstica; institucionalização de protocolos e capacitação dos serviços de atenção ao PN para sua utilização; além da pactuação internacional de metas para sua redução (OPAS, 2010; OMS, 2007, 2012, 2017).

No ano de 2007 a OMS chamou atenção para a necessidade de uma maior conscientização a nível internacional sobre a magnitude da SC através da *“Iniciativa Global para a Eliminação da Sífilis Congênita”*, com a intenção de garantir uma maior defesa da causa pelos países e um maior investimento e comprometimento na implementação de ações essenciais à prevenção da SC, estabelecendo como meta para sua eliminação o alcance de uma taxa de incidência de 0,5/1.000 NV (OMS, 2007). A OMS também tem enfatizado em suas publicações a grande importância do compromisso dos países com a meta de eliminação da SC como um problema de saúde pública, destacando o papel destes em liderar processos de mudança, conduzindo o desenvolvimento de estruturas estratégicas próprias para combater a SC (OPAS, 2012; OMS, 2007, 2017).

Diante disso, com base nas recomendações feitas pela OMS e OPAS foram planejadas e organizadas estratégias de atuação em diversos países (OPAS, 2010, 2014; OMS, 2007, 2012, 2017). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) vem realizando ao longo das últimas décadas, diversas publicações com o objetivo de qualificar e fortalecer os serviços de saúde para a prevenção da SC.

Logo em 1993, na emergência da problemática da SC, o MS lançou projeto visando sua eliminação, de acordo com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela OMS/OPAS, com o objetivo de prevenir a ocorrência de novos casos de sífilis em mulheres em idade fértil; evitar a transmissão vertical da sífilis; e reduzir as consequências da doença para a criança infectada, por meio do diagnóstico e do tratamento oportuno e adequado (BRASIL, 1993).

Dentre as principais atividades trazidas por esta proposta destacam-se a normatização de condutas, treinamento de profissionais de saúde, com produção e veiculação de campanhas de prevenção das IST; a implementação de triagem sorológica para sífilis nas mulheres admitidas para parto ou curetagem; e a

implementação da vigilância epidemiológica da SC através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (BRASIL, 1993). Vale ressaltar que desde 1986, a SC é um agravo de notificação compulsória no Brasil (BRASIL, 1986).

Em 2006 o *Pacto pela Saúde* trouxe como uma de suas prioridades a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da APS, além de incentivar as ações de vigilância e monitoramento em saúde (BRASIL, 2006). Consoante a isso, em 2007 o MS lança o *Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis*, que veio propor como meta o aumento da cobertura da testagem para HIV e sífilis no PN; do tratamento adequado nas gestantes com sífilis, incluindo o tratamento adequado das parcerias sexuais; e das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da sífilis em parturientes e em crianças expostas (BRASIL, 2007).

Um importante passo tomado pelo Brasil foi o desenvolvimento e implantação da *Rede Cegonha* em 2011, trazendo os testes rápidos de sífilis na lista de novos exames financiados pelo MS a partir da adesão à rede de cuidados de saúde materno-infantil proposta (BRASIL., 2011). No ano seguinte, a portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, surge para reforçar a competência e responsabilidade das equipes de APS em realizar testes rápidos para o diagnóstico da sífilis no âmbito da atenção PN para as gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL., 2012).

Em 2015, foram publicadas as primeiras versões dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para manejo de IST e de prevenção da transmissão vertical das IST, que se tornaram uma ferramenta simples, de fácil leitura e acesso para guiar as ações desenvolvidas nos serviços de APS, contando com atualizações frequentes de seu conteúdo (BRASIL, 2019a, 2020a).

Ainda diante do aumento dos casos no país, em 2016, a OPAS/OMS se juntaram ao Brasil para apoio no combate à SC. Foi assinada durante reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), uma carta de compromisso dos gestores estabelecendo ações estratégicas para redução do agravo no país com prazo de um ano. Dentre as contribuições da OPAS/OMS estavam a compra emergencial de medicamentos diante do desabastecimento de penicilina no país, e auxílio na elaboração de ações técnicas e estratégicas com foco em: promover a captação precoce da gestante para o PN; fortalecer o PN do homem; ampliar a

cobertura de diagnóstico e tratamento oportuno e das gestantes e parcerias sexuais; empoderar os profissionais de saúde para administração de penicilina benzatina na APS, desenvolver ações de educação permanente para qualificação de gestores e profissionais na temática da sífilis; e fortalecer ações de comunicação para dar visibilidade ao tema.

Outras estratégias foram sendo lançadas nos últimos anos com o objetivo de qualificar e fortalecer os serviços de saúde para a prevenção da SC, com a priorização de ações para sua prevenção em programas e políticas específicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015); e com a publicação de uma Agenda de Ações Estratégicas para Redução da SC no Brasil em 2017 (BRASIL, 2017b).

A iniciativa mais recente do MS está na atualização da Agenda de Ações Estratégicas para a redução da Sífilis no Brasil para 2020/2021, com a proposta de fortalecimento das redes de atenção à saúde e do sistema de vigilância para enfrentamento da sífilis no país. Fazem parte dessa agenda seis eixos estratégicos: resposta rápida à sífilis nas redes de atenção à saúde; fortalecimento das redes de atenção à saúde; ampliação dos comitês de investigação para prevenção da transmissão vertical da sífilis; educomunicação e qualificação de informações estratégicas (BRASIL, 2020c).

1.3 O manejo da sífilis congênita

No Brasil, as normas técnicas e protocolos da área estipulam as diferentes oportunidades de interrupção da transmissão vertical da sífilis, garantindo a identificação precoce das gestantes infectadas e a aplicação de medidas profiláticas (BRASIL, 2019a). Para o diagnóstico precoce da sífilis materna é essencial o início do pré-natal no primeiro trimestre da gestação, para rastreio da sífilis e tratamento oportuno.

Os principais testes laboratoriais utilizados na APS para diagnóstico da sífilis estão divididos em exames diretos e testes imunológicos – estes últimos incluindo os testes treponêmicos e não treponêmicos. Na realidade nacional os

testes treponêmicos mais utilizados são: testes rápidos, testes de hemaglutinação, testes de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*) e ensaios imunoenzimáticos (como os testes ELISA, do inglês *EnzymeLinked Immunosorbent Assay*). Enquanto os não-treponêmicos são representados principalmente pela sorologia não-treponêmica (VDRL, do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*) (BRASIL, 2019a, 2020a).

A confirmação do diagnóstico da sífilis materna demanda a realização de um teste treponêmico associado com um teste não treponêmico. Para isso, é recomendado iniciar a investigação pelo treponêmico imediatamente após confirmação da gestação, como por exemplo, com o uso do teste rápido. A seguir, indica-se realizar a coleta de amostra de sangue para os exames laboratoriais (treponêmicos e não treponêmicos), que devem ocorrer sempre no 1º e 3º trimestre, com realização de uma coleta obrigatória também no momento do parto ou em caso de abortamento (BRASIL, 2019a).

A incorporação dos testes rápidos na rotina de rastreamento da gestante tem como objetivo ampliar o acesso à testagem sorológica para sífilis e HIV e seu diagnóstico precoce e tratamento oportuno, uma vez que a transmissão vertical é influenciada pelo tempo de exposição do feto e tratamento materno adequado. Diante disso, apesar da confirmação do diagnóstico demandar o teste treponêmico e não treponêmico reagentes, recomenda-se iniciar o tratamento imediatamente mesmo com apenas um desses testes reagentes (BRASIL, 2019a).

O tratamento da sífilis vem sendo realizado com penicilina benzatina desde sua introdução em 1943 (CARRARA, 1996b; ORIEL, 1994). Nos casos de gestantes com sífilis considera-se como tratamento adequado apenas sua aplicação intramuscular com dose estabelecida de acordo com o estágio da infecção materna (Quadro 3), uma vez que é o único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto (BRASIL, 2019a). Para fins de diagnóstico e notificação de casos, os critérios de tratamento adequado estão representados no Quadro 4.

Quadro 3 - Resumo dos esquemas terapêuticos para as parcerias sexuais de gestantes com sífilis

Estágio Clínico	Esquema Terapêutico
Sífilis recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)
Sífilis tardia	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, a cada 7 dias, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais (BRASIL, 2019a).

Cabe chamar atenção que a penicilina benzatina é um medicamento de fácil acesso, possui baixo custo no mercado e encontra-se disponível nos serviços de APS, uma vez que é listada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como medicamento obrigatório para os serviços de APS (BRASIL, 2017c, 2020a; OMS, 2012).

É importante destacar que mesmo após a realização do tratamento é essencial que a gestante realize o controle de cura, com coleta mensal de teste não treponêmico no decorrer de toda a gestação, a fim de monitorar a resposta terapêutica e evitar reativação e/ou reinfecção (BRASIL, 2019a).

Quadro 4 - Critérios de definição de tratamento adequado da gestante com sífilis, 2020.

Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da GESTANTE com sífilis, como:

- Tratamento realizado com administração intramuscular de penicilina benzatina, respeitando o esquema terapêutico adequado e o intervalo recomendado de doses;
- Início do tratamento até 30 dias antes do parto;
- Avaliação quanto ao risco de reinfecção;
- Documentação de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada.

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais (BRASIL, 2019a).

Uma maneira de se garantir um monitoramento efetivo dos casos é por meio do controle das gestantes infectadas pela vigilância epidemiológica, devendo ser notificadas assim que o diagnóstico é estabelecido. Este procedimento, implantado desde 2005 em todo país, além de facilitar a busca ativa destes casos, permite conhecer o comportamento da doença e seu impacto, favorecendo o estabelecimento de metas e planejamento de ações prioritárias (BRASIL, 2005, 2020a).

1.4 A prevenção da sífilis congênita como um objeto de trabalho na APS

As décadas recentes têm testemunhado o fortalecimento da APS como política social estratégica que trouxe consigo uma revolução na racionalidade da assistência médica e do modelo de atenção à saúde. Ao alterar o papel dos hospitais e da atenção especializada, a APS vêm transformando as práticas de saúde, aumentando a capacidade e a forma de manejo dos problemas de saúde, em busca de um adequado balanço entre a abordagem do cuidado individual e coletivo (MENDONÇA et al., 2018).

A APS tem como função primordial desempenhar um papel central na organização da rede de atenção à saúde, tendo como principais funções: atuar como porta de entrada dos indivíduos, famílias e comunidades para o sistema de saúde; oferecer serviços de qualidade integrados à rede assistencial; proporcionar um cuidado contínuo e próximo da população; responsabilizar-se pelo território adscrito e sua população; orientar o caminho do usuário na rede assistencial; além de mediar ações intersetoriais com ampla abordagem dos determinantes sociais de saúde (MENDONÇA et al., 2018; WESTPHAL, 2006; OMS, 2008).

Com o pressuposto de responder as necessidades sociais de saúde da população, juntamente com a difusão de um conceito ampliado de saúde, a APS passa a ser considerada peça-chave no alcance de melhores índices de saúde (SOUSA, 2014; OMS, 1978, 2008). Especialmente por encontrarem-se inseridos próximos aos seus usuários, os serviços de APS possuem a capacidade de reconhecer e compreender todo o contexto social envolvido, apresentando um maior

potencial de identificação e atuação sobre as vulnerabilidades presentes (ANVERSA et al., 2012; SANTOS; YAKUWA, 2015; WESTPHAL, 2006; OMS, 2008).

Entre os diferenciais que este modelo de atenção traz para produzir mudanças mais efetivas e sustentáveis nos indicadores de saúde da população, ganha destaque a ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos à saúde (MENDONÇA et al., 2018; WESTPHAL, 2006; OMS, 2008).

A promoção à saúde têm como princípio capacitar indivíduos, famílias e comunidades para exercer maior controle sobre sua saúde e a entender as influências de seu estilo de vida sobre ela, indo além das orientações clínicas realizadas com foco na doença, para abranger as ações de educação e o apoio à saúde no trabalho, nas escolas e no lar (BRASIL, 2014; WESTPHAL, 2006). Esta abordagem, ao atuar diretamente sobre os determinantes sociais da saúde, procura identificar a causa dos agravos, favorecendo a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2014; MALTA et al., 2018; WESTPHAL, 2006).

Por sua vez, as ações de prevenção de doenças e agravos à saúde são aquelas que objetivam evitar o surgimento de doenças e agravos específicos e baseiam-se na detecção precoce, controle e enfraquecimento dos fatores de risco, principalmente por meio das ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2009; WESTPHAL, 2006). Exatamente por apresentarem uma enorme capacidade de reduzir complicações causadas por doenças e agravos, assim como de reduzir os gastos do sistema de saúde. São diversas as intervenções que estão presentes na rotina dos serviços de APS e que devem ser incentivadas e ampliadas (BRASIL, 2009; OMS, 2005).

Essas práticas devem estar presentes em todo momento em que for possível algum tipo de intervenção que evite o adoecimento ou suas consequências. Considerando a complexidade e diversidade dessas práticas desenvolvidas no âmbito da saúde, destaca-se a contribuição feita nesse campo por Leavell & Clark (1965), os quais, a partir de uma perspectiva da multicausalidade da doença, propuseram o modelo da História Natural da Doença, composto por três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Para os autores a prevenção primária é compreendida como as ações realizadas antes mesmo de um determinado agravo se instalar (práticas de proteção específica e de promoção à saúde), enquanto a prevenção secundária tem como alvo os indivíduos sadios potencialmente em risco e indivíduos doentes que não apresentem repercussões ou sequelas causadas pelo agravo, tendo como intuito detectar e tratar o problema de saúde em estágio inicial (rastreamentos de agravos como câncer de colo de útero e próstata). Já a prevenção terciária é representada pelas ações que visam a reabilitação da condição causada pelo agravo, ou a melhoria da qualidade de vida diante da limitação já instaurada (práticas de reabilitação como fisioterapia e a terapia ocupacional) (LEAVELL; CLARK, 1965; WESTPHAL, 2006).

Com base nesse conceito de prevenção, existe uma série de doenças e agravos à saúde que podem ser evitados por meio das práticas exercidas no âmbito da APS. Conhecidas como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), elas se destacam como um importante indicador da efetividade desse nível de atenção, sendo consideradas eventos sentinelas, cuja ocorrência pode indicar problemas de desempenho ou acesso aos serviços e exige a investigação retrospectiva dos casos para obter informações sobre a assistência prestada (HARTZ et al., 1996; MENDONÇA et al., 2017; PEREIRA; SILVA; NETO, 2014; PINA et al., 2015; RUTSTEIN et al., 1976).

A SC é considerada uma das CSAP que poderia ser totalmente evitada pelos serviços de APS, o que ressalta que a sua ocorrência representa uma importante falha na atenção à saúde, pois sintetiza a existência de várias oportunidades perdidas para sua prevenção (ALFRADIQUE et al., 2009; DOMINGUES et al., 2013; HARTZ et al., 1996; MAGALHÃES et al., 2013; RUTSTEIN et al., 1976; SOARES et al., 2017).

Dessa forma, a prevenção da SC é beneficiada por diversas práticas que estão presentes na rotina dos serviços de APS, uma vez que a cadeia de transmissão da sífilis poderia ser interrompida em diferentes momentos, quer seja por práticas de promoção da SSR, prevenção e assistência às IST, quer seja por práticas voltadas ao diagnóstico precoce e tratamento da infecção materna no PN.

O campo da SSR vem sendo fortemente conectado à APS, especialmente no que se diz respeito a práticas de promoção, como as de educação em saúde com abordagem voltadas a sexualidade e reprodução, mas também pela papel essencial desses serviços na prevenção e assistência às IST/aids (BRASIL, 1999, 2006, 2010).

Uma vez que atua como porta de entrada do sistema de saúde, a APS é um componente importante na rede de assistência à IST/aids, tendo como algumas de suas responsabilidades a disseminação de materiais informativos; realização de ações de educação em saúde junto a população e grupos mais vulneráveis; oferta de aconselhamento e testagem rápida para HIV e sífilis; realização de diagnóstico e tratamento sindrômico de IST; disponibilização de vacinação para hepatite B e HPV, além de acolher e encaminhar pessoas com HIV/aids e hepatites virais a serviços de referência, mantendo o vínculo com a APS para fins de monitoramento e acompanhamento (BRASIL, 1999, 2006).

Entretanto, apesar da diversidade de momentos no qual a prevenção da sífilis pode ocorrer, as estratégias para prevenção e eliminação da SC têm sido historicamente focadas nas ações desenvolvidas no PN, com ênfase no fortalecimento das ações de rastreio da sífilis materna e de seu tratamento oportuno (BRASIL, 2019a, 2020a; OPAS, 2007; OMS, 2007, 2012).

1.5 A avaliação das ações de prevenção da SC no âmbito da APS

A concepção contemporânea de avaliação é resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução do conhecimento sobre as práticas e serviços de saúde. Analisada como uma forma de intervenção nos processos de atenção às condições de saúde e doença, consolida-se em um movimento histórico no qual o campo foi adquirindo maior legitimidade como área de investigação científica, assumindo diversos papéis ao longo dos anos (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). Ainda hoje temos uma grande diversidade terminológica vinculada à avaliação, não existindo um consenso exato na literatura, tanto no que diz respeito à melhor abordagem, quanto no que se refere aos seus atributos e

componentes (CHAMPAGNE et al., 2011; CRUZ, 2006; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Na avaliação em saúde, tal fato pode ser explicado devido à complexidade do objeto do campo, que esbarra com uma enorme variedade de concepções de saúde. Por isso, a depender do objeto que é tomado como foco do processo de avaliação, as abordagens teóricas e metodológicas podem ser distintas.

Para Donabedian (DONABEDIAN, 1978), avaliar se traduz em monitorar os serviços de saúde ofertados, de forma que possibilite a detecção de desvios dos padrões preconizados em cada momento e então, corrigi-los precocemente, permitindo o aprimoramento dos serviços avaliados. Na avaliação da qualidade dos serviços, a tríade de estrutura-processo-resultado desenvolvida pelo autor tem sido considerada como norte, principalmente entre aquelas que abordam sua dimensão organizacional (CHAMPAGNE et al., 2011; DONABEDIAN, 1988).

A tríade donabediana pressupõe que a qualidade do cuidado médico se sustenta em três componentes principais: estrutura, processo e resultado. Entre esses três elementos existe uma relação causal, na qual a estrutura apoia a execução do processo e o processo é executado para gerar resultado. A estrutura diz respeito aos elementos estáveis, como recursos materiais e humanos, enquanto o processo refere-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, como a realização de procedimentos. Os resultados são as modificações no estado de saúde dos indivíduos (DONABEDIAN, 1988).

O trabalho aqui apresentado tem a avaliação em saúde como uma importante ferramenta para a qualificação do cuidado prestado pelos serviços de saúde. Diante disso, tomou-se como base o referencial donabediano (DONABEDIAN, 1978, 1988), especialmente pela valorização dada à avaliação do processo como o caminho mais direto na definição da qualidade, uma vez que possibilita apreender a prática da interação profissional-usuário e/ou profissional-serviço, e responder se o cuidado proposto está sendo corretamente praticado (DONABEDIAN, 1986).

A SC é um evento sentinela cujo aumento de casos significa uma importante lacuna na atenção à saúde. Investigações de casos brasileiros têm

mostrado a ocorrência da SC em cenários no qual existe um comprometimento da qualidade da assistência PN, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico precoce, tratamento adequado e oportuno das gestantes e no conhecimento profissional sobre o agravo e suas recomendações para prevenção (CARVALHO; BRITO, 2014; CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017; DOMINGUES et al., 2013; TORRES et al., 2019).

Porém, para além do levantamento de dados clínico-epidemiológicos de casos notificados de SC, poucos são os estudos que avaliam a organização das ações para sua prevenção dentro da rotina dos serviços de APS.

Araújo et al. (2014), em uma avaliação da estrutura e do processo para desenvolvimento das ações de prevenção e controle da SC em Fortaleza/Brasil verificou, que das 89 unidades participantes, 47,2% das unidades foram consideradas insatisfatórias. Dentre alguns indicadores em destaque estão a equipe completa em somente 32,6% dos serviços; coleta de sangue para VDRL em 68,5%; profissional capacitado para atender casos de sífilis em 21,3% e apenas 16,9% das unidades aplicavam a penicilina benzatina em gestantes.

Utilizando dados primários da aplicação em 2010 do Questionário QualiAB, Sanine et al. (2016) se propôs a avaliar a organização das ações relacionadas à prevenção da SC em serviços de APS do estado de São Paulo/Brasil. Chama atenção que, embora grande parte dos serviços tenha condições instaladas para prevenção da SC, a organização do processo de assistência compromete a sua qualidade. Dos 2.440 serviços participantes, 92% apresentam condições adequadas de estrutura e grande variabilidade de indicadores de processo, dos quais 99,5% solicitam sorologia para sífilis no PN; 43,9% aplicam penicilina benzatina; e 42,8% encaminham gestantes e parcerias sexuais com diagnóstico de sífilis para tratamento em outro serviço.

Ambos os estudos citados acima mostram que, no geral, as unidades de APS não se encontravam em condições processuais para contribuir para o controle e prevenção da SC, reforçando a importância da investigação e qualificação de processo de trabalho destes serviços para o enfrentamento da SC no Brasil.

Considerando que a avaliação lida com as relações existentes entre critérios e padrões preconizados e a realidade, é primordial que os cenários em que se dão estejam claramente definidos (MEDINA et al., 2005; SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017). Diante disso, a modelagem aparece como uma ferramenta pertinente para esta pesquisa avaliativa, na medida em que possibilita uma representação sintética das relações entre o contexto em que se dá a situação problema, as ações preconizadas e os resultados esperados, permitindo formular indicadores que possam expressar o quanto a realidade corresponde aquilo que é considerado uma “boa prática” (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

Realizar uma avaliação dos serviços de APS com foco na organização das ações de prevenção da SC se faz importante pois permite compreender o quanto as práticas inseridas nas rotinas dos serviços se aproximam daquilo que é preconizado. Esse movimento abre caminhos para identificar quais pontos do processo de trabalho dos serviços podem ser tomados como foco para o fortalecimento e qualificação dos serviços de APS em segmentos como SSR e proteção da saúde materno-infantil, caminhando na direção do enfrentamento da SC como um problema de saúde pública.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a organização das ações de prevenção à SC em serviços de APS do estado de São Paulo/Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as barreiras na prevenção da SC no âmbito da APS apontadas pela literatura nacional e internacional
- Desenvolver um modelo teórico-lógico ações de prevenção à SC na APS e uma matriz avaliativa.
- Avaliar as práticas de prevenção à SC realizadas nos serviços de APS do estado de São Paulo/Brasil.

3 MATERIAIS E MÉTODO

O estudo realizado tem como objeto as práticas de prevenção da SC desenvolvidas nos serviços de APS do estado de São Paulo e foi dividido em três fases que respondem aos objetivos propostos: revisão integrativa, construção do modelo de avaliação das ações de prevenção da SC e, por último, a avaliação de serviços de APS.

Este estudo possui consentimento dos pesquisadores responsáveis pelo banco geral do QualiAB 2017 (Anexo 1), assim como aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP (Anexo 2).

3.1 Revisão Integrativa

Estudo de abordagem qualitativa alicerçado na revisão integrativa de literatura, envolvendo a produção científica sobre as barreiras na prevenção da SC em serviços de APS.

A grande abundância de estudos disponíveis na literatura e a complexidade dos diferentes níveis de evidências na área da saúde têm ressaltado a importância de trabalhos que sintetizem as informações de forma segura e organizada. As revisões integrativas são reconhecidas como um método de pesquisa capaz de reunir, classificar e analisar resultados de pesquisas com diferentes desenhos metodológicos (incluindo os não experimentais), de maneira criteriosa e sistemática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; PEDROSA et al., 2015; WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Diante disso, a revisão integrativa permite uma compreensão mais aprofundada sobre o tema estudado, além de possibilitar a identificação de lacunas entre as recomendações preconizadas e a prática assistencial (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A realização da presente revisão respeitou as cinco fases sequenciais que integram a revisão integrativa, segundo Whitemore e Knafl (2005): 1) Identificação do problema 2) Busca na literatura; 3) Avaliação dos dados; 4) Análise dos dados e 5) Apresentação. Foi utilizado o instrumento PRISMA como forma de garantir qualidade e rigor metodológico à revisão.

Considerando o conhecimento acumulado acerca da SC e o aumento e/ou persistência de altos números de casos, observa-se a existência de lacunas entre as recomendações técnico-normativas e as práticas nos serviços de APS, o que torna imperativo a realização de estudos que abordem o tema na perspectiva de ampliar o conhecimento sobre os desafios enfrentados na sua prevenção e que possam instruir medidas de superação. Sendo assim, a presente revisão tem como questão norteadora “*Quais são as barreiras existentes para que a APS previna a ocorrência de casos SC?*”

Para garantir maior abrangência de estudos, selecionou-se bases de dados PubMed, Web of Science, Scopus, LILACS e repositório SciELO. Nas três primeiras bases de dados os descritores utilizados foram: “Congenital Syphilis”, “Syphilis”, “Primary Health Care”, “Prevention” e “Pregnancy” seguidos de seus respectivos Medical Subject Headings (MESH), combinados entre si e unidos por operadores booleanos. Na LILACS e Scielo os descritores utilizados foram baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Sífilis Congênita”, “Sífilis”, “Atenção Primária à Saúde” e “Gravidez”, assim como seus similares, combinados entre si e unidos por operadores booleanos. As estratégias de buscas resultantes estão apresentadas no Quadro 4.

Definiu-se como critérios de inclusão, estudos disponíveis na íntegra e gratuitamente; publicados em inglês, português e espanhol de 2007 a 2019. A escolha pelo recorte temporal tomou o lançamento da *Iniciativa Global para a Eliminação da Sífilis Congênita* como marco mundial na luta pela eliminação da SC como um problema de saúde pública, fomentando o compromisso político dos países com a questão (OMS, 2007).

Os critérios de exclusão foram: estudos com foco primário em outras IST (como HIV) ou em outras doenças e agravos; estudos com foco na evolução clínica da doença; estudos que avaliam resultados de intervenções específicas e custo-benefício da testagem rápida no PN; estudos que avaliam somente a incidência da SC e outras IST; documentos oficiais e protocolos; e estudos publicados em formato de monografias, dissertações e teses.

Quadro 5 - Estratégia de busca segundo base de dados pesquisada

Base de Dados	Estratégia de Busca
PubMed Web of Science	<i>(Syphilis, Congenital OR Congenital Syphilis OR Syphilis) AND (Primary Health Care OR Care, Primary Health OR Health Care, Primary OR Primary Healthcare OR Healthcare, Primary OR Primary Care OR Care, Primary) AND Prevention AND (Prenatal Care OR Care, Prenatal OR Antenatal Care OR Care, Antenatal OR Pregnancy OR Pregnancies OR Gestation)</i>
Scopus	<i>(Syphilis, Congenital) OR (Congenital Syphilis) OR Syphilis) AND ((Primary Health Care) OR (Care, Primary Health) OR (Health Care, Primary) OR (Primary Healthcare) OR (Healthcare, Primary) OR (Primary Care) OR (Care, Primary)) AND Prevention AND ((Prenatal Care) OR (Care, Prenatal) OR (Antenatal Care) OR (Care, Antenatal) OR Pregnancy OR Pregnancies OR Gestation</i>
SciELO	<i>(Sífilis Congênita OR Syphilis, Congenital OR Congenital Syphilis OR syphilis OR sífilis) AND (Atenção Primária à Saúde OR Atención Básica OR Atención Básica à Saúde OR Atención Básica de Saúde OR Atención Primária OR Atención Primária em Saúde OR Atendimento Básico OR Atendimento Primário OR Cuidados de Saúde Primários OR Cuidados Primários OR Cuidados Primários à Saúde OR Cuidados Primários de Saúde OR Saúde da Família OR Programa Saúde da Família OR Estratégia Saúde da Família OR Atención Primaria de Salud OR Primary Health Care OR Family Health Strategy OR Estrategia de Salud Familiar) AND (Gestação OR Gravidez OR Gestante OR Cuidado Pré-Natal OR Cuidado Pré-Natal OR Assistência Antenatal OR Assistência Pré-Natal OR Pré-Natal OR Pregnancy OR Embarazo OR Pregnant Women OR Mujeres Embarazadas OR Prenatal Care OR Atención Prenatal)</i>
LILACS	<i>("Sífilis congênita" OR "Congenital Syphilis") AND ("Atención Básica" OR "Atención primaria à saúde" OR "Estratégia Saúde da família" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Primary Health Care" OR "Family Health Strategy" OR "Estrategia de Salud Familiar") AND ("Gestação" OR "Gravidez" OR "Gestante" OR "Cuidado Pré-Natal" OR "Pre-Natal" OR "Pregnancy" OR "Embarazo" OR "Pregnant Women" OR "Mujeres Embarazadas" OR "Prenatal Care" OR "Atención Prenatal")</i>

Em um primeiro momento foi realizada a leitura prévia dos resumos e excluídos duplicações e estudos que não abordaram o tema em questão. Após uma leitura completa dos estudos que permaneceram, estes foram organizados em um instrumento de coleta construído no programa Excel®. A partir dessa organização os estudos foram analisados e excluídos aqueles que atendiam aos critérios estipulados anteriormente, compondo então a amostra final.

A análise dos dados foi realizada segundo técnica de Análise de Conteúdo, vertente temática, proposta por Bardin (2011), respeitando suas três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A leitura exaustiva dos estudos permitiu a seleção de unidades de registros referentes às

barreiras na prevenção da SC na APS, que por sua vez, foram organizadas e agrupadas conforme semelhança, construindo subcategorias que levaram a uma posterior construção de categorias chave. A discussão dos resultados provenientes desse estudo foi realizada com base nos documentos oficiais nacionais e internacionais sobre a incidência e prevenção da SC (BRASIL, 2019a, 2020a; OMS, 2007, 2012).

3.2 Construção do modelo teórico-lógico e matriz de avaliação das ações de prevenção da SC na APS

Estudo de abordagem qualitativa, envolvendo análise documental e revisão de literatura científica para desenvolvimento de um modelo teórico-lógico e proposição de uma matriz avaliativa em relação a organização das ações de prevenção da SC nos serviços de APS.

Para Contandriopoulos et al. (1997), a pesquisa avaliativa consiste em um procedimento no qual se faz julgamentos sobre determinada intervenção utilizando de métodos científicos. Esse processo deve considerar os fundamentos teóricos no qual a intervenção está alicerçada, sua pertinência, produtividade e seus efeitos. Fatores contextuais referentes a realidade em que determinada intervenção é implementada também podem influenciar e devem ser verificados com cuidado e atenção, buscando identificar e apreender as relações existentes entre realidade/contexto, processo e resultados, com objetivo de levantar dados que possam guiar o processo de tomada de decisão.

Considerando aqui a concepção de modelo como uma esquematização simplificada de um objeto, vemos na sua construção dentro das pesquisas avaliativas, um instrumento valioso para esquematizar e representar tanto os aspectos estruturais e operacionais de determinadas intervenções e programas em saúde, como as interações produzidas na sua efetuação, nesse estudo tendo como foco as ações de prevenção à SC em serviços de APS (MEDINA et al., 2005).

Para Medina et al. (2005): *“Modelizar significa representar o objeto, seus movimentos e suas relações tendo por referência uma construção teórica: a teoria*

do objeto-modelo”. Assim, a elaboração do modelo teórico-lógico permite, além de desenvolver uma esquematização simplificada do objeto, caracterizar os fundamentos teóricos envolvidos e os fatores contextuais que interferem na produção dos resultados.

A elaboração de um modelo teórico-lógico utilizado na avaliação é um processo complexo que implica na identificação de aspectos como: as especificações sobre o problema em questão, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo e recursos necessários, devendo conter necessariamente os componentes do programa, as práticas requeridas para sua execução e os resultados esperados (MEDINA et al., 2005).

O desenvolvimento do modelo teórico-lógico apresentado, teve como referencial a produção de Medina et al. (2005) e Mc Laughlin e Jordan (1999). Os dois referenciais citados tratam da elaboração de modelos lógicos de programas, existindo então, adaptação das estratégias para uso neste estudo. Foram percorridas as seguintes etapas: coleta de informações relevantes; definição clara do problema e seu contexto; definição dos elementos e desenho do modelo (MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999).

Utilizou-se da pesquisa bibliográfica e da análise documental como estratégias para coleta de informações relevantes para melhor compreender a problemática e o contexto que envolve a prevenção da SC nos serviços de APS. Somado aos dados da literatura obtidos como resultado da realização da revisão integrativa anteriormente descrita, foram realizadas consultas a documentos produzidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, 2019a, 2020a), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2010, 2014) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2007, 2012, 2017).

Durante a leitura exhaustiva dos textos, foram identificados os principais elementos que compõe modelo lógico (MEDINA et al., 2005): os componentes do programa, as atividades requeridas para sua implementação e os resultados esperados a curto e longo prazo. Após identificação destes elementos, estes foram organizados e reorganizados, dando origem ao desenho do modelo lógico.

A partir do modelo lógico, foi desenvolvida uma matriz avaliativa, composta por 31 indicadores que traduzem as práticas esperadas pelos serviços de APS na prevenção da SC, e a classificação deles em domínios.

De acordo com Donabedian (1986), um critério pode ser entendido como um componente ou aspecto da estrutura de um serviço, de um processo de trabalho ou então, do resultado de um cuidado que confere qualidade à atenção prestada. Assim, tendo como base os elementos incorporados no modelo-lógico foram identificados indicadores que refletem características da estrutura dos serviços e ações preconizadas pela literatura e órgãos oficiais, que são necessárias para a garantia da qualidade da prevenção da SC dentro dos serviços de APS.

3.3 Pesquisa Avaliativa

Pesquisa avaliativa, de corte transversal, que aborda a organização das ações de prevenção à SC em serviços de APS do estado de São Paulo, no ano de 2017.

Utilizou-se o banco de dados resultante da aplicação censitária do Questionário Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica – QualiAB, no estado de São Paulo em 2016/2017, como parte do projeto intitulado “Qualificação da Rede de Cuidado em DST, HIV/aids e Hepatites Virais em regiões prioritárias do estado de Santa Catarina e de São Paulo - QualiRedeHIV” (NEMES et al., 2019), realizado com financiamento do PROADI SUS – Hospital Sírio Libanês, e coordenado por docentes da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP) em parceria com a Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/Unesp).

O QualiAB é um instrumento auto aplicado eletronicamente (Anexo 3), dirigido aos gerentes e equipes de serviços de APS e tem como foco a organização das práticas, ou seja, abordam toda a amplitude de ações previstas para os serviços de APS, independentemente do modelo operado, quer seja o modelo tradicional, a saúde da família ou outros diferentes arranjos organizacionais (CASTANHEIRA et al., 2016, 2020).

Trata-se de um questionário fechado composto por 115 questões de múltipla escolha, cuja aplicação foi disponibilizada para todos os serviços do estado a partir de adesão voluntária do gestor municipal de saúde e, posteriormente, pelos gerentes dos serviços de APS. Desenvolvido originalmente por pesquisa realizada em 2007 (PPSUS - FAPESP Processo nº 05/58652-7), foi atualizado e revalidado nacionalmente em 2015 (CNPq - edital Universal Processo nº 485848/2012-0) (CASTANHEIRA et al., 2016, 2020).

Para garantir a representatividade da amostra, participaram do estudo todos os serviços que responderam ao instrumento no referido ano, sendo excluídos do banco apenas aqueles que responderam em pelo menos uma das questões que não realizaram ações de acompanhamento ao PN, informação contida nas questões Q.32.1, Q40.14 e Q48.4 do instrumento (Anexo 3).

Os indicadores de prevenção da SC na APS utilizados neste pesquisa pertencem a matriz de avaliação desenvolvida nesse trabalho, composta por 31 indicadores agrupados em quatro domínios de análise, que juntos compõe a dimensão prevenção da SC na APS, sendo eles: 1) Infraestrutura e recursos básicos; 2) Ações educativas e prevenção de IST; 3) Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida; e 4) Prevenção da SC no PN

A análise dos resultados deste estudo compreendeu uma etapa inicial descritiva, que teve como objetivo a caracterização das práticas dos serviços e uma maior aproximação da organização das ações relativas à prevenção da SC, mensurando o quanto esta organização se aproxima do preconizado pelos protocolos e diretrizes para os serviços de APS.

As respostas dos serviços aos indicadores geraram um sistema binário, sendo 1 correspondendo ao que o serviço refere fazer e 0 ao que refere não fazer. A partir dessas respostas, foram calculadas as frequências simples de respostas 1 para cada indicador para cada serviço participante.

Em um segundo momento, foi calculado o percentual de desempenho de cada serviço em relação às ações que compõem a dimensão *prevenção da SC na APS*, assim como os percentuais por domínio. O score obtido por domínio teve como numerador o total da soma das respostas e como denominador o número total de indicadores que o compõe, com o resultado variando entre 0% e 100%. Esse

procedimento também foi repetido para a dimensão prevenção da SC na APS como um todo. Posteriormente foi realizado o cálculo do score médio de desempenho da amostra em relação às ações que compõe a dimensão e de seus domínios, assim como mediana e desvio padrão (DP).

Com base na distribuição do score da dimensão prevenção da SC entre os serviços, foi utilizada a técnica de agrupamento por quartis para diferenciar os serviços com scores diferentes e classificá-los em grupos de desempenho (clusters), com o objetivo de analisar a variação da qualidade entre os serviços. Utilizaram-se testes do quiquadrado para estimar associações entre cada indicador e os grupos de desempenho, seguidos por testes-Z, para identificar quais grupos diferiram nessas associações.

4 RESULTADOS

4.1 *Artigo 1 – Barreiras na prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde: revisão integrativa*

Os resultados são apresentados a seguir na forma de manuscrito, submetido em 9 de dezembro de 2020 à apreciação da Revista Brasileira de Enfermagem.

RESUMO

Objetivo: identificar as barreiras na prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde. **Método:** revisão integrativa envolvendo artigos publicados na PubMed, Web Of Science, LILACS, Scopus e SciELO. **Resultado:** Foram selecionados 32 artigos, a partir dos quais identificou-se quatro conjuntos de fatores: características socioeconômicas, éticas e culturais, com destaque para limites produzidos por condições de vulnerabilidade socioeconômica; características dos sistemas de saúde, com repercussões no acesso e cobertura das ações; a qualidade da assistência pré-natal; e fatores relacionados à adesão, falta de conhecimento e estigma. **Considerações finais:** Os fatores identificados possibilitam destacar pontos sensíveis a intervenções nos diferentes níveis de gestão, especialmente em relação à melhoria da qualidade do pré-natal e ao reconhecimento e atenção diferenciada a grupos de maior vulnerabilidade. A tomada de medidas concretas depende da identificação de obstáculos locais enfrentados dentro de contextos singulares, de modo que se planejem ações mais eficazes para sua prevenção.

Descritores: Sífilis Congênita; Sífilis; Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Transmissão Vertical de Doença Infecciosa

INTRODUÇÃO

A Sífilis Congênita (SC) é um agravo evitável por intervenções realizadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente durante o acompanhamento pré-natal (PN), a partir de recomendações mundialmente

reconhecidas e bem estabelecidas para diagnóstico, tratamento e manejo dos casos⁽¹⁻⁷⁾.

Em 2007 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a “*Iniciativa Global para a Eliminação da Sífilis Congênita*”, que pedia compromisso político e maior empenho dos países para abordar a problemática da SC, buscando reduzir os números de casos. As principais ações propostas foram a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, aumentando a triagem e o tratamento das gestantes e parcerias, assim como o estabelecimento de sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação, definindo como meta menos de 0,5 casos de SC por 1.000 nascidos vivos (NV)^(5,8). Desde então, órgãos internacionais como a OMS e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vêm reunindo esforços e desenvolvendo estratégias na busca pelo fortalecimento e incentivo dos países na luta pela eliminação da SC como um problema de saúde pública^(4-7,9,10).

O destaque dado a esse agravo nas duas últimas décadas e o aumento da cobertura do PN no mundo têm reforçado a importância da implementação de medidas de prevenção, observando-se uma diminuição no número de casos entre 2012 e 2016⁽¹¹⁾. Entretanto, apesar dos progressos observados, a SC mantém-se como um importante problema de saúde pública, tanto por sua magnitude como por sua evitabilidade enquanto causa de morbimortalidade fetal e perinatal. O número de casos ainda permanece alto, com uma taxa mundial estimada de 4,73/1.000NV em 2016, o que representa um total de aproximadamente 661.000 casos, incluindo 355.000 resultados adversos ao nascimento⁽¹¹⁾.

Entre os casos de SC diagnosticados entre 2012 e 2016, as regiões africana e do oeste mediterrâneo foram as que apresentaram a maior proporção, sendo que neste último, assim como na região das Américas, as taxas de SC seguem subindo⁽¹¹⁾. No Brasil, no ano de 2016 foram notificados 20.474 casos de SC, com uma taxa de incidência de 6,8/1.000 NV, passando para 24.130 casos e taxa de 8,2/1.000 NV em 2019⁽¹²⁾.

Diante do aumento e/ou persistência de altos números de casos, observa-se a existência de lacunas entre as recomendações técnico-normativas e as práticas nos serviços de APS, o que torna imperativo a realização de estudos que abordem o

tema na perspectiva de ampliar o conhecimento sobre os desafios enfrentados na efetivação das ações de prevenção e que possam instruir medidas de superação.

OBJETIVO

Identificar as barreiras para a prevenção eficaz da SC nos serviços de APS, de acordo com a literatura nacional e internacional.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, envolvendo a produção científica nacional e internacional sobre a prevenção da SC em serviços de APS. Representou a primeira etapa de um estudo mais amplo, que se destina a avaliar a organização das ações de prevenção à SC em serviços de APS.

A revisão integrativa (RI) tem como objetivo reunir, sintetizar e analisar o conhecimento científico disponível na literatura acerca de um determinado tema de interesse. É realizada de modo sistemático e criterioso, possibilitando a inclusão de estudos com diferentes desenhos metodológicos e favorecendo uma compreensão aprofundada sobre o tema. A utilização desse método de pesquisa permite identificar os diferentes determinantes das lacunas observadas entre as recomendações preconizadas e a prática assistencial apontados na literatura^(13,14).

Para realização desse estudo foram seguidas as cinco fases propostas por Whitemore & Knafel⁽¹⁴⁾: 1) Identificação do problema e estabelecimento do tema da revisão; 2) Busca na literatura e seleção da amostra; 3) Caracterização e avaliação dos estudos; 4) Análise e interpretação dos dados e 5) Síntese e apresentação da revisão. Utilizou-se o instrumento PRISMA como forma de garantir qualidade e rigor metodológico à revisão.

Esse estudo tomou como questão norteadora: *“Quais são as barreiras existentes para que a APS previna a ocorrência de casos de SC?”* Definiu-se como critérios de inclusão, artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados em inglês, português e espanhol, entre 2007 e 2019. A escolha pelo recorte temporal tomou o lançamento da *Iniciativa Global para a Eliminação da Sífilis Congênita* como marco mundial na luta pela eliminação da SC como um problema de saúde pública,

fomentando o compromisso político dos países com a questão⁽⁵⁾. Os critérios de exclusão foram: artigos com foco em outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), avaliação de resultados de intervenções específicas; documentos oficiais, protocolos, monografia, teses, dissertações e editoriais; além dos estudos que não apresentam, de forma clara, as dificuldades enfrentadas no nível da APS na prevenção da SC.

O levantamento das publicações científicas foi realizado em agosto de 2020 nas bases de dados Pubmed, SCOPUS, Web of Science, LILACS e SciELO. Para as três primeiras utilizou-se os termos incluídos no *Medical Subject Headings* (MESH): “Congenital Syphilis” AND “Primary Health Care” AND “Prevention” AND “Pregnancy” e seus similares combinados por operadores booleanos. Da mesma forma, na busca na LILACS e SciELO foram utilizados os descritores incluídos nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Sífilis Congênita” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Gestação”.

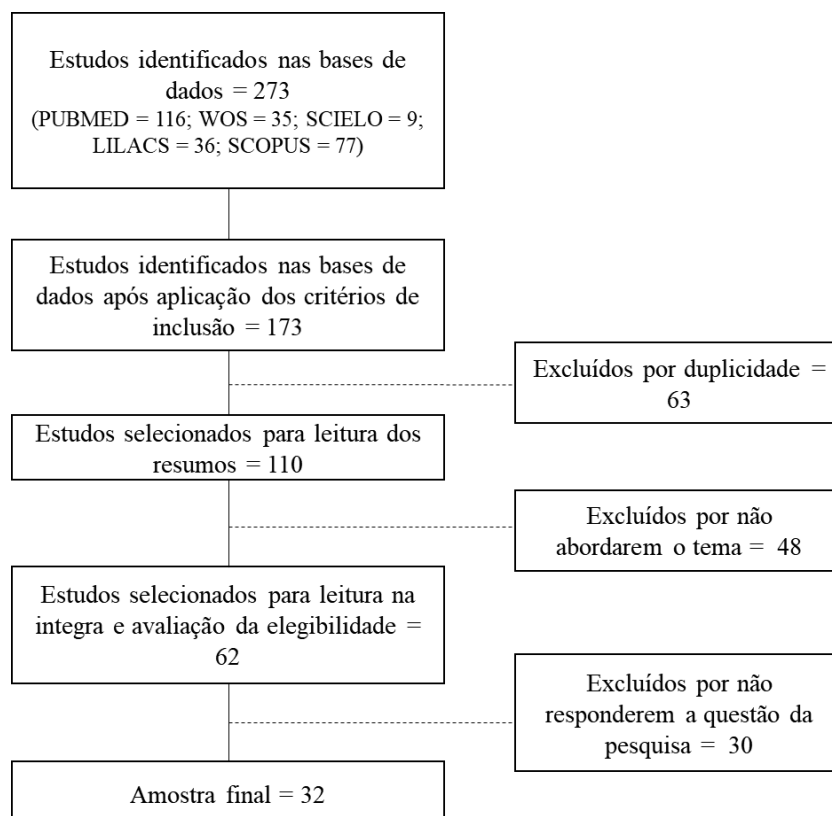


Figura 1 - Fluxograma de seleção da amostra final

A busca inicial realizada nas bases, sem uso de filtros, identificou 273 artigos. A seguir realizou-se a aplicação dos critérios de inclusão, exclusão das

duplicatas e leitura prévia dos resumos com exclusão dos que não abordavam o tema. Posteriormente, se deu a leitura na íntegra, a partir da qual os estudos foram organizados em um instrumento de coleta construído no programa Excel® e classificados segundo: ano e idioma, país do estudo, autor, título, objetivo e barreiras evidenciadas. Essa organização possibilitou que os estudos fossem analisados cuidadosamente, excluindo-se aqueles que não respondiam à questão proposta por esse estudo, compondo a amostra final de 32 estudos (Figura 1).

A análise dos dados foi realizada segundo técnica de Análise de Conteúdo, vertente temática, proposta por Bardin⁽¹⁵⁾, respeitando suas três fases: *pré-análise*, *exploração do material* e *tratamento dos resultados*. As unidades de registro referentes às barreiras na prevenção da SC encontradas durante a segunda fase foram organizadas e agrupadas conforme semelhança, construindo subcategorias que levaram a uma posterior construção de categorias chave.

RESULTADOS

A busca identificou 32 estudos que atendiam aos objetivos propostos pela presente revisão (Quadro 1). Observou-se uma concentração de estudos publicados entre 2017 e 2019 (56,25%). A maioria foi realizada no Brasil (65,6%), seguido por EUA (14,3%) e no continente africano (9,4%), com uma frequência maior de metodologias com abordagem quantitativa (71,9%), comparado às abordagens qualitativas (28,1%).

Quadro 1 - Síntese dos estudos que compuseram a amostra final

Autor	Ano	Título	Local de estudo	Tipo de estudo
Benzaken et al. ⁽¹⁶⁾	2019	Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals	Brasil	Quantitativo, transversal
Freitas et al. ⁽¹⁷⁾	2019	Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care	Brasil	Quantitativo, ecológico
Maschio-Lima et al. ⁽¹⁸⁾	2019	Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil	Brasil	Quantitativo, ecológico
Rocha et al. ⁽¹⁹⁾	2019	Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study	Brasil	Qualitativo
Silveira et al. ⁽²⁰⁾	2019	Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis	América Latina e Caribe	Qualitativo, multinacional
Andrade et al. ⁽²¹⁾	2018	Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil	Brasil	Qualitativo, estudo de caso
DiOrío et al. ⁽²²⁾	2018	Social vulnerability in congenital syphilis case mothers: qualitative assessment of cases in Indiana, 2014–2016	EUA	Qualitativo

Kroeger et al. ⁽²³⁾	2018	Pathways to congenital syphilis prevention: a rapid qualitative assessment of barriers, and the public health response, in Caddo Parish, Louisiana	EUA	Qualitativo
Nascimento et al. ⁽²⁴⁾	2018	Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil	Brasil	Qualitativo
Rodrigues e Domingues ⁽²⁵⁾	2018	Management of syphilis in pregnancy: knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil	Brasil	Quantitativo, transversal
Slutsker et al. ⁽²⁶⁾	2018	Factors contributing to congenital syphilis cases — New York City, 2010–2016	EUA	Quantitativo, transversal
Cha et al. ⁽²⁷⁾	2017	Screening for syphilis and other Sexually Transmitted Infections in pregnant women — Guam, 2014	Guam	Quantitativo, transversal
Lazarini e Barbosa ⁽²⁸⁾	2017	Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita	Brasil	Quantitativo, quase-experimental
Moreira et al. ⁽²⁹⁾	2017	Perfil dos casos notificados de sífilis congênita	Brasil	Quantitativo, epidemiológico,
Nasser et al. ⁽³⁰⁾	2017	Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva	Brasil	Quantitativo, transversal
Nkamba et al. ⁽³¹⁾	2017	Barriers and facilitators to the implementation of antenatal syphilis screening and treatment for the prevention of congenital syphilis in the Democratic Republic of Congo and Zambia: results of qualitative formative research	República Democrática do Congo e Zâmbia	Qualitativo
Soares et al. ⁽³²⁾	2017	Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos	Brasil	Quantitativo, transversal
Vianna et al. ⁽³³⁾	2017	Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista	Brasil	Qualitativo
Lopes et al. ⁽³⁴⁾	2016	Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará	Brasil	Quantitativo, observacional
Nonato et al. ⁽³⁵⁾	2015	Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013	Brasil	Quantitativo, coorte história
Silva et al. ⁽³⁶⁾	2014	Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza	Brasil	Quantitativo, transversal
Dinh et al. ⁽³⁷⁾	2013	Integration of preventing mother-to-child transmission of HIV and syphilis testing and treatment in antenatal care services in the Northern Cape and Gauteng Provinces, South Africa	África do Sul	Quantitativo, transversal
Araújo et al. ⁽³⁸⁾	2012	Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família	Brasil	Quantitativo, ecológico e de séries temporais
Parker et al. ⁽³⁹⁾	2012	Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina	Argentina	Quantitativo, transversal
Andrade et al. ⁽⁴⁰⁾	2011	Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente	Brasil	Quantitativo, transversal
Vidal et al. ⁽⁴¹⁾	2011	Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família	Brasil	Quantitativo, avaliativo
Assunção-Ramos e Ramos Jr ⁽⁴²⁾	2009	Transmissão vertical de doenças: aspectos relativos ao vírus da imunodeficiência humana e ao <i>Treponema pallidum</i> em Fortaleza, Ceará, Brasil	Brasil	Quantitativo, transversal
Araújo et al. ⁽⁴³⁾	2008	Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente	Brasil	Quantitativo, retrospectivo
Fowler et al. ⁽⁴⁴⁾	2008	Racial and ethnic disparities in prenatal syphilis screening among women with Medicaid-covered deliveries in Florida	EUA	Quantitativo
Taylor et al. ⁽⁴⁵⁾	2008	Opportunities for the prevention of congenital syphilis in Maricopa County, Arizona	EUA	Quantitativo
Gloyd et al. ⁽⁴⁶⁾	2007	Scaling up antenatal syphilis screening in Mozambique: transforming policy to action	Moçambique	Quantitativo
Ramos Jr et al. ⁽⁴⁷⁾	2007	Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis	Brasil	Qualitativo

Os textos apresentaram uma grande diversidade de barreiras na prevenção da SC, colocando em destaque a influência das condições de vulnerabilidade social no acesso aos serviços de saúde e a dificuldade na efetivação das práticas preconizadas para a prevenção da SC na APS, com ênfase naquelas inseridas como parte da rotina PN (Quadro 2).

Quadro 2 – Barreiras na prevenção da sífilis congênita da atenção primária à saúde evidenciada pelos estudos.

Autor	Ano	Barreiras na prevenção da SC na APS evidenciada pelo estudo
Benzaken et al. ⁽¹⁶⁾	2019	Vulnerabilidades sociais; falta acesso ao PN; falta de recursos materiais
Freitas et al. ⁽¹⁷⁾	2019	Vulnerabilidades sociais; falha no rastreamento da sífilis no PN
Maschio-Lima et al. ⁽¹⁸⁾	2019	Vulnerabilidades sociais; falha no rastreamento da sífilis no PN; tratamento inadequado da gestante; não tratamento da parceria sexual da gestante
Rocha et al. ⁽¹⁹⁾	2019	Falta de recursos materiais e humanos; não utilização do teste rápido; insegurança na aplicação penicilina benzatina; lacunas no conhecimento profissional; dificuldade na abordagem das parcerias sexuais das gestantes; vergonha vivenciada pelas gestantes e parcerias ao procurarem outros serviços para tratamento
Silveira et al. ⁽²⁰⁾	2019	Falta de definições e responsabilidades no acompanhamento de casos de SG; início tardio do PN; demora para os resultados de exames laboratoriais; falta de recursos materiais e humanos; baixa qualidade da coleta de dados de vigilância; baixa qualidade do PN; baixa cobertura testagem no PN; oportunidades perdidas no rastreamento e tratamento; lacuna conhecimento profissional; baixa engajamento das equipes da APS com a prevenção e eliminação da SC
Andrade et al. ⁽²¹⁾	2018	Falta de adequação da coleta de sorologias no PN
DiOrio et al. ⁽²²⁾	2018	Vulnerabilidades sociais; baixa cobertura de acompanhamento PN; baixo número de consultas PN; dificuldade na abordagem das parcerias das gestantes; falta de engajamento das gestantes no PN
Kroeger et al. ⁽²³⁾	2018	Vulnerabilidades sociais e econômicas; descontinuidade na cobertura dos seguros de saúde e escassez de pontos de referência para PN; superlotação de serviços; falta de medicamentos essenciais; ressalvas na aplicação da penicilina benzatina; lacunas no conhecimento profissional; dificuldade no engajamento da gestante ao PN; falta de conhecimento das gestantes sobre saúde sexual e reprodutiva; fortes tabus culturais acerca da sexualidade
Nascimento et al. ⁽²⁴⁾	2018	Falta de infraestrutura e recursos humanos; dificuldade implementação de teste rápido
Rodrigues e Domingues ⁽²⁵⁾	2018	Demora nos resultados de exames laboratoriais; início tardio do PN; baixo número de consultas PN; não utilização de teste rápido; tratamento inadequado das parcerias; lacunas no conhecimento profissional; insegurança na aplicação da penicilina benzatina; falta de engajamento da gestante e parceria ao PN e recomendações de testagem e tratamento; dificuldade na abordagem das parcerias das gestantes
Slutsker et al. ⁽²⁶⁾	2018	Vulnerabilidades sociais; falta de cobertura dos seguros de saúde; início tardio do PN; testagem inicial tardia e falha na testagem do terceiro trimestre de gestação; tratamento inadequado da gestante
Cha et al. ⁽²⁷⁾	2017	Início tardio PN; baixo número de consultas PN; testagem tardia no PN
Lazarini e Barbosa ⁽²⁸⁾	2017	Lacuna no conhecimento profissional, tratamento e manejo da sífilis gestacional
Moreira et al. ⁽²⁹⁾	2017	Vulnerabilidades sociais; baixa qualidade do PN; tratamento inadequado de gestante e parceria
Nasser et al. ⁽³⁰⁾	2017	Inadequação na coleta de exames no PN; não aplicação da penicilina benzatina; Tratamento inadequado de gestante e parceria

Nkamba et al. ⁽³¹⁾	2017	Vulnerabilidades socioeconômicas, fragmentação dos sistemas de saúde; falta de recursos materiais e humanos; superlotação dos serviços; pouca acessibilidade geográfica e funcional dos serviços; início tardio do PN; lacunas no conhecimento profissional; falta de conhecimento das gestantes sobre PN e sífilis; medo das gestantes de seres estigmatizadas por outros membros da comunidade e parceria
Soares et al. ⁽³²⁾	2017	Vulnerabilidades sociais; baixo número de consultas PN; inadequação na coleta de exames PN; tratamento inadequado de gestante e parcerias
Vianna et al. ⁽³³⁾	2017	Vulnerabilidades socioeconômicas; falta de medicamentos essenciais; dificuldade de acesso ao PN; início tardio do PN; baixo número de consultas PN; lacunas no conhecimento profissional; dificuldades na abordagem das parcerias das gestantes; fragilidades na relação profissional-paciente; relações marcadas pela submissão da mulher;
Lopes et al. ⁽³⁴⁾	2016	Falta e inadequação de recursos materiais; baixa oferta de teste rápido
Nonato et al. ⁽³⁵⁾	2015	Vulnerabilidades sociais; início tardio do PN; baixo número de consultas PN; testagem tardia da gestante no PN; tratamento inadequado das parcerias das gestantes
Silva et al. ⁽³⁶⁾	2014	Lacuna no conhecimento profissional sobre a SC e diagnóstico, tratamento e manejo da sífilis gestacional
Dinh et al. ⁽³⁷⁾	2013	Demora para os resultados de exames laboratoriais; início tardio do PN; testagem tardia da gestante no PN; tratamento inadequado das parcerias das gestantes
Araújo et al. ⁽³⁸⁾	2012	Vulnerabilidades sociais; falha no rastreamento e diagnóstico da sífilis no PN; falha no tratamento das parcerias das gestantes;
Parker et al. ⁽³⁹⁾	2012	Vulnerabilidades sociais; baixo número de consultas PN; tratamento inadequado da gestante
Andrade et al. ⁽⁴⁰⁾	2011	Lacunas no conhecimento profissional
Vidal et al. ⁽⁴¹⁾	2011	Baixa implementação das ações de PN
Assunção-Ramos e Ramos Jr ⁽⁴²⁾	2009	Vulnerabilidades sociais; baixo número de consultas PN; tratamento inadequado da gestante; inadequação na coleta de exames no PN
Araújo et al. ⁽⁴³⁾	2008	Vulnerabilidades sociais, início tardio do PN; precariedade dos registros em prontuários
Fowler et al. ⁽⁴⁴⁾	2008	Disparidades étnicas/raciais no rastreamento de sífilis PN; ingresso tardio nos programas sociais e PN
Taylor et al. ⁽⁴⁵⁾	2008	Vulnerabilidades socioeconômicas; baixa cobertura PN; testagem tardia da gestante no PN; tratamento inadequado da gestante
Gloyd et al. ⁽⁴⁶⁾	2007	Início tardio do PN; tratamento inadequado de gestantes e parcerias; falta de recursos materiais; sobrecarga da força de trabalho; medo de violência doméstica e ruptura familiar
Ramos Jr et al. ⁽⁴⁷⁾	2007	Vulnerabilidades socioeconômicas; falhas no diagnóstico da sífilis gestacional; tratamento inadequado das gestantes; dificuldades em abordar parcerias das gestantes; ressalvas na aplicação da penicilina benzatina

PN: pré-natal

SC: sífilis congênita

APS: atenção primária à saúde

A análise e agrupamento das unidades de registro extraídas dos textos permitiu evidenciar quatro categorias de discussão que se referem a diferentes tipos de barreiras na prevenção da SC na APS (Quadro 3). As categorias propostas expressam a reunião de obstáculos identificados em diferentes níveis de determinação social – daqueles definidos em um nível mais macro da estrutura social e do sistema de saúde, aproximando-se dos que estão relacionados às ações de prevenção nos serviços de saúde, e às características e vivências das gestantes em relação às medidas de prevenção.

Quadro 3 – Categorização segundo técnica análise de conteúdo

Categoria	Subcategoria	Estudos incluídos (Ref.)
Características socioeconômicas, étnicas e culturais	Acesso aos serviços de saúde e às ações de prevenção da SC	(16,17,35,38,42–45,47,18,22,23,26,29,31–33)
Características dos sistemas de saúde	Cobertura de assistência à saúde	(23,26,31)
	Implantação do programa de PN	(16,22,41,45)
Qualidade do acompanhamento PN	Estrutura dos serviços	(16,19,20,23–25,31,33,34,37)
	Captação das gestantes e seguimento PN	(20,22,39,42–44,46,25–27,31–33,35,37)
	Rastreamento para sífilis	(17,18,32,34,35,38,42,45,47,19–21,24–27,30)
	Tratamento da gestante e parceria na APS	(18,19,33,35,37–39,42,45–47,20,22,23,25,26,29,30,32)
	Formação e atuação profissional	(19,20,46,47,23,25,28,31,33,36,40,43)
Adesão, conhecimento e estigma	Engajamento no PN e às recomendações	(22,23,25)
	Falta de informação	(19,23,31,33)
	Medo: estigma e relação com a parceria sexual	(19,31,33,46)

PN: pré-natal

SC: sífilis congênita

APS: atenção primária à saúde

DISCUSSÃO

Ainda que a categorização das barreiras tenha separado analiticamente dimensões que são de fato interrelacionadas, e muitas vezes interdependentes, essa estratégia permitiu identificar pontos sensíveis a intervenções nos diferentes níveis de gestão, sejam eles relativos ao sistema e aos mecanismos de acesso definidos, sejam relativos à organização e qualificação dos serviços responsáveis pela atenção.

Características socioeconômicas, étnicas e culturais

Acesso aos serviços de saúde e às ações de prevenção da SC

Nessa categoria foram reunidos estudos que delimitaram uma única subcategoria, com foco em barreiras relacionadas à influência das variáveis socioeconômicas, étnicas e culturais no acesso aos serviços de saúde e às ações de prevenção da SC^(16,17,35,38,42–45,47,18,22,23,26,29,31–33).

A pobreza é percebida como uma importante barreira ao acesso PN e, conseqüentemente, às ações de prevenção à SC^(23,47). Nos EUA, é fortemente

ligada ao baixo acesso aos serviços de saúde, na medida em que a transição da população de baixa renda entre os diferentes programas de cobertura de saúde financiados pelo estado - com diversificados critérios de inclusão e voltados a diferentes faixas etárias - faz com que existam lacunas na cobertura das mulheres em idade fértil⁽²³⁾.

Porém, para além do acesso ao sistema de saúde, a pobreza pode influenciar em outros aspectos, como no comportamento das mulheres na busca de assistência à saúde. Em um cenário no qual a renda familiar é muito baixa, qualquer custo associado ao PN representa um ônus financeiro que se estabelece como uma barreira, não vinculada às características dos indivíduos, mas às da sociedade⁽³¹⁾. Por vezes, as mulheres vivenciam uma sobrecarga conciliando diversos empregos com os cuidados familiares e outras responsabilidades. Essas questões, assim como a instabilidade de moradia, problemas com transporte e insegurança alimentar, podem fazer com que seguir a rotina de PN não seja uma prioridade para as mulheres⁽²³⁾.

Sendo assim, a dimensão socioeconômica aparece como um fator que perpassa as diversas barreiras destacadas, seja em relação às características socioeconômicas e políticas dos países, como relacionadas as condições precárias de vida e trabalho com as quais as mulheres convivem diariamente. Os estudos incluídos nessa categoria citaram outras situações de vulnerabilidade social e econômica como obstáculos no cuidado durante o PN e na prevenção da SC⁽³⁵⁾, dentre elas a situação de rua⁽²²⁾, transitoriedade de endereço^(22,26,33), encarceramento da gestante ou/e suas parcerias sexuais^(22,45), uso de drogas^(22,26,33,45).

Também foi identificada influência de características como etnia e escolaridade no acesso aos serviços de PN e às ações de prevenção à SC^(16,17,45,18,29,32,38,39,42-44). Estudo brasileiro destaca a predominância de mulheres negras entre os casos de SC e sífilis gestacional no país, sendo que o grupo de cor preta apresentou maior proporção de casos de SC sem PN, menor acesso ao diagnóstico de sífilis durante o PN e menor proporção de parcerias tratadas⁽³⁸⁾.

Os estudos aqui reunidos enfatizam que ao abordar a prevenção da SC nos deparamos com aspectos amplos e complexos que influenciam no processo de saúde-doença. Além do acesso e oferta de serviços, atributos individuais e contextuais podem influenciar na utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos e famílias.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a utilização dos serviços de PN e das ações de prevenção da SC é influenciado pelas características socioeconômicas dos indivíduos e pelos seus contextos de vida. Ramos Jr et al⁴⁷ ressaltam a necessidade de reconhecer e considerar as situações de vulnerabilidade das populações suscetíveis para o adequado manejo desse agravo. Estas situações incluem fatores econômicos e sociais, como a educação e renda; a alta transitoriedade associada ao difícil acesso à moradia; a população cuja cor da pele é parda ou preta; densidade de pobreza; além de fatores familiares, culturais e relacionais.

Características dos sistemas de saúde

Foram identificadas barreiras na organização do sistema de saúde, que influenciam no acesso a ações de prevenção da SC, especialmente no que tange à assistência PN em tempo adequado^(16,22,23,26,31,41,45).

Cobertura de assistência à saúde

Três estudos trouxeram como fator importante na limitação do alcance da prevenção da SC, problemas relacionados a cobertura da assistência à saúde nos contextos locais, sendo destacadas as questões produzidas pela participação de instituições públicas e privadas no sistema de saúde^(23,26,31).

Nos EUA, cenário no qual o sistema de saúde é majoritariamente formado pela iniciativa privada, a falta de cobertura dos seguros de saúde⁽²⁶⁾, ou a sua descontinuidade e interrupção⁽²³⁾, é tida como uma barreira no acesso ao PN, especialmente para parcelas da população que convivem com vulnerabilidades socioeconômicas. Também há dificuldade em encontrar provedores de PN, com escassez de pontos de referência para populações de baixa renda, sendo poucos os

serviços que aceitam os seguros disponíveis para essa parcela da população no país⁽²³⁾.

Situação semelhante também foi encontrada na República Democrática do Congo. A fragmentação do sistema de saúde representada pela complicada relação que existe entre o domínio público e privado, evidencia preocupações acerca da continuidade, qualidade e consistência dos serviços prestados pelas clínicas particulares. Algumas não oferecem todos os componentes essenciais do PN, como o rastreamento para sífilis, e não são reguladas pelo governo, além de não estarem incluídas em suas iniciativas de melhoria de qualidade⁽³¹⁾.

Implantação do programa de acompanhamento pré-natal

Ainda considerando as características dos sistemas de saúde, foram identificadas, em dois estudos, dificuldades na prevenção da SC relacionadas ao baixo grau de implantação do programa de acompanhamento PN^(16,22,41,45).

Esse fato é evidenciado em estudo realizado no Brasil, que mostra que apesar de possuir um sistema universal de saúde, ainda existem serviços que não realizam todas as ações preconizadas para atenção PN, sendo que, no grupo de serviços com PN parcialmente implantado (cumprem entre 51% e 75,9% dos parâmetros estabelecidos pelos manuais técnicos) houve mais casos de SC comparado com o grupo com melhor grau de PN implantado (entre 76% a 100%)⁽⁴¹⁾. Por outro lado, estudos realizados nos EUA destacam que uma parcela significativa das mães de casos de SC não receberam os cuidados PN, acarretando uma menor possibilidade de diagnóstico e tratamento da sífilis durante a gestação, mesmo em situações nas quais as mães possuíam cobertura de seguros de saúde^(22,45).

Qualidade da assistência pré-natal

Esta foi a categoria que mais reuniu estudos durante a análise e evidencia barreiras referentes a algum aspecto do acompanhamento PN, prejudicando sua qualidade e a efetividade das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis^(16,17,26–35,18,36–40,42–46,19,47,20–25).

Estrutura dos serviços

Destacam-se barreiras relacionadas às condições estruturais dos serviços de saúde para atender as recomendações de prevenção à SC, sendo um ponto importante a escassez de recursos humanos, materiais e insumos nos serviços de APS^(16,19,46,20,23–25,31,33,34,37).

A falta de funcionários se torna um obstáculo para o cumprimento das normas estabelecidas e das diretrizes práticas de prevenção à SC, devido à sobrecarga e conseqüente falta de tempo dos profissionais para realizarem tais atividades, o que é agravado pela superlotação dos serviços^(23,24,31). Somado a esses fatores, acrescenta-se a falta ou a inadequação de estoques de suprimentos, sendo destacados os produtos e kits para testagem rápida da sífilis no PN^(31,34,46) e medicações essenciais para tratamento^(23,33,46).

Ainda abordando as condições estruturais dos serviços, a demora no retorno dos resultados de exames laboratoriais foi citada como uma barreira no manejo adequado da sífilis, possuindo impacto negativo para o tratamento oportuno durante a gestação^(20,25,37), bem como a pouca acessibilidade geográfica (longas distâncias e centralização de serviços) e funcional dos serviços (longa duração das consultas e dificuldade de agendamento de consultas)^(31,33).

Captação das gestantes e seguimento pré-natal

Diversos estudos registraram uma dificuldade relacionada ao início tardio do PN^(25–27,31,33,35,43), sendo que em alguns o ingresso das gestantes no PN aconteceu após o 1º trimestre ou 12ª semana de gestação^(25,35,43) ou fora do intervalo de tempo hábil para diagnóstico e tratamento conforme preconizado^(26,46). O início tardio e, como consequência, a testagem tardia, são colocadas como barreiras que podem limitar a efetividade da prevenção da transmissão vertical da sífilis^(20,37). Outro fator importante identificado pelos estudos está relacionado ao número de consultas PN, sendo esse menor do que o preconizado pelos documentos oficiais^(22,25,32,33,35,39).

Cha et al.⁽²⁷⁾ e Nonato et al.⁽³⁵⁾ mostram que, tanto o PN tardio quanto o baixo número de consultas estiveram significativamente associados à testagem tardia ou inexistente para sífilis e à ocorrência de SC, respectivamente.

Rastreamento para sífilis

Apesar da excelente relação de custo-benefício do rastreamento da sífilis no PN^(5,48,49) ainda existe uma falha dos serviços em realizá-los de maneira oportuna. Mesmo em casos de mulheres que iniciaram PN em tempo oportuno e com número adequado de consultas, vê-se evidências de oportunidades perdidas na interrupção da cadeia de transmissão vertical da sífilis^(17,20,21,26,27,38).

A inadequação no rastreio para sífilis durante o PN, se dá principalmente devido a testagem tardia ou não testagem durante o PN, fazendo com que as gestantes não sejam diagnosticadas e tratadas até 30 dias antes do parto de modo a prevenir eventos adversos^(26,27,35,45,47). As falhas também estão presentes no cumprimento da rotina de coleta de exames preconizada no PN^(21,26,30,32,42), com coletas de sorologia para sífilis durante o primeiro e terceiro trimestre da gestação e no controle de cura mensal dos casos positivos, conforme recomendações nacionais e internacionais⁽¹⁻⁷⁾.

Estratégias como a utilização do teste rápido na rotina PN, vêm sendo incorporadas nos protocolos como ferramenta para evitar as oportunidades perdidas, tanto de diagnóstico como de tratamento, sendo recomendada sua utilização no primeiro contato da gestante com o serviço de saúde ou logo após o diagnóstico da gestação⁽¹⁻⁷⁾. Entretanto os estudos mostram que existe uma baixa utilização dos testes rápidos pelos serviços, sendo que são poucos os que realizam esse procedimento em sua rotina PN^(19,24,25,34), em especial no Brasil - problema que pode ser agravado por outras questões, como inadequação do espaço físico e falta de profissionais capacitados para executar esse tipo de testagem⁽³⁴⁾.

Tratamento das gestantes e parceria na atenção primária à saúde

Assim como o início do PN precoce e rastreamento oportuno, o tratamento adequado das gestantes e parcerias com resultados reagentes, em tempo e com esquema adequado, é fundamental na prevenção da SC⁽¹⁻⁷⁾.

Os estudos aqui reunidos destacam que uma grande parcela das oportunidades perdidas na interrupção da transmissão vertical da sífilis está relacionada ao tratamento da infecção materna, tendo em vista as grandes

porcentagens de mulheres que receberam tratamento inadequado e/ou inoportuno durante a gestação, sendo que as falhas levantadas variam de tratamento com esquema inadequado a início tardio ou não realização deste^(17,20,26,29,32,37,39,42,45,46). Porém, além do tratamento das gestantes, abordagem e tratamento das parcerias sexuais foi relatada como um problema importante^(22,25,30,33,46,47), com altas porcentagens de tratamento inadequado ou não tratamento das parcerias sexuais em diferentes países^(25,29,30,32,35,38,46).

Os desafios relacionados ao tratamento da sífilis gestacional na prevenção da SC se estendem à problemática do uso da penicilina benzatina como medicamento de primeira escolha^(19,23,30,47). Alguns serviços de APS não realizam a aplicação intramuscular da penicilina como um procedimento de rotina⁽³⁰⁾, existindo recusas e encaminhamentos para tratamento em serviços de maior complexidade tecnológica^(19,23). Um fator que corrobora para isso é a insegurança dos profissionais quanto a sua aplicação na APS, em maior parte sustada pelo medo em relação às reações adversas ao medicamento^(19,23,30,47), e que limitam a efetivação do tratamento feito com a droga, via, dose e esquema adequados e em tempo oportuno, essenciais para a cura da mãe e do feto.

Esses achados se contrapõem às recomendações nacionais e internacionais, que enfatizam a necessidade do uso da penicilina benzatina no tratamento da sífilis materna, por se tratar do único medicamento seguro e eficaz, uma vez que é o único capaz de atravessar a barreira placentária e tratar tanto a mãe como o feto. Devido a sua importância na prevenção da SC, esses documentos vêm dando incentivo e suporte para a aplicação segura da penicilina na APS, como forma de facilitar o acesso ao tratamento e aumentar a cobertura de gestantes tratadas adequadamente⁽¹⁻⁷⁾.

Formação e atuação profissional

Como elemento essencial na execução de um trabalho de qualidade, a falta de conhecimento dos profissionais dos serviços de APS em relação às práticas de prevenção da SC tem chamado atenção como um importante obstáculo a ser ultrapassado^(19,20,23,25,28,31,33,36,40).

Lazarini e Barbosa⁽²⁸⁾ constataram que, antes da aplicação de uma intervenção educacional em unidades de APS brasileiras, os profissionais não tinham um conhecimento satisfatório em relação às práticas recomendadas de prevenção da SC, sendo a média de acertos de 53%. Este resultado corrobora a achados de outros estudos, que indicam falhas na adesão dos profissionais às recomendações de manejo da sífilis gestacional em diversos cenários^(19,23,25,31,36,40), com destaque para falta de conhecimento sobre esquemas de tratamento da gestante e parceria com exame positivo^(23,28,36,40) e no controle de cura^(25,36); diferenciação e interpretação de exames treponêmicos e não treponêmicos^(25,36,40); necessidade de notificação compulsória dos casos^(28,40); além da falha nos registros em prontuários⁽⁴³⁾.

Do mesmo modo, foi evidenciada a falta de conhecimento dos profissionais sobre a incidência e perfil epidemiológico da SC nos contextos locais^(25,33), sobre os objetivos nacionais e internacionais de eliminação da SC, assim como sobre os critérios de definição de casos⁽²⁵⁾ e quadro clínico da sífilis⁽³⁶⁾.

Existe uma dificuldade no tratamento adequado dos casos, fortemente relacionada ao despreparo dos profissionais dos serviços de APS para o uso da penicilina nesse nível de atenção⁽²⁵⁾, sendo relatadas ressalvas dos profissionais na aplicação do medicamento^(19,23,31), assim como na testagem e tratamento no mesmo dia⁽³¹⁾.

Os estudos também destacaram dificuldade na abordagem das parcerias, apoiada na falta de treinamento e conhecimento dos profissionais sobre estratégias para comunicação^(19,47). Diante disso, os profissionais não se sentem preparados para lidar com parcerias e não oferecem suporte à gestante para comunicação de resultado positivo às parcerias^(19,33).

Outro obstáculo levantado pelos estudos é a sobrecarga da força de trabalho^(19,46). Gloyd et al.⁽⁴⁶⁾ destacam que a existência e competição de diferentes programas verticais no PN nos EUA sobrecarrega a força de trabalho com uma grande carga de responsabilidades. A necessidade de ampliação dos recursos humanos, os baixos salários e as más condições de trabalho contribuem com a precarização do trabalho desses profissionais⁽⁴⁶⁾.

Adesão, conhecimento e estigma

Nessa categoria foram reunidos estudos que apontam barreiras envolvendo fatores relacionados às gestantes e suas parcerias sexuais, com destaque para a falta de engajamento ao PN e às recomendações, falta de informação e suporte e o estigma gerado em torno da sífilis^(19,22,23,25,31,33,46).

Engajamento ao pré-natal e às recomendações

Os estudos aqui reunidos mostram que um dos possíveis fatores que contribuíram para os casos de SC é a falta de engajamento de gestantes, devido a situações como procura tardia para o início do PN, não adesão à testagem e tratamento pela gestante e, principalmente, ao não comparecimento das parcerias à unidade de saúde^(22,25).

Algumas gestantes não foram capazes de seguir as recomendações que lhes foram feitas, como a testagem ou tratamento para sífilis, mesmo após inúmeras convocações. Apesar dos motivos para esta não adesão as recomendações serem pouco explorados pelos estudos, foi apontada uma dificuldade das mulheres em conseguir folga do trabalho para comparecer às consultas, sem prejudicar a remuneração^(22,23).

Falta de informação

Outra barreira na prevenção da SC considerada pelos estudos foi a falta de informação, sendo destacadas lacunas no conhecimento das gestantes e parcerias sobre a importância do acompanhamento PN⁽³¹⁾, sífilis e suas consequências na gestação^(31,33), assim como falta de informação e consciência sobre saúde sexual e reprodutiva⁽²³⁾.

A desinformação vivenciada pelas mulheres e famílias pode interferir no tempo de ingresso no PN e no diagnóstico oportuno da sífilis e outras IST durante a gestação^(23,31). Porém, mesmo entre as mulheres que realizam o PN, também foi identificada a falta de conhecimento sobre a sífilis, suas manifestações clínicas, risco de transmissão vertical e consequências para a criança, assim como sobre os procedimentos de diagnóstico e tratamento^(19,31,33).

O acesso às ações de prevenção à SC tem como fator determinante a consciência e a percepção das próprias mulheres, famílias e comunidades sobre a saúde e a importância da assistência PN^(23,31,33). Conforme já ressaltado pela OMS⁽⁵⁾, existe a necessidade de trabalhar em conjunto com esses atores, com o objetivo de aumentar a compreensão destes sobre a saúde materno-infantil e garantir uma participação mais ativa no cuidado. Com isso, acredita-se que as questões relativas ao início tardio do PN podem ser superadas a partir do empoderamento das mulheres para buscar o PN.

Medo: estigma e relação com a parceria sexual

Como uma barreira importante no enfrentamento da sífilis pelas gestantes, surge o medo que as mulheres têm de serem estigmatizadas. Rocha et al.⁽¹⁹⁾ ressaltam que existe um sentimento de vergonha das gestantes e parcerias sexuais ao serem encaminhados para serviços de referência para tratamento, o que se transforma em uma barreira para o tratamento oportuno para prevenção da SC. Além disso, as gestantes relatam situações de constrangimento no interior das próprias unidades de APS em função do medo de repreensões feitas pelos profissionais de saúde⁽³³⁾.

Por outro lado, existe também um receio de comunicar a própria parceria sexual sobre a infecção⁽³¹⁾. Em Moçambique, algumas mulheres relatam não notificar suas parcerias devido ao medo de violência doméstica e ruptura familiar⁽⁴⁶⁾. Estudo brasileiro também traz o relacionamento com a parceria como um grande obstáculo na prevenção da SC, especialmente quando essas relações são marcadas por agressividade ou submissão da mulher. Essas situações, nas quais existe uma dificuldade de diálogo e argumentação, transformam o tratamento da parceria em um grande desafio a ser enfrentado⁽³³⁾.

As categorias analisadas colocam em destaque a variabilidade dos obstáculos observados na efetivação das ações de prevenção à SC. Foram aqui reunidos estudos realizados em diferentes contextos políticos, sociais, econômicos e culturais e que enfrentam dificuldades distintas de acordo com o cenário e com os serviços de APS estudados.

Cabe destacar que em todos os estudos surgiram obstáculos relativos a vulnerabilidades sociais e econômicas, qualidade do acompanhamento PN, estigma e desinformação, porém, com as suas singularidades. Nos estudos realizados no contexto do sistema de saúde brasileiro^(19,25,38,40–43,47,28–30,32–36), ganham destaque as questões relativas à qualidade dos serviços e do acompanhamento PN, – tanto relacionados à estrutura como a organização dos serviços –, com um número importante de estudos que relatam a falta de conhecimento profissional.

Em diferentes estados dos EUA^(22,23,26,44,45), predominam as questões associadas às condições socioeconômicas dos indivíduos e sua influência no acesso aos seguros de saúde e, em consequência, aos serviços de assistência PN e às ações de prevenção da SC, como testagem e tratamento. Enquanto em contextos mais vulneráveis como em países africanos^(31,37,46), não só as condições econômicas e sociais individuais aparecem como um determinante de acesso ao PN, mas também as condições dos próprios países, que lidam com a dificuldade dos sistemas de saúde em oferecer acesso ao serviço e garantir a qualidade destes.

A implementação de qualquer política pública ou intervenção em saúde depende de elementos que são específicos do cenário em que são implementados, como contexto socioeconômico, estrutura e organização do sistema de saúde⁽⁵⁰⁾. O presente estudo chama atenção para a necessidade de desenvolver pesquisas que auxiliem no diagnóstico das fragilidades a nível local, buscando avaliar como – e se – de fato as intervenções funcionam em determinados cenários a fim de promover estratégias mais eficazes para superação dos obstáculos identificados.

Limitações do Estudo

Pode-se apontar como limite dos resultados encontrados o uso de estratégias para busca de barreiras ou dificuldades da prevenção da SC exclusivamente no âmbito de serviços de APS, uma vez que, com a eleição de palavras-chave com esse foco, encontrou-se uma relativa escassez de estudos em revistas indexadas. Nesse mesmo sentido, a não utilização de literatura cinzenta também pode ser apontada como uma limitação, dada a existência de um grande número de boletins e documentos técnicos relativos ao tema. Entretanto, dentro dos limites apontados e considerando a amplitude e diversidade dos achados, pode-se afirmar que a questão norteadora foi respondida de modo consistente.

Contribuições para a Área

Esse estudo procurou destacar pontos sensíveis a intervenções nos diferentes níveis de gestão, identificando barreiras que possam ser consideradas nos processos de avaliação, monitoramento, planejamento e fortalecimento dos serviços de APS na prevenção eficaz da SC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma grande diversidade de barreiras a serem ultrapassadas para, de fato, alcançarmos melhores resultados na prevenção da transmissão vertical da sífilis. Ganha destaque nesse estudo a importância dos determinantes relativos aos serviços e a qualidade do cuidado prestado – tanto em termos de acesso ao PN e provimento de condições materiais, como em termos da necessidade de investimento na formação profissional e organização da rotina de serviços – como aspectos de maior governabilidade e que devem ser alvo de medidas urgentes por parte das instâncias públicas de gestão, para identificar e superar essas dificuldades. Sendo assim, existe uma necessidade de investimentos locais na qualificação e formação profissional, assim como na disponibilidade de recursos materiais e de condições de trabalho que viabilizem a execução dos protocolos de maneira eficaz.

Faz-se necessário promover esforços, tanto por parte das políticas públicas como dos serviços de APS na direção de identificar as vulnerabilidades sociais, as percepções e as crenças predominantes na população adscrita, de modo a reconhecer de que maneira esses fatores influenciam na produção do cuidado, fundamentando o desenvolvimento de estratégias participativas de diálogo, reelaboração de valores e estímulo ao autocuidado, para a garantia da proteção e promoção da saúde da mãe e do feto.

Para além do reforço a medidas globais para superação do conjunto de barreiras apontadas neste estudo, a tomada de medidas concretas dependerá da identificação dos obstáculos enfrentados para prevenção da SC em cada contexto específico. Esse é um movimento importante para que gestores e atores envolvidos na tomada de decisão possam entender quais os desafios que persistem e se

reiteram na organização e práticas nos serviços e de que maneira podem ser superados, de modo a que se planejem ações efetivas para prevenção da SC.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2020 Oct 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 Oct 15]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Oct 15]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
4. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2020 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en/>
5. World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>
6. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis [Internet]. 2th ed. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Oct 21]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>
7. World Health Organization. Syphilis screening and treatment for pregnant women [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-ANC-screenandtreat-guidelines/en/>
8. Taylor M, Gliddon H, Nurse-Findlay S, Laverty M, Broutet N, Pyne-Mercier L, et al. Revisiting strategies to eliminate mother-to-child transmission of syphilis. *Lancet Glob Heal*. 2018;6(1):e26–8. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30422-9.
9. Pan American Health Organization. Resolution CD50.R12 - Strategy and Plan of Action for the elimination of mother to-child transmission of HIV and Congenital Syphilis [Internet]. Washinton, D.C.: PAHO; 2010 [cited 2020 Oct 21]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/cd50r12-resolution-strategy-and-plan-action-elimination-mother-child-transmission-hiv-and>

10. Pan American Health Organization. Field Guide for Implementation of the Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas [Internet]. Washinton, D.C.: PAHO; 2014 [cited 2020 Oct 21]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6080?locale-attribute=pt>.
11. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Saman Wijesooriya N, Guy Mahiané S, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211720. doi: 10.1371/journal.pone.0211720
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis - 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm*. 2008;17(4):758–64. doi:10.1590/s0104-07072008000400018
14. Whittemore R, Knafl K. Methodological Issues in Nursing Research: The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad Saude Publica*. 2019;36(1):e00057219. doi: 10.1590/0102-311X00057219
17. Freitas CHSM, Forte FDS, Roncalli AG, Galvão MHR, Coelho AA, Dias SMF. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. *Rev Saude Publica*. 2019;53:76. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053001205.
18. Maschio-Lima T, De Lima Machado IL, Zen Siqueira JP, Gottardo Almeida MT. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2020 Sep 11];19(4):865–72. doi: 10.1590/1806-93042019000400007
19. Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, Leon RGP, Junior GBS, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):65. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053001205
20. Silveira MF, Ponce de Leon RG, Becerra F, Serruya SJ. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: A multicountry analysis. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2019;43:e31. doi: 10.26633/RPSP.2019.31.
21. Andrade ALMB, Magalhães PVVS, Moraes MM, Tresoldi AT, Pereira RM. Late diagnosis

- of congenital syphilis: a recurring reality in women and children health care in Brazil. *Rev Paul Pediatr*. 2018 Jul 26;36(3):376–81. doi: 10.1590/1984-0462/2018;36;3;00011.
22. DiOrio D, Kroeger K, Ross A. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014 to 2016. *Sex Transm Dis*. 2018 Jul;45(7):447–51. doi:10.1097/OLQ.0000000000000783.
 23. Kroeger KA, Sangaramoorthy T, Loosier PS, Schmidt R, Gruber DA. Pathways to Congenital Syphilis Prevention: A Rapid Qualitative Assessment of Barriers, and the Public Health Response, in Caddo Parish, Louisiana. *Sex Transm Dis*. 2018;45(7):442–6. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000787.
 24. Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, Cardoso ÉK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2018;13(40):1–8. doi: 10.5712/rbmfc13(40)1723.
 25. Rodrigues DC, Domingues RMSM. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2018 Apr 6;33(2):329–44. doi: 10.1002/hpm.2463.
 26. Slutsker JS, Hennessy RR, Schillinger JA. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases - New York City, 2010-2016. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2018 Oct;67(39):1088–93. doi: 10.15585/mmwr.mm6739a3.
 27. Cha S, Malik T, Abara WE, DeSimone MS, Schumann B, Mallada E, et al. Screening for Syphilis and Other Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women - Guam, 2014. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2017 Jun;66(24):644–8. doi: 10.15585/mmwr.mm6624a4.
 28. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in primary care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2845. doi: 10.1590/1518-8345.1612.2845.
 29. Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Profile of notified cases of congenital syphilis. *Cogitare enferm*. 2017;22(2):e48949. doi: 10.5380/ce.v22i2.48949.
 30. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR, Castanheira ERL. Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. *Rev Saude Publica*. 2017;51:77. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051006711.
 31. Nkamba D, Mwenechanya M, Kilonga AM, Luisa Cafferata M, Mabel Berrueta A, Mazzoni A, et al. Barriers and facilitators to the implementation of antenatal syphilis screening and treatment for the prevention of congenital syphilis in the Democratic Republic of Congo and Zambia: results of qualitative formative research. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):556. doi: 10.1186/s12913-017-2494-7.
 32. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. *Rev Bras*

- Saúde Mater Infant. 2017;17(4):791–9. doi: 10.1590/1806-93042017000400010.
33. Vianna PVC, Helbusto NB, Barbosa RJ, Santos MHS. Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista [Internet]. *Rev Univap*. 2017;23(42):35–50 [cited 2020 Sep 17]. Available from: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1779/1401>.
 34. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelo LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implementation of fast tests for syphilis and HIV in prenatal care in Fortaleza – Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):62–6. doi: 10.1590/0034-7167.2016690108i.
 35. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Syphilis in pregnancy and factors associated with congenital syphilis in Belo Horizonte-MG, Brazil, 2010-2013. *Epidemiol serv saúde*. 2015;24(4):681–94. doi: 10.5123/S1679-49742015000400010.
 36. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFV, Moura HJ, Esteves ABB. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza-CE, Brazil. *Texto e Context Enferm*. 2014;23(2):278–85. doi: 10.1590/0104-07072014000510013.
 37. Dinh T-H, Kamb ML, Msimang V, Likibi M, Molebatsi T, Goldman T, et al. Integration of preventing mother-to-child transmission of HIV and syphilis testing and treatment in antenatal care services in the Northern Cape and Gauteng provinces, South Africa. *Sex Transm Dis*. 2013 Nov;40(11):846–51. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000042.
 38. Araújo CL, Shimizu HE, Souza AIA. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):479–86. doi: 10.1590/S0034-89102012000300010.
 39. Parker LA, Deschutter EJ, Bornay-Llinares FJ, Hernandez-Aguado I, Silva G, Piragine RC, et al. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. *Int J Infect Dis*. 2012 Apr;16(4):e256–61. doi: 10.1016/j.ijid.2011.12.005.
 40. Andrade RF, Lima NB, Araújo MAL, Silva DM, Melo SP. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. *DST j bras doenças sex transm*. 2011;23(4):188–93. doi: 10.5533/2177-8264-201123407.
 41. Vidal SA, Samico IC, Frias PG, Hartz ZMA. An exploratory study of the costs and consequences of prenatal care in the Family Health Program. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):467–74. doi: 10.1590/S0034-89102011005000014.
 42. Assunção-Ramos AV, Ramos Jr AN. Transmissão vertical de doenças: aspectos relativos ao vírus da imunodeficiência humana e ao treponema pallidum em Fortaleza, Ceará, Brasil [Internet]. *Rev APS*. 2009;12(2):194–203 [cited 2020 Sep 23]. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14156>.
 43. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente [Internet]. *Rev APS*. 2008;11(1):4–9 [cited 2020 Sep 23]. Available from: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/004-009.pdf>.

44. Fowler CI, Gavin NI, Adams EK, Tao G, Chireau M. Racial and ethnic disparities in prenatal syphilis screening among women with medicaid-covered deliveries in Florida. *Matern Child Health J.* 2008;12:378–93. doi: 10.1007/s10995-007-0247-7.
45. Taylor MM, Mickey T, Browne K, Kenney K, England B, Blasini-Alcivar L. Opportunities for the prevention of congenital syphilis in Maricopa County, Arizona. *Sex Transm Dis.* 2008;35(4):341–3. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31815bb335.
46. Gloyd S, Montoya P, Floriano F, Chadreque MC, Pfeiffer J, Gimbel-Sherr K. Scaling up antenatal syphilis screening in mozambique: Transforming policy to action. *Sex Transm Dis.* 2007 Jul;34(7):S31–6. doi: 10.1097/01.olq.0000264586.49616.72.
47. Ramos Jr. AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MAS, Pontes RJS. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad Saude Publica.* 2007;23(3):S370–8. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31815bb335.
48. Kahn JG, Jiwani A, Gomez GB, Hawkes SJ, Chesson HW, Broutet N, et al. The cost and cost-effectiveness of scaling up screening and treatment of syphilis in pregnancy: A model. *PLoS One.* 2014 Jan 29;9(1):e87510. doi: 10.1371/journal.pone.0087510.
49. Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *Br Med J.* 2005 Nov 12;331(7525):1107–10. doi: 10.1136/bmj.331.7525.1107.
50. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *Br Med J.* 2007 Mar 3;334(7591):455–9. doi: 10.1136/bmj.39108.379965.BE.

4.2 Artigo 2 - Construindo modelos para avaliar a prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária

Os resultados são apresentados a seguir na forma da proposta de um manuscrito a ser submetido à apreciação da Revista Epidemiologia e Serviços em Saúde.

RESUMO

Objetivo: propor um modelo teórico-lógico e uma matriz avaliativa das ações de prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária à saúde. Método: o modelo teórico lógico e matriz avaliativa foram elaborados a partir de pesquisa bibliográfica, análise documental e utilização de variáveis selecionadas do questionário QualiAB. Resultados: A dimensão avaliativa “Prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde”, é constituída por 31 indicadores reunidos

em quatro domínios: “Infraestrutura e recursos básicos”, “Ações educativas e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis”, “Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida” e “Prevenção da sífilis congênita no pré-natal”. Conclusão: A matriz abrange as condições da estrutura física, recursos materiais e humanos e da organização das ações de prevenção da sífilis congênita, possibilitando olhar para o processo de trabalho dos serviços de atenção primária e identificar suas potencialidades e fragilidades, visando contribuir com o planejamento e definição de estratégias para fortalecer e qualificar a atuação dos serviços.

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços, Prevenção de Doenças, Transmissão Vertical de Doenças Infecciosas.

Introdução

Dados mundiais apontam que a ocorrência de sífilis materna causou em torno de 355.000 resultados adversos em gestações no ano de 2016, entre eles aproximadamente 140.000 óbitos fetais precoces e natimortos, 14.000 óbitos neonatais, 41.000 prematuros ou com baixo peso e 109.000 casos de sinais clínicos em recém-nascidos. Neste ano, a taxa de incidência de sífilis congênita (SC) foi de 4,73/mil nascidos vivos (NV), com 660.000 casos notificados¹. No Brasil, a taxa de incidência deste agravo foi de 8,2/1.000 NV em 2019, com 24.130 casos notificados, dos quais 1.957 apresentaram algum desfecho desfavorável da gestação².

Devido à magnitude e graves repercussões da SC na saúde materno-infantil, protocolos para a sua prevenção têm sido amplamente desenvolvidos nas últimas duas décadas, resultando em recomendações atualmente muito bem estabelecidas. Trata-se de um agravo cuja transmissão pode ser interrompida em diferentes momentos, por práticas realizadas rotineiramente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva (SSR), prevenção e assistência às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e rastreamento e tratamento da infecção materna³⁻⁸.

Por se tratar de um agravo evitável, a SC é considerada um evento sentinela cuja ocorrência significa uma importante lacuna na assistência à saúde⁹. A

avaliação dos serviços de saúde com foco na organização das ações de prevenção da SC permite compreender o quanto as práticas inseridas nas rotinas dos serviços se aproximam do que é preconizado pelos protocolos e diretrizes nacionais e internacionais³⁻⁸, uma vez que o conhecimento teórico bem estabelecido sobre os mecanismos de prevenção por si só não têm sido suficientes para evitar a elevada incidência desse agravo.

Na pesquisa avaliativa, a modelagem é considerada um instrumento valioso, pois possibilita a representação visual dos aspectos estruturais e operacionais de determinadas intervenções e/ou programas em saúde e das interações produzidas na sua efetuação¹⁰. A elaboração de um modelo teórico-lógico é um processo complexo que implica a identificação de aspectos como: as especificações sobre o problema, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo e recursos necessários. Seu desenvolvimento permite agregar conhecimento sobre o objeto de estudo e correlacioná-lo com a atuação esperada pelos serviços de saúde, ou seja, a partir da teorização do objeto, se torna possível elencar indicadores que podem mensurar a qualidade da atenção prestada^{10,11}.

Nesse sentido, modelar as ações de prevenção à SC na APS pode contribuir para sistematizar avaliações de serviços que procurem superar o *gap* existente entre os protocolos de prevenção da SC e o padrão epidemiológico de ocorrência desse agravo. A modelagem permite construir avaliações de serviços que abordem as diferentes dimensões envolvidas nas ações de prevenção.

Este estudo tem como objetivo desenvolver um modelo teórico-lógico sobre a prevenção da SC na APS e propor uma matriz de indicadores para avaliar a organização da atenção realizada nos serviços de APS.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, envolvendo análise documental e revisão de literatura científica para desenvolvimento de um modelo teórico-lógico e proposição de uma matriz avaliativa.

Para a construção do modelo teórico-lógico foram utilizadas duas referências em modelagem: Medina et al. (2005)¹⁰ e Mc Laughlin e Jordan (1999)¹².

Foram percorridas as etapas: 1^a) coleta de informações relevantes; 2^a) definição clara do problema e seu contexto; 3^a) definição dos elementos e desenho do modelo.

Utilizou-se da pesquisa bibliográfica e da análise documental como estratégias para coleta de informações relevantes para melhor compreender a problemática e o contexto que envolve a prevenção da SC nos serviços de APS. Foram realizadas consultas a documentos produzidos pelo Ministério da Saúde³, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁴ e Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵⁻⁸ e em seguida foi realizada uma revisão integrativa com busca em quatro bases de dados (Pubmed, SCOPUS, Web of Science, LILACS e SciELO), envolvendo a produção nacional e internacional sobre as barreiras na prevenção da APS.

A partir da leitura dos textos, foram identificados os principais elementos que compõem a modelagem¹⁰: os componentes do programa, as atividades requeridas para sua implementação e os resultados esperados a curto e longo prazo, inseridos num determinado contexto. A articulação entre esses elementos embasou a construção de um modelo teórico-lógico, que expressa o conjunto dos pressupostos éticos, políticos e organizacionais que devem orientar a implementação de práticas nos serviços para que os resultados esperados possam ser alcançados; e a elaboração de um modelo lógico, que sistematiza as ações preconizadas, aproximando-se mais do campo das práticas nos serviços de APS.

Com base no modelo lógico, foi desenvolvida uma matriz avaliativa, composta por 31 indicadores que traduzem as práticas esperadas pelos serviços de APS na prevenção da SC, e a classificação deles em domínios.

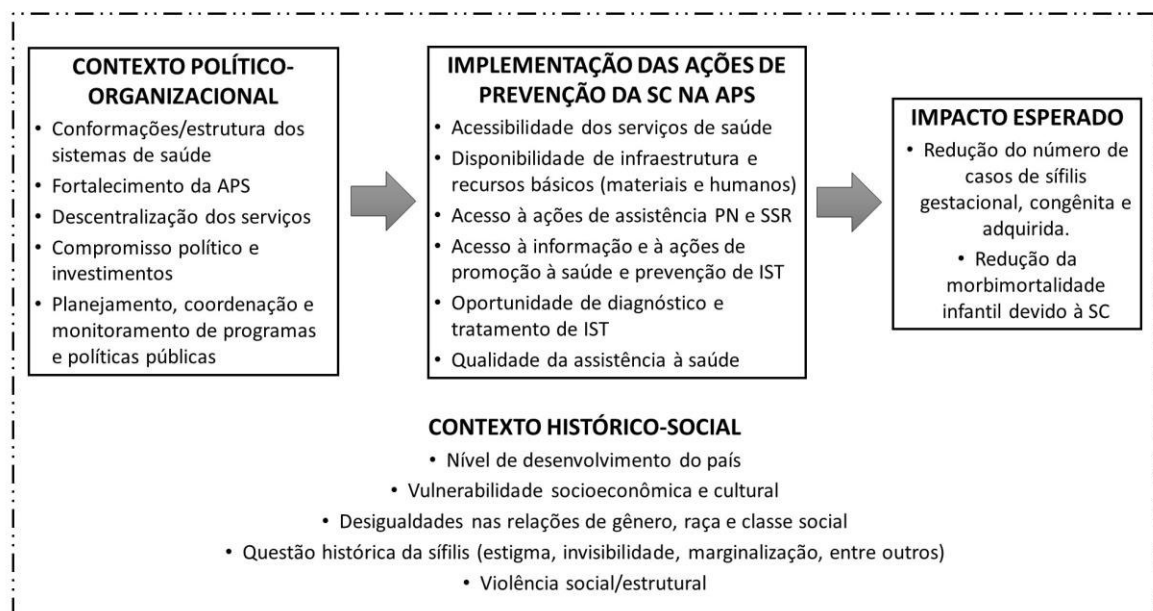
Tendo como base os elementos incorporados no modelo-lógico foram identificados indicadores que refletem características da estrutura dos serviços e ações preconizadas pela literatura e órgãos oficiais que são necessárias para a garantia da qualidade da prevenção da SC dentro dos serviços de APS.

Os indicadores utilizados na matriz foram selecionados com base nas informações contidas em questões do instrumento *Questionário Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica – QualiAB*, versão aplicada em

2016/2017, como parte do projeto intitulado “Qualificação da Rede de Cuidado em DST, HIV/aids e Hepatites Virais em regiões prioritárias do estado de Santa Catarina e de São Paulo - QualiRedeHIV”¹³, realizado com financiamento do PROADI SUS – Hospital Sírio Libanês, e coordenado por docentes da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo (FMUSP) em parceria com a Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/Unesp).

O QualiAB é um instrumento validado, auto aplicado eletronicamente, dirigido aos gerentes e equipes de serviços de APS. Trata-se de um questionário com foco na organização do trabalho em saúde, propondo indicadores de qualidade que apontem quais as atividades/ações realizadas nos serviços, como são desenvolvidas e o quanto se aproximam do padrão desejável, segundo as diretrizes postas à APS no SUS. Este instrumento define um conjunto de indicadores de processo e estrutura que englobam as diferentes etapas de promoção, prevenção e assistência à saúde das ações e programas sob responsabilidade da APS¹⁴.

Resultados



SC = sífilis congênita; APS = Atenção Primária à Saúde; PN = pré-natal; SSR = saúde sexual e reprodutiva; IST = Infecções sexualmente transmissíveis

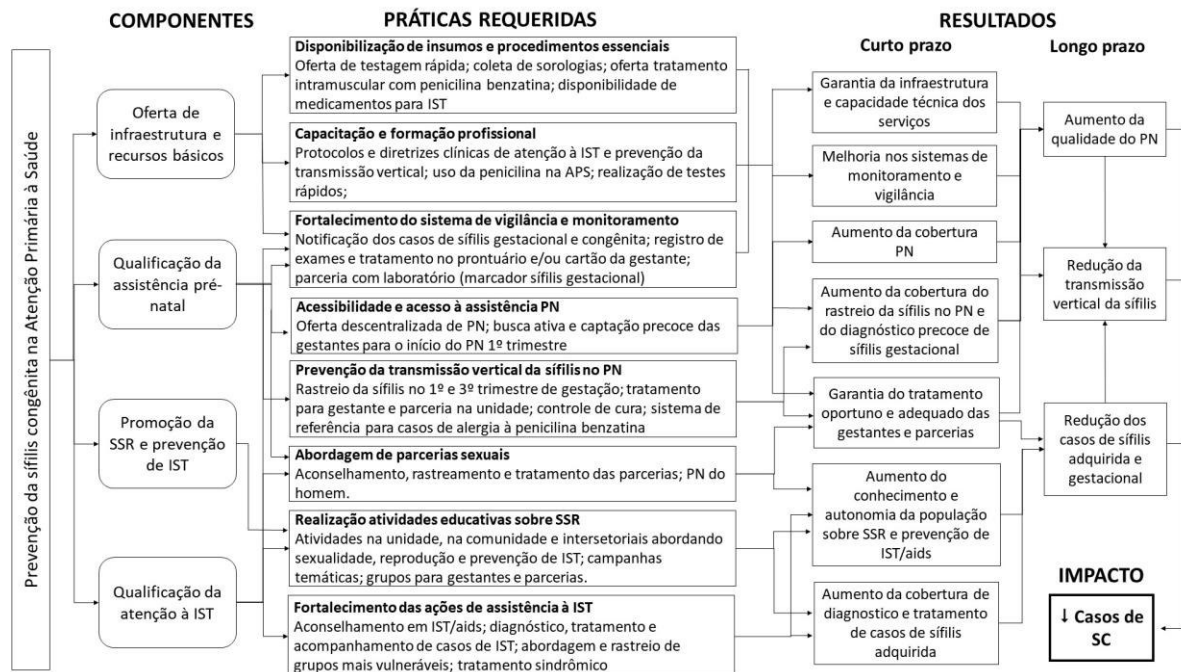
Fonte: própria autora

Figura 1 - Modelo teórico-lógico de contextualização da implementação das ações de prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde.

A prevenção da SC e sua eliminação como um problema de saúde pública, implica em esforços em diferentes áreas, considerando a multideterminação

desse agravo. Apresenta-se na Figura 1, o modelo teórico-lógico desenvolvido na intenção de ilustrar os diversos fatores que contextualizam e influenciam a implementação das ações de prevenção à SC nos serviços de APS e sua efetividade.

A seguir, foi desenvolvido um modelo lógico, que operacionaliza o processo de trabalho dos serviços na implementação das ações de prevenção à SC, com a intenção de descrever, de maneira clara e objetiva, os principais componentes, atividades e resultados obtidos quando executadas as ações preconizadas (Figura 2).



SC = sífilis congênita; APS = Atenção Primária à Saúde; PN = pré-natal; SSR = saúde sexual e reprodutiva; IST = Infecções sexualmente transmissíveis

Fonte: própria autora

Figura 2 - Modelo lógico de implementação das ações de prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde.

A partir do modelo lógico foram selecionadas variáveis retiradas do QualiAB que originaram 31 indicadores, categorizados em quatro domínios: “Infraestrutura e recursos básicos”, “Ações educativas e prevenção de IST”, “Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida” e “Prevenção da SC no PN”, que definem uma matriz de avaliação da dimensão *Prevenção da SC na APS* (Quadro 1).

Quadro 1 - Matriz teórica para avaliação da dimensão prevenção da SC na APS

Matriz teórica para avaliação da dimensão prevenção da SC na APS		
Domínio	Escopo das ações na APS	Número de indicadores
<i>Infraestrutura e recursos básicos</i>	Garantia de recursos humanos e materiais para realização das ações preconizadas, assim como a oferta de procedimentos básicos e capacitação técnica dos profissionais e serviços.	10
<i>Ações educativas e prevenção de IST</i>	Ações de educação em saúde voltadas ao incentivo à autonomia na vivência da sexualidade e da reprodução, com empoderamento individual na participação do processo de saúde-doença, além de realização de atividades intersectoriais e abordando grupos de maior vulnerabilidade.	7
<i>Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida</i>	Assistência às IST, em especial da sífilis, com realização de diagnóstico, tratamento, monitoramento e acompanhamento de indivíduos portadores, considerando a importância de estratégias para a adesão.	7
<i>Prevenção da SC no pré-natal</i>	Cuidados pré-natais que influenciam na efetividade das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis	7
Total de indicadores da dimensão prevenção da SC na APS		31

SC = sífilis congênita; APS = Atenção Primária à Saúde; SSR = saúde sexual e reprodutiva; IST = Infecções sexualmente transmissíveis

A Quadro 2 apresenta os indicadores selecionados do instrumento QualiAB que compõe a matriz avaliativa, categorizados em seus respectivos domínios.

Quadro 2 - Indicadores da dimensão prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde retiradas do QualiAB, segundo domínios, 2017 (n=2565).

Dimensão prevenção da SC na APS
Indicadores
Infraestrutura e recursos básicos (10)
Disponibilidade de clínico geral e/ou médico de família fixo na unidade
Disponibilidade de Enfermeiro fixo na unidade
Disponibilidade de preservativo masculino na unidade
Disponibilidade de preservativo feminino na unidade
Coleta de material para exames laboratoriais (sangue e urina) como procedimento de rotina na unidade
Disponibilidade de teste rápido para sífilis na unidade
Disponibilidade dos medicamentos para IST mais utilizados
Aplicação da Penicilina Benzatina (Benzetacil) como procedimento de rotina na unidade
Participação em estratégias de formação e/ou educação permanente sobre IST e aids no último ano
Acesso a serviços de referência em IST, aids e hepatites virais
Ações educativas e prevenção de IST (7)
Prevenção de IST/aids abordada em ações de educação em saúde realizadas na comunidade no último ano
Tema IST/aids abordado em ações de educação em saúde realizadas na unidade no último ano
Orientações sobre sexualidade e prevenção de IST/aids incluídas na rotina da atenção ao adolescente na unidade
Orientações sobre sexualidade e prevenção de IST/aids incluídas em ações para atenção ao adolescente desenvolvidas na comunidade

Ações abordando IST, aids e hepatites virais desenvolvidas com regularidade na atenção ao adulto
Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas como público-alvo das ações programáticas de prevenção de IST/aids realizadas pela unidade

Grupos mais vulneráveis (caminhoneiros, profissionais do sexo, entre outros) como público alvo das ações programadas de prevenção de IST/aids realizadas pela unidade.

Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida (7)

Convocação de usuários faltosos com Sífilis

Convocação de usuário em caso de resultado positivo em sorologia para sífilis

Realização de teste rápido ou sorologia para sífilis em caso sugestivo de IST/aids

Orientação sobre diagnóstico e tratamento em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis

Orientação de cuidado com as parcerias em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis

Tratamento e seguimento realizado na própria unidade em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis

Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória em casos de sífilis

Prevenção da sífilis congênita no pré-natal (7)

Proporção média de gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre superior a 80%

Solicitação de teste rápido ou sorologia para sífilis no 1º e 3º trimestre gestacional

Oferta de tratamento da sífilis para gestante e parcerias na unidade

Convocação de gestantes faltosas

Realização de 6 ou mais consultas de pré-natal

Ausência de SC na unidade nos últimos 3 anos

SC = sífilis congênita; APS = Atenção Primária à Saúde; IST = Infecções sexualmente transmissíveis

Discussão

O modelo e a matriz propostos, expõem a importância da avaliação da organização das ações de prevenção da SC nos serviços de APS para qualificação da assistência à saúde no âmbito do SUS, em busca da redução da morbimortalidade infantil devido a este agravo no país.

A enorme lacuna existente entre as diretrizes e protocolos para a prevenção da SC no país e sua aplicação na rotina dos serviços geram impactos negativos sobre as condições de saúde da população. Para além da oferta das ações preconizadas, existe uma enorme diversidade de fatores que influenciam em como estas são executadas dentro da realidade de cada contexto específico.

Travassos e Martins¹⁵, ao estudarem a relação entre acesso e utilização de serviços de saúde constataram que embora o acesso se relacione à oferta de serviços, a utilização é sobredeterminada por outros fatores. Juntamente ao acesso, atributos individuais podem influenciar na utilização dos serviços de saúde, assim como fatores contextuais referentes a realidade em que determinada intervenção é

implementada¹⁵. Estes fatores devem ser verificados com cuidado e atenção, buscando identificar e apreender as relações existentes entre realidade/contexto, processo e resultados, com objetivo de levantar dados que possam guiar o processo de tomada de decisão e a organização do trabalho¹⁶.

O desenvolvimento de um modelo teórico-lógico apresentado na figura 2, procurou representar os fatores que influenciam na implementação das ações nos serviços de saúde.

Foram elencados aspectos de ordem social, econômica, histórico e cultural que interferem não só na possibilidade de acesso da população aos serviços de saúde, mas também que determinam a maneira como se dá a utilização desses serviços e quais os recursos que os indivíduos possuem para significá-lo¹⁷⁻²⁵. Optou-se por nomear esse componente como contexto histórico-social, como maneira de destacar fatores que se encontram externos à organização político-institucional e à operacionalização dos sistemas e serviços de saúde, mas que influenciam, tanto quanto estes, na exposição e/ou proteção dos indivíduos à sífilis e outras IST.

Cabe aqui ressaltar a transversalidade deste componente, uma vez que possui relação com todos os elementos apresentados no modelo, daqueles definidos em um nível mais macro da estrutura social e do sistema de saúde, aproximando-se dos que envolvem a implementação das ações de prevenção pelos profissionais e serviços de saúde e no real impacto dessas ações na saúde de cada indivíduo.

O contexto político-organizacional corresponde a fatores relativos ao suporte político e governamental que influenciam na organização e estruturação do sistema e dos serviços de saúde para a implementação das ações de prevenção na APS^{18-20,22,24}. Esses itens atuam como determinantes do sistema de saúde na qualificação e possibilidade de acesso da população às ações de prevenção à SC.

Como exemplo temos o incentivo às ações de rastreamento da sífilis gestacional e seu tratamento em tempo oportuno, que são considerados pontos-chave na interrupção da cadeia de transmissão vertical da sífilis, tornando imperativo o aumento da cobertura dessas ações e da assistência PN pelos sistemas de saúde^{5,6}. Entretanto, para garantir tal condição, se faz necessário que esses sistemas se organizem de forma a adequar-se às diretrizes e recomendações

propostas, tanto em relação a sua estrutura - referente a infraestrutura física, articulação de redes de apoio, desenvolvimento de fluxo de atenção, fortalecimento de sistemas de vigilância e monitoramento -, quanto em relação à garantia do direito de acesso a esses serviços^{5,6}.

No caso da SC, além dos contextos citados anteriormente têm se enfatizado cada vez mais a importância da implementação das ações para sua prevenção dentro da rotina dos serviços de APS, na qual a literatura têm demonstrado falhas na interrupção da transmissão vertical da sífilis devido ao comprometimento da qualidade da assistência à saúde, principalmente no cuidado PN^{9,26,27}.

Os quatro componentes elencados no modelo lógico – que deram base para os quatro domínios propostos na matriz avaliativa – são interpretados como eixo de ações que devem ser incentivadas e desenvolvidas dentro dos serviços de APS para que sejam atingidos resultados satisfatórios na prevenção da SC. O primeiro componente “*Oferta de infraestrutura e recursos básicos*”, tem como principal objetivo garantir a capacidade técnica dos serviços para a realização das ações de prevenção à SC. Para isso, é necessário que os serviços de saúde possuam recursos humanos e insumos suficientes para a execução das ações preconizadas, além da oferta mínima de procedimentos estabelecidos pelos protocolos.

Como exemplo do aspecto supracitado tem-se a aplicação intramuscular de penicilina benzatina, que é um dos procedimentos essenciais para a prevenção da SC, uma vez que é o único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto³⁻⁸. Sua disponibilidade e administração na rotina nos serviços de APS é primordial para que se garanta o acesso das gestantes a um tratamento seguro, eficaz e oportuno da sífilis na gestação³⁻⁸. Outro procedimento essencial para oportunizar o diagnóstico e tratamento precoce da sífilis é a realização de teste rápido nos serviços, especialmente quando inseridos na rotina de acompanhamento PN, sendo preconizada a sua realização logo no primeiro contato da gestante com o serviço de saúde³⁻⁸. Entretanto, estudos têm mostrado falhas na execução destes procedimentos pelos serviços, em maior parte baseada na

insegurança dos profissionais de saúde e falta de conhecimento para execução dessas ações^{18,25,28-30}.

Para além da garantia de recursos humanos e materiais, a oferta de infraestrutura também inclui a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para executarem tais ações com confiança e responsabilidade. A educação permanente e a melhoria da formação profissional neste seguimento têm sido enfatizadas como maneiras de garantir o engajamento dos profissionais com a problemática da SC como uma questão de saúde pública, assim como aprimorar as competências clínicas e a tomada de decisões³⁻⁸.

A assistência PN é considerada o momento ideal para a adoção das medidas de prevenção e controle da SC. Ações visando o seu fortalecimento vêm sendo incentivadas, tanto no que tange ao aumento da oferta e descentralização das ações, visando um aumento em sua cobertura, como na qualificação do cuidado prestado pelos profissionais³⁻⁸.

O rastreamento da sífilis no PN, deve ser realizado pelo menos três vezes na gestação, sendo duas delas durante o acompanhamento PN na APS - primeiro e terceiro trimestre gestacional -, seguido do tratamento adequado e oportuno das gestantes no próprio serviço³⁻⁸. Porém, mesmo em casos de mulheres com acesso ao acompanhamento PN em tempo oportuno, evidenciam-se falhas no rastreio para sífilis durante a gestação, principalmente devido a testagem tardia ou não testagem, fazendo com que as gestantes não sejam diagnosticadas e tratadas em tempo adequado^{23,26}.

Somado ao rastreamento e tratamento dos casos de sífilis gestacional, a prevenção da SC deve ser desenvolvida através de uma estratégia pautada em ações complementares, como: existência de uma política nacional e diretrizes adaptadas localmente sobre a prevenção; garantia de acesso descentralizado de todas as mulheres em idade fértil ao PN; realização de busca ativa de gestantes pelos serviços para início do PN no primeiro trimestre gestacional; formação de profissionais de saúde competentes na prevenção da sífilis; existência de um sistema de referência funcional para as mulheres com alergia à penicilina benzatina; existência de um sistema de vigilância e monitoramento efetivo; assim como,

realização de ações de educação em saúde que fortaleçam a autonomia das mulheres em relação à SSR³⁻⁸.

A SC é a apresentação da sífilis de maior impacto para a saúde pública devido à sua evitabilidade e à alta frequência de desfechos graves para a gestação e para a criança³⁻⁸, o que justifica o foco dado a sua prevenção durante o acompanhamento PN. Porém, sabe-se que a prevenção também se beneficia de estratégias voltadas a diminuição dos casos de sífilis em mulheres em idade fértil e suas parcerias sexuais, como as ações de promoção da SSR, possibilitando a vivência da sexualidade com segurança e consciência – especialmente visando grupos considerados de maior vulnerabilidade –, e da assistência integral às IST nos serviços de APS, com rastreamento, tratamento, acompanhamento e monitoramento dos casos na população⁶.

A partir desses pressupostos, surgem os dois últimos componentes: a *Qualificação da assistência à IST*, que implica no fortalecimento das ações de atenção às IST dentro dos serviços de APS, como o aconselhamento, o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos de IST, dando ênfase ao rastreamento de grupos mais vulneráveis; e a *Promoção da SSR e prevenção de IST*, que envolve principalmente as atividades de educação em saúde sobre SSR realizadas na unidade ou na comunidade, abordando a sexualidade, reprodução e prevenção de IST.

O acesso às ações de prevenção à SC tem como fator determinante a consciência e a percepção dos indivíduos, famílias e comunidades sobre a saúde e a importância da assistência PN^{18,20,21}. Conforme ressaltado pela OMS⁶, é importante que exista um trabalho de educação em saúde junto a esses atores, com o objetivo de aumentar a compreensão destes sobre a saúde materno-infantil e garantir uma participação mais ativa no cuidado.

O presente trabalho apresenta como limite a não realização de metodologias de validação do modelo proposto. Entretanto, as estratégias utilizadas neste estudo permitiram disponibilizar um modelo avaliativo que possibilita identificar e dar visibilidade aos principais desafios a serem enfrentados pelos serviços de APS para efetivação da prevenção à SC. Coloca-se a validação do modelo como

questão importante a ser explorada por pesquisas futuras, buscando maior especificidade e capacidade de contribuir para a implementação de mudanças.

A construção do modelo teórico-lógico não é uma etapa obrigatória na realização da pesquisa avaliativa, porém, o seu desenvolvimento permite uma aproximação do objeto de estudo e sustenta os valores que embasam o julgamento a ser realizado pelos indicadores. O modelo avaliativo proposto possibilita olhar para o processo de trabalho dos serviços de APS, enxergando suas potencialidades e fragilidades. Sua aplicação visa contribuir na tomada de decisão, no planejamento e na definição de estratégias para fortalecer a prevenção, detecção e assistência à SC na APS rumo a eliminação deste agravo.

Referências

1. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Saman Wijesooriya N, Guy Mahiané S, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211720. . doi: 10.1371/journal.pone.0211720
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis - 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e HV. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
4. Pan American Health Organization. Field Guide for Implementation of the Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas. Washinton, D.C.: PAHO; 2014.
5. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en/>
6. World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2019 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>
7. World Health Organization. Syphilis screening and treatment for pregnant women [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-ANC-screenandtreat-guidelines/en/>
8. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis [Internet]. 2th ed. Geneva: WHO; 2017. Available from:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>

9. Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Congenital syphilis: A sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saude Publica*. 2013;47(1):147–57. doi: 10.1590/S0034-89102013000100019.
10. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZM de A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 41–63. Available from: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>
11. Hartz ZMA. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. 132 p.
12. Mc Laughlin JA, Jordan GB. Logic models: A tool for telling your program's performance story. *Evaluation and Program Planning*. 1999 mar;22(1):65–72.
13. Nemes MIB, Castanheira ERL, Alves AM, Adania CSS, Loch AP, Monroe AA, et al. The Qualirede intervention: Improving the performance of care continuum in HIV, congenital syphilis, and hepatitis C in health regions. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 8];22(1). doi: 10.1590/1980-549720190010.supl.1
14. Castanheira ERL, Nunes LO, Carrapato JFL, Sanine PR, Zarili TFT, Ramos NP, et al. Avaliação de serviços de atenção básica pelo sistema QualiAB: desenvolvimento e análise (2006-2018). In: *Atenção Básica é o caminho Desmontes, Resistências e Compromissos - Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2020. p. 371–396.
15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Sup 2):S190–8. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014.
16. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29–48.
17. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the state of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2020 Sep 11];19(4):865–72. doi: 10.1590/1806-9304201900040000718.
18. Kroeger KA, Sangaramoorthy T, Loosier PS, Schmidt R, Gruber DA. Pathways to Congenital Syphilis Prevention: A Rapid Qualitative Assessment of Barriers, and the Public Health Response, in Caddo Parish, Louisiana. *Sex Transm Dis*. 2018;45(7):442–6. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000787.
19. DiOrio D, Kroeger K, Ross A. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014 to 2016. *Sex Transm Dis*. 2018 Jul;45(7):447–51. doi:10.1097/OLQ.0000000000000783.
20. Nkamba D, Mwenechanya M, Kilonga AM, Cafferata ML, Berrueta AM, Mazzoni A, et al. Barriers and facilitators to the implementation of antenatal syphilis screening and treatment for the prevention of congenital syphilis in the Democratic Republic of Congo and Zambia: results of qualitative formative research. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):556. doi: 10.1186/s12913-017-2494-7.

21. Vianna PVC, Helbusto NB, Barbosa RJ, Santos MHS. Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. *Rev Univap*. 2017;23(42):35–50.
22. Taylor MM, Mickey T, Browne K, Kenney K, England B, Blasini-Alcivar L. Opportunities for the prevention of congenital syphilis in Maricopa County, Arizona. *Sex Transm Dis*. 2008;35(4):341–3. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31815bb335.
23. Freitas CHSM, Forte FDS, Roncalli AG, Galvão MHR, Coelho AA, Dias SMF. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. *Rev Saude Publica*. 2019;53:76. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053001205.
24. Benzaken AS, Pereira GFM, Cunha ARC, Souza FMA, Saraceni V. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 11];36(1):e00057219. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-ar->. doi: 10.1590/0102-311X00057219
25. Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, Leon RGP, Junior GBS, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):65. doi: 10.11606/s1518-8787.2019053001205
26. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2017 Apr 1;26(2):255–64. doi: 10.5123/S1679-49742017000200003.
27. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. Vol. 41, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. Georg Thieme Verlag; 2019. p. 90–6. doi: 10.1055/S-00381676569.
28. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelo LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR dos. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):62–6. doi: 10.1590/0034-7167.2016690108i.
29. Nascimento DSF, Silva RC, Tártari DO, Cardoso ÉK. Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2018 Aug 18 [cited 2019 Oct 18];13(40):1–8. doi: 10.5712/rbmfc13(40)1723.
30. Rodrigues DC, Domingues RMSM. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in <scp>Teresina, Brazil</scp>. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2018 Apr 6;33(2):329–44. doi: 10.1002/hpm.2463

4.3 Artigo 3 - Avaliação da prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária paulista

Os resultados são apresentados a seguir na forma da proposta de um manuscrito a ser submetido à apreciação da Revista de Saúde Pública.

RESUMO

Objetivo: avaliar a organização dos serviços de atenção primária do Estado de São Paulo/Brasil em relação a prevenção da sífilis congênita. **Método:** pesquisa avaliativa que utilizou de uma matriz composta de 31 indicadores extraídos da aplicação do QualiAB no estado de São Paulo em 2017, que compõe a dimensão avaliativa “*Prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde*”, agrupados em quatro domínios de análise. Calculou-se a frequência simples de cada indicador e o score médio geral da amostra da dimensão e seus domínios. Posteriormente, os serviços foram classificados em grupos de desempenho e foram estimadas associações entre os grupos e cada indicador. **Resultados:** a média geral dos serviços na dimensão “*Prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde*” foi de 74,9%. O domínio “*Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida*” foi o que obteve melhor score (89,8%), seguido da “*Infraestrutura e recursos básicos*” (79,5%), “*Prevenção da sífilis congênita no pré-natal*” (73,3%), e “*Ações educativas e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis*” (56,8%). Observou-se uma diferença significativa entre os grupos de desempenho para todos os indicadores. **Conclusão:** Os serviços avaliados possuem limitações no desenvolvimento das ações de prevenção da sífilis congênita, especialmente relacionadas às ações inseridas durante o acompanhamento pré-natal, como o rastreamento e tratamento da infecção materna, e às ações de educação em saúde.

Palavras-chaves: Sífilis Congênita, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de serviços de Saúde, Prevenção de Doenças, Transmissão Vertical de Doenças Infeciosas

Introdução

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum* e possui caráter sistêmico, podendo afetar diversos órgãos, incluindo a pele e mucosas¹. Uma vez presente na gestação, a infecção pode ser transmitida ao feto, ocasionando a sífilis congênita (SC), que é considerada uma das principais causas de mortalidade materno-infantil, sendo responsável por cerca de 50 a 80% dos eventos adversos na gestação, além de sérias consequências para o recém-nascido¹⁻⁴.

Estimativa global recente mostra que a ocorrência de sífilis materna causou cerca de 355.000 mil resultados adversos em gestações em 2016, levando a aproximadamente 140.000 óbitos fetais precoces e natimortos, 14.000 óbitos neonatais, 41.000 prematuros ou com baixo peso ao nascer e 109.000 neonatos com sinais clínicos da infecção. No mesmo ano foram registrados em torno de 661 mil casos de SC no mundo.⁵

No Brasil pode ser observado um aumento no número de casos de SC nos últimos anos, com 24.130 casos notificados em 2019 e taxa de incidência de 8,2/1.000 NV. Destes casos, a maior parcela (44,6%) é residente na Região Sudeste, dos quais 15,0% pertencem ao estado de São Paulo, com taxa de incidência de 9,2/1.000 NV⁶.

Devido a sua magnitude a SC representa um problema de saúde pública, porém é considerada agravo evitável pelo sistema de saúde^{1-3,7-9}. A SC é tida como um evento sentinela, uma vez que sua ocorrência diz respeito à qualidade dos serviços de saúde, especialmente os de atenção primária à saúde (APS), nos quais as ações de prevenção deveriam ser desenvolvidas¹⁰.

Considerando a existência de protocolos e diretrizes amplamente difundidos, somado ao custo-eficácia das ações preconizadas para a prevenção da SC, o aumento no número de casos no estado de São Paulo e no Brasil indica a existência de diversas oportunidades perdidas na interrupção da cadeia de transmissão da sífilis nos serviços de APS, sugerindo falhas na organização do processo de trabalho desses serviços^{1-3,7-9}.

Entendendo a importância da APS no controle da SC e observando a lacuna entre o conhecimento acumulado sobre o tema e a prática dos serviços de saúde, este estudo tem como objetivo avaliar a organização dos serviços de APS do Estado de São Paulo/Brasil em relação a prevenção da SC.

Método

Pesquisa avaliativa, de corte transversal, que aborda a organização das ações de prevenção à SC em serviços de APS do estado de São Paulo, no ano de 2017.

A matriz avaliativa utilizada é composta por 31 indicadores agrupados em quatro domínios de análise: 1) Infraestrutura e recursos básicos; 2) Ações educativas e prevenção de IST; 3) Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida; e 4) Prevenção da SC no pré-natal (PN). Foi construída com base em modelagem elaborada a partir de revisão integrativa de literatura e análise documental, com indicadores extraídos do banco de dados de inquérito realizado com o Questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), no estado de São Paulo, no ano de 2017¹¹.

O QualiAB é um instrumento validado, auto aplicado eletronicamente, dirigido aos gerentes e equipes de serviços de APS e tem como foco a organização das práticas dos serviços. É composto por questões que abordam o conjunto das ações e programas sob responsabilidade dos serviços de APS ^{11,12}.

A matriz orientou a construção de um banco de dados composto apenas por indicadores relativos à dimensão “*Prevenção da SC na APS*”. Para garantir a representatividade da amostra, participaram do estudo todos os serviços que responderam ao QualiAB em 2017, sendo excluídos somente aqueles que referiram, em pelo menos uma das questões, que não realizavam ações de acompanhamento ao PN, totalizando um universo de 2.565 serviços participantes desse estudo, localizados em 503 municípios paulistas.

O primeiro momento dos resultados compreendeu uma etapa descritiva, que teve como objetivo a caracterização das práticas dos serviços e uma maior aproximação da organização das ações relativas à dimensão “*Prevenção da SC na*

APS”, investigando o quanto esta organização se aproxima do preconizado pelos protocolos e diretrizes para os serviços de APS.

As respostas dos serviços aos indicadores geraram um sistema binário, sendo que 1 corresponde ao que o serviço refere fazer e 0 ao que refere não fazer. A partir dessas respostas, foram calculadas as frequências simples para a amostra. Em um segundo momento, foi calculado o percentual de desempenho de cada serviço em relação às ações que compõem a dimensão, assim como por domínio. O score obtido teve como numerador o total da soma das respostas e como denominador o número total de indicadores que o compõe, com o resultado variando entre 0% e 100%. Posteriormente foi realizado o cálculo do score médio de desempenho da amostra em relação às ações que compõe a dimensão e de seus domínios, assim como mediana e desvio padrão (DP).

Utilizou-se da técnica de agrupamento por quartis para classificar os serviços em grupos de desempenho (clusters), com base na distribuição do score da dimensão. Foram utilizados os testes do quiquadrado para estimar associações entre cada indicador e os grupos de desempenho, seguidos por testes-Z. Por fim, com objetivo identificar aspectos que influenciam na qualidade da assistência prestada, buscou-se associações entre os grupos de desempenho e variáveis de caracterização dos serviços extraídas do QualiAB, por meio de modelo de regressão logística múltipla, que considerou como critério de significância $p < 0,05$, tendo o grupo como referência.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB|UNESP (nº3.141.404) e pertence aos resultados de dissertação de mestrado.

Resultados

Dos 2565 serviços participantes, 91,5% têm localização urbana e 8,5%, rural. A distribuição por arranjo organizativo, é de 47,2% de Unidades de Saúde da Família (USF); 22,5%, Unidades Básicas de Saúde (UBS) “tradicionais”; 27,2%, UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF); e 3,1% outros tipos de arranjos, como UBS com pronto atendimento ou policlínicas.

A frequência dos serviços segundo os indicadores de ações de prevenção da SC é apresentada na Tabela 1. Em relação à *Infraestrutura e recursos básicos*, observa-se que no conjunto de serviços participantes, a maior parte deles possui disponibilidade de enfermeiro (97,9%) e de médico (86,7%) fixos na unidade. Em relação a realização de procedimentos, os testes rápidos são frequentes nas rotinas das unidades de saúde (84,4%), porém, verifica-se uma lacuna relacionada a aplicação intramuscular de penicilina benzatina (73,3%) e a coleta de material para exames laboratoriais (75,8%). Poucos serviços participaram de alguma ação voltada à educação profissional em IST/aids no último ano.

Quanto às *Ações educativas e prevenção de IST*, chama atenção um predomínio de ações realizadas dentro da unidade de saúde (76,8%) e em seguimentos específicos como na saúde do adulto (80%) e do adolescente (65,1%). As estratégias de educação em saúde na comunidade na prevenção de IST/aids são pouco exploradas (39,5%), e grupos em situação de vulnerabilidade, como no caso de abuso de álcool e outras drogas, não são frequentemente tomados como público-alvo dessas ações (42,3%) (Tabela 1).

No que diz respeito ao domínio de *Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida*, a maior parte dos serviços realiza orientação sobre diagnóstico e tratamento em casos positivos para sífilis (93,7%) e orientação para os cuidados com as parcerias sexuais (94%), porém, não são todos que realizam o tratamento e acompanhamento desses casos na própria unidade (84,4%). Uma parcela importante dos serviços utiliza de recursos de busca ativa e estratégias de adesão, como convocação de casos com resultado positivo para sífilis (94,7%) e convocação de faltosos (82,3%) (Tabela 1).

Na *Prevenção da SC no PN*, ações preconizadas como a realização de seis ou mais consultas durante o PN (95,6%) e a convocação de gestantes faltosas são seguidas pela maioria dos serviços (92,4%). Porém, existe uma falha dos serviços em cumprirem o protocolo de solicitação de teste rápido ou sorologia para sífilis no 1º e 3º trimestre gestacional (69,8%). Além disso, observa-se que não são todos que realizam o tratamento da gestante e parceria na unidade (77,7%).

Tabela 1 - Frequências simples de serviços de atenção primária à saúde do estado de São Paulo, segundo indicadores agrupados por domínio da dimensão Prevenção da sífilis congênita, em 2017 (n=2565)

Dimensão Prevenção da sífilis congênita na APS		
Indicadores	N	%
Infraestrutura e recursos básicos		
Disponibilidade de preservativo masculino na unidade	2545	99,2
Disponibilidade de Enfermeiro fixo na unidade	2511	97,9
Acesso a serviços de referência em IST, aids e hepatites virais	2260	88,1
Disponibilidade de clínico geral e/ou médico de família fixo na unidade	2225	86,7
Disponibilidade de preservativo feminino na unidade	2222	86,6
Disponibilidade de teste rápido para sífilis na unidade	2166	84,4
Coleta de material para exames laboratoriais (sangue e urina) como procedimento de rotina na unidade	1944	75,8
Aplicação da Penicilina Benzatina (Benzetacil) como procedimento de rotina na unidade	1881	73,3
Participação em estratégias de formação e/ou educação permanente sobre IST e aids no último ano	1671	65,1
Disponibilidade dos medicamentos para IST mais utilizados	969	37,8
Ações educativas e prevenção de IST		
Ações abordando IST, aids e hepatites virais desenvolvidas com regularidade na atenção ao adulto	2052	80,0
Tema IST/aids abordado em ações de educação em saúde realizadas na unidade no último ano	1970	76,8
Orientações sobre sexualidade e prevenção de IST/aids incluídas na rotina da atenção ao adolescente na unidade	1671	65,1
Orientações sobre sexualidade e prevenção de IST/aids incluídas em ações para atenção ao adolescente desenvolvidas na comunidade	1515	59,1
Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas como público-alvo das ações programáticas de prevenção de IST/aids realizadas pela unidade	1086	42,3
Prevenção de IST/aids abordada em ações de educação em saúde realizadas na comunidade no último ano	1014	39,5
Grupos mais vulneráveis (caminhoneiros, profissionais do sexo, entre outros) como público-alvo das ações programadas de prevenção de IST/aids realizadas pela unidade.	886	34,5
Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida		
Convocação de usuário em caso de resultado positivo em sorologia para sífilis	2429	94,7
Orientação de cuidado com os parceiros em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis	2412	94,0
Orientação sobre diagnóstico e tratamento em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis	2404	93,7
Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória em casos de sífilis	2368	92,3
Realização de teste rápido ou sorologia para sífilis em caso sugestivo de IST/aids	2237	87,2
Tratamento e seguimento realizado na própria unidade em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis	2166	84,4
Convocação de usuários faltosos com Sífilis	2112	82,3
Prevenção da sífilis congênita no pré-natal		
Realização de 6 ou mais consultas de pré-natal	2451	95,6

Convocação de gestantes faltosas	2370	92,4
Oferta de tratamento da sífilis para gestante e parceria na unidade	1994	77,7
Proporção média de gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre superior a 80%	1986	77,4
Solicitação de teste rápido ou sorologia para sífilis no 1º e 3º trimestre gestacional	1791	69,8
Realização do pré-natal do homem	1294	50,4
Ausência de sífilis congênita na unidade nos últimos 3 anos	1277	49,8

APS = atenção primária à saúde; IST = Infecções sexualmente transmissíveis

A média geral dos serviços de APS do estado de São Paulo na dimensão prevenção da SC foi 74,9%. Quando observados os scores médio por domínio, o *Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida* (89,8%) foi o que obteve melhor score, seguido da *Infraestrutura e recursos básicos* (79,5%) e *Prevenção da SC no PN* (73,3%). Chama atenção que o domínio *Ações educativas e prevenção de IST* (56,8%) teve um score médio expressivamente menor que os demais (Tabela 2).

Tabela 2 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na dimensão prevenção da sífilis congênita e domínios subsequentes, em 2017 (n=2565)

Agrupamentos de indicadores	Média	DP	Mediana
Dimensão prevenção da sífilis congênita na APS	0,749	0,143	0,768
Domínios			
Infraestrutura e recursos básicos	0,795	0,152	0,800
Ações educativas e prevenção de IST	0,568	0,294	0,571
Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida	0,898	0,177	1,000
Prevenção da sífilis congênita no pré-natal	0,733	0,175	0,714

APS = atenção primária à saúde; IST = Infecções sexualmente transmissíveis

Com base na distribuição do score global da dimensão “Prevenção da SC na APS”, foram construídos grupos de desempenho para analisar a variação da qualidade entre os serviços (Tabela 3). Os serviços pertencentes ao G4 foram aqueles que tiveram melhor desempenho ($\geq 86,4\%$), seguidos do G3 (77,1%-85,7%) e G2 (67,1%-76,8%). Os serviços com pior desempenho foram reunidos no G1 ($\leq 66,4\%$).

Tabela 3 - Grupos de desempenho (Cluster) na dimensão Prevenção da sífilis congênita em serviços de atenção primária à saúde, por intervalo de score, frequência e porcentagem de serviços (n=2565)

Grupos de desempenho (Cluster)							
Grupos	Score mínimo	Score máximo	Média	Mediana	DP	N	%
G1	0,086	0,664	0,559	0,589	0,100	675	26,3
G2	0,671	0,768	0,725	0,732	0,028	609	23,7
G3	0,771	0,857	0,813	0,807	0,026	683	26,6
G4	0,864	1,000	0,914	0,904	0,037	598	23,3
Total	-	-	-	-	-	2565	100,0

DP = desvio padrão

Considerando os grupos de desempenho, realizou-se uma comparação entre cada indicador utilizado na matriz avaliativa e os quatro grupos (Tabela 4). Segundo o teste do quiquadrado, observou-se uma diferença significativa entre os grupos de desempenho para todos os indicadores. Com o intuito de identificar quais grupos diferiram entre si, foi aplicado o teste-Z, mostrando que, em geral, a proporção de quase todos os indicadores se diferencia entre os quatro grupos, com algumas exceções: nos indicadores com frequências maiores no conjunto de serviços, a proporção por grupo tende a ter semelhanças em G2, G3 e G4 – com variações entre eles - porém, o grupo com pior desempenho (G1) sempre se diferencia dos demais. Em apenas dois indicadores (ausência de casos de SC e disponibilidade de preservativo feminino), G1 se assemelha a G2.

Tabela 4 - Comparação da frequência de cada indicador por grupo de desempenho

Indicadores	Grupos de Desempenho (Cluster) ¹								p ²
	G1		G2		G3		G4		
	N*	%	N*	%	N*	%	N*	%	
Infraestrutura e recursos básicos									
Disponibilidade de clínico geral e/ou médico de família fixo na unidade	521 _a	77,2	517 _b	84,9	618 _c	90,5	569 _d	95,2	<0,001
Disponibilidade de Enfermeiro fixo na unidade	641 _a	95,0	603 _b	99,0	673 _b	98,5	594 _b	99,3	<0,001
Disponibilidade de preservativo masculino na unidade	661 _a	97,9	606 _b	99,5	681 _b	99,7	597 _b	99,8	<0,001
Disponibilidade de preservativo feminino na unidade	544 _a	80,6	515 _{a, b}	84,6	600 _b	87,8	563 _c	94,1	<0,001
Coleta de material para exames laboratoriais (sangue e urina) como procedimento de rotina na unidade	423 _a	62,7	461 _b	75,7	541 _b	79,2	519 _c	86,8	<0,001
Realização de teste rápido para sífilis na unidade	439 _a	65,0	521 _b	85,6	622 _c	91,1	584 _d	97,7	<0,001
Disponibilidade dos medicamentos para IST mais utilizados	126 _a	18,7	198 _b	32,5	302 _c	44,2	343 _d	57,4	<0,001
Aplicação da Penicilina Benzatina (Benzetacil) como procedimento de rotina na unidade	345 _a	51,1	437 _b	71,8	551 _c	80,7	548 _d	91,6	<0,001

Participação em estratégias de formação e/ou educação permanente sobre IST e aids no último ano	246 _a	36,4	374 _b	61,4	506 _c	74,1	545 _d	91,1	<0,001
Acesso a serviços de referência em IST, aids e hepatites virais	526 _a	77,9	533 _b	87,5	622 _c	91,1	579 _d	96,8	<0,001
Ações educativas e prevenção de IST/aids									
Prevenção de IST/aids abordada em ações de educação em saúde realizadas na comunidade no último ano	118 _a	17,5	162 _b	26,6	305 _c	44,7	429 _d	71,7	<0,001
IST/aids abordadas em ações de educação em saúde realizadas na unidade no último ano	319 _a	47,3	458 _b	75,2	605 _c	88,6	588 _d	98,3	<0,001
Orientações sobre sexualidade e prevenção de IST/aids incluídas na rotina da atenção ao adolescente na unidade	198 _a	29,3	334 _b	54,8	559 _c	81,8	580 _d	97,0	<0,001
Orientações sobre sexualidade e prevenção de IST/aids incluídas em ações para atenção ao adolescente desenvolvidas na comunidade	177 _a	26,2	288 _b	47,3	487 _c	71,3	563 _d	94,1	<0,001
Ações abordando IST, aids e hepatites virais desenvolvidas com regularidade na atenção ao adulto	334 _a	49,5	487 _b	80,0	643 _c	94,1	588 _d	98,3	<0,001
Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas como público-alvo das ações programáticas de prevenção de IST/aids realizadas pela unidade	52 _a	7,7	149 _b	24,5	359 _c	52,6	526 _d	88,0	<0,001
Grupos mais vulneráveis (caminhoneiros, profissionais do sexo, entre outros) como público-alvo das ações programadas de prevenção de IST/aids realizadas pela unidade.	34 _a	5,0	117 _b	19,2	274 _c	40,1	461 _d	77,1	<0,001
Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida									
Convocação de usuários faltosos com Sífilis	364 _a	53,9	528 _b	86,7	630 _c	92,2	590 _d	98,7	<0,001
Convocação de usuário em caso de resultado positivo em sorologia para sífilis	576 _a	85,3	589 _b	96,7	670 _{b, c}	98,1	594 _c	99,3	<0,001
Realização de teste rápido ou sorologia para sífilis em caso sugestivo de IST/aids	431 _a	63,9	558 _b	91,6	656 _c	96,0	592 _d	99,0	<0,001
Orientação sobre diagnóstico e tratamento em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis	546 _a	80,9	587 _b	96,4	673 _c	98,5	598 _d	100,0	<0,001
Orientação de cuidado com as parceiras em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis	557 _a	82,5	588 _b	96,6	672 _c	98,4	595 _c	99,5	<0,001
Tratamento e seguimento realizado na própria unidade em casos de resultado positivo em sorologia para sífilis	416 _a	61,6	520 _b	85,4	643 _c	94,1	587 _d	98,2	<0,001
Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória em casos de sífilis	538 _a	79,7	585 _b	96,1	658 _b	96,3	587 _c	98,2	<0,001
Prevenção da SC no PN									
Proporção média de gestantes com início do PN no 1º trimestre superior a 80%	446 _a	66,1	462 _b	75,9	544 _b	79,6	534 _c	89,3	<0,001
Solicitação de teste rápido ou sorologia para sífilis no 1º e 3º trimestre gestacional	339 _a	50,2	444 _b	72,9	503 _b	73,6	505 _c	84,4	<0,001
Realização do PN do homem	193 _a	28,6	265 _b	43,5	386 _c	56,5	450 _d	75,3	<0,001
Oferta de tratamento da sífilis para gestante e parceria na unidade	363 _a	53,8	464 _b	76,2	588 _c	86,1	579 _d	96,8	<0,001
Convocação de gestantes faltosas	531 _a	78,7	581 _b	95,4	665 _b	97,4	593 _c	99,2	<0,001
Realização de seis ou mais consultas de PN	611 _a	90,5	582 _b	95,6	667 _c	97,7	591 _c	98,8	<0,001
Ausência de casos de SC nos últimos três anos	285 _a	42,2	279 _a	45,8	352 _b	51,5	361 _c	60,4	<0,001

¹ Testes-Z

² Teste quiquadrado

Discussão

Os dados apresentados neste estudo evidenciam o grande desafio que a eliminação da SC representa na realidade da organização dos serviços de APS. O desempenho médio da amostra de serviços aqui analisados de 74,9% revela que, apesar da prevenção da SC contar com ações que pertencem à rotina dos serviços de APS, ainda existem muitos serviços que falham em realizá-las corretamente no estado de São Paulo.

Os protocolos brasileiros que abordam a prevenção da SC enfatizam a importância do PN, uma vez que é durante o seguimento da gestante que são desenvolvidas ações que possibilitam o diagnóstico precoce da infecção materna e seu tratamento oportuno^{1,3}. Porém, estudos nacionais mostram que a oferta de acompanhamento PN por si só não garante bons resultados, na medida em que se observa que, entre casos notificados de SC, a maior parte das mães realizaram PN¹³⁻¹⁶. Isso revela que o desafio da prevenção da transmissão vertical da sífilis no Brasil, não está centrado na dimensão do acesso das gestantes aos serviços de saúde, mas sim no comprometimento da qualidade no seguimento e cuidado dessas mulheres e suas parcerias sexuais.

O presente estudo traz dados que confirmam essa hipótese. No domínio *Prevenção da SC na atenção PN* observa-se o segundo menor score entre os domínios, com 73,3%. No rastreamento e tratamento da sífilis gestacional – ações priorizadas pelos protocolos - vemos uma lacuna importante, tanto no que diz respeito à oferta desses procedimentos nas unidades, como na disponibilização de insumos para sua realização.

O rastreamento da sífilis no PN, deve ser realizado pelo menos duas vezes durante o acompanhamento PN na APS: no primeiro e terceiro trimestre gestacional^{1,3}. Na amostra analisada, apenas 69,8% dos serviços seguem esta recomendação. Interessante assinalar que se considerarmos a realização de apenas uma testagem para sífilis durante o primeiro trimestre, essa proporção se eleva para 95,3% dos serviços avaliados, destacando a dificuldade dos serviços em adequar a rotina dos serviços aos protocolos, ou mesmo, a falta de conhecimento e reconhecimento dos próprios gestores e profissionais enquanto ao impacto e custo-benefício do rastreamento adequado.

Os protocolos trazem a importância da realização do teste rápido (TR) para sífilis logo no primeiro atendimento a gestante, bem como de suas parcerias sexuais, proporcionando o diagnóstico precoce da infecção e tratamento imediato^{1,3}. O TR é um recurso de fácil execução e alto custo-efetividade, tornando-se assim uma ferramenta valiosa no combate a infecção congênita^{1-3,7,8}. Entretanto, na amostra analisada, apesar de disponível em grande parte dos serviços, os TR não são realizados como procedimento de rotina em 84,4%.

Outro ponto que merece destaque é a aplicação intramuscular de penicilina benzatina, como procedimento essencial para a prevenção da SC, pois trata-se do único medicamento capaz de atravessar a barreira placentária e chegar até o feto^{1,3}. Sua disponibilidade e administração na rotina nos serviços de APS é primordial para que se garanta o acesso das gestantes a um tratamento seguro, eficaz e oportuno da sífilis na gestação, porém, este estudo revela fragilidades tanto na sua aplicação como um procedimento de rotina nas unidades (73,3%), como no tratamento de gestantes e parcerias na unidade (77,7%).

Os desafios relacionados ao tratamento da sífilis gestacional na prevenção da SC se estendem à problemática do uso da penicilina benzatina como medicamento de primeira escolha, muitas vezes sustentada pela falta de conhecimento dos profissionais sobre os esquemas terapêuticos mais adequados^{19,20} e, também, pela insegurança dos profissionais de saúde quanto a sua aplicação²¹. Com o objetivo de promover conhecimento e autonomia profissional no manejo da SC, na última década o MS lançou uma série de publicações esclarecendo questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento da SC, incluindo o uso seguro da penicilina em gestantes dos serviços de APS^{1,3,20}.

Apesar do desempenho insuficiente expresso nos indicadores relacionados ao tratamento na unidade, é importante ressaltar que, ao comparar resultados deste estudo com o desenvolvido por Sanine et al.²¹, utilizando dados do QualiAB aplicado em 2010 no estado de São Paulo, em uma amostra de 2.440 serviços de APS, observa-se melhora nos indicadores relacionados a aplicação da penicilina benzatina na unidade (43,9%) e na oferta de tratamento para gestantes e parcerias na unidade (51,5%). Essa melhora deve refletir os esforços de

capacitação e medidas técnicas empreendidas tanto pelo Ministério da Saúde^{1,3}, como pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo^{23,22,24}.

Para além da atenção ao PN, o modelo de avaliação da prevenção da SC utilizado neste estudo considera a importância de práticas que favorecem a interrupção da cadeia de transmissão da sífilis em outras fases da vida, através de ações de prevenção, diagnóstico precoce e manejo da sífilis em mulheres em idade fértil e em suas parcerias sexuais.

Chama atenção que os serviços possuem um bom desempenho relacionado à atenção às IST, sendo que o domínio de *Diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida* foi o que obteve maior média entre os serviços, refletindo a contribuição particularmente “tradicional” que a assistência às IST tem na APS paulista. O estado de São Paulo foi pioneiro na organização de respostas da rede de saúde na epidemia de aids no país e, desde então, assume um forte papel na linha de prevenção e assistência à IST/aids, empreendendo iniciativas que têm o objetivo de fortalecer a integração dessas ações junto a rede de APS do estado²².

Em 2015, a Secretária Estadual de Saúde (SES/SP) instituiu a “*Rede de Cuidados em DST/HIV/Aids e Hepatites Virais no estado de São Paulo*” que coloca dentre as responsabilidades da APS paulista ofertar aconselhamento e testagem rápida para HIV e sífilis para gestantes, populações vulneráveis e portadores de tuberculose; disponibilizar e aplicar penicilina benzatina para tratamento de sífilis, inclusive de gestantes e parcerias; realizar controle sorológico das gestantes diagnosticadas com sífilis; além das ações educativas na prevenção às IST²³.

Entretanto, o domínio de *Ações educativas e prevenção de IST* foi o que obteve menor score dentre os serviços, com frequências baixas em todos os indicadores, mas especialmente nos que abordam práticas de educação em saúde realizadas na comunidade e grupos em situação de vulnerabilidade. Esses resultados reforçam outros achados da literatura, que indicam que apesar de as práticas de prevenção às IST/aids e de educação em saúde ocorrerem nos serviços de APS, ocupam um lugar secundário no processo de trabalho em saúde^{25,26}. Na busca pela eliminação da SC, é importante que ações educativas sejam realizadas junto à comunidade, gestantes e famílias, com o objetivo de aumentar o

conhecimento destes atores sobre a saúde materno-infantil e garantir uma maior autonomia no cuidado^{2,27}.

A média e mediana altas e semelhantes entre o conjunto de serviços aponta a ocorrência de um pequeno intervalo percentual entre eles, com exceção de G1, verificando-se que cerca de 70% dos serviços tiveram desempenho médio acima de 70%. Entretanto, para uma doença evitável por diversas práticas desenvolvidas nos serviços de APS em diferentes momentos, esse desempenho pode ser considerado insuficiente.

Todos os indicadores incluídos na matriz avaliativa foram capazes de diferenciar os grupos entre si, fato que estatisticamente pode ser justificado devido ao grande número de serviços da amostra (2565), mas, por outro lado, reflete a diferenciação entre os serviços e a capacidade da matriz proposta em identificar diferentes atributos que qualificam a prevenção da SC.

A matriz avaliativa utilizada aborda a prevenção da SC de modo abrangente, o que pode ser apontado como uma qualidade, mas também, como uma limitação por sua amplitude e falta de especificidade. O estudo apresenta também as limitações das pesquisas de corte transversal e com universo definido por adesão, sem aleatoriedade, restringindo os resultados aos serviços avaliados no período do estudo. Entretanto, o elevado número de serviços participantes, sua dispersão pelo interior do estado, e a morosidade com que se instauram processos de reorganização do trabalho, permitem que os resultados possam ser considerados relevantes para o planejamento e reorganização das práticas de prevenção da SC nos serviços de APS.

Conclusões

Os resultados encontrados nesta pesquisa avaliativa corroboram os achados na literatura e demonstram que os serviços de APS avaliados possuem limitações no desenvolvimento das ações de prevenção da SC, especialmente relacionadas às ações inseridas durante o acompanhamento PN, como o rastreamento e tratamento da infecção materna, e às ações de educação em saúde. Essas são fragilidades que concernem a aspectos de maior governabilidade e que os gestores locais devem buscar superar para promover o fortalecimento e consolidação das

políticas e diretrizes já implantadas. Destaca-se a necessidade de investimentos locais na garantia da capacidade técnica dos serviços para execução dos protocolos de maneira eficaz com incentivo a qualificação profissional, assim como para a disponibilidade de recursos materiais.

Embora os resultados confirmem a importância da qualificação do PN já apontada em outros estudos, evidenciam o valor da realização de avaliações que induzam ao questionamento das equipes sobre a organização dos processos de trabalho em um grande número de serviços e que assim possam contribuir para instauração de processos de mudança que produzam impacto na prevenção da SC.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e HV. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
2. World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2019 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e HV. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
4. 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* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2019 Oct 20];91(3):217–226. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/3/12-107623.pdf>
5. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Saman Wijesooriya N, Guy Mahiané S, Ishikawa N, Le LV, Newman-Owiredo M, Nagelkerke N, Newman L, Kamb M, Broutet N, Taylor MM. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211720.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de sífilis - 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

- Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>
7. World Health Organization. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en/>
 8. World Health Organization. Global guidance on criteria and processes for validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis [Internet]. 2th ed. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>
 9. Pan American Health Organization. Field Guide for Implementation of the Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas. Washinton, D.C.: PAHO; 2014.
 10. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB, Feldman JJ, Leaverton PE, Lane JM, Sencer DJ, Rutstein DD. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. *N Engl J Med*. *N Engl J Med*; 1976 Mar 11;294(11):582–588.
 11. Castanheira ERL, Nunes LO, Carrapato JFL, Sanine PR, Zarili TFT, Ramos NP, et al. Avaliação de serviços de atenção básica pelo sistema QualiAB: desenvolvimento e análise (2006-2018). *Atenção Básica é o caminho Desmontes, Resist e Compromissos - Perspect avaliação, Pesqui e Cuid em Atenção Primária à Saúde*. 2020. p. 371–396.
 12. Castanheira ERL, Dias A, Mendonça CS, Machado DF, Monti JFC, Carrapato JFL, et al. Caderno de boas práticas para organização e serviços de Atenção Básica: Critérios, padrões e indicadores, utilizados pelo Sistema QualiAB 2016 [Internet]. Botucatu: UNESP-FM; 2016 [cited 2020 May 18]. Available from: www.abasica.fmb.unesp.br
 13. Vescovi JS, Schuelter-Trevisol F. Increase of incidence of congenital syphilis in Santa Catarina State between 2007-2017: Temporal trend analysis. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. Sao Paulo Pediatric Society; 2020 [cited 2021 Jan 17];38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018390> PMID: 32667471
 14. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: Dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* [Internet]. Pan American Health Organization; 2017 [cited 2021 Jan 17];41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28614467/>
 15. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2017 Apr 1;26(2):255–264.
 16. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. Associacao Brasileira de Pos - Graduacao em Saude Coletiva; 2018 Feb 1 [cited 2021 Jan 17];23(2):563–574. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=pt&tlng=pt

17. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in primary care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2845.
18. Andrade RF, Lima NB, Araújo MAL, Silva DM, Melo SP. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. *DST j bras doenças sex transm*. 2011;23(4):188–193.
19. Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, Leon RGP, Junior GBS, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):65.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Caderno de Boas Práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil. Brasília: MS; 2015.
21. Sanine PR, Castanheira ERL, Nunes LO, Andrade MC, Nasser MA, Nemes MIB. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. *BIS, Bol Inst Saúde [Internet]*. 2016 [cited 2021 Jan 17];128–137. Available from: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yqgmc>
22. São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde. Ações de Prevenção e assistência às DST/Aids na Rede de Atenção Básica à saúde do Estado de São Paulo. São Paulo: SES/SP, 2005.
23. São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde. Nota técnica conjunta Nº 001/2015/AB/ATSM/ATSC/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP. São Paulo: SES/SP; 2015.
24. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita. São Paulo SES/SP; 2010.
25. Paiva CCN, Caetano R. Evaluation of the implementation of sexual and reproductive health actions in Primary Care: scope review. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2020 [cited 2021 Mar 14];24(1):2020. Available from: www.scielo.br/
26. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RRD, Castanheira ERL. Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. *Rev Saude Publica*. 2017;51:77.
27. Brasil. Diretrizes para o controle da sífilis congênita [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem como objetivo discutir uma temática atual e de extrema importância para a saúde pública, sendo considerada hoje uma das principais causas de morbimortalidade infantil. Ao mesmo tempo em que a SC é objeto de uma produção científica ampla e legitimada, relacionada a recomendações para prevenção na APS e a seu custo-efetividade, ainda é enfrentada com dificuldade pelos sistemas de saúde.

Diante dessas questões, se fez indispensável conhecer e aproximar-se do objeto “prevenção da SC”, abrangendo todo seu contexto. Para isso, foram percorridos diferentes caminhos metodológicos que permitiram tanto o aprofundamento teórico sobre o objeto de estudo, como a aplicabilidade do conteúdo apreendido em um modelo de avaliação. Portanto, os artigos apresentados – respeitando a ordem de desenvolvimento – representam o escopo amplo da temática explorada pelo estudo e demonstram a importância de incentivar pesquisas relacionadas à organização das ações de prevenção da SC, de modo a promover um diagnóstico situacional e fomentar possibilidades de reais mudanças no processo de trabalho dos serviços.

O artigo de revisão aqui apresentado foi tido como estratégia principal para aprofundamento teórico sobre a prevenção da SC. A sua realização objetivou, para além dos aspectos clínicos-epidemiológicos da doença, entender quais as dificuldades enfrentadas no âmbito dos serviços de APS na efetivação das ações para a prevenção da SC, considerando a evitabilidade da doença e a enorme quantidade de oportunidades perdidas relatadas na literatura.

Apesar de não trazer dados inéditos, acredita-se que o benefício da revisão integrativa está na síntese da literatura que esta foi capaz de realizar, destacando as barreiras mais frequentes e possibilitando comparações entre resultados de diferentes estudos, realizados nos mais variados contextos. Assim, traz a importância dos contextos político, socioeconômico, histórico e cultural, que cercam os serviços de saúde, na definição do impacto das práticas de saúde neles desenvolvidas.

Ao abordar a SC como objeto de trabalho, nos deparamos com aspectos amplos e complexos que influenciam concretamente no processo de saúde-doença dos indivíduos, famílias e comunidades, e que aludem tanto às condições de acesso ao sistema e serviços de saúde, de organização do processo de trabalho, como às condições de vida e à representação social da doença.

O exercício de modelagem foi de extrema importância para o enriquecimento do aporte teórico sobre a SC e para ampliar a visualização das potencialidades dos serviços de APS na prevenção deste agravo. Acima de tudo, orientou a definição de critérios de qualidade e a eleição de indicadores, retirados do QualiAB, para compor a matriz avaliativa e que procuram expressar as características da estrutura e das práticas necessárias para garantir uma maior efetividade na prevenção da SC nos serviços de APS.

Estratégias de validação não foram incluídas neste trabalho, mas coloca-se como questão importante a ser explorada por pesquisas futuras. A proposta de um modelo de avaliação pode e deve ser validada e reaplicada, buscando atingir maior especificidade e capacidade de contribuir para a implementação de mudanças. Além disso, a validação por diferentes estratégias pode contribuir com a reformulação dos indicadores buscando maior especificidade do instrumento.

O desenvolvimento do modelo de avaliação aqui proposto reconhece a necessidade de oferta de atenção de qualidade na assistência PN e na SSR - incluindo as práticas de promoção de saúde e atenção as IST-, para a eliminação deste agravo como problema de saúde pública, o que esclarece a importância da avaliação em saúde para planejamento e tomada de decisão, visando a definição de estratégias para fortalecer e qualificar a atuação destes serviços.

Os dados apresentados na pesquisa avaliativa evidenciam o grande desafio que a eliminação da SC representa na realidade da organização dos serviços de APS paulista. O desempenho da amostra de serviços revela que existem limitações importantes no desenvolvimento das ações das quais se beneficia a prevenção da SC, especialmente relacionadas à atenção PN – no rastreamento e tratamento adequado da sífilis gestacional – e no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, como

a educação em saúde e ações programadas tendo como foco grupos com maior vulnerabilidade às IST.

Para uma doença evitável por diversas práticas desenvolvidas nos serviços de APS, e que possui tamanho impacto na saúde materno-infantil, esse desempenho é considerado insuficiente. Porém, as fragilidades apontadas se referem a aspectos da organização dos serviços e que são de maior governabilidade dos gestores locais, devendo ser tomados como foco de medidas de superação, visando promover o fortalecimento e consolidação das políticas e diretrizes já implantadas.

Os resultados deste estudo não esgotam as possibilidades de discussão sobre a temática. Apesar do QualiAB ser um instrumento amplo que aborda o conjunto diversificado de ações que integram o escopo de atuação da APS, não tendo como foco específico as ações de SSR e prevenção da SC, todos os indicadores selecionados do questionário obtiveram associação significativa com os grupos de desempenho, sendo capazes de diferenciar os grupos entre si. Nesse sentido, destacou pontos sensíveis a intervenções que podem fomentar mudanças nas práticas e qualificar o cuidado prestado pelos serviços de APS avaliados.

A proposta metodológica apresentada, e aplicada em serviços de APS paulista, procura contribuir com o fortalecimento e difusão de pesquisas avaliativas, demonstrando as diferentes possibilidades do campo da avaliação de serviços e do instrumento QualiAB.

REFERÊNCIAS

- ADAM, T. et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. **British Medical Journal**, v. 331, n. 7525, p. 1107–1110, 12 nov. 2005. DOI: 10.1136/bmj.331.7525.1107
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saude Publica**, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000600016.
- ANDRADE, A. L. M. B. et al. Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 3, p. 376–381, 26 jul. 2018. DOI: 10.1590/1984-0462/;2018;36;3;00011.
- ANDRADE, R. F. et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca do manejo da gestante com exame de VDRL reagente. **DST j. bras. doenças sex. transm**, v. 23, n. 4, p. 188–193, 2011. DOI: 10.5533/2177-8264201123407.
- ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. 4, p. 789–800, abr. 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000400018.
- ARAÚJO, C. L.; SHIMIZU, H. E.; SOUZA, A. I. A. Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479–486, 2012. DOI: 10.1590/S0034-89102012000300010.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 300–306, set. 2014. DOI: 10.1590/1414-462X201400030012.
- ASSUNÇÃO-RAMOS, A. V.; RAMOS JR, A. N. Transmissão vertical de doenças: aspectos relativos ao vírus da imunodeficiência humana e ao treponema pallidum em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 194–203, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BENZAKEN, A. S. et al. Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de saude publica**, v. 36, n. 1, p. e00057219, 2019. DOI: 10.1590/0102-311x00057219.
- BOWEN, V. et al. Increase in incidence of congenital syphilis, United States, 2012–2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 64, n. 44, p. 1241–1245, 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica – nº 18: HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad18.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica – nº 26: Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Nota Informativa nº 02-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS, altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita**, Brasília: MS, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms#:~:text=A%20Lista%20Nacional%20de%20Notifica%C3%A7%C3%A3o,vigente%20do%20Miniist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: MS, 2017d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 542 de 22 de Dezembro de 1986, dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS/GM n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014, redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília: Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html#:~:text=Considerando%20a%20necessidade%20de%20atualizar,Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20\(PNPS\)](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html#:~:text=Considerando%20a%20necessidade%20de%20atualizar,Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20(PNPS)).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.130/MS de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%201.130%20DE%205,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).&text=Considerando%20a%20pactua%C3%A7%C3%A3o%20ocorrida%20na,Art](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%201.130%20DE%205,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).&text=Considerando%20a%20pactua%C3%A7%C3%A3o%20ocorrida%20na,Art).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação**

imediate e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Brasil, 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html#:~:text=Inclui%20doen%C3%A7as%20%C3%A0%20rela%C3%A7%C3%A3o%20de,de%20Refer%C3%AAncia%20Nacional%20ou%20Regional.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexua.** Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: https://www.google.com/search?q=Portaria+no+77%2C+de+12+de+janeiro+de+2012&rlz=1C1EJFC_enBR879BR879&oq=Portaria+no+77%2C+de+12+de+janeiro+de+2012&aqs=chrome..69i57.391j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita.** Brasília: MS, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017.** Brasília: MS, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis congênita - 2017.** Brasília: MS, 2017b. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/11/agenda_sifilis_20_11_2017.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Agenda de Ações Estratégicas para a redução da Sífilis no Brasil - 2020/2021.** Brasília: MS, 2020c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de sífilis - 2019.** Brasília: MS, 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019.>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2020.** Brasília: MS, 2020b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020.>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Caderno de Boas Práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da Sífilis Congênita no Brasil.** Brasília: MS, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina_para_prevencao_sifilis_congenita%20_brasil.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, A. E H. V. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: MS, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv.>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: MS, 2020a. Disponível: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: MS, 2005a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Plano Operacional Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília: MS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. **Série Pacto pela Saúde - Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf

CAMPBELL, N. C. et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. **British Medical Journal**, v. 334, n. 7591, p. 455–459, 3 mar. 2007. DOI: 10.1136/bmj.39108.379965.BE.

CARDOSO, A. R. P. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 563–574, 1 fev. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018232.01772016.

CARRARA, S. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. **História, ciências, saúde--Manguinhos**, v. 3, n. 3, p. 391–408, 1996a. Disponível em: doi.org/10.1590/S0104-59701996000300002.

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

CARVALHO, I. DA S.; BRITO, R. S. DE. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 287–294, jun. 2014. DOI: 10.5123/S1679-49742014000200010.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de atenção básica pelo sistema QualiAB: desenvolvimento e análise (2006-2018). In: **Atenção Básica é o caminho Desmontes, Resistências e Compromissos - Perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2020. p. 371–396.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. **Caderno de boas práticas para organização e serviços de Atenção Básica: Critérios, padrões e indicadores, utilizados pelo Sistema QualiAB 2016**. Botucatu: UNESP-FM, 2016.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: Desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 935–947, out. 2011. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400011.

CAVALCANTE, P. A. DE M.; PEREIRA, R. B. DE L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil**, v. 26, n. 2, p. 255–264, 1 abr. 2017. DOI: 10.5123/s1679-49742017000200003.

CHA, S. et al. Screening for Syphilis and Other Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women - Guam, 2014. **Morbidity and mortality weekly report**, v. 66, n. 24, p. 644–648, jun. 2017. DOI: 10.15585/mmwr.mm6624a4.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41–60.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29–48.

CRUZ, M. M. DA. **Avaliação de Programas de Prevenção de DST/AIDS para Jovens: Estudo de Caso numa Organização Governamental e numa Organização Não-Governamental do Município do Rio de Janeiro**. [tese de doutorado] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 2006.

DINH, T.H. et al. Integration of preventing mother-to-child transmission of HIV and syphilis testing and treatment in antenatal care services in the Northern Cape and Gauteng provinces, South Africa. **Sexually transmitted diseases**, v. 40, n. 11, p. 846–851, nov. 2013. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000042.

DIORIO, D.; KROEGER, K.; ROSS, A. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014 to 2016. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 45, n. 7, p. 447–451, jul. 2018. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000783.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Congenital syphilis: A sentinel event in antenatal care quality. **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 1, p. 147–157, 2013. DOI: 10.1590/S0034-89102013000100019.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assesment and monitoring. **QRB**, v. 12, n. 3, p. 99–108, 1986. DOI: 10.1016/s0097-5990(16)30021-5.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 23 set. 1988. DOI: 10.1001/JAMA.260.12.1743.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856–864,

1978. DOI: 10.1126/science.417400.

DUBOIS, C.-A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19–39.

FOWLER, C. I. et al. Racial and ethnic disparities in prenatal syphilis screening among women with medicaid-covered deliveries in Florida. **Maternal and child health journal**, v. 12, p. 378–393, 2008. DOI: 10.1007/S10995-007-0247-7.

FREITAS, C. H. S. DE M. et al. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. **Revista de saude publica**, v. 53, p. 76, 2019. DOI: 10.11606/s1518-8787.2019053001205.

GLOYD, S. et al. Scaling up antenatal syphilis screening in mozambique: Transforming policy to action. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 34, n. 7, p. S31–S36, jul. 2007. DOI: 10.1097/01.olq.0000264586.49616.72.

GOMEZ, G. B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 3, p. 217–226, 1 mar. 2013. DOI: 10.1097/01.olq.0000264586.49616.72.

HARTZ, Z. M. DE A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. DE A. et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: Indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 30, n. 4, p. 310–318, ago. 1996. DOI: 10.1590/S0034-89101996000400004.

KAHN, J. G. et al. The cost and cost-effectiveness of scaling up screening and treatment of syphilis in pregnancy: A model. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, p. e87510, 29 jan. 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0087510. eCollection 2014.

KOJIMA, N.; KLAUSNER, J. D. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. **Current Epidemiology Reports**, v. 5, n. 1, p. 24–38, 19 mar. 2018. DOI: 10.1007/s40471-018-0138-z.

KORENROMP, E. L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, p. e0211720, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0211720. eCollection 2019.

KROEGER, K. A. et al. Pathways to Congenital Syphilis Prevention: A Rapid Qualitative Assessment of Barriers, and the Public Health Response, in Caddo Parish, Louisiana. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 45, n. 7, p. 442–446, 2018. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000787.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Educational intervention in primary care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2845, 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1612.2845

LEAVELL, H.; CLARK, E. **Preventive medicine for the doctor in his community**. New York: Macgraw Hill, 1965.

LOPES, A. C. M. U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 62–66, 2016. DOI: 10.1590/0034-7167.2016690108i.

MAGALHÃES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: Ainda um desafio. **Cadernos de Saude Publica**, v. 29, n. 6, p. 1109–1120, jun. 2013. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000600008.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799–1809, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04782018.

MASCARENHAS, R. DOS S. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saude Publica**, v. 40, n. 1, p. 3–13, jan. 2006. DOI: 10.1590/S0034-89102006000100002

MASCHIO-LIMA, T. et al. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the state of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 19, n. 4, p. 865–872, 1 set. 2019. DOI: 10.1590/1806-93042019000400007.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic models: A tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**, v. 22, n. 1, p. 65–72, 1 mar. 1999. DOI: 10.1016/S0149-7189(98)00042-1.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 41–63.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

MENDONÇA, C. S. et al. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health policy and planning**, v. 32, n. 10, p. 1368–1374, 2017. DOI: 10.1093/heapol/czx103.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Introdução: Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 29–47.

MOREIRA, K. F. A. et al. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare enferm**, v. 22, n. 2, p. e48949, 2017.

NASSER, M. A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 77, 2017. DOI:

10.11606/s1518-8787.2017051006711

NEMES, M. I. B. et al. The Qualirede intervention: Improving the performance of care continuum in HIV, congenital syphilis, and hepatitis C in health regions. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 1, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190010.supl.1.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Medicine**, v. 10, n. 2, 2013. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001396. Epub 2013 Feb 26.

NKAMBA, D. et al. Barriers and facilitators to the implementation of antenatal syphilis screening and treatment for the prevention of congenital syphilis in the Democratic Republic of Congo and Zambia: results of qualitative formative research. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 556, 2017. DOI: 10.1186/s12913-017-2494-7.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 24, n. 4, p. 681–694, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000400010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global guidance on criteria and processes for validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis**. 2th. ed. Geneva: OMS, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems**. Geneva: OMS, 2012. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: OMS, 2005. Disponível em: https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Regional burden of disease estimates for 2004**. Geneva: OMS, 2004. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Syphilis screening and treatment for pregnant women**. Geneva: OMS, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1088912/retrieve>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action**. Geneva: OMS, 2007. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)**. Geneva: OMS, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2008/en/>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICA DE SAÚDE. **Field Guide for Implementation of the Strategy and Plan of Action for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas**. Washinton, D.C.: OPAS, 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6080?locale-attribute=pt>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICA DE SAÚDE. **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas - Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)**. Washinton, D.C.: OPAS, 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660#:~:text=El%20prop%C3%B3sito%20del%20documento%20de,de%20su%20g%C3%A9nero%2C%20edad%2C%20grupo>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICA DE SAÚDE. **Resolution CD50.R12 - Strategy and Plan of Action for the elimination of mother to-child transmission of HIV and Congenital Syphilis**. Washinton, D.C.: OPAS, 2010. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/414?locale-attribute=pt>.

ORIEL, J. D. **The scars of Venus: a history of venereology**. London, Berlin: Springer-Verlag, 1994.

ORTIZ-LOPEZ, N. et al. Epidemiological surveillance of congenital syphilis in Spain, 2000-2010. **Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 31, n. 9, p. 988–990, set. 2012. DOI: 10.1097/INF.0b013e31825d3152.

PARKER, L. A. et al. Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 16, n. 4, p. e256–e261, abr. 2012. DOI: 10.1016/j.ijid.2011.12.005. Epub 2012 Feb 8.

PEDROSA, K. K. A. et al. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, 4 dez. 2015.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C. DA; NETO, E. A. L. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 331–342, 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S25.

PINA, J. C. et al. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 512–519, 1 maio 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0502.2582.

RAMOS JR., A. N. et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. S370–S378, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001500005.

RAWSTRON, S. A.; HAWKES, S. J. *Treponema pallidum* (Syphilis). In: **Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases**. 4. ed. Edinburgh: Elsevier

Saunders, 2012. p. 941.

ROCHA, A. F. B. et al. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - A qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 65, 2019. DOI: 10.1186/s12913-019-3910-y.

RODRIGUES, D. C.; DOMINGUES, R. M. S. M. Management of syphilis in pregnancy: Knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 33, n. 2, p. 329–344, 6 abr. 2018. DOI: 10.1002/hpm.2463.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. **New England Journal of Medicine**, v. 294, n. 11, p. 582–588, 11 mar. 1976. DOI: 10.1056/NEJM197603112941104.

SANINE, P. R. et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 6, 2018. DOI: 10.1590/0102-311x00094417.

SANINE, P. R. et al. Sífilis Congênita: avaliação em serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo, Brasil. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, p. 128–137, 2016.

SANTOS, J. S.; YAKUWA, M. S. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediatrica**, v. 15, n. 1, p. 38–43, 2015. DOI: 10.31508/1676-3793201500006.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS. PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS. CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS. **Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita**. São Paulo: SES/SP, 2010.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS. PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS. CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita**. São Paulo: SES/SP, 2016. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhivsifilis/guia_versao_digital/Guia_Integrado_versao_digital.pdf.

SÃO PAULO. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Resolução SS Nº 59, de 22 de julho de 2004**. São Paulo: SES/SP, 2004. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6297>.

SÃO PAULO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Nota técnica conjunta Nº 001/2015/AB/ATSM/ATSC/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP**. São Paulo: SES/SP, 2015. Disponível em: <https://www.sbd-sp.org.br/geral/nota-da-secretaria-de-saude-de-sao-paulo-orienta-sobre-o-uso-da-penicilina-benzatina-devido-a-dificuldades-na-aquisicao-do-produto/>.

SARACENI, V. et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis:

Dados de seis unidades federativas no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, v. 41, 2017. DOI: 10.26633/RPSP.2017.44.

SILVA, D. M. A. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza-Ce, Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 278–285, 2014. DOI: 10.1590/0104-07072014000510013.

SILVA, R. R.; GASPARINI, M. F. V.; BARBOZA, M. Avaliações sob medida - produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. [s.l: s.n.]. p. 11–27.

SILVEIRA, M. F. et al. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: A multicountry analysis. **Pan American Journal of Public Health**, v. 43, 2019. DOI: 10.26633/RPSP.2019.31.

SLUTSKER, J. S.; HENNESSY, R. R.; SCHILLINGER, J. A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases - New York City, 2010-2016. **Morbidity and mortality weekly report**, v. 67, n. 39, p. 1088–1093, out. 2018. DOI: 10.15585/mmwr.mm6739a3.

SOARES, L. G. et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 17, n. 4, p. 791–799, 2017. DOI: 10.1590/1806-93042017000400010.

SOUSA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p. 40–76.

TAYLOR, M. M. et al. Revisiting strategies to eliminate mother-to-child transmission of syphilis. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 1, p. e26–e28, 2018. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30422-9.

TAYLOR, M. M. et al. Opportunities for the prevention of congenital syphilis in Maricopa County, Arizona. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 35, n. 4, p. 341–343, 2008. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e31815bb335.

TORRES, R. G. et al. Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**. Georg Thieme Verlag, 2019. DOI: 10.1055/s-0038-1676569.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. Sup 2, p. S190–S198, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014.

VESCOVI, J. S.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Increase of incidence of congenital syphilis in Santa Catarina State between 2007-2017: Temporal trend analysis. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020. DOI: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018390.

VIANNA, P. V. C. et al. Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de

filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. **Revista Univap**, v. 23, n. 42, p. 35–50, 2017. DOI: 10.18066/revistaunivap.v23i42.1779.

VIDAL, S. A. et al. Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 467–474, 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102011005000014.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. D. S. et al. (Eds.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ, 2006. p. 871.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. Methodological Issues in Nursing Research: The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WOODS, C. R. Congenital Syphilis—Persisting Pestilence. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 28, n. 6, p. 536–537, jun. 2009. DOI: 10.1097/INF.0b013e3181ac8a69.

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização uso do banco de dados QualiAB



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS QUALIAB

Como responsável pelo Questionários Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica – QualiAB, autorizo o acesso e utilização do banco de dados gerados pelas aplicações do instrumento no estado de São Paulo, por **Caroline Eliane Couto**.

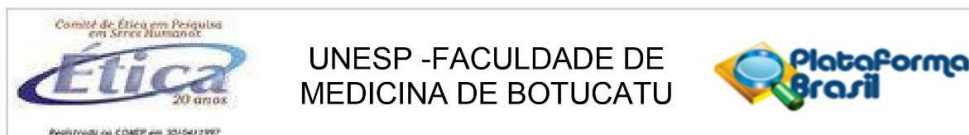
Essa autorização fica condicionada à citação das fontes de produção dos dados e à manutenção do sigilo sobre a identificação dos serviços de saúde e municípios participantes.

Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira

Departamento de saúde Pública

Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Anexo 2 – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção da Sífilis Congênita em serviços de Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Caroline Eliane Couto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 83473518.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

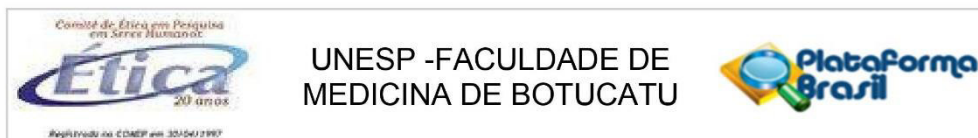
Número do Parecer: 2.532.743

Apresentação do Projeto:

Segundo as autoras a Sífilis Congênita, infecção transmitida via placenta, é considerada na atualidade um problema de saúde pública, mesmo diante de diversos protocolos e diretrizes específicas para sua prevenção dentro dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar dos constantes esforços, o aumento da sua ocorrência em países onde já era relatada ou mesmo naqueles onde era considerada extinta, coloca em destaque falhas entre as condições necessárias para sua prevenção entre as gestantes que realizam o acompanhamento do pré-natal em serviços de APS. Desta forma o presente estudo tem como objetivo avaliar a organização das ações de prevenção à Sífilis Congênita em serviços de APS do estado de São Paulo/Brasil.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de corte transversal, que abordará a organização das ações de prevenção à SC em 2.742 serviços de APS do estado de São Paulo, no ano de 2017 através de dados provenientes da aplicação censitária do Questionário Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica – QualiAB. O QualiAB é um instrumento validado, auto aplicado eletronicamente, por adesão voluntária dos gestores municipais e, posteriormente, pelos gerentes dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Refere-se a um questionário fechado, composto por 115 questões de múltipla escolha, dirigido aos gerentes e equipes de serviços de APS e tem como foco a organização das práticas dos serviços, ou seja, abordam toda a amplitude de ações previstas para os serviços de APS, independentemente do modelo operado, quer seja o modelo

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.532.743

tradicional, a saúde da família ou outros diferentes arranjos organizacionais. Serão utilizados indicadores capazes de avaliar a organização das ações diretamente relacionadas à prevenção da Sífilis Congênita, selecionados e analisados segundo as normas instituídas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Será realizada uma análise descritiva que permitirá a caracterização dos serviços e das ações relacionadas à prevenção, seguida da análise estatística com o objetivo de verificar a associação entre a ocorrência de Sífilis Congênita com os indicadores dos domínios de prevenção primária e prevenção secundária, bem como estabelecer correlação entre esses dois domínios de análise.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a organização das ações de prevenção à sífilis congênita em serviços de Atenção Primária à Saúde do estado de São Paulo/Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos são pequenos, cujos participantes perderão aproximadamente 1 hora respondendo o questionário.

Benefícios: No momento não terá benefícios diretos, mas a longo prazo as contribuições poderão ser diretas (ao permitir aos gestores melhor compreensão e importância de suas atividades) e indiretas (avaliação ampla da qualidade das ações de prevenção de sífilis congênita no País)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

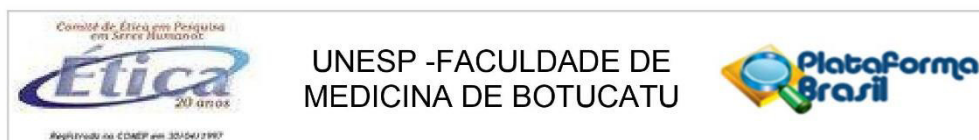
Trata-se de projeto de Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FMB-UNESP de autoria Caroline Eliane Couto com a orientação da Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira do Departamento de Saúde Pública e co-orientação de Patrícia Rodrigues Sanine, cujo objetivo é avaliar a organização das ações de prevenção à sífilis congênita em serviços de APS do estado de São Paulo/Brasil. O projeto está escrito de forma clara e apresenta todos os dados de identificação dos autores e serviços a que estão vinculados, a descrição dos objetivos do estudo, bem como, as referências bibliográficas que sustentam as justificativas e importância do tema abordado. É um projeto com condições de realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos e documentos de apresentação obrigatórias estão presentes e atendem aos preceitos éticos.

- a. Folha de rosto - presente e adequada
- b. Informações Básicas do Projeto - presente e adequada

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.532.743

- c. Termo de Anuência Institucional – presente e adequada
- d. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado
- e. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - os autores solicitam a dispensa do TCLE uma vez que os dados serão coletados de um instrumento eletrônico, e os serviços participantes terem concordado com um termo de adesão antes de responder ao questionário, como pode ser observado no link: http://www.abasica.fmb.unesp.br/adesao_termo.php
- f. Autorização para utilização do banco de dados QUALIAB – assinado pela responsável pelo Questionários Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica – QualiAB Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está muito bem escrito e delineado, apresenta todos os dados de identificação dos autores, instituição em que será realizado, descrição dos objetivos do estudo, bem como, as referências bibliográficas que sustentam as justificativas e importância do tema abordado. A solicitação de dispensa de aplicação do TCLE é pertinente uma vez que serão utilizados dados de um banco eletrônico cujo participantes concordaram previamente com a utilização e divulgação dos dados. É um projeto com que respeita os preceitos éticos devendo ser aprovado sem necessidade de envio à CONEP

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 05 de março de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

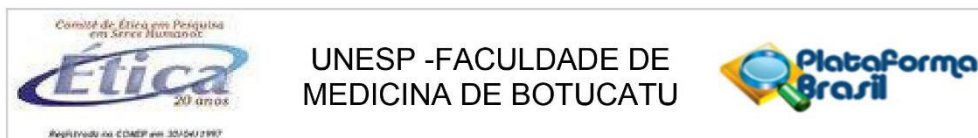
Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1065835.pdf	29/01/2018 10:12:32		Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.532.743

Outros	Autorizacao_para_uso_do_banco_Quali AB_CAROLINE.pdf	28/01/2018 16:38:21	Caroline Eliane Couto	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	28/01/2018 16:36:36	Caroline Eliane Couto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC.pdf	28/01/2018 16:25:01	Caroline Eliane Couto	Aceito
Cronograma	Cronograma.png	28/01/2018 16:23:13	Caroline Eliane Couto	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	28/01/2018 16:20:35	Caroline Eliane Couto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Março de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Anexo 3 – Instrumento avaliativo: Questionário Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica – QualiAB, versão 2016/2017



AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA QUALIAB

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta Unidade se caracteriza por ser:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) **“tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada** à Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Especificar: _____

*Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família

2. A instituição que assume a gestão administrativa do serviço é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 6) Ministério da Saúde
- 7) Consórcio intermunicipal
- 8) Outros - especifique: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

4. No território de atuação desta Unidade existe a presença de grupos populacionais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Indígenas
- 2) Quilombolas
- 3) Populações ribeirinhas
- 4) Ciganos e nômades urbanos
- 5) Acampados e assentados
- 6) Trabalhadores sazonais e volantes
- 7) Pessoas em situação de rua
- 8) Profissionais do sexo
- 9) Moradores de abrigos, albergues

- 10) Encarcerados
 11) Imigrantes
 12) Outros - especifique: _____
 13) Não ocorre a presença dessas populações no território

5. Quais os períodos de funcionamento da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Todas as manhãs de segunda a sexta
 2) Todas as tardes de segunda a sexta
 3) Todas as noites de segunda a sexta
 4) Algumas manhãs durante a semana
 5) Algumas tardes durante a semana
 6) Algumas noites durante a semana
 7) Finais de semana
 8) 24 horas

6. A Unidade possui equipe de saúde da família:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim. Número de equipes: _____
 2) Não

7. Número de profissionais fixos e volantes na Unidade por categoria:

(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)

Profissional	Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	Nº de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos)
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		

18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros - especifique:		

8. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Provac médico
- 3) Provac enfermeiro
- 4) Provac dentista
- 5) Outros - especifique: _____
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

9. As ações de rotina realizadas pelos seguintes PROFISSIONAIS são:

Selecione um item para cada alternativa

	Não possui esse profissional	Recepção de casos não agendados	Promoção e educação em saúde	Visita domiciliar	Atendimento individual	Grupos	Participação reuniões de equipe	Avaliação de faltosos	Registro em prontuário	Atividades na comunidade	Outras
1 - Médico de Família											
2 - Médico Clínico Geral											
3 - Médico Pediatra											
4 - Médico Ginecologista											
5 - Enfermeiro											
6 - Auxiliar/ técnico de enfermagem											
7 - Dentista											
8 - Auxiliar/ Técnico consultório dentário											
9-Farmacêutico											
10- Outros											

10. Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no Pré Natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes
- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Distribuição de preservativos
- 15) Participação em reuniões de equipe
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Esse serviço não dispõe desse profissional

11. A rede municipal ou regional oferece para a Unidade o acesso aos seguintes serviços:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
- 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- 6) Serviços de atenção ao idoso
- 7) Serviços de atenção à criança
- 8) Serviços de atenção à mulher
- 9) Serviços de referência em Tuberculose
- 10) Serviços de referência em DST, aids e hepatites virais
- 11) Ambulatórios de especialidades
- 12) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- 13) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
- 14) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 15) ONG (Organização Não Governamental)
- 16) Ações comunitárias ligadas grupos religiosos
- 17) Outros - especifique: _____
- 18) Não tem acesso a serviços de apoio

12. O apoio técnico à equipe da Unidade é feito por:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipe multiprofissional externa ao serviço
- 3) Outro tipo de apoio (por exemplo, apoiador do estado, do COSEMS, Telessaúde, outros)
- 4) Não é realizado por nenhuma instância

13. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é: **Selecione um item para cada alternativa**

ESPECIALIDADES	Tempo de espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 Meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não Sabe	Não encaminha
1) Oftalmologia							
2) Otorrinolaringologia							
3) Ortopedia							
4) Gastroenterologia							
5) Cardiologia							
6) Neurologia							
7) Psiquiatria							
8) Geriatria							
9) Fisioterapia							
10) Psicologia							

14. Em relação ao número de consultas médicas realizadas NO ÚLTMO MÊS (considerando todas as faixas etárias e todas as especialidades) informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) Total de CONSULTAS MÉDICAS realizadas: _____
- 2) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram por AGENDAMENTO: _____
- 3) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram "EXTRAS" (não agendadas): _____
- 4) Dados não disponíveis

15. Em relação à população da área de abrangência da Unidade, informe:

Selecione as alternativas e preencha com a quantidade em números

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

16. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso à pessoas com deficiências
- 3) Ventilação e iluminação adequadas
- 4) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 5) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 6) Sala de espera
- 7) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 8) Sala de vacina
- 9) Sala de Curativo

- 10) Sala de esterilização de material
- 11) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 12) Consultório dentário
- 13) Gerador de energia

17. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cadeira de rodas
- 2) Geladeira exclusiva para vacinas
- 3) Mesa para exame ginecológico
- 4) Equipamentos odontológicos
- 5) Carrinho de emergência
- 6) Desfibrilador
- 7) Cilindro de oxigênio
- 8) Oxímetro
- 9) Nebulizador (Aparelho para inalação)
- 10)-Acesso à Internet
- 11) Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados
- 12) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 13) Veículo para uso da Unidade

18. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
- 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 3) Pequenas suturas
- 4) Retirada de pontos
- 5) Hidratação por via venosa
- 6) Aplicação de tratamento endovenoso
- 7) Aplicação de tratamento intramuscular
- 8) Troca de sonda vesical de demora
- 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 10) Profilaxia pós exposição (PEP)
- 11) Curativo de úlceras agudas e crônicas
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realiza nenhum procedimento

19. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Hepatite A
- 4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/vop
- 5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
- 6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- 7) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- 10) dT (dupla adulto)

- 11) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
- 12) Rotavírus Humano
- 13) Febre Amarela
- 14) Anti-rábica
- 15) Influenza
- 16) P10 (Pneumocócica 10)
- 17) Pneumocócica23 valente
- 18) Meningocócica C
- 19) Vacina contra HPV
- 20) Não realiza vacinação

20. Exames feitos e/ou colhidos na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Coleta de Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para sífilis
- 6) Teste rápido para hepatites virais
- 7) Teste rápido de proteinúria
- 8) Eletrocardiograma (ECG)
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Não realiza nenhum exame

21. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Não são avaliados

22. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que:

Selecione um item para cada alternativa

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			Não dispensa esse grupo de medicamentos
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	
1) Para DST				
2) Para diabetes				
3) Para hipertensão arterial				
4) Para dislipidemias				
5) Antibióticos mais utilizados				
6) Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				
7) Não dispensa medicamentos				

23. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)
- 7) Encaminhamento para laqueadura
- 8) Encaminhamento para vasectomia
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Nenhum

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III 1. Educação em saúde

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestação na adolescência
- 2) Planejamento reprodutivo
- 3) Educação alimentar
- 4) Atividades físicas
- 5) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
- 6) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
- 7) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 8) Prevenção de DST e aids
- 9) Tabagismo
- 10) Saúde bucal
- 11) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 12) Controle da proliferação de vetores (de doenças como dengue, leishmaniose, malária, outros)
- 13) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 14) Outras Qual (is): _____
- 15) Não foi realizada nenhuma atividade nesse período

25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS") são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
- 7) Outras - especifique: _____
- 8) Não realiza atividades na comunidade

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) DST e aids
- 3) Tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 7) Climatério e menopausa
- 8) Doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 9) Obesidade e/ou desnutrição
- 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros)
- 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 12) Tabagismo
- 13) Outras - especifique: _____
- 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HAS, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré Natal, hipertensão e diabetes, outros)
- 4) Atividades em sala de espera
- 5) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 7) Outras Quais: _____
- 8) Não realiza atividades de educação em saúde

III. 2. Organização do Assistência

28. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea

29. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras - especifique: _____
- 7) Não atende demanda espontânea

30. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS ("extras" ou "demanda espontânea") são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados

31. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Recém-nascidos
- 4) Recém-nascidos de risco
- 5) Crianças em seguimento acima de dois anos
- 6) Crianças até dois anos
- 7) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 8) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 9) Adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
- 12) Sífilis
- 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Quais: _____
- 14) Não se faz convocação de faltosos

III. 3. Saúde da Mulher

32. As ações regularmente desenvolvidas para a SAÚDE DA MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pré Natal
- 2) Coleta de citologia oncológica (Papanicolaou)
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais
- 5) Diagnóstico e Tratamento de DST
- 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 8) Detecção precoce de câncer de mama
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) O serviço não desenvolve ações para a Saúde da Mulher

33. A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada nas seguintes situações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
- 3) Uma ou mais vezes ao ano para mulheres com citologia alterada
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de Papanicolaou
- 6) Serviço não realiza esse exame

34. Como estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama, a unidade realiza

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
- 2) Capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 3) Capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 4) Orientação das usuárias para autopalpação sem técnica específica e sobre sinais de alerta
- 5) Discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama
- 6) Não realiza nenhuma atividade relativa ao diagnóstico precoce do câncer de mama

35. A solicitação de MAMOGRAFIA de rotina para usuárias sem queixas é feita:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Para todas as pacientes que solicitem exame
- 2) Para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69-74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 5) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 6) Esse exame não é solicitado

36. Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente, a equipe:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Informa o resultado (negativo ou positivo)
- 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré Natal, se for o caso
- 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados pré concepcionais ou contracepção, a depender do caso
- 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame
- 6) Esse teste não é solicitado pela Unidade

37. A proporção média de gestantes com início do Pré Natal no 1º TRIMESTRE é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
- 2) Entre 90% 80%
- 3) Entre 80% e 60%
- 4) Menos de 60%
- 5) A Unidade não dispõe destas informações
- 6) Não realiza o Pré Natal

38. Na atenção ao Pré natal de baixo risco quais das seguintes ações são realizados de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) O primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez
- 2) registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante – que fica com a usuária
- 3) 6 consultas ou mais durante o pré natal
- 4) consultas semanais entre no último mês de gestação (36ª a 41ª semanas)
- 5) prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
- 6) Não realiza o Pré Natal

39. Os EXAMES SOLICITADOS de rotina para **todas** as gestantes durante o PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO são:

Selecione um item para cada alternativa

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo ou Eritrograma (Hb e Ht)			
2) Urina I			
3) Urocultura			
4) Teste rápido de proteinúria			
5) Tipagem sanguínea e fator Rh			
6) Coombs indireto caso Rh negativo			
7) Teste rápido ou sorologia para sífilis			
8) Teste rápido ou sorologia para HIV			
9) Sorologia para Rubéola			
10) Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)			
11) Sorologia para hepatite B (HbsAg)			
12) Sorologia para hepatite C			
13) Glicemia de jejum			
14) Teste de intolerância à glicose			
15) Ultra-Som obstétrico			
16) Papanicolaou (colpocitologia oncológica) se indicado			

17) Bacterioscopia da secreção vaginal			
18) Outros. Quais _____			
20) Não realiza o Pré Natal			

40. As ações regularmente desenvolvidas no atendimento de PRÉ NATAL abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 3) Identificação das gestantes de alto risco
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Orientações sobre o parto normal e humanizado
- 6) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
- 7) Avaliação das condições de trabalho
- 8) Prevenção de transmissão vertical de DST (sífilis e HIV)
- 9) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 10) Realização de grupos educativos para gestantes
- 11) Pré Natal do parceiro(a)
- 12) Registro em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Perinatal
- 13) Outros - especifique: _____
- 14) Não realiza o Pré Natal

41. As atividades realizadas de rotina no atendimento de PRÉ NATAL em áreas endêmicas para MALÁRIA são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de Malária
- 2) Realização do exame da gota espessa em toda consulta Pré Natal e no momento do parto
- 3) Encaminhamento da lâmina para exame da gota espessa e realização do teste rápido) Dispensação de tratamento e acompanhamento da adesão
- 5) Registro de todos os exames no Sivep-Malária e preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 6) O serviço não está localizado em área endêmica de Malária

42. As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes na sala de espera
- 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 3) Discussões na sala de espera
- 4) Grupos periódicos para gestantes
- 5) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes

43. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência, retornando à Unidade após o parto

- 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na Unidade
- 3) Acompanhada na própria Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

44. Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- 6) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

45. Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Somente na Unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

46. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
- 2) Aleitamento materno
- 3) Suplementação de Ferro
- 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
- 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)
- 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
- 8) Orientações sobre alimentação
- 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 12) Outras - especifique: _____
- 13) A Unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato

47. As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na Unidade
- 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento

- 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) A Unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio

48. Entre as gestantes que realizaram Pré Natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

49. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica

50. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 4) Acompanhamento multiprofissional da Unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denúncia ao DISQUE 180
- 9) Outro. Qual (is): _____
- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica

III.4. Saúde da Criança e do Adolescente

51. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do crescimento
- 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)

- 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares)
- 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
- 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 8) Grupo com mães/pais
- 9) Vigilância do trabalho infantil
- 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
- 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
- 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
- 16) Outras Quais: _____
- 17) Não realiza atividades planejadas para crianças

52. O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
- 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
- 5) Não atende crianças

53. O PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) na Unidade é agendado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 5) Na última consulta de Pré Natal
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atende crianças

54. As ações realizadas pela Unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Higiene pessoal e bucal
- 4) Avaliação de acuidade visual
- 5) Avaliação de acuidade auditiva
- 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
- 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Inclusão social e combate ao preconceito
- 11) Trabalho infantil

- 12) Sexualidade e educação sexual
- 13) Prostituição infantil
- 14) Saúde e meio ambiente
- 15) Posse responsável de animais
- 16) Outros - especifique: _____
- 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

55. As ações regularmente desenvolvidas na COMUNIDADE para SAÚDE DA CRIANÇA ocorrem nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Domicílio
- 2) Creche, escolas, outros
- 3) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 4) Reuniões em parceria com CRAS (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- 5) Outros - especifique: _____
- 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- 7) Não atende crianças

56. As ações realizadas, de rotina, na Unidade na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Incentivo a prática de atividades física
- 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ ou desnutrição
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- 7) Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais
- 8) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
- 9) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
- 10) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 11) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
- 13) Outros - especifique: _____
- 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

57. Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Sexualidade e prevenção de DST/aids
- 2) Gravidez na adolescência
- 3) Prostituição na adolescência
- 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
- 5) Agressividade e conflito com a lei
- 6) Inclusão social e combate ao preconceito
- 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
- 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
- 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
- 10) Saúde e meio ambiente

- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

58. As atividades para ADOLESCENTES são regularmente realizadas nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Escolas
- 4) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 5) Reuniões em parceria com CRAS (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
- 6) Outros - especifique: _____
- 7) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
- 8) Não atende adolescentes

59. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende crianças e adolescentes

60. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
- 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Acompanhamento multiprofissional na Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

III.5. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

61. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diabetes e Hipertensão
- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador
- 14) DST, HIV/aids e hepatites virais
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos

62. As ações de rotina para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
- 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
- 4) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 5) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 6) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 7) Orientação de atividades físicas
- 8) Grupos de apoio para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (dieta, adesão ao tratamento, outros)
- 9) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 10) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 11 Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 12) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

63. Para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS consideradas "difíceis" (fáltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria Unidade

- 2) Encaminha para serviço de referência
- 3) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
- 4) Discute o caso com supervisão externa
- 5) Realiza busca ativa
- 6) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 7) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 8) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

64. Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Prevenção e tratamento de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado
- 8) Introdução de terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) Outras atividades
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de hipertensão arterial

65. Exames solicitados de rotina para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
- 2) Potássio
- 3) Creatinina sérica
- 4) Glicemia de jejum
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Ácido úrico
- 8) Eletrocardiograma – ECG
- 9) Exame de fundo de olho
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

66. Para pessoas com DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Prevenção e tratamento de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
- 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
- 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 12) Orientação de atividade física

- 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

67. Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
- 2) Urina I
- 3) Microalbuminúria
- 4) Creatinina sérica
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
- 8) Exame de fundo de olho
- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

68. As ações regularmente programadas para a SAÚDE DO HOMEM nesta Unidade abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) DST/ aids e hepatites virais
- 3) Andropausa
- 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 5) Paternidade e relações familiares
- 6) Métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 8) Situações de violência
- 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
- 10) Risco cardiovascular
- 11) Incontinência urinária masculina
- 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
- 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
- 14) Outras - especifique: _____
- 15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

69. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
- 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 3) Prevenção de quedas
- 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
- 5) Orientação sobre alimentação
- 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids
- 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
- 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
- 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 11) Investigação do suporte familiar e social
- 12) Atenção domiciliar

- 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- 14) Outros - especifique: _____
- 15) Não existem atividades específicas para idosos

70. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende idosos

71. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Denúncia à autoridade policial
- 4) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

72. As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
- 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
- 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
- 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
- 5) Grupo de apoio aos cuidadores
- 6) Outras - especifique: _____
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

73. As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- 3) Visitas periódicas com médico(a)
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar

- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 9) Registro das ações domiciliares em prontuário
- 10) Atenção à família em caso de óbito
- 11) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos cuidados no domicílio

74. Na ATENÇÃO AO IDOSO a Unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos religiosos
- 2) Associações de Bairro
- 3) Centro de Convivência do Idoso
- 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
- 6) CRAS
- 7) CREAS
- 8) Organização Não Governamental (ONG)
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
- 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da Unidade

III. Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

75. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de ALGUMA DOENÇA OU AGRAVO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose, sífilis, HIV/AIDS, meningite, dengue, violência doméstica ou sexual, entre outros), a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na Unidade
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
- 6) Capacitação da equipe
- 7) Encaminhamento para outros serviços
- 8) Outros Quais: _____
- 9) Não realiza nenhuma atividade

76. O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE DST/AIDS, realizadas pela Unidade, consiste em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Escolares de nível fundamental
- 3) Jovens e adolescentes
- 4) Idosos
- 5) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
- 6) LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais)
- 7) Outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência

9) Não realizamos essas ações de forma planejada

77. Na rotina, o critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação dos usuários
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
- 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
- 4) Não distribuímos preservativos nesta Unidade

78. As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de doenças sexualmente transmissíveis (DST/aids) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Aconselhamento pré teste
- 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
- 4) Teste rápido ou sorologia para hepatites virais
- 5) Teste rápido ou sorologia para sífilis
- 6) Tratamento sintomático das DST
- 7) Investigação etiológica e tratamento das DST na Unidade
- 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 9) Encaminhamento de todos os portadores de DST para serviço de referência
- 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de aids e hepatites virais
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não atende DST/aids

79. Nos casos com resultado NEGATIVO das sorologias para HIV e hepatites B e C a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivo os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição
- 2) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- 3) Orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros)
- 4) Orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras)
- 5) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

80. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para HIV, hepatites B e C, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Acompanhamento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento

- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

81. As ações realizadas por esta Unidade na atenção às pessoas com HIV são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis clinicamente e com imunidade preservada
- 2) Conta com uma equipe especializada em HIV/aids que acompanha e trata pacientes com HIV
- 3) Busca ativa de faltosos ao seguimento quando acionada pelo serviço especializado em HIV/aids da região
- 4) Atendimento de queixas agudas, acompanhamento de condições crônicas, vacinação, Pré Natal e protocolos preventivos de câncer
- 5) Não realiza atividades assistenciais nestes casos, as pessoas com HIV são atendidas em serviços especializados em HIV/aids

82. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para sífilis, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Tratamento e seguimento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

83. Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE (suspeitos ou confirmados) a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 3) Ações educativas
- 4) Pesquisa de HIV
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Tuberculose

84. Com relação à atenção aos casos de HANSENÍASE a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Hanseníase

85. Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violência
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade
- 11) Capacitação da equipe
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos atenção a pessoas com deficiências

86. As ações realizadas pela Unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
- 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
- 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- 5) Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
- 6) Encaminhamento para serviços de referência
- 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
- 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador

87. No caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfurocortante - as condutas tomadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
- 3) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 5) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 6) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 7) Profilaxia pós exposição (PEP) até 72h e de acordo com avaliação de risco
- 8) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 9) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 10) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (SINAN)
- 11) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
- 12) Encaminhamento para serviço de referência
- 13) Nenhuma das condutas anteriores

88. As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de outras drogas
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
- 15) Outros - especifique: _____
- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

89. As ações realizadas em casos de uso abusivo de OUTRAS DROGAS (exceto o álcool) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de álcool
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, NA, outros)

- 15) Outros - especifique: _____
 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

90. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica
- 3) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 4) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 5) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 6) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
- 7) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na Unidade
- 8) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
- 9) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
- 10) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 11) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realizamos atendimento dessa população específica

91. O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) A critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

92. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (AA, NA, outros)
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 4) CAPS I ou II - Centro de Atenção Psicossocial
- 5) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 6) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas para adultos, crianças e adolescentes
- 7) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 8) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
- 9) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- 10) Comunidades Terapêuticas
- 11) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 12) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 13) Consultório na Rua

- 14) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 15) Outros Quais: _____
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

III. 7. Saúde Bucal

93. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescentes
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na Unidade

94. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros - especifique: _____
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

95. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Aplicação tópica de flúor
- 2) Restauração de amálgama
- 3) Restauração com resina composta
- 4) Extração de dente
- 5) Drenagem de abscesso
- 6) Sutura
- 7) Frenectomia
- 8) Remoção de cistos
- 9) Acesso à polpa dentária
- 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 11) Coleta de material para biópsia

- 12) Pulpotomia
- 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- 14) Tratamento de alveolite
- 15) Ulotomia/Ulectomia
- 16) Cimentação de prótese
- 17) Outro. Qual (is): _____
- 18) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

IV.1 Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

96. Para registro dos dados a Unidade utiliza os seguintes sistemas de informação:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/ AB Coleta de Dados Simplificada (CDS)
- 3) e-SUS/ AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 4) Sistema de informação próprio do município
- 5) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 6) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 7) SIS Pré Natal
- 8) SIS HIPERDIA
- 9) Outros sistemas de informação. Quais: _____
- 10) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

97. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Número de consultas médicas
- 2) Número de consultas de enfermagem
- 3) Número de atendimentos odontológicos
- 4) Número de consultas por faixa etária
- 5) Número de grupos realizados
- 6) Número de vacinas realizadas
- 7) Número de coletas de Papanicolaou
- 8) Número de visitas domiciliares
- 9) Número de atendimentos não agendados ou "extras"
- 10) Faltas em atendimentos agendados
- 11) Primeiro atendimento no ano por usuário
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realiza registro de nenhuma informação

98. Os dados da produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são: **Selecione apenas uma alternativa**

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Não são utilizados para planejamento

99. O planejamento local, realizado pela equipe da Unidade, é feito com base em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados assistenciais da própria Unidade

- 2) Dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade
- 3) Dados epidemiológicos da população do município
- 4) Levantamentos específicos realizados pela própria Unidade
- 5) Discussões com o conjunto dos profissionais do serviço
- 6) Discussões com a participação dos usuários
- 7) A Unidade não realiza planejamento local

100. A área de abrangência da Unidade é definida:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria da Saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência

101. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas, como Pré Natal, atenção à criança, a pessoas com doenças crônicas ou outros
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 3) Dados do cadastro das famílias
- 4) Estudos na comunidade
- 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 6) Não realizou nenhum tipo de levantamento

102. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou das seguintes processos avaliativos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
- 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Quais: _____
- 7) Não participou de nenhuma avaliação

103. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
- 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
- 3) Planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
- 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
- 5) Não houve modificações
- 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior

IV.2 Características do Processo Gerencial

104. A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro

- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social
- 5) Outro profissional. Qual: _____
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

105. A carga horária do GERENTE da Unidade é de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 2) 40 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 3) 30 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 4) 30 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 5) 20 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 6) 20 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 7) Outra Qual: _____
- 8) Essa Unidade não tem gerente

106. O relacionamento predominante da Unidade com o NÍVEL CENTRAL (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
- 3) Visita eventual de supervisão
- 4) Comunicações escritas ou por internet
- 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central

107. As REUNIÕES DE EQUIPE da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Não ocorreram reuniões

108. Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe, no último ano, foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas Administrativas
- 3) Escala de pessoal
- 4) Avaliação e Planejamento das atividades
- 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
- 6) Atualizações técnicas
- 7) Conflitos interpessoais
- 8) Discussão de casos
- 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
- 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local

- 11) Outros - especifique: _____
 12) Não ocorreram reuniões

109. No último ano, os diferentes profissionais da Unidade participaram das seguintes ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO:

Selecione um item para cada alternativa

	Não tem o profissional	Educação permanente	Cursos treinamentos presenciais	Cursos online/EAD	Especialização	Congressos	Não fez nenhuma capacitação
Médicos							
Enfermeiros							
Dentistas							
Farmacêuticos							
Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem							
Auxiliares/Técnicos de Higiene Dental							
Auxiliares de Farmácia							
Agentes Comunitários							
Profissionais Administrativos							
Outros profissionais Quais:							

110. Os principais temas abordados nas ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
- 2) Saúde da Mulher
- 3) Saúde da Criança
- 4) Saúde do Homem
- 5) Saúde do Idoso
- 6) Saúde Mental
- 7) DST e aids
- 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
- 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não realizou atividades

111. As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da Unidade, no último ano foram: *Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade
- 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
- 3) Ampla divulgação do papel do **Conselho Local de Saúde** (mural, jornal, facebook e outros)
- 4) Reuniões periódicas do **Conselho Local de Saúde**
- 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
- 6) Incentivo à participação nas reuniões do **Conselho Municipal de Saúde**
- 7) Realização de **pré Conferências** à Conferência Municipal de Saúde
- 8) Outros - especifique: _____
- 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular

112. As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao Conselho Local de Saúde (conselho de gestão local)
- 7) Diretamente com o nível central
- 8) Conselho Municipal de Saúde
- 9) Outros - especifique: _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

113. Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa Unidade são: *Selecione uma ou mais alternativas*

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais
- 14) Falta de participação da comunidade
- 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal

- 16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
17) Outros Quais: _____
18) Não existem obstáculos importantes

114. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gerente da Unidade
2) Médicos
3) Enfermeiros
4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
5) Equipe toda de profissionais
6) Secretário (a) Municipal de Saúde
7) Outros Quais: _____

115. Observações / Sugestões / Críticas:
