

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE
EDUCAÇÃO MÉDICA – ESEM

SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE INSTRUMENTO TÉCNICO
AUXILIAR NO MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTES**

BELÉM – PARÁ

2018

SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE INSTRUMENTO TÉCNICO
AUXILIAR NO MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTES**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional Educação em Saúde – Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará, para a obtenção do Título de Mestre em Educação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Acatauassu Paes Barreto.

BELÉM – PARÁ

2018

SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA

AVALIAÇÃO DA ACEITAÇÃO DE INSTRUMENTO TÉCNICO AUXILIAR NO MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTES.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde - Educação Médica do Centro Universitário do Estado do Pará para a obtenção do Título de Mestre em Educação em Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Bruno Acatauassu Paes Barreto.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Bruno Acatauassu Paes Barreto

Orientador

Profa. Dra. Eliete da Cunha Araújo

Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Márcia de Fátima Maciel de Rojas

Centro Universitário do Estado do Pará

Prof. Dr. Haroldo José de Matos

Centro Universitário do Estado do Pará

A Deus, que nos permite a capacidade de servirmos ao próximo.

Aos profissionais da área de saúde que abraçam a missão mais linda que existe no mundo, de cuidar das outras pessoas, seja na prevenção, tratamento ou reabilitação.

AGRADECIMENTOS

A DEUS que me deu a vida e à NOSSA SENHORA DE NAZARÉ, intercessora.

Aos meus pais, Murilo e Maria Rodrigues, que sempre me incentivaram a estudar e, através de suas ações, me deram exemplos de um bom caráter.

Ao meu marido Moacir que, amoroso, me apoia sempre em tudo que faço.

Às minhas filhas Ana Carolina e Camila, companheiras e afetuosas me deram muita força e tiveram paciência comigo neste período.

À minha sobrinha Monique, que contribuiu muito com seu carinho.

Ao meu Orientador que, desde o início, gostou da ideia e me incentivou a prosseguir.

À Camila Miranda, coordenadora da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belém, que abraçou o projeto e viabilizou sua realização.

Aos coordenadores dos Distritos Administrativos, que foram maravilhosos na organização das reuniões

À Marcia Veiga, bibliotecária do Cesupa, pelo levantamento bibliográfico e por sua atenção e generosidade.

À Maria de Belém Pantoja Rodrigues, da Secretaria do Mestrado, por sua paciência e atenção comigo durante todo este período.

À minha amiga Kátia Soares, que fez despertar em mim o amor pela docência, estímulo maior para que eu desse início ao mestrado.

À minha amiga, Renata Damasceno, que me deu incentivo e energias positivas em todo esse processo, desde a Residência e também durante o mestrado.

À Profa. Marisa Eiró, incentivadora e parceira diária no trabalho.

Aos meus colegas de turma do mestrado, pessoas maravilhosas que adorei conhecer e dividir tantos momentos de aprendizagem juntos.

Resumo

INTRODUÇÃO A cada ano, em todo o mundo, o número de casos de Sífilis Congênita (SC) vem aumentando. O último Boletim Epidemiológico do Brasil de 2018 apresentou a taxa de incidência nacional de SC em 8,6 casos por mil nascidos vivos, bem aquém da meta estabelecida pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) de 0,5 caso de SC por mil nascidos vivos até o ano de 2015. Tratar a gestante de forma adequada e precoce é a maneira mais eficaz de prevenir a SC. Com a implantação do teste rápido para sífilis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) o Ministério da Saúde (MS) visa evitar perdas de oportunidades de diagnóstico e tratamento adequado. Na busca de melhorar a atuação do profissional de saúde que realiza pré-natal e favorecer que o médico e enfermeiro das Estratégias de Saúde de Família (ESF) possam tirar dúvidas com relação ao manejo da Sífilis em gestantes foi construído um instrumento técnico em forma de disco, denominado “Disco para Diagnóstico e Tratamento de Sífilis em Gestantes”, com base nos fluxogramas dos Protocolos do MS. **Objetivo.** Avaliar a aceitação do instrumento técnico por parte dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros que realizam pré-natal nas ESF no município de Belém. **Metodologia.** Pesquisa de caráter descritivo, quali-quantitativo no âmbito do manejo da sífilis em gestantes especificamente. Utilizou-se dois questionários diferentes para a coleta de dados, o primeiro foi respondido antes da entrega do disco no período fevereiro e março de 2018 com perguntas contendo variáveis de cargo, sexo, tempo de formado, nível de estudo, e outras relacionadas ao Protocolo do MS com relação a sífilis em gestantes. 156 questionários foram respondidos seguidos pela entrega de 156 Discos. O segundo questionário foi respondido 4 meses após a entrega do Disco, contendo perguntas sobre a oportunidade de utilização do referido instrumento e as variáveis quanto a sua aceitação. Utilizou-se o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), associações foram calculadas utilizando o teste do Qui-Quadrado de aderência e independência, variáveis de interesse, com nível de significância de 5%. Para prever o resultado do uso do Disco pelos profissionais com as variáveis que se revelaram significativas nos testes. **Resultados.** Em relação ao questionário I de um universo total de 224 profissionais, 156 questionários foram preenchidos, a maioria dos participantes são enfermeiros 24,4% e médicos 14,7%, predomina o gênero feminino 68,6% tanto entre os médicos como entre os enfermeiros com média geral de 7,5 anos de formados em ambas categorias mas com uma experiência de realização de pré-natal um pouco menor uma média de 6,2 anos. 115 (75%) referiram já ter sentido dúvida diante de um resultado sugestivo de sífilis em gestantes e a maioria aduziu que não sabe como proceder diante dos resultados alterados para Sífilis. No questionário II 50 questionários foram respondidos sendo uma amostra com predomínio do gênero feminino 30 (60%) e de enfermeiros 37 (74%) semelhante a primeira fase, 70% dos pesquisados afirmaram não sentir dificuldade para manusear o disco, 90% acharam o disco útil ou muito útil, 95% afirmaram que o disco contém todas as informações para o adequado diagnóstico e tratamento de sífilis em gestantes, 94% recomendaria sua utilização para outros profissionais. **Conclusão.** Os resultados demonstram que o instrumento criado foi bem aceito pelos profissionais pesquisados e parece cumprir o objetivo maior pelo qual foi criado, o de ser uma ferramenta para a tomada de decisão melhorando o diagnóstico frente a uma gestante com Sífilis.

Palavras chaves: Disco de Diagnóstico - Sífilis em Gestantes – Prevenir Sífilis Congênita.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Every year, all around the world, the number of Congenital Syphilis (CS) is increasing. Last 2018 Epidemiological Bulletin of Brazil presented the national incidence rate of CS in 8,6 cases for every thousand born alive, very far from the target set by the American Health Organization (PAHO) that is 0,5 cases of CS for every thousand born alive up to 2015. Adequate and early treatment in pregnant women is the most efficient manner to prevent CS. With the implementation of rapid test for syphilis in Basic Health Units (UBS), Ministry of Health (MH) aims to avoid diagnostic opportunities loss and adequate the treatment. Searching for improving health professional situation who accomplish prenatal and favor doctor and nurse from Family Health Strategies (FHS) to answer doubts related to the management of syphilis in pregnant women, a technical instrument in disk form was developed, denominated "Disc for Diagnosis and Treatment of Syphilis in Pregnant Women", based on MH flowcharts Protocols. **Objective.** Evaluate the technical instrument acceptance from medical professionals and nurses who perform prenatal care at the FHS in Belém city. **Methodology.** Research of descriptive character, qualitative-quantitative in the management of syphilis specifically in pregnant women. Two different questionnaires were used for data collection, the first one was answered before the disk delivery in period of February and March 2018 with questions containing variables as professional position, sex, graduated time, level of study, and others related to the MH Protocol and syphilis in pregnant women. 156 questionnaires were answered followed by the delivery of 156 Discs. Second questionnaire was answered 4 months after Disc delivery, containing questions about the opportunity of using the instrument and as variables about its acceptance. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software was used, associations were calculated using the Chi-square test of adhesion and independence, interest variables, with significance level of 5%, to predict the result of Disc usage by professionals with the variables that proved to be significant in the tests. **Results.** In relation to questionnaire I from a total universe of 224 professionals, 156 questionnaires were filled out, majority of participants are nurses 24.4% and doctors 14.7%, female gender predominates 68.6% among both doctors and nurses with a general average of 7.5 years of graduated in both categories but with a slightly lower prenatal accomplishment experience, an average of 6.2 years. 115 (75%) reported have ever had doubts about a syphilis suggestive result in pregnant women and most said they do not know how to proceed with altered results for Sifilis. In questionnaire II, 50 questions were answered, being a sample with predominance of the feminine gender 30 (60%) and nurses 37 (74%), similar to the first phase, 70% of respondents said they had no difficult to handle the disc, 90% considered the disc useful or very useful, 95% affirmed that the disc contains all informations for proper diagnosis and treatment of syphilis in pregnant women, 94% would recommend its use to other professionals. **Conclusion.** Results demonstrate that the instrument created was well accepted by the surveyed professionals, and seems to fulfill the larger goal by which it was created, to be a tool for decision-making, improving the diagnosis of a pregnant woman with syphilis.

Keywords: Diagnostic Disk - Syphilis in Pregnant Women - Prevent Congenital Syphilis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Visão do Disco anterior.....	43
Figura 2 - Visão do Disco Posterior.....	45
Figura 3 – Visão dos dois Discos que ficam sobrepostos.....	46
Figura 4 – Visão posterior do Disco.....	46
Figura 5 - Visão da face posterior do disco ampliada.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Casos e taxas de detecção (por 1000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano no Brasil.....	17
Tabela 2 – Características de Gênero, Cargos, Tempo de Formação e Pós-Graduações de médicos e enfermeiros das ESF do Município de Belém, 2018.....	56
Tabela 3 – Distribuição de Cargo e Tratamento de Gestante com Sífilis, Treinamento sobre Diagnóstico de Sífilis e Existência de Publicação Impressa nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Belém, 2018.....	62
Tabela 4 - Tempo do treinamento sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em gestante, dos profissionais (Médicos e Enfermeiros) que responderam sim à questão.....	68
Tabela 5 - Tempo do treinamento sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em gestante, dos profissionais (Médicos e Enfermeiros) e a dificuldade em entender o protocolo do MS.....	70
Tabela 6 – Respostas a respeito da quantidade de informações do disco.....	76
Tabela 7 – Distribuição dos adjetivos marcados que melhor descrevem o uso do Disco.....	77
Tabela 8 – Respostas marcadas pelos profissionais acerca do nível de recomendação do Disco.....	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de detecção sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de SC, segundo o ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017.....	18
Gráfico 2 – Níveis sérico de anticorpos em pacientes monitorados durante 18 meses após tratamento por meio de 3 testes não treponêmicos (RPR, USR, VDRL).....	28
Gráfico 3 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência da SC por 1000 nascidos vivos, segundo capital, Brasil, 2017.....	32
Gráfico 4 – Distribuição de Cargos e conclusão de pós graduação dos profissionais das Unidade de Estratégia de Saúde da Família do Município de Belém, 2018.....	58
Gráfico 5 - Profissionais que concluíram alguma pós-graduação com relação com atenção primária em saúde.....	59
Gráfico 6 – Relação entre os cargos e o tempo de realização de pré-natal dos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Belém, 2018.....	61
Gráfico 7 - Cargo e Dúvida diante do resultado de gestante com sífilis nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Belém, 2018.....	64
Gráfico 8 - Cargo e Dificuldade para compreensão do atual PCDT do Ministério da Saúde em relação ao Tratamento de Sífilis em Gestantes dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Município de Belém, 2018.....	69
Gráfico 9 – Frequência de atendimento de gestantes com sífilis, durante o período de quatro meses após a entrega do disco aos profissionais das Estratégias de Saúde da Família no Município de Belém, 2018.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos.....	29
Quadro 2 - Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis.....	34
Quadro 3 – Informações para o tratamento da gestante assintomática com Sífilis..	47
Quadro 4 - Conteúdo do segundo quadro da face posterior do disco.....	48
Quadro 5 – Conteúdo do terceiro quadro da face posterior do disco.....	48
Quadro 6 -Distritos Administrativos e números correspondentes de equipes de ESF.....	51
Quadro 7 – Cruzamento de cargos e pós-graduações e/ou especializações.....	60
Quadro 8 – Análise da associação entre cargo do profissional com a conclusão de pós-graduação.....	60
Quadro 9 – Distribuição das notas com respectivas respostas sobre em que medida o disco promoveu auxílio aos profissionais.....	74
Quadro 10 –Sugestões dadas pelos participantes em relação ao Disco de Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DDAHV	Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais
DIAH	Departamento de Vigilância e Controle de IST
ELISA	Enzyme Linked Imuno Sorbent Assay
EQL	Eletroquimioluminescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MHTP	Micro Hemoaglutinação Indireta
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCR	Reação de Cadeia em Polimerase
RN	Recém Nascido
RPR	Rapid Plasma Reagin
SC	Sífilis Congênita
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TNT	Teste Não Treponêmico
TR	Teste Rápido
TRUST	Toluidine Red Unheated Test
TV	Transmissão Vertical

USR	Unheated Serum Reagin
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
UBS	Unidade Básica de Saúde
IG	Idade Gestacional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CESUPA	Centro Universitário do Estado do Pará
DABEL	Distrito Administrativo de Belém
DABEN	Distrito Administrativo do Benguí
DAENT	Distrito Administrativo do Entroncamento
DAGUA	Distrito Administrativo do Guamá
DAICO	Distrito Administrativo de Icoarací
DAMOS	Distrito Administrativo do Mosqueiro
DAOUT	Distrito Administrativo do Outeiro
DASAC	Distrito Administrativo da Sacramenta
CAPP	Comissão de Análise de Projetos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PI	Período de Incubação
FTA-abs	Fluorescent Treponemal Antibody- Absorption

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1. Agente etiológico	20
2.2. Transmissão	21
2.3. Etiopatogenia.....	21
2.4. Classificação.....	22
2.4.1 Sífilis Adquirida	22
2.4.2 Sífilis Congênita	22
2.5. Manifestações Clínicas da Sífilis Adquirida e Sífilis na Gestação	22
2.5.1 Sífilis primária.....	23
2.5.2 Sífilis Secundária.....	23
2.5.3 Sífilis Latente.....	24
2.5.4 Sífilis Terciária.....	25
2.6. Exames	25
2.6.1 Métodos diretos para detectar o <i>T. pallidum</i>	25
2.6.2. Exames Sorológicos.....	26
2.7 Tratamento	30
2.8 Sífilis em gestantes	31
3. OBJETIVO.....	38
3.1 Objetivo geral.....	38
3.2 Objetivos específicos.....	38
4. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO TÉCNICO	39
4.1 Detalhamento do Conteúdo do Disco.....	42
5. METODOLOGIA.....	50
5.1 Aspectos Éticos.....	50
5.2 Tipo de Estudo.....	50
5.3. Local da Pesquisa	50
5.4 População	51
5.4.1 Critérios de inclusão.....	51
5.4.2 Critérios de exclusão.....	51

5.5 Amostra	52
5.6 Coleta dos dados	52
5.6.1 Instrumento de coleta de dados.....	53
5.7 Dificuldades para Aplicação do Método	54
5.8 Tratamento e Análise dos Dados	55
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6.1. Análise das respostas do Questionário I	56
6.2. Análise das respostas do Questionário II	71
7. CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A	91
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO I	94
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO II	96

1. INTRODUÇÃO

O *Treponema pallidum*, é o agente etiológico que causa a doença sífilis, sendo transmitido principalmente pela via sexual, motivo pelo qual esta enfermidade faz parte do grupo das infecções sexualmente transmissíveis (IST), contudo, sua transmissão vertical (TV) representa o mais grave problema de saúde pública em contexto mundial e brasileiro. (WIJESOORIYA, 2015).

A TV da sífilis ocasiona no feto a sífilis congênita (SC) e pode ensejar em abortamento espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer, óbito fetal, óbito neonatal, dentre outras complicações (BRASIL, 2015).

A TV pode ocorrer em qualquer período da gestação e também durante a passagem da criança pelo canal de parto ao nascer. Entretanto, se durante o pré-natal a gestante for diagnosticada e tratada adequadamente é possível evitar a contaminação fetal (BRASIL, 2013).

Um estudo de Wijesooruya et al. (2016) estimou que em todo o mundo no ano de 2012 a incidência de sífilis na população foi de 5,6 milhões de casos e, aproximadamente, 350.000 gestações evoluíram com algum grau de complicação causada por esta doença; incluindo 143.000 mortes fetais precoces/natimortos, 62.000 mortes no período neonatal, 44.000 prematuros ou com baixo peso e 102.000 crianças infectadas

Segundo Newman et al. (2015), a prevalência mundial maior das mulheres está na faixa etária de 15 a 49 anos, encontrando-se as mesmas gestantes ou não.

Diante dessa situação, e ao longo das últimas décadas, muitos documentos internacionais vêm tentando buscar soluções para este quadro, como o Plano de Ação para Eliminação da TV do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da sífilis. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estabeleceu como meta a redução da incidência de SC para o equivalente a 0,5 casos por mil nascidos vivos, até o ano de 2015 (OPAS, 2010).

A tendência é de elevação da incidência de Sífilis, que ocorre em nível mundial e também pode ser observada no Brasil. Como demonstram os números notificados de sífilis adquirida em 2016 que alcançaram a marca de 87.593 (BRASIL, 2016a) e em 2017 subiram para 119.800 casos cuja a taxa de detecção está em 58,1

casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2018a). A sífilis em gestantes que em 2016 apresentou 37.436 notificações e em 2017 subiu para 49.013 casos (taxa de detecção está em 17,2/1000 nascidos vivos) Os número de casos de SC que em 2016 foram 20.474 e se elevaram para 24.666 em 2017 (taxa de incidência de 8,6/1000 nascidos vivos) provavelmente estes números crescentes se devem ao aprimoramento do sistema de vigilância, bem como os novos critérios que atualmente norteiam a definição de caso de sífilis e podem ser visualizados na Tabela 1 (BRASIL, 2016a. BRASIL, 2018a)

Tabela 1 – Casos e taxas de detecção (por 1000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano no Brasil.

Sífilis em Gestantes	Total	2005 - 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Casos	200.253	5.064	6.528	7.298	8.368	10.040	13.728	16.415	20.896	26.594	32.651	37.436	15.235
Taxa de detecção	-	-	2,3	2,5	2,9	3,5	4,7	5,6	7,2	8,9	10,8	12,4	-

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

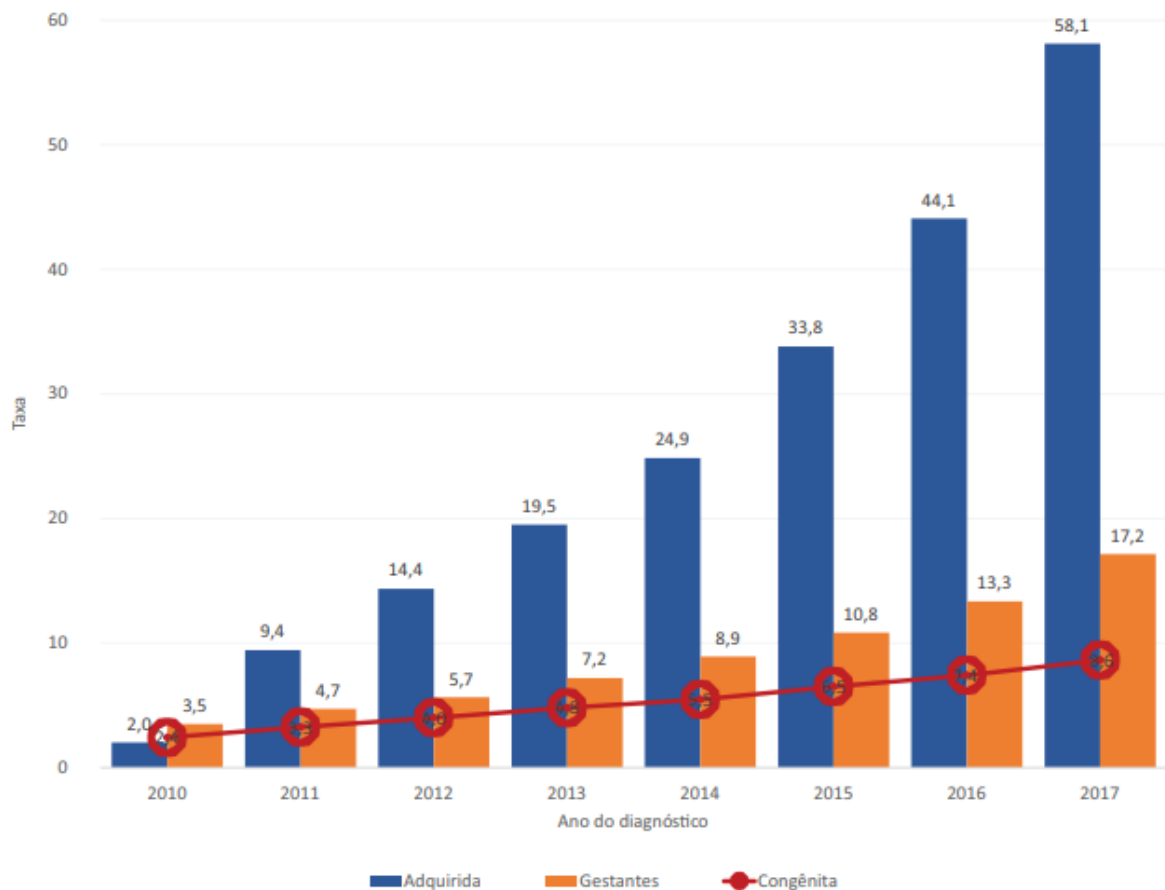
Notas: (1) Dados até 30/06/2016; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

O Brasil é signatário do documento da OPAS e vem tomando medidas no intuito de diminuir esses índices. Ainda, também por força da Organização Mundial de Saúde (OMS), houve o advento das metas do desenvolvimento do milênio, exemplo disto é a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005, que tornou a sífilis diagnosticada na gestação uma doença de notificação compulsória, com o objetivo de aprimorar a vigilância epidemiológica e implementar políticas públicas eficazes no combate da sífilis congênita (BRASIL, 2005).

Na verdade, com a implantação do teste rápido (TR) para sífilis nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), que vem ocorrendo desde 2012, esperava-se um declínio na incidência de SC. Acreditando-se que com um resultado mais rápido esse tratamento se efetivaria de forma mais precoce (BRASIL, 2016 a).

Infelizmente, conforme a gráfico 1, os números do Boletim Epidemiológico de 2018, do Ministério da Saúde (MS), revelaram que no Brasil no ano de 2017 a taxa de incidência da SC foi de 8,6 casos/mil nascidos vivos, configurando notável distância no que se refere à meta de 0,5 casos por mil nascidos vivos proposta pela OPAS (Brasil, 2018a).

Gráfico 1 – Taxa de detecção sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de SC, segundo o ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2018.

No estado do Pará, um estudo avaliou através dos dados contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) o número de notificações de SC em 2006 que era de 0,4 por 10 mil nascidos vivos e aumentou em 2013 para 46,0 casos por 10 mil nascidos-vivos, evidenciando a tendência ao crescimento da doença (Salgueiro, 2016).

Pereira et al. (2015) constataram, em Belém do Pará, que a SC é a infecção congênita mais diagnosticada nos recém-nascidos (RN) que faziam acompanhamento em serviço de referência para RN de risco, no período de 2008 a 2013. A doença também conta com números bem distantes do segundo e terceiro colocados, quais sejam, toxoplasmose e citomegalovirose, respectivamente, fato este que demonstra o descontrole dessa infecção no estado em questão.

Todas as gestantes devem realizar pré-natal, sendo a Atenção Primária a porta de entrada das usuárias no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste primeiro contato com a paciente, portanto, devem ser solicitados todos os exames adequados, objetivando a detecção precoce dos agravos comprometedores da saúde da mãe e do feto, incluindo no mínimo 2 testes para sífilis no primeiro trimestre, na 28ª semana de gestação e no parto (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016 b).

Nesse contexto, cumpre registrar que o tratamento da sífilis deve ser realizado na própria unidade, com exceção apenas do caso de não ocorrer a redução dos títulos do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) ou em caso de alergia comprovada a penicilina, pois, nessas situações especificamente, haverá a necessidade de que a paciente seja referenciada para um serviço de média ou alta complexidade (BRASIL, 2015).

Um estudo sobre os fatores de risco para SC em Belo Horizonte, no período de 2010 a 2013, em um grupo de 353 gestantes com sífilis, observaram que 51,5% delas iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação e, também, constataram que mais da metade das mães realizaram VDRL tardiamente (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015)

Sabendo que o diagnóstico e tratamento adequados da sífilis na gestação são fundamentais para a prevenção da SC e, quanto mais precário for este pré-natal, maior será a incidência da doença (ARAUJO et al., 2006; LIMA et al. 2013.), conclui-se que não basta apenas aumentar a quantidade de exames laboratoriais e favorecer o acesso das gestantes a esses testes, é preciso também melhorar a capacidade do profissional de saúde com relação a mobilização do conhecimento sobre uma interpretação adequada dos resultados e o manejo da Sífilis em gestantes, agilizando a tomada de decisão.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A Sífilis é uma doença conhecida há centenas de anos, cujos seus primeiros registros foram encontrados no Velho Mundo, desde o fim do século XV e início do XVI. Relatos dessa época impressionam pelos lamentos de sofrimento e por sua rápida expansão em toda Europa (CROSBY, 1969).

Mesmo após a descoberta de seu agente causador, em 1905, a bactéria espiroqueta, denominada *Treponema pallidum* (*T. pallidum*) e o fato de seu tratamento ser o mesmo desde 1948, com Penicilina (BRASIL, 2016), esta doença ainda faz sofrer e se expande por todo o mundo, de forma rápida, até os dias atuais (NEWMAN et al., 2015).

Muitas controvérsias existem quanto à sua origem. Para alguns, seria endêmica da América, tendo sido levada para Europa pelos marinheiros espanhóis, ao retornarem do novo continente descoberto. Por outro lado, alguns apostam na teoria da origem em cepas vindas da África, dentre outras (CROSBY, 1969).

Ao longo do tempo, esta doença recebeu vários nomes, como mal espanhol, mal italiano, mal francês, de modo que havia sempre uma alusão pejorativa em face de um país cujas relações estivessem estremecidas ou em franca guerra (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

2.1. Agente etiológico

No ano de 1905, em Berlim, o zoologista, Fritz Richard Schaudinn, e o dermatologista, Paul Erich Hoffman, identificaram vários microorganismos espiralados, claros e delgados, movimentando-se de frente para trás e girando em seu maior comprimento. O material analisado havia sido colhido por Hoffman de uma pápula rompida localizada na vulva de uma paciente com sífilis secundária (SOUZA, 2005).

O nome escolhido naquele momento para o novo patógeno foi *Spirochaeta pallida*. Posteriormente classificado como pertencente ao gênero *Treponema*, de subespécie *pallidum* (SOUZA, 2005).

O *T. pallidum* tem difícil visualização ao microscópio sob luz direta, devido pequena diferença de densidade entre corpo e parede, além de corar-se fracamente, fato que justifica sua denominação referente à palidez, do latim *pallidum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

É também facilmente destruída se em contato com determinadas substâncias, dentre elas, sabão e desinfetantes, por exemplo, além de ressecar-se rapidamente em meio ambiente. Inobstante, pode sobreviver em fômites úmidos por cerca até de 26 horas (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2010)

2.2. Transmissão

O *T. pallidum* penetra no ser humano por área de abrasão cutânea, ferimento ou através de mucosas, durante o contato sexual, e dissemina-se por todo o organismo (OLIVEIRA et al., 2017).

Pode ser transmitido de forma indireta pelos objetos contaminados, podendo ocorrer, inclusive, ao se fazer uma tatuagem. Ainda, a transmissão também pode ocorrer por transfusão sanguínea, sendo que esta hipótese está mais escassa atualmente, graças ao rigoroso controle dos hemocentros (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

2.3. Etiopatogenia

As pequenas abrasões resultantes da relação sexual, favorecem a penetração do treponema e, neste ponto, por força de uma resposta local de defesa, evolui com o surgimento de exulceração. Ato contínuo, a bactéria vai para o sistema linfático, se disseminando pela via hematogênica por todo organismo e, mesmo havendo formação de complexos imunes, estes não são efetivos, além de a resposta celular ser muito tardia, o que favorece ainda mais a sobrevivência do *T. pallidum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A suscetibilidade à doença é universal e mesmo que alguém já tenha sido acometido anteriormente, este fato não confere imunidade protetiva, podendo o indivíduo adquirir a doença a cada nova exposição (BRASIL, 2017b).

2.4. Classificação

2.4.1 Sífilis Adquirida

Classifica-se quanto ao tempo de doença em: Recente e Tardia. Se o diagnóstico for feito em até 2 anos após a infecção ter iniciado, ela é classificada como Sífilis Adquirida Recente. Caso só seja realizado após este prazo, passa a ser classificada como Sífilis Adquirida Tardia (JANIER et al., 2014; BRASIL, 2018 a).

2.4.2 Sífilis Congênita

É a Sífilis que ocorre no concepto, cuja a transmissão se dá intraútero, através da placenta. A SC pode ser dividida em Sífilis Congênita Precoce e Sífilis Congênita Tardia (BRASIL, 2015)

Sífilis Congênita Precoce é quando o aparecimento dos sintomas acontece até os 2 anos de vida cronológica da criança, enquanto que, na Sífilis Congênita Tardia, os sintomas surgem após os 2 anos de vida cronológica da criança. (BRASIL, 2017b)

2.5. Manifestações Clínicas da Sífilis Adquirida e Sífilis na Gestação

Nos Estados Unidos, o Estudo Tuskegee, que durou do ano de 1932 a 1972, acompanhou 600 homens negros, havendo dentre eles 399 portadores de sífilis e 201 hídidos. Inobstante ter esclarecido muito sobre a evolução natural da sífilis, o estudo, lamentavelmente, feriu a ética e os direitos humanos, visto que, para estudar melhor a evolução da doença, os indivíduos doentes não foram tratados, mesmo com o surgimento da penicilina e após a publicação do código de Nuremberg, no início da década de 1950 (GIARDIOLI et al., 2012).

Assim sendo, é conhecido o fato de que a Sífilis Adquirida possui características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas que se modificam com o passar o tempo. Desse modo, cada fase clínica é classificada em Sífilis

Primária, Secundária e Terciária, bem como, o período de latência, que é denominado especificamente de Sífilis Latente (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

2.5.1 Sífilis primária

Desde o contato sexual infectante, conta-se um período de incubação (PI), que vai de 10 a 90 dias, em uma média de 3 semanas. Em seguida, surge uma lesão papular no ponto de penetração da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou qualquer parte do tegumento), chamada Cancro Duro ou protossifiloma (BRASIL, 2015).

O Cancro duro mede em torno de 0,5 a 2,0 cm de diâmetro e geralmente é uma lesão única, que ulcera e se mantém indolor, com bordos elevados e endurecidos. Ainda, apresenta limites precisos, fundo liso e brilhante, contendo secreção serosa e rica em *T. pallidum*. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Coletando a secreção do cancro duro, através de raspado, é possível diagnosticar a Sífilis. Para isso, utiliza-se o microscópio de campo escuro, que permite a visualização das espiroquetas antes mesmo do aparecimento dos anticorpos no sangue do paciente (BRASIL, 2015).

Os Anticorpos contra o *T. pallidum* só se tornam detectáveis no período de 7 a 10 dias após o aparecimento do cancro (JANIER et al., 2014).

Geralmente, nesta fase há enfartamento ganglionar inguinal uni ou bilateral associado, de consistência endurecida, indolores, sem flogose ou supuração (BERNARDES FILHO et al., 2012).

Ressalta-se que a lesão do Cancro Duro, por ser indolor e localizar-se com frequência na cérvix uterina e paredes vaginais, o que o torna de difícil percepção por parte da paciente, e não constitui portando motivo para uma consulta. Após 2 a 6 semanas, a lesão desaparece espontaneamente, mesmo sem qualquer tratamento (BRASIL, 2015).

2.5.2 Sífilis Secundária

Ao decorrer de 2 a 8 semanas após o aparecimento do cancro, o Treponema se dissemina pelo organismo, durante um tempo que varia de 6 semanas a 6 meses,

surgindo os sintomas sistêmicos característicos da Sífilis Secundária (JANEIRO, 2012).

O Secundarismo da doença dura de 4 a 12 semanas, apresentando manifestações tais como febre, mal-estar, cefaleia, adinamia, icterícia, hepatoesplenomegalia, anemia e linfadenopatia generalizada. Estes sintomas podem ocorrer de modo isolado ou simultâneo, havendo a possibilidade de acometimento de vários órgãos ou sistemas (BERNARDES FILHO et al., 2012; BRASIL, 2015).

As lesões secundárias possuem enorme quantidade de *T. pallidum*, que podem surgir de diversas formas, quais sejam: máculas (roséolas), pápulas palmo-plantares, lesões eritemato escamosas descamativas palmo plantares (altamente sugestiva de Sífilis), placas eritemato-branco-acinzentadas nas mucosas, poliadenite generalizada, alopecia em clareira, madarose e condiloma plano ou condiloma lata, caracterizados por lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (BRASIL, 2015).

A Sífilis Secundária é mais facilmente diagnosticável através dos testes sorológicos e por microscopia de campo escuro, com a utilização do raspado das lesões cutâneas desses pacientes (JANEIRO, 2012).

Nesta fase, pode ocorrer uma variante, chamada de forma maligna precoce da sífilis, caracterizada pela presença de pápulas pustulosas que ulceram e necrosam, associadas a sintomas sistêmicos graves (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Devido à fase secundária cursar, na maioria das vezes, de forma oligossintomática, pode vir a ser confundida com muitas outras doenças, dificultando, assim, a elucidação diagnóstica e mantendo a transmissibilidade por longos períodos de tempo, a contribuir com a disseminação da doença (BRASIL, 2015)

2.5.3 Sífilis Latente

A Sífilis latente compreende a fase assintomática ou subclínica da doença, embora ativa. Subdividida em fase latente recente (menos de 2 anos de infecção), e fase latente tardia (mais de 2 anos de infecção) (BRASIL, 2017c)

Aproximadamente 25% dos pacientes alternam lesões da fase secundária com períodos de latência, principalmente no primeiro ano da doença, podendo gerar dúvida no que tange ao tempo de evolução (BRASIL, 2015).

Durante a fase de latência, o diagnóstico fica bem limitado aos testes sorológicos, cumprindo registrar que a latência tardia pode durar por anos, sem quaisquer complicações e com poucas chances de ser transmitida sexualmente, mas infelizmente mantendo a possibilidade de TV (LAFOND; LUKEHART, 2006. JANEIRO, 2012).

2.5.4 Sífilis Terciária

Os sinais e sintomas da Sífilis Terciária surgirão após um período de latência (assintomático) varável, entre dois a quarenta anos, contados desde o início da infecção, caso o tratamento específico não seja estabelecido (LAFOND; LUKEHART, 2006).

As lesões características desta fase da doença são as gomas sífilíticas, que correspondem a nódulos com áreas de necrose praticamente sem *T. pallidum*, podendo afetar pele, ossos, fígado, coração e cérebro, que raramente envolvem espontaneamente, mas respondem bem a antibioticoterapia (AVELLEIRA ; BOTTINO, 2006. LAFOND; LUKEHART, 2006.).

2.6. Exames

2.6.1 Métodos diretos para detectar o *T. pallidum*

Microscopia Direta

Pode ser feito pela microscopia direta em campo escuro, no material colhido da lesão de sífilis primária (cancro duro), assim como das lesões da fase secundária, sendo necessário apenas que essa secreção seja retirada através de raspado cutâneo ou de mucosas.(JANIER et al., 2014)

Existe Pesquisa Direta com material corado, pode-se colher um material suspeito ou biopsia de um tecido utilizando corantes, sendo ainda menos sensível que a microscopia de campo escuro (BRASIL, 2018).

É possível detectar *T. pallidum* nas lesões antes da soroconversão, podendo ter paciente com microscopia positiva e testes imunológicos negativos (BRASIL, 2016 c)

Se ocorrer coleta inadequada, se raspado das lesões for realizado nas fases de resolução espontânea, ou após tratamento medicamentoso anterior, poderá haver um número muito pequeno de *T. pallidum*, causando a diminuição da sensibilidade do método, e desse modo, poderemos ter um resultado negativo (BRASIL, 2016 c).

Biologia Molecular (Reação em Cadeia de Polimerase - PCR)

Este é um exame que amplifica e detecta o DNA do *T. pallidum* nos tecidos, líquido e sangue, mas só é encontrado em locais de pesquisa fazendo parte de protocolos (BRASIL, 2017 b)

2.6.2. Exames Sorológicos

Em relação aos Testes Imunológicos estão divididos em 2 tipos:

Testes Não Treponêmicos. e Testes Treponêmicos.

Anticorpos específicos contra o treponema só começam a surgir na corrente sanguínea em 7 a 10 dias após o aparecimento do cancro duro. Por esse motivo, logo após o período de incubação nos primeiros dias da doença os testes imunológicos podem não apresentar reatividade (JANIER et al., 2014; BRASIL, 2016 c).

Testes Não Treponêmicos

O *T. pallidum*, ao agredir tecidos orgânicos, destrói células que liberam lipídios. Contudo, cumpre registrar que esta não é uma característica exclusiva da Sífilis, visto que este fato ocorre também causado por outros *treponemas* e em outras doenças, gerando falso-positivos, como ocorre na Hanseníase, Lupus Eritematoso Sistêmico, Hepatite Crônica etc. (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016c).

A cardiolipina, lipídio liberado resultante da agressão celular, é utilizada como antígeno, sob a forma de cardiolipina purificada em lipossomas de lecitina-colesterol. Em contato com o sangue do paciente que contém os anticorpos contra a cardiolipina, há a produção de floculação, indicando a positividade ao teste de forma qualitativa (JANEIRO, 2012; BRASIL, 2016 c).

A floculação produzida nesses testes demonstra a presença de anticorpos das classes IgM e IgG de forma indistinta, mas devem ser quantificados por meio de diluições seriadas representadas por frações, cujo resultado será o valor da última diluição positiva Ex: 1:1 significa sem diluição, 1:2, 1:4; 1:8, 1:16 e assim sucessivamente. (BRASIL, 2016 c).

Os testes não treponêmicos possuem um caráter qualitativo (Reagente e Não Reagente) e quantitativo (1:2; 1:4 1:8; 1:16 e assim por diante), por esse motivo se prestam ao acompanhamento e seguimento, pois seus títulos caem após a realização do tratamento podendo inclusive negativar. Este fato é muito relevante no que se refere ao controle de cura do paciente que foi tratado. A cada 60 dias o paciente tratado deve repetir o teste por um período de 2 anos, caso seus títulos não caiam ou se elevem, indicam a necessidade de repetir o tratamento podendo ser interpretado como uma reinfecção (JANIER et al.2014; BRASIL, 2015)

Falso-negativo pode ocorrer principalmente na Sífilis Secundária, quando é muito intensa a produção de anticorpos. Gerando uma relação desproporcional entre Antígenos e Anticorpos não permitindo a floculação nas amostras não diluídas ou em baixas diluições. Este fenômeno, denominado Prozona, não ocorre nos testes treponêmicos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016 C).

Nas fases sintomáticas da sífilis, os testes não treponêmicos estão em títulos muito elevados, já na fase de latência, seja ela recente ou tardia, eles passam a ser positivos apenas em titulações muito baixas (ex: 1:2, 1:4) mesmo que este paciente não tenha sido submetido ao tratamento (BRASIL, 2015).

O Brasil dispõe dos seguintes testes não treponêmicos:

VDRL Venereal Disease Research Laboratory

RPR Rapid Plasma Reagin

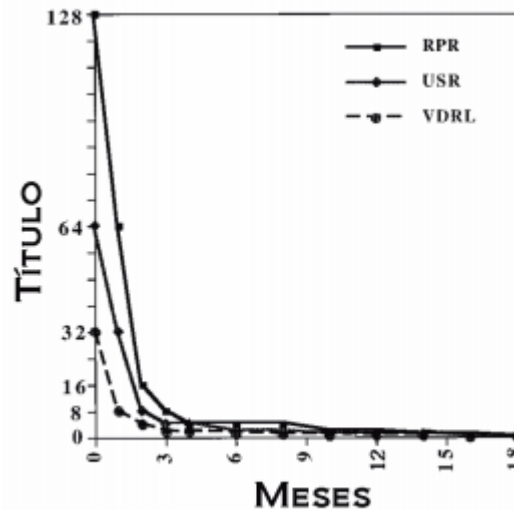
USR Unheated Serum Reagin

TRUST Tolidine Red Unheated Serum Test

Como referido anteriormente, os testes não treponêmicos são expressos em frações e sua repetição seriada após o tratamento é fundamental para o

acompanhamento e controle de cura já que a queda, manutenção ou elevação das titulações indica a evolução após a terapêutica (BRASIL, 2017c).

Gráfico 2 – Níveis sérico de anticorpos em pacientes monitorados durante 18 meses após tratamento por meio de 3 testes não treponêmicos (RPR, USR, VDRL)



Fonte:DDAHV/SVS/MS

Testes Treponêmicos

Utilizam o próprio *T. pallidum*, ou alguma parte dele, como antígeno, que em contato com o sangue contaminado (do indivíduo suspeito) se liga ao anticorpo produzido pelo paciente, assinalando a positividade para a doença (BRASIL, 2015)

Esses testes detectam, portanto, anticorpos específicos IgM e IgG contra componentes celulares do *T. pallidum*. São os primeiros a positivarem após a infecção, desta forma em uma Sífilis Primária (fase inicial da doença) o paciente pode apresentar Teste Treponêmico Reagente e Teste Não Treponêmico (TNT) Não Reagente sem nunca ter sido tratado. Este fato ocorre, porque o organismo demora mais tempo para produzir os anticorpos anticardiopina, que só serão detectados alguns dias depois, em geral recomenda-se repetir o teste não treponêmico em 30 dias para registrar essa soroconversão (BRASIL, 2016c).

Os testes treponêmicos são qualitativos, ou seja, confirmam o diagnóstico e permanecem positivos na maioria das vezes pelo resto da vida mesmo após a

conclusão do tratamento específico, logo não servem para controle de cura (BRASIL, 2017c).

O Brasil dispõe dos seguintes testes treponêmicos:

FTA-abs Fluorescent Treponemal Antibody- Absorption

ELISA Enzyme-Linked Immunosorbent Assay e suas variações

MHTP Micro-hemoaglutinação indireta

TR teste imunocromatográfico ou de dupla migração

EQL Eletroquimioluminescente

O primeiro teste imunológico a se tornar reagente, em torno de 10 dias da evolução do cancro duro, é o **FTA-Abs**, seguido dos outros testes treponêmicos e não treponêmicos, (BRASIL, 2016c).

Para a interpretação adequada dos diferentes testes de laboratório disponíveis, é necessário conhecer os estágios evolutivos dessa patologia.

Quadro 1 – Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos

Teste não treponêmico (VDRL ou RPR ou USR ou TRUST)	Teste treponêmico (FTA-Abs, Elisa, MHTP, TPHA, TR, EQL)	Interpretação	Conduta
+	+	Sífilis recente ou prévia	Tratar
+	-	Provável falso-positivo	Realizar teste treponêmico Convencional Se não reagente não tratar
-	+	Sífilis primária ou Latente previamente tratada ou não tratada	Tratar se não tiver Informação de tratamento
-	-	Ausência de infecção ou Período de incubação	Se suspeita clínica e/ou epidemiológica, nova coleta em 30 dias

Fonte: DDAHV/SVS/MS

2.7 Tratamento

Quanto mais precoce for o tratamento, maiores as chances de serem negativados por completo os TNT. O esquema de tratamento indicado leva em consideração o tempo da infecção. Se até 2 anos da doença, Penicilina G Benzatina em uma dose de 2,4 milhões de unidades (UI), via intra-muscular, sendo aplicada 1,2 milhões de UI em cada glúteo, de uma só vez, sem repetição (BRASIL, 2017c)

Caso a duração da infecção seja maior que 2 anos, a Penicilina G Benzatina na dose de 2,4 milhões UI, por via intra-muscular, sendo 1,2 milhões de UI em cada glúteo, de uma só vez por semana, durante 3 semanas consecutivas, perfazendo um total de 7,2 milhões de unidades (QIN et al., 2014; BRASIL, 2017c)

É imprescindível o seguimento, após o tratamento, com a repetição do TNT, VDRL ou RPR, quantitativo, a cada 60 dias para observar a queda dos títulos até sua negativação em seis a nove meses, em caso de elevação em 2 títulos em relação ao resultado anterior considerar o retratamento (BRASIL, 2015).

Pinto et al. (2014) ressaltou em um estudo, feito em São Paulo e com pessoas em situação de rua, que TR não diferencia a infecção ativa de cicatrizes sorológicas. Assim, como não há formação de uma memória imunológica protetiva, as reinfecções, muito frequentes nessas populações, correm o risco de não serem percebidas, já que evoluem de forma assintomáticas na maioria das vezes, viabilizando a perpetuação da doença e sua transmissão.

Cumprir observar, também, que existem drogas alternativas para o tratamento da sífilis, como Doxiciclina 100mg, via oral, de 12/12 horas, por 15 dias. Porém não são incluídas no presente conteúdo, visto que tal medicamento não deve ser usado em gestantes. (BRASIL, 2015; KATANAMI et al. 2017)

Outra opção disponível é a ceftriaxona 1g, por via intramuscular ou intravenosa, a ser utilizada uma vez ao dia, por oito a dez dias. Esta, por sua vez, pode naturalmente ser indicada para gestantes, restando apenas o inconveniente de não atravessar a barreira placentária, o que inviabiliza a prevenção da sífilis congênita. (QIN et al. 2014; KATANAMI et al.2017)

Caso o paciente desenvolva Neurosífilis, a droga preconizada é a Penicilina Cristalina, na dose de 18 a 24 milhões de UI/dia, por via endovenosa, a cada 4

horas, ou por infusão contínua durante 14 dias é a Ceftriaxona 2g, IV ou IM, 1 vez ao dia por 10 a 14 dias. O quadro 2, contém o resumo do referido tratamento para sífilis. (BRASIL; 2015)

A notificação da Sífilis Adquirida é compulsória nos serviços de saúde públicos e privados em todo o Brasil, também devendo ser notificados os casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita (BRASIL, 2017c).

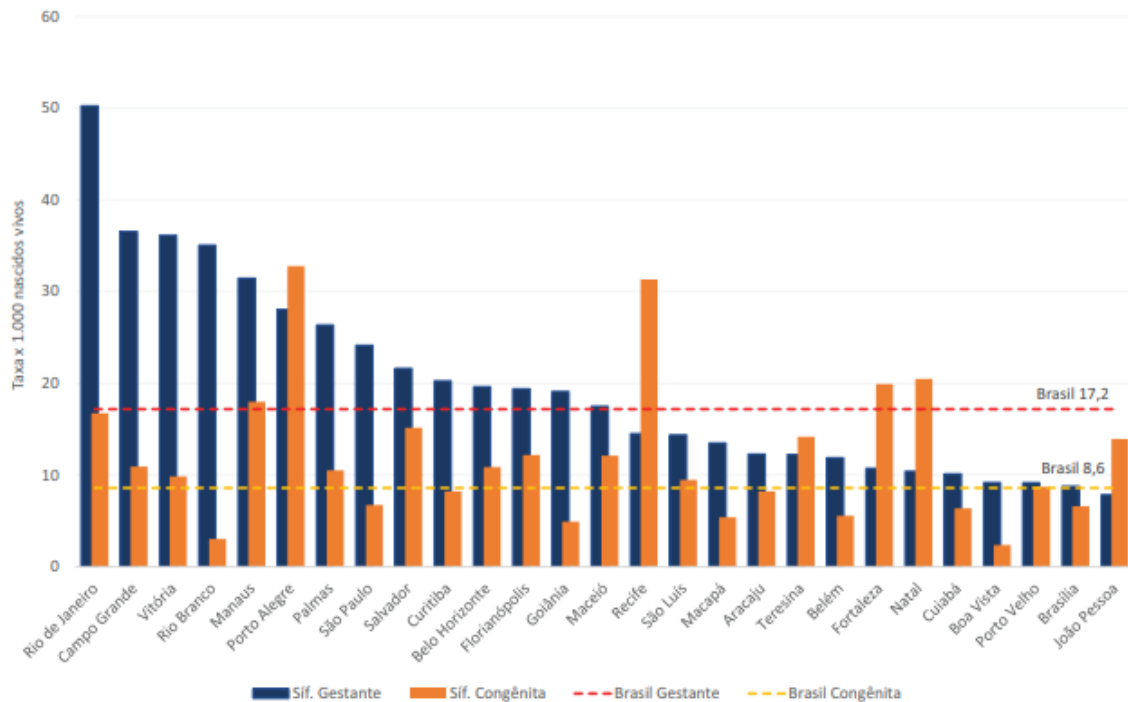
2.8 Sífilis em gestantes

A transmissão sexual é a principal forma de contágio da sífilis adquirida na população em geral, assim como nas gestantes, com o agravante do risco de transmiti-la ao feto através da placenta ou mesmo durante o nascimento, quando o RN passa pelo canal do parto (SÃO PAULO, 2008).

A OPAS e a UNICEF estabeleceram como meta para redução da incidência de SC em 0,5 casos por 1000 nascidos vivos até o ano de 2015, mas o SINAN e os registros de óbitos perinatais relacionados à sífilis congênita contidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DIAH/SVS/MS) revelaram dados bem diferentes (BRASIL, 2016a).

Pode-se observar no gráfico 3, taxas de incidência de SC superiores as taxas de sífilis em gestantes em um grande número de capitais brasileiras, fato este que demonstra o quanto não está sendo realizado o diagnóstico de Sífilis nas gestantes durante o pré-natal. Belém está entre as capitais onde as duas taxas estão menores que as nacionais. (BRASIL, 2018 a)

Gráfico 3 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência da SC por 1000 nascidos vivos, segundo capital, Brasil, 2017.



É importante salientar que a TV ocorre na porcentagem de 45 a 75% das gravidezes de mulheres portadoras da sífilis. Portanto, desde 2005, a OMS propôs o estabelecimento de pilares para a erradicação da SC, dentre eles, temos, por exemplo, uma política governamental de identificação precoce, tratamento adequado de todas as gestantes portadoras, juntamente com seus parceiros, bem como, vigilância epidemiológica, com monitoramento e avaliação contínuos do sistema de saúde (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

A oportunidade mais eficiente de prevenção da SC é na assistência pré-natal, com a realização da triagem laboratorial associada ao tratamento adequado, portanto a demora em diagnosticar essa gestante contribui para o seu aumento (SARRACENI, et al., 2007).

Em relação às IST, segundo o MS, os exames devem ser solicitados no 1º e no início do 3º trimestre (28ª semana) da gestação e durante a internação hospitalar, na hora do parto ou curetagem, inclusive os testes para sífilis. Desta forma, há a

instituição do tratamento adequado, à base de Penicilina Benzatina, assim como o controle de cura, a ser feito mensalmente mediante o teste não treponêmico (BRASIL, 2018b).

Um estudo avaliou que o VDRL apresenta maior dificuldade na sua execução, quando comparado ao TR, devido à necessidade de diversos fatores, como laboratórios, vagas para o agendamento do dia da coleta e demora para a liberação do resultado, fatores que dificultam a adesão da gestante ao tratamento. Já o TR pode ser feito dentro do consultório no momento da consulta e o resultado fica pronto em 20 minutos (DEGAUT, 2013).

Segundo Araújo et al., (2014), tanto os profissionais de saúde, como as usuárias do SUS, enfrentam dificuldades na concretização de um bom pré-natal, levando em consideração que aquelas perpassam inúmeras questões, sendo algumas delas: ausência de sala para coleta de material biológico; falta de médicos; ESF sobrecarregadas, que precisam atender usuários oriundos de equipes incompletas, situação causadora de demora na marcação das consultas e retornos dessas gestantes.

Como consequência da falta de vagas para agendamento, demora da realização de exames e do resultado, ocorre o atraso das prescrições e retardo do início dos tratamentos necessários, inclusive os de sífilis, o que favorece a contaminação do concepto (RAMALHO, 2016).

É importante ressaltar que a inclusão do TR, nos serviços que realizam pré-natal na rede do SUS, foi feita por portaria ministerial nº 77, de 12/01/2012, através do Projeto Rede Cegonha, visando maior rapidez no diagnóstico e tratamento adequado da Sífilis na gestante. Isto devido à vantagem de poderem ser realizados dentro do consultório e de o resultado já estar disponível em 30 minutos, favorecendo o estabelecimento de uma conduta adequada e de forma antecipada (BRASIL, 2016).

Nos períodos sintomáticos da sífilis, os TNT estão em títulos mais elevados, já na fase de latência, seja ela recente ou tardia, os testes passam a demonstrar titulações muito baixas, mesmo que o paciente não tenha sido submetido ao tratamento (BRASIL, 2016).

Este comportamento clínico e laboratorial da doença na fase de latência gera dificuldade nos profissionais de saúde para interpretação dos resultados sorológicos encontrados durante o atendimento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Por esse motivo, tratando-se de gestantes assintomáticas, em que não temos como precisar se a latência é recente (menos de 2 anos de infecção) ou tardia (mais de 2 anos de infecção), o tratamento ideal, e que confere maior margem de segurança nas presentes circunstâncias, é o realizado considerando a latência tardia cuja a dose total é 7,2 milhões de UI de Penicilina G. Benzatina (KATNAMI et al. 2017; BRASIL, 2018b).

Quadro 2 - Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis recente (menos de 2 anos de evolução): sífilis primária, secundária e latente recente.	Penicilina G. Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única
Sífilis tardia (mais de 2 anos de evolução): Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G, Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal por 3 semanas. Dose total 7,2 milhões UI. IM.
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18 – 24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3- 4 de UI a cada 4 h ou por infusão contínua por 14 dias.

FONTE: DIAHV/SVS/MS.

Na fase de latência existe uma intermitente espiroquetemia e isso possibilita a transmissão da gestante para o feto (LAFOND; LUKEHART, 2006. JANEIRO, 2012). Este é um ponto importante a ser ressaltado, pois, a TV pode ocorrer normalmente na fase de latência, acrescentando, inclusive, que ela acontece na porcentagem de aproximadamente 30% dos casos nos quais a gestante não apresenta nenhum sinal ou sintoma da sífilis. Portanto, os exames laboratoriais ganham extrema relevância, considerando que somente eles permitem a detecção da enfermidade na fase latente (SARRACENI, 2007).

Por esse motivo, o MS recomenda a necessidade de realização sistemática dos testes para sífilis, no mínimo duas vezes durante o pré-natal, assim que ele for iniciado, e na 28ª semana de gestação, e no momento da internação hospitalar para o parto ou curetagem pós-aborto (BRASIL, 2013. BRASIL, 2018).

A oportunidade mais eficiente de prevenção da SC é na assistência pré-natal, com triagem laboratorial associada ao tratamento adequado (SARRACENI et al., 2007).

Estudos realizados por Rotchford et al., (2000) demonstraram que há uma redução de 79% de riscos nas gestantes tratadas com maior número de doses de penicilina, se comparadas com aquelas que foram conduzidas com uma ou menos. Nesse sentido, o estudo juntou diversos dados, substanciais para a referida análise, que foram coletados em Hlabisa, situada na África do Sul.

Enfatizamos, em visualização às informações apanhadas na pesquisa acima, que, de 43 gestantes que tiveram tratamento inadequado em relação à doença, ou seja, que tomaram uma dose ou menos de penicilina, houve 11 mortes perinatais. Em contrapartida, dentre as 99 mulheres nas quais foram feitas duas ou três doses da substância, configurando um tratamento adequado para a sífilis, apenas 4 gestações resultaram em morte perinatal.

Dados semelhantes foram relatados por Qin et al., (2014) restando claro que a quantidade maior de doses enseja em maior eficácia do tratamento e no conseqüente aumento da possibilidade de sobrevivência do recém-nascido.

Para o tratamento e monitoramento da Sífilis, o MS elaborou o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis" (PCDT/IST 2015) e em 2017 o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da TV de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCDT/TV/2017) que foram utilizados como a principal base deste estudo.

O PCDT/IST de 2015 possui um conteúdo amplo, dirigido para atenção básica, média e alta complexidade, que aguarda uma nova edição. Aborda o diagnóstico e tratamento das principais IST, utilizando fluxogramas que relacionam o quadro clínico ao laboratorial com o objetivo de aumentar a acurácia, além da prevenção, do seguimento pós-tratamento, e condução da parceria sexual.

O PCDT enfatiza o manejo sífilis adquirida (adulto e gestante) e SC. A sífilis latente por ser assintomática é abordada dentro de um capítulo próprio das IST assintomáticas.

Mais recentemente em setembro de 2017 os critérios de definição dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e SC foram revistos e constam na Nota Informativa Nº 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS, mudanças essas alinhadas aos critérios mais atuais da OPAS e OMS (BRASIL, 2017d).

A referida Nota Informativa estabelece uma ampliação de tempo para a definição caso de sífilis em gestantes, que compreende o pré-natal, parto e puerpério, mesmo que em mulheres assintomáticas, com um único teste treponêmico ou TNT reagente e sem registro de tratamento anterior deverão ser tratadas e os casos notificados como sífilis em gestantes.

O MS com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da TV de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCD/TV de 2018) foca nas doenças com potencial de TV tratando especialmente sobre sífilis, hepatites virais (B e c) e HIV, para mulheres, gestantes, os parceiros e as crianças expostas, mas dentro desta publicação há a recomendação que, para maiores informações, o leitor deve se reportar ao "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis" (PCDT/IST de 2015).

Apesar da existência dos protocolos para diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes, distribuição dos TR para sífilis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) aliados ao incremento da vigilância epidemiológica, além da disponibilização do medicamento indicado para gestante com sífilis, não se tem conseguido diminuir a incidência da SC em todo o território nacional (BRASIL, 2016a).

O MS aprovou em 2003 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, onde, a partir da compreensão dos problemas existentes no processo de trabalho, se busca as mudanças e melhorias necessárias neste âmbito, utilizando-se de estratégias e metodologias que visem a Educação dos profissionais de saúde em um processo permanente (SARDINHA, 2013).

Tem sido observado que muitas vezes capacita-se os trabalhadores através de rodas de conversa, palestras, treinamento etc. Porém, esses profissionais não conseguem mobilizar esse conhecimento novo de forma prática no dia a dia, nos locais para onde retornam, ou constatam que o que foi repassado não contempla a realidade que vivenciam (LEMOS, 2016).

Além dos problemas que impedem realização do pré-natal, existe a dificuldade para o estadiamento clínico da Sífilis na gestante. Isto porque, é incomum uma gestante adentrar uma UBS queixando-se de lesão de cancro duro, ou com sintomas sugestivos de sífilis secundária. Um grande número das gestantes que realizam o pré-natal, e que também são portadoras de sífilis, está na fase latente, ou seja, têm a doença, mas em condição assintomática e a única forma de diagnosticar são os testes (BRASIL, 2015)

Na tentativa de facilitar o entendimento do profissional de saúde em como interpretar os testes disponíveis na rede do SUS e quais condutas devem ser tomadas em prol de gestantes com diagnóstico de sífilis, criou-se um instrumento técnico de manuseio simples, de baixo custo na produção, que independe de energia elétrica ou pilha, com o intuito de servir como uma ferramenta de tomada de decisão a mais, e assim contribuir na melhoria dos diagnósticos e de sua aplicação prática em qualquer que seja a realidade daquele bairro ou município melhorando a qualidade do pré-natal nas ESF, e assim as chances de contaminação dessa criança, ao evitar a demora do início do tratamento.

Justifica-se essa pesquisa para avaliar a aceitação por parte dos profissionais de saúde das ESF, assim como detectar no que este instrumento pode ser melhorado. Também objetiva checar se o disco se presta, ao esclarecimento de dúvidas mais frequentes que possam surgir durante a consulta de pré-natal, com relação ao diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes, otimizando condutas, que resultem na prevenção da SC, e facilitando a aplicação prática e permanente do conhecimento adquirido nos treinamentos sobre essa doença.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Avaliar a aceitação do instrumento técnico Disco para Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes durante as consultas de pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família no município de Belém

3.2 Objetivos específicos

a) Identificar o perfil dos profissionais de saúde que realizam pré-natal nas ESF do município de Belém.

b) Avaliar se as informações contidas no Disco estão suficientes para o diagnóstico e tomada de decisão do profissional de saúde frente a gestantes com Sífilis.

4. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO TÉCNICO

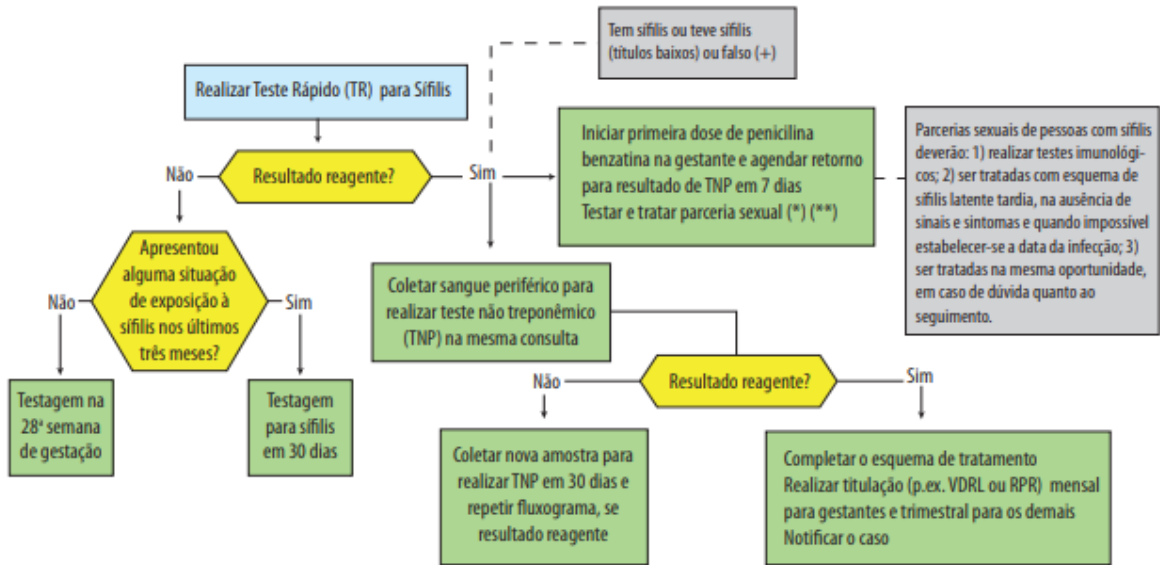
A ideia inicial foi criar um instrumento técnico que favoreça o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes. A inspiração veio do disco obstétrico/gestograma, que auxilia a estimar a idade gestacional (IG) rapidamente, objetivando agilidade no atendimento das gestantes. No Gestograma, basta girá-lo e pôr a seta na direção da data da última menstruação, que simultaneamente, a outra seta mostra a IG atual.

O disco aqui proposto busca justamente essa facilidade, em identificar a conduta imediata diante de resultados sorológicos disponíveis da paciente gestante durante a consulta de pré-natal.

O PCDT/IST 2015 do MS, aguarda nova edição, que trata de várias doenças inclusive sífilis e PCDT/TV de HIV, Sífilis e Hepatites Virais atualizado em 2018 foram a base para a construção deste Disco.

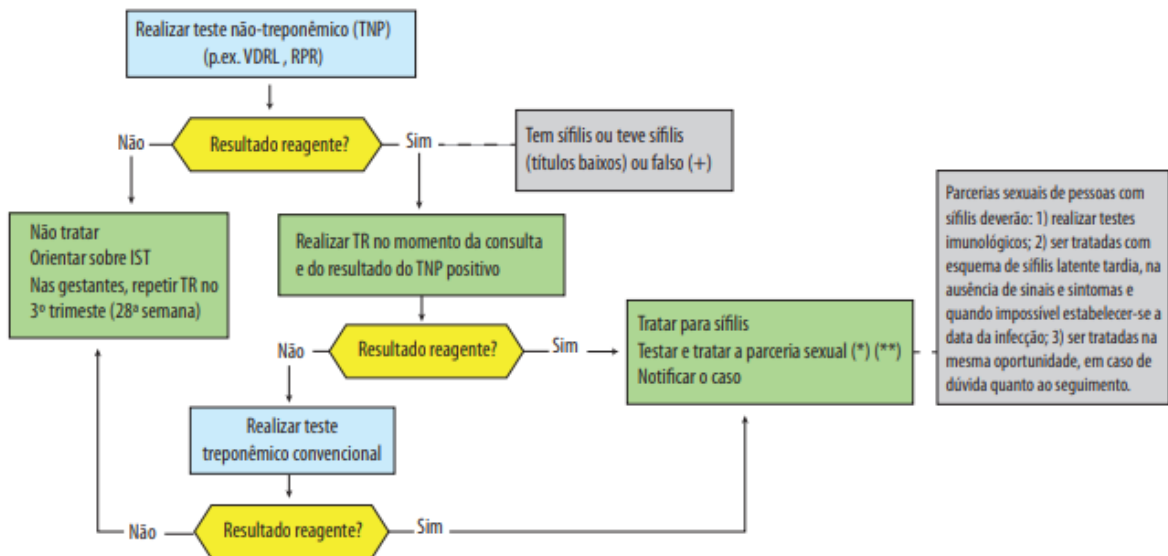
Assim sendo o PCDT/IST em suas páginas 94 e 95 contem três fluxogramas distintos, que orientam sobre como interpretar os resultados dos exames disponíveis realizados para o diagnóstico de sífilis na população em geral e nas gestantes fluxogramas apresentados a seguir foram manipulados com o objetivo de compor o Disco de Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes.

Fluxograma 1 – Quando o 1º resultado de exame disponível do paciente for o TR com TNT confirmatório



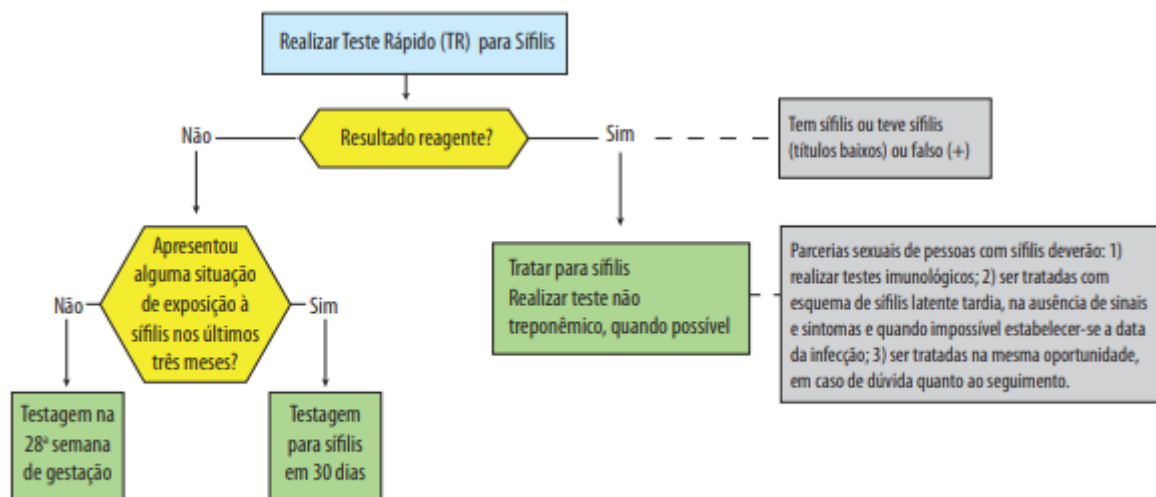
Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Fluxograma 2- Quando o 1º resultado de exame disponível do paciente for o TNT com TR confirmatório



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Fluxograma 3 - Quando apenas o TR for disponível



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

O layout foi criado usando o programa Corel Draw! Versão X5, da Empresa Corel. Após a arte pronta, foi impressa, recortada, sobreposta e presa no centro por um ilhós que permitiu o movimento de rotação entre ambos os círculos.

A ideia de colocar os fluxogramas do PCDT/IST em formato de disco está em processo de registro de patente junto à **Biblioteca Nacional, com o protocolo de entrada de pedido de Propriedade Intelectual e Patente: FBN/EDA/UFGA Nº 154, às 10:34 h em 18/08/2017**. Na primeira versão do disco colocamos o quadro de estadiamento clínico e tratamento da sífilis na íntegra, que contém o tratamento da população em geral (não gestante) e até os casos de neurosífilis.

Analisando continuamente o disco e entendendo que o objetivo principal é prevenir SC concluiu-se pela necessidade de efetuar algumas mudanças após julho de 2017, como por exemplo colocar no quadro referente ao tratamento apenas as informações mais específicas com relação às gestantes com sífilis assintomáticas, onde os exames de laboratório são o principal método diagnóstico. Somando-se a esse fato, que em 30 de outubro de 2017 o MS liberou Nota Informativa Nº 2 – SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, que alterou os critérios de definição dos casos de sífilis em gestantes para fins de notificação (BRASIL, 2017d).

Desta feita, um novo layout foi elaborado, agora limitando mais as informações no real escopo, as gestantes. Retiradas as informações que estavam contemplando a sífilis na população em geral e neurosífilis.

4.1 Detalhamento do Conteúdo do Disco

O “Disco para Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestante” em sua face anterior contem 3 quadros destacados, no primeiro localizado na parte mais superior está a definição de Sífilis em gestante para fins de notificação de acordo com a última Nota Informativa do MS mais recente (30 de outubro de 2017) como pode ser visualizado na Figura 1. Logo abaixo está em negrito o nome dado ao disco “**Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes**”

Figura 1 – Visão do Disco anterior, contendo 2 janelas vazadas



No segundo quadro, posicionado após o ponto central de fixação do ilhós, encontramos listados quais os profissionais devem notificar o caso, de acordo com Figura 1 acima. Seguido da logomarca da instituição de onde a pesquisa se origina. Esse disco mede 15,9 cm de diâmetro, e possui 2 janelas vasadas. Situadas às 12 e 6 horas. A janela às 12 horas é mais estreita e alongada no formato de quadrilátero semicircular e localizada mais na borda externa, possui altura menor e um comprimento maior, revela ao ser girada, as possíveis combinações dos resultados sorológicos que o médico poderá se deparar no dia a dia em consultório. A outra janela, de igual formato, porém com a altura maior e menor comprimento, conforme a Figura 1, revela a conduta a ser tomada pelo profissional diante dos resultados.

Ao ser sobreposto a um segundo disco, ambos unidos no centro, de maneira que possam rodar, as janelas permitem a visualização do resultado dos exames na borda do disco e a conduta a ser tomada para aquele caso específico, visualizada dentro da janela grande vasada.

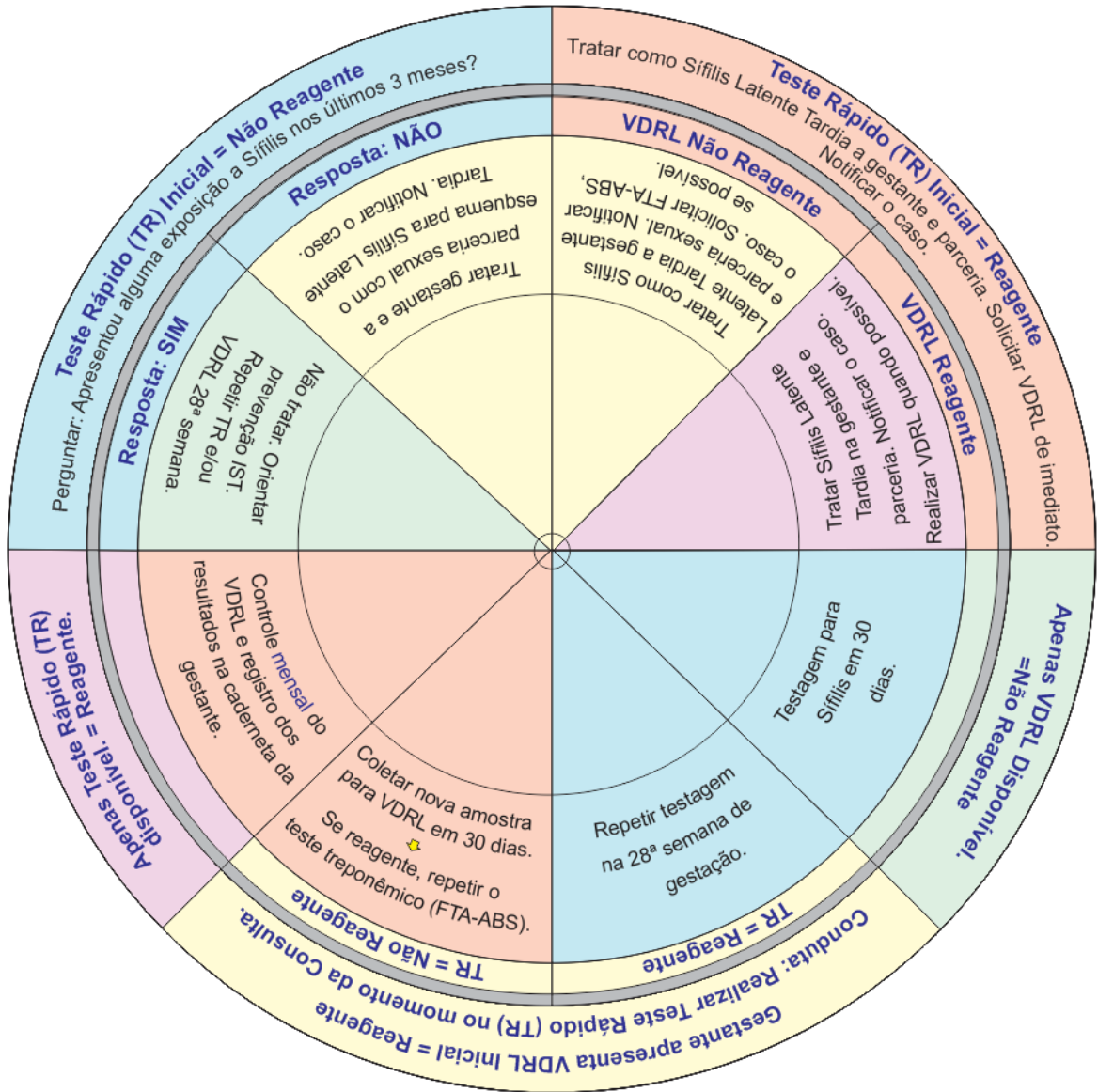
O disco posterior é maior, com 18,7 cm de diâmetro, contém as informações apresentadas nos fluxogramas do PCDT/IST do MS, sobre os resultados sorológicos e as condutas a serem tomadas, conforme pode ser observado na figura 8.

O disco posterior ao ser analisado de forma centrípeta, a parte mais periférica dele está subdividida em 8 seguimentos quadriláteros semicirculares, neles estão contidos os resultados dos testes iniciais de VDRL ou TR, que são os exames realizados na rotina dos serviços de saúde no município de Belém, e em alguns desses campos, já possuem uma conduta, descrita.

Logo abaixo a esta borda mais externa existe mais 8 subdivisões com o mesmo formato (8 seguimentos quadrilátero semicirculares) contendo os resultados dos testes ou condutas a serem tomadas consequentes ao estágio anterior do disco.

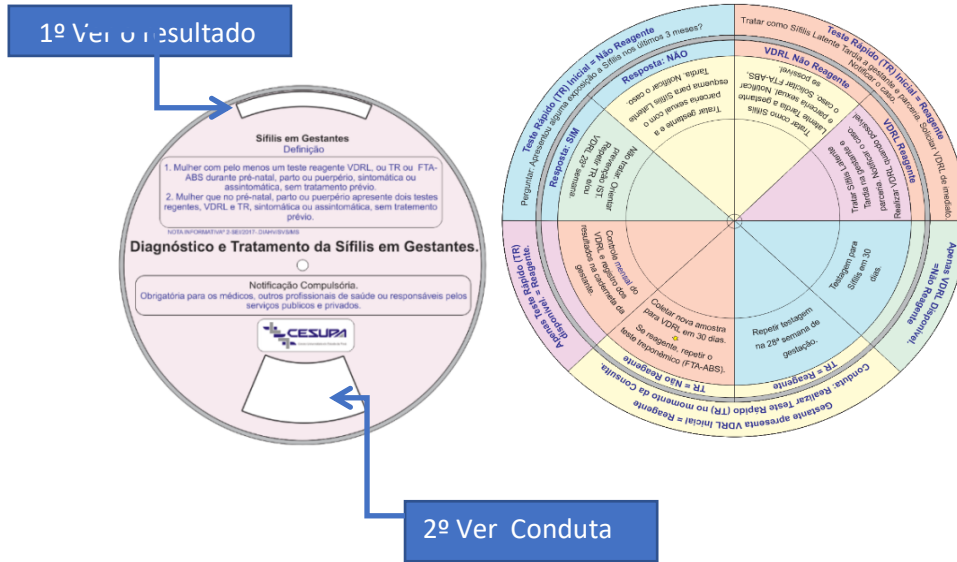
Mais abaixo, encontramos outros 8 seguimentos com igual formato, contendo as condutas a serem seguidas, em conformidade com as 2 informações anteriormente relacionadas.

Figura 2 – Visão do Disco posterior, contendo os resultados dos testes sorológicos em sua borda externa, e as condutas na área mais central.



Ao girar os discos entre si, pode-se alinhar o disco anterior, através da janela mais estreita, com as informações sorológicas dispostas à borda mais externa do disco posterior, automaticamente a janela maior mostra a conduta adequada ao caso, sendo que as outras condutas que não são pertinentes ficam cobertas e não são visualizadas.

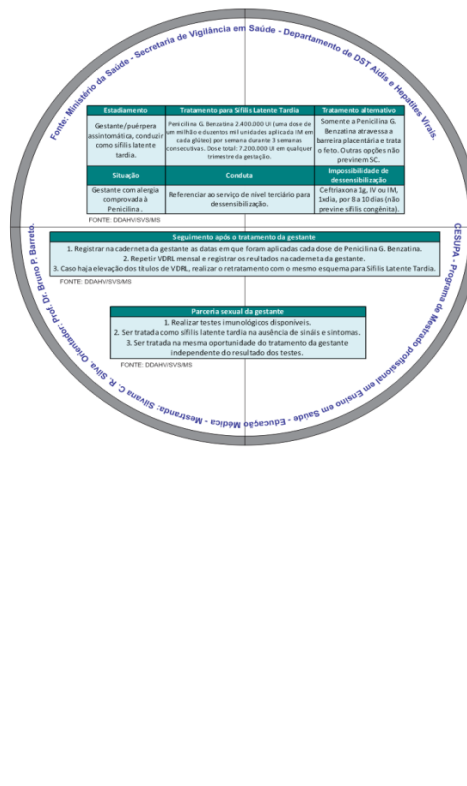
Figura 3 – Visão dos 2 Discos que ficam sobrepostos.



A medida que o disco anterior (menor) gira, muda a combinação dos resultados e automaticamente surge a respectiva conduta para o caso que pode ser visualizada pela janela mais alta e menos comprida.

Na face posterior do disco, que agora só possui o tratamento específico para a gestante/puérpera assintomática, o seguimento dessa gestante após o tratamento e como abordar a parceria sexual (Figura 9), informações que serão mais bem detalhadas a diante.

Figura 4 – Visão posterior do Disco.



A parte do disco posterior, que pode ser visualizada na figura 4, não entra no jogo da combinação, pois é fixa, possuindo 3 quadros com conteúdos distintos a saber e algumas informações na borda.

No primeiro quadro, que está posto abaixo, o conteúdo se refere ao tratamento, encontramos a informação específica, sobre a gestante/puérpera assintomática com sífilis, o mais indicado é conduzi-la como sífilis latente tardia. Ao lado encontramos o tratamento indicado, dose, posologia e via de administração.

Quadro 3 – Informações para o tratamento da gestante assintomática com Sífilis.

Estadiamento	Tratamento para Sífilis Latente Tardia	Tratamento alternativo
Gestante/puérpera assintomática, conduzir como sífilis latente tardia	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI (uma dose de um milhão e duzentas mil UI, aplicada IM em cada glúteo) por semana, durante 3 semanas consecutivas. Dose total 7.200.000 UI em qualquer trimestre da gestação	Somente a Penicilina G Benzatina atravessa a barreira placentária e trata o feto. Outras opções não previnem a SC.
Situação	Conduta	Impossibilidade de dessensibilização
Gestante com alergia comprovada à Penicilina	Referenciar ao serviço de nível terciário para dessensibilização	Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias (não previne sífilis congênita)

FONTE: DDAHV/SVS/MS

O segundo quadro localizado na face posterior do disco, possui as informações quanto ao seguimento dessa gestante após o tratamento com Penicilina Benzatina.

Quadro 4- Conteúdo do segundo quadro localizado na face posterior do disco.

Seguimento após o tratamento da gestante
1.Registrar na caderneta da gestante as datas em que foram aplicadas cada dose de Penicilina G Benzatina. 2. Repetir VDRL mensal e registrar os resultados na caderneta da gestante. 3.Caso haja elevação dos títulos de VDRL, realizar o retratamento com o mesmo esquema para Sífilis Latente Tardia

FONTE: DDAHV/SVS/MS

No terceiro quadro, também localizado na face posterior do disco, consta sobre a condução mais indicada com relação a parceria sexual dessa gestante/puérpera, exemplificada logo abaixo no Quadro 5.

Quadro 5 – Conteúdo do terceiro quadro da face posterior do disco.

Parceria sexual da gestante
1.Realizar testes imunológicos disponíveis 2.Ser tratada como sífilis latente tardia na ausência de sinais e sintomas. 3.Ser tratada na mesma oportunidade do tratamento da gestante, independente do resultado dos testes.

FONTE: DDAHV/SVS/MS

Na borda encontramos a identificação da “Fonte: Ministério da saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST Aids e Hepatites Virais”. E da instituição de onde o trabalho é vinculado “CESUPA – Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde – Educação Médica -Mestranda: Silvana C. R. da Silva. Orientador: Prof. Dr. Bruno P. Barreto”.

5. METODOLOGIA

5.1 Aspectos Éticos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, parecer de aprovação CAAE 81124617100005169, aprovado em 29 de dezembro de 2017.

Todos os pesquisados concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Apêndice A, o qual seguiu os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, com o devido respeito as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5.2 Tipo de Estudo

Foi realizada uma pesquisa de caráter descritivo, quali-quantitativo, para avaliar a aceitação de um instrumento técnico, criado com o objetivo de auxiliar os profissionais que realizam pré-natal e atendem nas ESF (médicos e enfermeiros) no âmbito do manejo da Sífilis em gestantes no município de Belém.

5.3. Local da Pesquisa

O Estudo foi realizado no município de Belém, com os profissionais de saúde que atuam nas ESF.

Cumprir registrar que Belém é a segunda cidade mais populosa da região norte, é a capital do estado do Pará, possui 1.059, 458 Km² de área, sendo 34,6% do território formado pela região continental e 65% correspondente a um conjunto de 39 ilhas. No ranking das cidades mais populosas do país, está presente em 11^a posição. Sua população está distribuída em 71 bairros, que se agrupam, compondo 8 Distritos Administrativos, que funcionam como unidades de planejamento territorial com as seguintes denominações: Belém (DABEL), Bengui (DABEN), Entroncamento (DAENT), Guamá (DAGUA), Icoaraci (DAICO), Mosqueiro (DAMOS), Outeiro (DAOUT) e Sacramento (DASAC).

Quadro 6 - Distritos Administrativos e números correspondentes de equipes de ESF.

Distritos administrativos	Quantidade de Equipes de Estratégias de Saúdes da Famílias
DAICO	17
DAMOS	10
DAOUT	05
DASAC	28
DABEN	25
DAGUA	16
DAENT	11
TOTAL	112

FONTE: SESMA/2018

O número de ESF atualmente são 112, distribuídas por 7 dos 8 Distritos Administrativos. O DABEL não é possuidor de nenhuma ESF devido ser área cuja a população tem melhor poder aquisitivo, não se utilizando do SUS.

5.4 População

Cada ESF possui uma equipe de profissionais de saúde compostas de 1 médico, 1 enfermeiro, responsáveis pela realização do pré-natal. Totalizando, assim, uma população de 224 profissionais aptos a serem pesquisados dentro dos critérios de inclusão.

5.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa apenas os profissionais médicos e enfermeiros que compõe as equipes de ESF do Município de Belém.

5.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluído os médicos e enfermeiros que não integram as equipes de ESF, os profissionais que estavam de férias ou de licença no período da pesquisa, assim como os que não receberam o Disco na primeira fase da pesquisa.

5.5 Amostra

Para o cálculo da amostra, foi utilizado o número de profissionais (médicos e enfermeiros) que atuam nas ESF, que funcionam nas UBS. Para as pessoas alvo deste estudo (profissionais que realizam pré-natal) o tamanho do universo estabelecido é de 224 profissionais, adotando-se um nível de significância de 5% e um poder do teste de 95%. Para o cálculo da amostra utiliza o seguinte método, escolhe-se um tamanho inicial em função de um erro relativo tal que:

$$n_0 = \frac{1}{\varepsilon^2}$$

Conhecendo o tamanho da população, deve-se fazer a correção: $n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$

onde:

n_0 - amostra inicial

n - amostra calculada

N – população

ε – erro relativo

Após o cálculo da amostra, o tamanho ficou em 143 profissionais a serem pesquisados e devem ser selecionados da população alvo.

5.6 Coleta dos dados

Quando submetido o projeto à Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa (CAPP) na Secretaria de Saúde do Município de Belém (SESMA), houve uma grande receptividade por parte dos coordenadores da atenção básica no que se refere ao disco.

Considerando que a questão da sífilis em gestantes é um problema de tão urgente atuação, houve a vontade também de aderir a diferentes estratégias. E por esse motivo, ao longo da construção deste projeto, a metodologia veio sofrendo alterações, tendo sido modificada a forma de entrega dos discos aos participantes da pesquisa. Isso ensejou a necessidade de uma emenda para a Plataforma Brasil em relação a versão anterior do projeto, que foi aprovada.

Anteriormente a metodologia que seria adotada, descrita na Plataforma Brasil (Versão 1), consistia no recebimento de visitas individuais, pelos profissionais em seus locais de trabalho, pelas quais ofereceríamos explicações sobre o disco e a forma de manuseá-lo. Após, convidados para tal, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para responder a um primeiro questionário no momento do recebimento do disco, e depois de 4 meses da utilização do instrumento, outro questionário.

Durante a reunião com a coordenadora da Saúde da Mulher na Secretaria de Saúde Municipal de Belém (SESMA), veio a proposta de uma ampliação na eficiência de entrega dos discos aos profissionais, para que o disco pudesse chegar de forma mais rápida nas mãos de um maior número de profissionais médicos e enfermeiros das ESF, beneficiando o atendimento das gestantes, visto que a entrega individual aos profissionais acarretaria em prejuízo ao tempo da pesquisa.

Diante disso, os profissionais foram convidados a participar de reuniões nos seus respectivos Distritos Administrativos nos meses fevereiro e março de 2018. Todos receberam as informações sobre o disco, assinaram o TCLE (APÊNDICE A), em seguida, responderam o primeiro questionário (APÊNDICE B) e ganharam o disco. Foi estabelecido um período de 4 meses para que os participantes da pesquisa recebessem o segundo questionário (APÊNDICE C). Os objetivos se mantiveram os mesmos, bem como o público alvo.

As alterações realizadas neste projeto, foram informadas ao Comitê de Ética em Pesquisa, através de emenda realizada no site Plataforma Brasil, e que foi aprovada em 24 de fevereiro de 2018, parecer 2511.158.

5.6.1 Instrumento de coleta de dados

Para a construção do instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário, elaborado especificamente para esse estudo, contendo as variáveis de cargo, sexo, tempo de formado, nível de estudo etc. Tais elementos buscam o conhecer o perfil dos profissionais pesquisados, assim como as variáveis relacionadas ao conhecimento deles no que tange ao Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes, antes do contato com o novo instrumento objeto do estudo.

O segundo questionário, é totalmente diferente do primeiro, também foi construído para o presente trabalho, por sua vez, possui outras variáveis, relacionadas ao disco, como quais as impressões que os pesquisados tiveram com relação ao conteúdo, se sentiram alguma dificuldade no manuseio, através de perguntas com respostas objetivas e também respostas subjetivas onde podem inclusive dar sugestões para o melhoramento do instrumento.

5.7 Dificuldades para Aplicação do Método

Assim como já esclarecido anteriormente, aqueles que aceitaram participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade, assinaram TCLE, permanecendo uma via com o profissional e outra com a pesquisadora. Ato contínuo, um questionário foi entregue ao participante (**Apêndice A**), que o respondeu no local e, logo após, receberam o Disco de Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes, sem qualquer custo.

Ao retornar à Secretaria de Saúde, 4 meses depois, com o objetivo de reencontrar os participantes da pesquisa, foi-se constatado que todos os coordenadores dos distritos administrativos haviam sido demitidos e uma grande parcela dos profissionais, médicos e enfermeiros, não haviam tido seus contratos temporários renovados. Isso causou uma perda considerável na amostra que na primeira fase foi de 156 pesquisados e na segunda fase 50 questionários foram preenchidos, um enorme transtorno na continuidade do trabalho. Acredita-se não inviabilizar a pesquisa porque não são questionários iguais, não há objetivo de comparação de resultados e o perfil da amostra permanece muito semelhante ao da primeira fase.

Ademais, muitos dos profissionais que receberam o disco abandonaram a pesquisa margem de escolha possível, visto que nos termos do TCLE permitiu-se a completa liberdade dos profissionais, podendo estes procederem a desistência e saída do projeto a qualquer tempo.

5.8 Tratamento e Análise dos Dados

A coleta de dados realizada para este estudo foi feita através de um questionário. Questionário é um conjunto de perguntas destinadas a gerar os dados necessários para atingir os objetivos de um projeto de pesquisa (McDaniel; Gates, 2003). Este tipo de coleta de dados é de forma auto-administrada. Ou seja, um questionário auto administrado é dado diretamente aos indivíduos para que estes respondam. Assim sendo não existem intermediários e as respostas são assinaladas pelos próprios, evitando qualquer tipo de influência (Sampiere, Collado e Lucio, 2006).

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva básica (distribuição de frequência e percentuais). Os dados obtidos foram tratados e analisados com o apoio do Software Excel versão 2010.

O Excel é uma ferramenta informática importante no sentido que que permite a realização de cálculos estatísticos. Para os testes de significância dos dados registrados e analisados, usou-se o software Statistical Packgae for Social Sciences (SPSS), associações foram calculadas utilizando o teste do de Qui-Quadrado de aderência e independência, entre as variáveis de interesse, com nível de significância de 5%. Para predizer o resultado do uso do Disco pelos profissionais, com as variáveis que se revelaram significativas nos testes de associação referidos anteriormente.

Os resultados estão apresentados em tabelas, quadros e gráficos, com o objetivo de melhor visualização, além da apresentação descritiva.

Para facilitar a quantificação de algumas informações foi utilizado em algumas questões um escalonamento de valores, onde zero significa nada, um, dois, três quatro algum grau de alguma coisa em escala crescente, e cinco significa muito de alguma coisa. Assim o pesquisado pode marcar o quanto de dificuldade sentiu ao manusear o Disco por exemplo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Análise das respostas do Questionário I

Primeiramente, far-se-á a análise dos resultados obtidos com as respostas do primeiro questionário, entregue juntamente com o disco.

Tabela 2 – Características de Gênero, Cargos, Tempo de Formação e Pós-Graduações de médicos e enfermeiros das ESF do Município de Belém, 2018.

CARACTERÍSTICAS	n	%	P*
Sexo do entrevistado			0,000**
Feminino	107	68,6	
Masculino	23	14,7	
Não responderam	26	16,7	
Cargo do entrevistado			0,000**
Enfermeiro	104	66,7	
Medico	51	32,7	
Não responderam	1	0,6	
Cargo e Sexo do entrevistado			0,001***
Enfermeiro e Feminino	76	48,7	
Enfermeiro e Masculino	8	5,1	
Médico e Feminino	31	19,9	
Médico e Masculino	15	9,6	
Não responderam	26	16,7	
Cargo e Tempo de formado			0,222***
Enfermeiro e Menos de 3 anos	22	14,1	
Enfermeiro e 3 a 6 anos	25	16,0	
Enfermeiro e 7 a 10 anos	18	11,5	
Enfermeiro e Mais de 10 anos	38	24,4	
Médico e Menos de 3 anos	15	9,6	
Médico e 3 a 6 anos	9	5,8	
Médico e 7 a 10 anos	4	2,6	
Médico e Mais de 10 anos	23	14,7	
Não responderam	2	1,3	
Cargo e Conclusão de Pós-graduação			0,162***
Enfermeiro e Sim	77	49,4	
Enfermeiro e Não	25	16,0	
Médico e Sim	33	21,2	
Médico e Não	18	11,5	
Não responderam	3	1,9	

* Se $P \leq 0,05$, o teste é estatisticamente significativo.** Teste χ^2 de aderência.*** Teste χ^2 de independência.

Os profissionais foram convidados a participar das reuniões pelos Coordenadores dos Distritos Administrativos, que ocorreram em dias diferentes em fevereiro e março de 2018. A população estimada era de 224 profissionais, divididos em 112 médicos e 112 enfermeiros. Um total de 156 discos foram entregues e 156 questionários respondidos.

Desse modo, a primeira pergunta do questionário sobre o cargo dos participantes. Dos 156 participantes, 51 (32,7%) médicos, 104 (66,7%) enfermeiros e 1 (0,6%) não respondeu a que cargo pertencia. A segunda pergunta indagava quanto ao gênero dos participantes, pelo que percebeu-se 107 (68,6%) profissionais do gênero feminino, 23 (14,7%) do masculino e 26 (16,7%) não responderam o gênero. Sendo assim, observa-se, desde logo, a predominância da participação dos enfermeiros e profissionais do gênero feminino semelhante ao encontrado em outros trabalhos (OLIVEIRA et al., 2016; LAZARINI; BARBOSA, 2017)

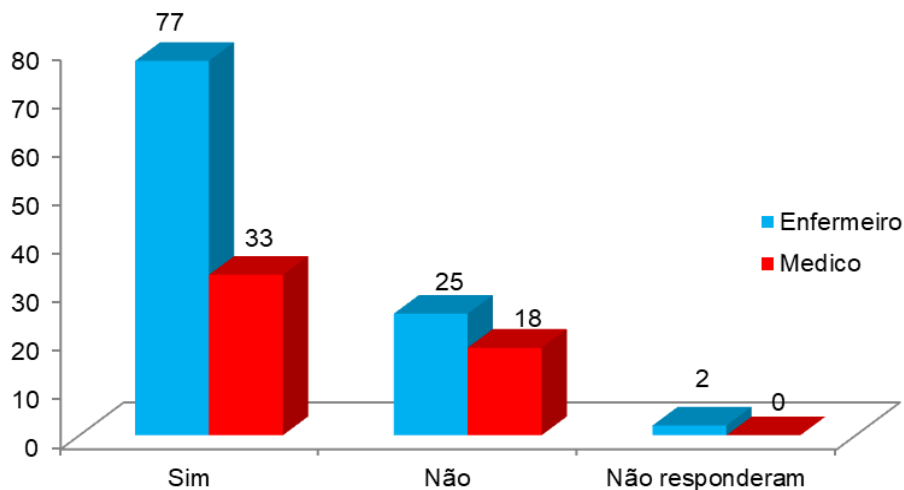
A terceira pergunta do questionário é referente ao tempo de formação dos profissionais, havendo quatro respostas possíveis: “menos de 3 anos”; “3 a 6 anos”; “7 a 10 anos”; “mais de 10 anos”. Observou-se que a maioria, sejam médicos ou enfermeiros, concluiu a graduação há mais de 10 anos, estando nessas condições 38 (24,4%) médicos e 23 (14,7%) enfermeiros. Sendo que o tempo médio de formação de ambas categoria é 7,5 anos. Separados os cargos observa-se que dos enfermeiros é de 7,4 anos e dos médicos é 7,5 anos. Tal fato é semelhante também ao encontrado por Lazarini e Barbosa (2017), eles identificaram que os profissionais de Atenção Básica, em sua maioria, possuem mais de 10 anos de formados.

Essa conclusão se encontra diferente dos dados coletados por Oliveira et al., (2016), que reportou, em Goiânia, em análise a 48 médicos e 44 enfermeiros das ESF e dos Centro de Saúde da Família (CSF), que o tempo médio de formado dos mesmos estava em 2,3 anos para os médicos e 12,3 anos em relação aos enfermeiros.

Na quarta questão, perguntou-se aos profissionais se haviam concluído alguma pós-graduação, especialização e/ou residência, e em caso afirmativo, que especificassem qual(is). Dos 110 (70,5%) profissionais que responderam sim à

questão sobre a conclusão de alguma pós-graduação, apenas 46 (41,8%), tem relação com Atenção Primária em Saúde.

Gráfico 4 – Distribuição de Cargos e conclusão de pós graduação dos profissionais das Unidade de Estratégia de Saúde da Família do Município de Belém, 2018.



Dos 155 participantes que discriminaram seu cargo, 110 (70,6%) deles realizaram um ou mais cursos de pós-graduação; apenas 43 (27%) fizeram apenas o curso de graduação; e 2 não responderam esta questão. Diferente dos dados encontrados por Oliveira et al., (2016) cujo os percentuais foram mais baixos em trabalho realizado em noroeste de Goiânia. Assim sendo, pode-se concluir que, devido ao longo tempo de formados dos profissionais, há uma propensão à realização de pós-graduações, provavelmente como recurso de aprimoramento profissional ou novas oportunidades de trabalho.

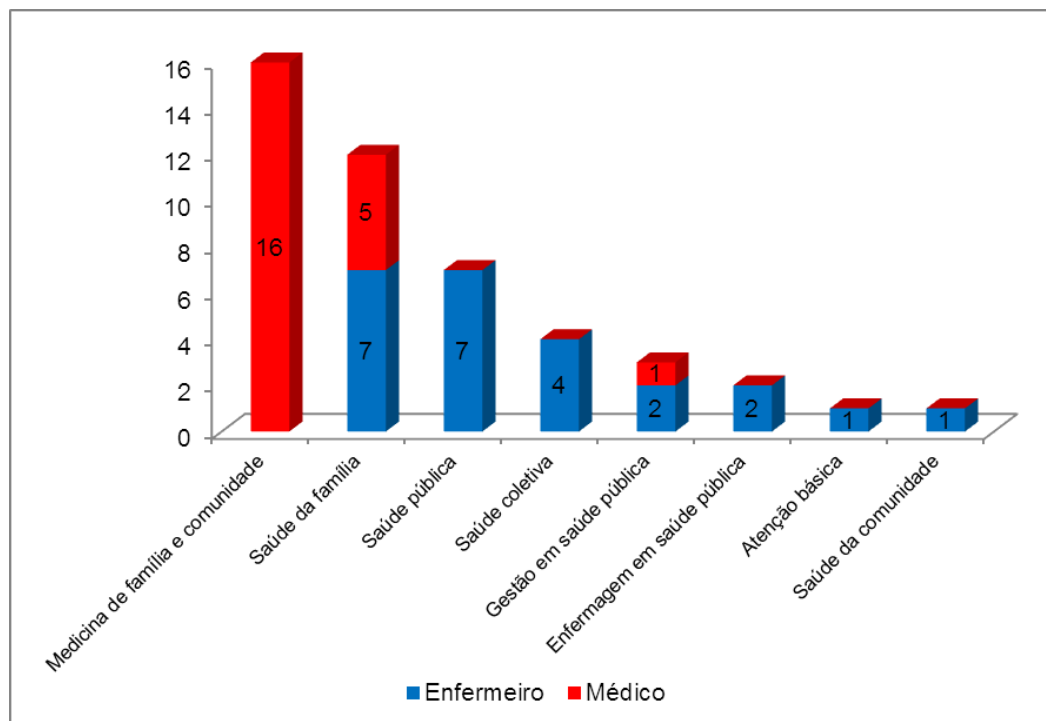
Dentro desse tópico, os médicos citaram ter algum tipo de pós-graduação nas seguintes especialidades: 7 (21,2%) afirmaram ter procedido no âmbito da medicina de família e comunidade; 3 (9,1%) em saúde da família; 3 (9,1%) em ginecologia e obstetrícia; 3 dos pesquisados referiram ter 2 especialidades, em medicina de família e comunidade juntamente com medicina do trabalho. Apenas 1 médico aduziu ter mestrado e nenhum afirmou ter realizado doutorado.

No que se refere aos enfermeiros, a proporção se deu da seguinte forma: 5 (6,7%) se pós graduaram em enfermagem do trabalho; 5 (6,7%) em Unidade de

Terapia Intensiva; 4 (5,3%) em obstetrícia; 4 (5,3%) em saúde coletiva; 3 (4%) em saúde pública. Ainda, 4 enfermeiros afirmaram ter mestrado, ao passo que nenhum disse ter doutorado. Nesse sentido, a figura a seguir explana a discriminação das pós graduações citadas pelos profissionais.

Analisando por cargo, entre os enfermeiros, 77 responderam sim, e destes 24 (31,2%), tem relação com Atenção Primária em Saúde, e entre os médicos, de 33 que responderam sim, 22 (66,7%) tem relação. Neste trabalho os médicos possuem um perfil de formação e qualificação mais relacionado com a Atenção Primária que os enfermeiros Diferente de Oliveira et al. (2016) que encontraram 67,3% dos profissionais com especialização voltada para Atenção Primária sem diferenças entres médicos e enfermeiros.

Gráfico 5 - Profissionais que concluíram alguma pós-graduação com relação com atenção primária em saúde.



Nesse contexto, o quadro a seguir, no qual pretende-se analisar se o cargo do profissional (enfermeiro e médico) tem associação à conclusão de alguma pós-graduação (sim e não). Ambas variáveis têm apenas duas categorias de resposta, e também ambas são variáveis nominais.

Quadro 7 – Cruzamento de cargos e pós-graduações e/ou especializações.

Cargo Versus Concluiu alguma pós-graduação e/ou especialização e/ou residência?

			Concluiu alguma pós-graduação e/ou especialização e/ou residência?		Total de Profissionais
			Não	Sim	
Cargo	Enfermeiro	Respostas observadas	25	77	102
		Respostas esperadas	29	73	102
	Médico	Respostas observadas	18	33	51
		Respostas esperadas	14	37	51
Total de respostas			43	110	153

A seguir, tem-se o teste do qui-quadrado, que apresenta o valor e a significância associada.

Quadro 8 – Análise da associação entre cargo do profissional com a conclusão de pós-graduação.

Teste do Qui-Quadrado

	Valor	Grau de liberdade	P_valor
Qui-quadrado de Pearson	1,957 ^a	1	0,162
Correção de continuidade ^b	1,460	1	0,227
Razão de Probabilidade	1,917	1	0,166

a. 0 células (0%) com valores esperados menores que 5. O valor mínimo esperado foi 14.

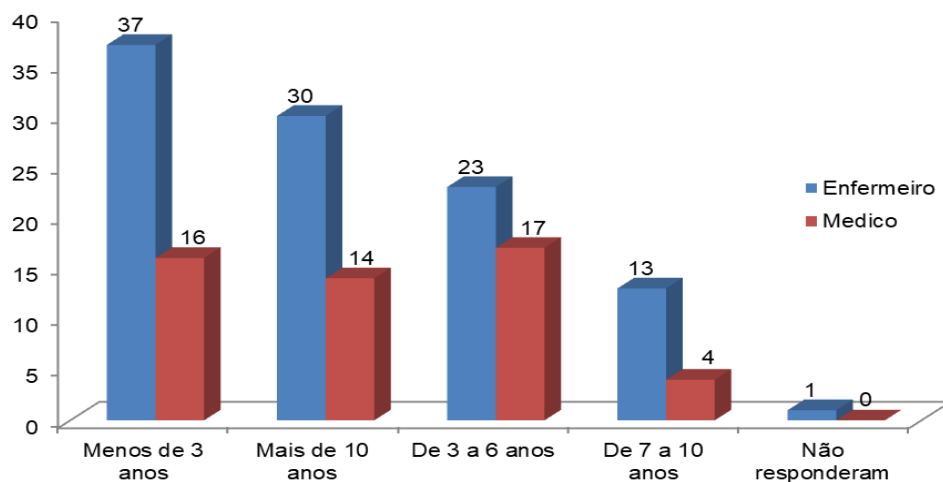
b. Computado apenas para uma tabela 2x2.

O quadro acima permite concluir que não existe uma associação significativa do Cargo do profissional com a conclusão de pós-graduação, já que $p > 0,05$. Quando analisamos os Cargos separadamente, podemos notar que entre os enfermeiros, existem mais casos de quem tem pós, do que o esperado. Já, entre os

médicos o número de casos de profissional com alguma pós, é menor que o esperado.

Ademais, na pergunta número cinco, questionou-se há quanto tempo os profissionais realizam pré-natal, O tempo médio de realização de pré-natal é 6,2 anos sendo que ao analisar só enfermeiros é de 6,3 anos entre os médicos 6,1 anos com as mesmas opções de resposta gradativas da terceira questão do questionário. A esse respeito, a maioria dos enfermeiros atua no pré-natal em tempo inferior a 3 anos e os médicos em período entre 3 e 6 anos. Ressalta-se que em Belém os profissionais tem um menor tempo de atuação como integrantes de ESF do que tem de formados. O que discorda de alguns trabalhos em que os médicos possuem igual tempo de formados e de integrantes em ESF (OLIVEIRA et al., 2016; LAZARINI)

Gráfico 6 – Relação entre os cargos e o tempo de realização de pré-natal dos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Belém, 2018.



Quando perguntados se já haviam tratado algum caso de sífilis, na questão de número seis, 71 (45,5%) enfermeiros disseram que sim e 32 (20,5%) afirmaram nunca ter tratado nessas circunstâncias.

Tabela 3 – Distribuição de Cargo e Tratamento de Gestante com Sífilis, Treinamento sobre Diagnóstico de Sífilis e Existência de Publicação Impressa nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Belém, 2018.

CARACTERÍSTICAS	n	%	P*
Cargo e Tratamento de Gestante com Sífilis			0,009**
Enfermeiro e Sim	71	45,5	
Enfermeiro e Não	32	20,5	
Médico e Sim	45	28,8	
Médico e Não	6	3,8	
Não responderam	2	1,3	
Cargo e Treinamento sobre Diagnóstico de Sífilis			0,100**
Enfermeiro e Sim	57	36,5	
Enfermeiro e Não	47	30,1	
Médico e Sim	35	22,4	
Médico e Não	16	10,3	
Não responderam	1	0,6	
Cargo e Existe Alguma Publicação Impressa do MS nesta Unidade			0,130**
Enfermeiro e Sim	44	28,2	
Enfermeiro e Não	59	37,8	
Médico e Sim	15	9,6	
Médico e Não	35	22,4	
Não responderam	3	1,9	

* Se $P \leq 0,05$, o teste é estatisticamente significativo.** Teste χ^2 de independência.

Por sua vez, 45 (28,8%) médicos afirmaram já terem tratado, ao passo que 6 (3,8%) disseram não, e justificaram esta atitude afirmando que não haviam atendido nenhuma paciente gestante com exames alterados, que apontassem para esta doença.

Foi acrescentada uma pergunta discursiva para que os pesquisados informassem, o motivo pelo qual não trataram nenhuma gestante com sífilis. Ao analisar as respostas dadas pelos enfermeiros, que informaram não terem tratado gestantes com a doença, citamos alguns exemplos a seguir:

“Normalmente a gestante com sífilis é atendida pelo médico da equipe que faz essa prescrição. Porque o tratamento nos locais onde atuei fica a cargo do médico”.

“Não, pois sou enfermeira”

Declarações semelhantes foram encontradas no trabalho de Ramalho, 2016, no qual a maioria dos enfermeiros registrou que, a despeito de receberem diretamente os testes reagentes para sífilis, encaminhavam as pacientes ao atendimento médico, em função de que só esses poderiam prescrever o tratamento a esse respeito.

Nesse sentido, cumpre registrar que houve a Resolução do COFEN nº 271/2002 e a Portaria nº 2488/2011, que estendiam as funções dos enfermeiros, dispondo, dentre outras questões, sobre a possibilidade de os enfermeiros prescreverem medicamentos, determinando certa autonomia aos enfermeiros nesse contexto. Ambos os instrumentos regulamentadores foram revogados posteriormente, respectivamente pela Resolução 317/2007 e Portaria nº 2436/2017.

Desse modo, percebe-se que há certa inconstância e insegurança das próprias disposições legais a respeito das funções dos enfermeiros nessas situações, o que, justificadamente, resulta em incerteza dos próprios profissionais, que preferem abster-se de realizar as prescrições em questão. Não há respaldo e base legal sólida nesse sentido, gerando um panorama comum, no qual os enfermeiros simplesmente optam por transferir a responsabilidade ao médico.

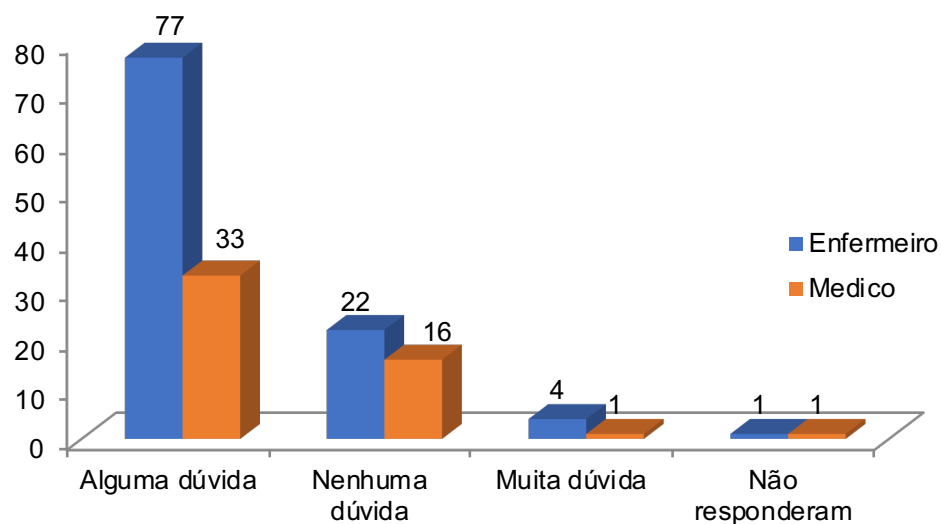
Assim, na prática, os enfermeiros permanecem apenas no acompanhamento das gestantes, sem realizar a prescrição da penicilina benzatina, para o tratamento de sífilis, restando essa a cargo do respectivo médico, o que resulta na necessidade imperiosa da efetiva atuação do médico nesse contexto.

Do grupo dos enfermeiros que afirmaram já terem tratado gestantes com sífilis, não houve a explicitação de que forma trataram, ou seja, se prescreveram a penicilina ou se entenderam como tratamento o acompanhamento, solicitação de exames e orientações que também fazem parte das condutas a serem tomadas pelos profissionais na realização de pré-natal.

Em outra perspectiva, de acordo com as perguntas feitas nos questionários, os profissionais foram instados a dizer a respeito de sua segurança em relação ao conhecimento que possuem quando lidam com a doença na questão de número sete.

Desse modo, a grande maioria dos participantes disse já ter sentido dúvidas antes de estabelecer uma conduta para as gestantes com sífilis. Um total de 115 participantes afirmou ter alguma insegurança nesse sentido, somando médicos e enfermeiros, perfazendo porcentagem equivalente a 75% dos participantes que responderam este tópico no questionário, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 7 - Cargo e Dúvida diante do resultado de gestante com sífilis nas Estratégias de Saúde da Família no Município de Belém, 2018.



Restou claro, portanto, que as dúvidas são consideravelmente presentes e, ao analisar o conteúdo das respostas dadas, constatou-se que, inobstante a maioria ter afirmado possuir dúvidas, elas não discriminaram sob qual perspectiva surge a dúvida. Dentre os que realizaram essa especificação, a grande maioria aduziu que não sabe como proceder diante dos resultados, se devem ou não iniciar o tratamento das gestantes.

Em um estudo, realizado por Brito (2016), ao questionar as mães acerca dos motivos para a não realização do tratamento, que resultaram no nascimento de seus filhos com Sífilis Congênita, as mesmas relataram com grande frequência que o tratamento não ocorreu porque o profissional responsável considerou o resultado do VDRL apenas como cicatriz sorológica, quando, em verdade, significavam a presença da sífilis.

Nesse sentido, apresentar-se-á a seguir as próprias respostas dadas pelos médicos participantes, explanando a que se deviam suas dúvidas:

[...] “devido os resultados”

[...] “Tive dúvidas em pacientes com frações baixas 1:2 e 1:8, liguei para referência que me indicaram realizar o tratamento”.

Ou seja, os profissionais não interpretam corretamente os resultados, entendendo pela desnecessidade do efetivo manejo da condição das mães, resultando em maior número de nascimentos nos quais as crianças apresentam a sífilis congênita.

Totalmente relevante é mencionar que a cicatriz sorológica aparece apenas se a paciente já tiver sido tratada de sífilis anteriormente, de modo que, tendo apresentado o problema pela primeira vez, a paciente tem que passar pelo processo de tratamento, ainda que os resultados apresentem pequenas titulações, como 1:2 ou 1:4 (PCDT/IST, 2015).

Urge, assim, completamente necessário que os profissionais contatem a paciente pessoalmente e a indaguem a respeito de seu histórico nesse sentido, visto que a presunção de desnecessidade do tratamento, face os baixos índices de titulações constatados nos exames, prejudica consideravelmente a prevenção da sífilis congênita (PCDT/IST, 2015)

A partir de outra perspectiva, tem-se que mesmo já tendo sido tratada antes, nem assim deve o profissional descartar a necessidade de tratamento diante de baixas titulações. Deve o profissional indagar a paciente a respeito do resultado do tratamento anterior, pois caso durante o controle de cura tenha apresentado resultado negativo, as titulações posteriores, mesmo que baixas, indicarão uma elevação de título e representarão indubitavelmente a presença de sífilis novamente, requerendo outro tratamento (PCDT/IST 2015).

Diante do exposto, é imprescindível que haja interesse dos profissionais na coleta de informações a respeito do passado da paciente, bem como, que entendam as titulações baixas como resultados que devem ensejar na busca do detalhamento

pormenorizado dos resultados dos exames do controle de cura do tratamento anterior, sendo grande a possibilidade de haver a necessidade de tratamento novamente, ao invés de presumirem o contrário.

Assim, Nonato; Melo; Guimarães (2015) comprovaram que 18,9% dos casos de SC em crianças ocorrem de hipóteses nas quais os exames VDRL foram iguais ou menores que 1:4, demonstrando claramente a confirmação do explanado acima e da necessidade de tratamento dos títulos baixos nessas mulheres.

Por outro lado, a respeito dos exames propriamente ditos, apresentamos a seguinte adução feita por um dos profissionais participantes:

[...] “Devido a titulação do VDRL, que gera dúvida em algumas ocasiões, e o município não arca com o FTA-abs caso seja solicitado”.

Ou seja, foi colocado que, gerada dúvida a respeito do resultado do VDRL em titulações baixas, o profissional entendeu pela impossibilidade de confirmação do resultado, em vista de que o Município não arca com o exame FTA-abs, que considerou imprescindível nessas situações.

Ocorre que o FTA-abs não é o único método de confirmação que traz certeza nessas situações, além de ser um teste moroso e bem mais caro. Paralelamente a ele está o Teste Rápido, que está presente, inclusive, nos postos de saúde, tendo aproximada carga de credibilidade em relação ao FTA-abs, porém com muito mais disponibilidade, facilidade e rapidez (PINTO et al.2014; PCDT/IST, 2015).

Perguntados se receberam treinamento específico para o manejo de sífilis, na questão de número oito, os profissionais afirmaram, em sua maioria, terem recebido o mesmo, sendo a diferença mais perceptível no âmbito dos médicos.

Neste estudo, constatou-se que, dos 155 profissionais, 57 (36,5%) enfermeiros e 35 (22,4%) médicos receberam treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes, perfazendo um total de 58,9% dos entrevistados. Ainda, um espaço foi oferecido para que eles escrevessem há quanto tempo receberam o referido treinamento, mas antes de analisar as respostas discursivas, atenhamo-nos ao seguinte:

O Brasil possui atualmente uma Agenda de Ações Estratégicas para a redução da SC no Brasil, sendo um dos maiores objetivos desta agenda a qualificação da atenção em saúde e compartilhamento de responsabilidades. Dentre suas prioridades, está a educação permanente em saúde, assim como, a ampliação dos comitês de investigação da TV do HIV e da sífilis (BRASIL, 2017). Por sua vez, é de responsabilidade municipal a educação permanente das equipes com uma “estratégia de gestão”, de forma a atualizar os conhecimentos e habilidades, buscando soluções a partir dos problemas observados a nível regional (BRASIL, 2011).

No que tange à introdução do TR para diagnóstico de sífilis, ela se deu de forma gradual e, seguindo uma proposta pedagógica, o teste foi implantado através de um cronograma, pelo qual os municípios foram gradativamente recebendo o treinamento e os kits, por ordem de prioridade, pela chamada Rede Cegonha (BRASIL, 2012)

Especificamente no município de Belém, só foi implantado o teste rápido para sífilis nas Unidades Básicas de Saúde no ano de 2016. Sendo assim, analisando as respostas da questão número 8 há quanto tempo recebeu treinamento 58,9% respondeu 2 anos ou menos, demonstrando que a grande maioria dos profissionais já receberam treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes com as instruções de inclusão do TR diferente do encontrado por Araújo et al. (2014) que observaram, na cidade de Fortaleza, um baixo número (21,3%) de profissionais capacitados e treinados nas ESF de forma atualizada em relação às diretrizes diagnósticas e terapêuticas do MS. Rocha et al. (2018) constataram que os profissionais foram treinados porém ainda se queixam de não haver uma equipe matricial, composta por especialistas, capaz de dar orientações aos próprios componentes das equipes principalmente com relação ao aconselhamento e da forma como abordar a sexualidade.

Sendo assim se faz imprescindível a intensificação da Educação Permanente no âmbito do SUS, por parte dos gestores, para aumentar o número de profissionais capacitados e atualizados nos protocolos do MS.

Tabela 4 - Tempo do treinamento sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em gestante, dos profissionais (Médicos e Enfermeiros) que responderam sim à questão.

Cargo	Tempo da realização do treinamento		P*
	Até 2 anos	Há mais de 2 anos	
Enfermeiro	39	14	0,760**
Médico	24	10	
Total	63	24	

* Se $P \leq 0,05$, o teste é estatisticamente significativo.

** Teste χ^2 de independência.

A tabela X apresenta o valor da significância associada. Nela permite concluir que não existe evidências para uma associação significativa (são independentes) do Cargo do profissional com o Tempo da realização do treinamento, já que $p > 0,05$.

A tabela 4 apresenta o valor da significância associada. Nela permite concluir que não existe evidências para uma associação significativa (são independentes) do Cargo do profissional com o Tempo da realização do treinamento, já que $p > 0,05$.

A seguir, analisar-se-á, a questão 9, a presença ou não de dificuldade dos profissionais em relação à compreensão do atual PCDT do MS sobre o tratamento da gestante com sífilis, 40 enfermeiros aduziram não ter qualquer dificuldade, 56 apontaram algum grau de dificuldade, 7 sentiram muita dificuldade e 1 não respondeu. No que se refere aos médicos, a maioria, 32 responderam não apresentar nenhuma dificuldade, 17 responderam apresentar algum grau de dificuldade, nenhum afirmou sentir muita dificuldade, 2 não responderam.

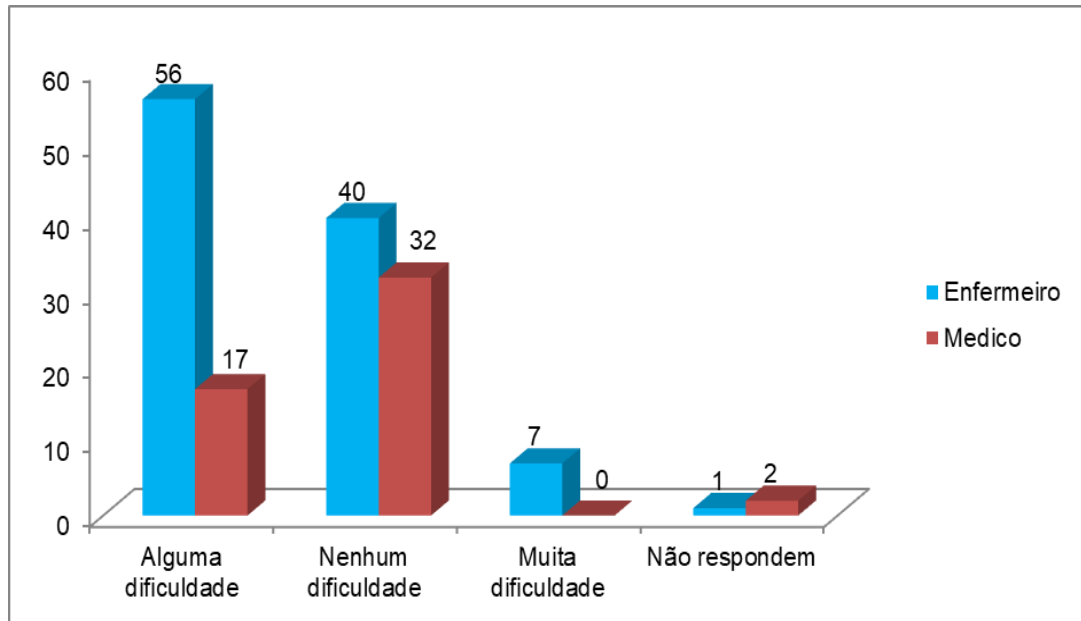
Poucos médicos dentre os que referiram algum grau de dificuldade para compreender o protocolo redigiram uma justificativa, exemplos a seguir para ilustrar:

“ Até quando relizar o tratamento e seguimento do caso”

“ A mesma dúvida da questão 7. Tratar ou não a paciente com frações baixas? Como por exemplo 1:2.” Realizar ou não o teste treponêmico nessas pacientes para fins de comprovação”

“ A nossa demanda não é grande. O protocolo não é lembrado.”

Gráfico 8 - Cargo e Dificuldade para compreensão do atual PCDT do Ministério da Saúde em relação ao Tratamento de Sífilis em Gestantes dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Município de Belém, 2018.



Dentre os relatos dos enfermeiros a esse respeito, em espaço destinado para suas manifestações, podemos citar algumas dificuldades que eles mencionaram:

“Qual medicação realizar e quantas doses”;

“Entender o protocolo”;

“Às vezes há dúvidas no preenchimento da notificação, quanto a classificação da sífilis a dosagem nas receitas médicas, que vez ou outra parecem duvidosas, sendo necessário conversar com os médicos sobre protocolos e doses”;

[...] “Caso o VDRL 1:2 qual conduta a fazer antes de iniciar o tratamento”.

Na cidade de Londrina, Lazarini e Barbosa (2017) realizaram um grande estudo sobre o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária em relação à sífilis. Eles analisaram questões de diagnóstico, tratamento, diferença entre as sorologias, a conduta adequada a ser tomada quando a sífilis gestacional é confirmada etc. Os 102 participantes da pesquisa foram submetidos a

um questionário inicial e depois recebiam um treinamento para o tratamento da sífilis. Após o treinamento, o mesmo questionário era passado novamente

Chamou a atenção no estudo de Lazarini e Barbosa (2017) que, no questionário preenchido pelos participantes da pesquisa antes do treinamento, 30% dos profissionais não sabiam que diante de um VDRL positivo a conduta, o tratamento imediato da gestante e a convocação das suas parcerias sexuais. Enfatiza-se, entretanto, que esse quesito foi o único que não apresentou aumento de respostas corretas após o treinamento fornecido aos profissionais no trabalho citado.

Tabela 5 - Tempo do treinamento sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em gestante, dos profissionais (Médicos e Enfermeiros) e a dificuldade em entender o protocolo do MS.

Cargo	Treinamento até 2 anos		<i>P</i> *
	Alguma dificuldade	Nenhuma dificuldade	
Enfermeiro	18	21	0,274**
Médico	7	15	
Total	25	36	

*Se $P \leq 0,05$, o teste é estatisticamente significativo.

** Teste χ^2 de independência.

A tabela 6 apresenta o valor da significância associada. Nela permite concluir que não existe evidências para uma associação significativa (são independentes) do Cargo do profissional com o Tempo da realização do treinamento, com as dificuldades ou não em entender o protocolo do MS, já que $p > 0,05$.

Assim sendo, neste estudo pode-se constatar que a maior parte dos profissionais foram treinados recentemente há 2 anos e menos, este período coincide com a introdução do teste rápido para sífilis no município de Belém. Segundo Rocha et al., (2018) O treinamento traz melhoras na atuação dos profissionais quando lidam com a sífilis, contudo permanece a necessidade de mais informações ou auxílio a respeito, pois alguns tópicos, ainda não são corretamente instituídos.

Na questão 10, quando perguntados a respeito, observou-se que a maioria 60,2% dos profissionais, tanto médicos, quanto enfermeiros 35 e 59 respectivamente negaram a existência de alguma publicação impressa do MS na Unidade de Saúde onde trabalham. Da mesma forma, Araújo et al.(2014); Ramalho (2016), constataram a inexistência de publicações contendo as informações técnicas sobre a condução das gestantes infectadas pelo *Treponema*, havendo, em função disso, grande dificuldade na solução de dúvidas que o profissional de saúde possa ter no momento do atendimento.

6.2. Análise das respostas do Questionário II

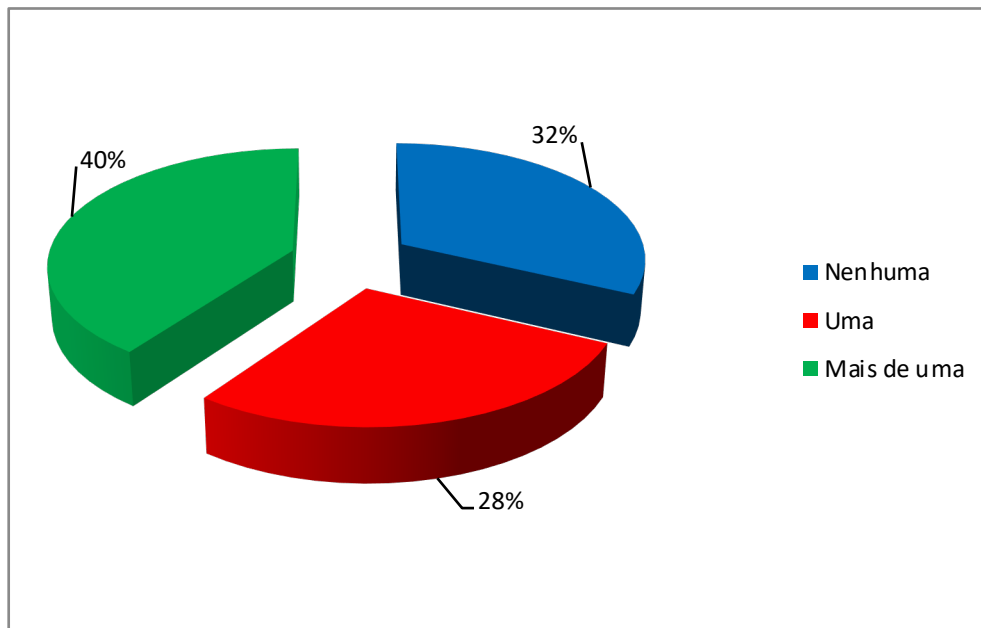
Após o período de 4 meses da entrega do disco, foram entregues outros questionários, com conteúdo diferente do primeiro, indagando os entrevistados a respeito de como procederam a utilização do disco, bem como, se ele foi útil e trouxe benefícios contundentes para o tratamento das pacientes com sífilis.

Nesta segunda fase da pesquisa, um total 50 questionários foram respondidos. Novamente, houve o predomínio da participação dos enfermeiros, em contraposição aos médicos, sendo que responderam os questionários 37 (74%) enfermeiros e 13 (26%) médicos. Com as informações disponíveis, percebeu-se a permanência do predomínio do gênero feminino nos dois cargos.

Perguntados, na terceira questão, se alguma gestante com sífilis foi atendida no período entre a entrega do disco e o momento atual, 20 profissionais (40%) atenderam mais de uma gestante com sífilis, 14 (28%) atenderam apenas uma gestante nessas condições, ao passo que 16 (32%) não atenderam nenhuma gestante com sífilis. Sendo assim, 68% dos profissionais atendeu efetivamente gestantes portadoras da sífilis.

Considerando a alta incidência da doença, verificamos que no curto período de tempo em que se deu a pesquisa, houve considerável frequência no atendimento de gestantes com sífilis, conforme o gráfico ilustrativo a seguir:

Gráfico 9 – Frequência de atendimento de gestantes com sífilis, durante o período de quatro meses após a entrega do disco aos profissionais das Estratégias de Saúde da Família no Município de Belém, 2018.



Em relação ao questionamento, na quarta pergunta do questionário, de se houve a utilização do disco, como coadjuvante no diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis, 36 (72%) disseram que procederam a sua utilização, 10 (20%) afirmaram não tê-lo usado e 4 (8%) não responderam.

Para tentar identificar o quanto o disco é capaz de auxiliar o profissional de saúde, seja no momento da consulta ou em outra situação cabível, como, por exemplo, no momento de estudo, a pergunta foi feita com graus de resposta, de 0 a 5, sendo a opção de número 0 a que caracterizava o disco como “nada útil”, de 1 a 4 o disco era considerado de “algum grau de utilidade”, e 5 “muito útil”. Nessa escala, a nota dada com mais frequência pelos profissionais foi cinco, tendo 39 profissionais (78%) marcado essa opção, sendo que cinco (10%) deram a nota quatro, uma pessoa (2%) deu a nota um três não responderam (6%) e nenhum dos participantes marcou a opção 0.

O total de 36 profissionais apresentou alguma explicação a respeito do disco, justificando suas notas no espaço dado logo abaixo da quinta questão do formulário,

adunções que podem ser observadas no quadro que será apresentado a seguir. Cumpre registrar que o profissional que deu nota 1 não justificou a opção marcada e dos 39 que deram a nota 5, 31 apresentaram comentários positivos, bem como, todos os 5 profissionais que deram nota 4 também justificaram a opção escolhida, afirmando positivamente no que tange a utilidade do instrumento estudado:

Quadro 9 – Distribuição das notas com respectivas respostas sobre em que medida o disco promoveu auxílio aos profissionais.

Todas as 36 respostas, na íntegra, sobre o auxílio do disco.	Escala	
	4	5
Achei muito útil		1
Achei o disco maravilhoso e de fácil entendimento		1
Acho o disco excelente e tenho certeza que irá me ajudar brevemente		1
Apliquei a pontuação, pois na hora das dúvidas, o disco é uma forma didática e rápida		1
É muito prático, e de fácil manuseio		1
É muito útil		1
É um instrumento que direciona e facilita o atendimento à GAR		1
É uma ferramenta muito importante para o manuseio	1	
Ele está bem explícito, de fácil e rápido nas informações		1
Eu não atendi nenhum paciente, porém acho de total importância		1
Fácil manejo, informações úteis, portátil		1
Facilidade no diagnóstico do tratamento		1
Facilidade no TTO		1
Facilitou no uso e tratamento		1
Foi de grande valia no auxílio da prescrição medicamentosa para o tratamento		1
Foi de um auxílio importantíssimo para o diagnóstico e TTO		1
Foi útil para mim	1	
Muito prático e rápido		1
Muito útil		1
O disco ajuda a direcionar a melhor forma de condução dos casos de sífilis		1
O disco ajuda bastante na conduta		1
O disco auxilia baseado no conhecimento científico prévio	1	
O disco auxiliou no que concerne ao tratamento, dosagem do medicamento		1
O disco é bem explicativo		1
O disco é bem útil para esclarecer fluxo e dúvidas	1	
O disco é de importante auxílio	1	
O disco é útil na utilização para auxiliar		1
Pela facilidade		1
Pela facilidade que ele me promove no atendimento		1
Pela segurança no tratamento por conta dos preditivos que o disco mostra		1
Pelo diagnóstico e conduta mais precisa		1
Pelo fato da facilidade do uso e aplicabilidade		1
Pois auxilia para resolução dos casos		1
Por causa do esquema prescrito, orientando o profissional na conduta		1
Por ser uma doença notificação compulsória, por auxiliar no tratamento		1
Porque é de grande eficácia, e assim contribuindo para melhor atendimento a cliente		1
Porque foi bem fácil utilizar o disco		1
Porque o disco é preciso, de fácil acesso, de boa qualidade e com várias informações	1	
Porque o disco foi bastante útil em todos os casos, sendo prático e de fácil manuseio		1
Porque simplificou no atendimento, facilitou		1
Prático e objetivo		1
Rápido no atendimento		1

A prática pedagógica possui nos jogos e brincadeiras uma estratégia na educação escolar que auxilia o desenvolvimento das habilidades do pensamento, assim como da interpretação e tomada de decisão. O ser humano tem a tendência a gostar do lúdico porque lhe remete ao prazer mesmo que haja esforço voluntário. (NADALINE E FINAL, 2013). O que pode justificar a boa aceitação desta tecnologia por parte dos pesquisados.

Na sexta pergunta feita no questionário, indagou-se se os profissionais sentiram alguma dificuldade no manuseio do disco. Na escala fornecida, os participantes poderiam optar entre seis itens possíveis, de zero a cinco, onde zero significaria nenhuma dificuldade, de um a quatro, algum grau de dificuldade, e cinco, muita dificuldade

Em análise às respostas marcadas, tem-se que 35 (75%) dos participantes marcaram a opção que denotava zero dificuldade no manuseio, nove (18%) marcaram as opções três ou quatro, ou seja, algum grau de dificuldade, ao passo que 2 (4%) profissionais apresentaram muita dificuldade, tendo marcado o item cinco. Quatro (8%) não marcaram item algum.

Logo abaixo, possibilitou-se uma resposta subjetiva para a justificativa da nota dada na questão anterior. Nesse contexto, dos 35 participantes que marcaram não terem tido nenhuma dificuldade, 31 ratificaram de modo discursivo que o manuseio é muito fácil. Dos que marcaram as outras opções, poucos foram o que escreveram algo a respeito ou discriminaram onde residiam sua dificuldade, podendo-se citar as respostas mais sólidas dos que marcaram algum grau de dificuldade:

[...] “Pois há um pouco de dificuldade na hora de encontrar o caso conforme os exames realizados.”

[...] “No ato surgiu algumas dúvidas”.

Com base nas respostas acima, portanto, observa-se certa dificuldade no momento de procurar a hipótese correta dentro das presentes no disco, o que pode vir a ser aprimorado futuramente, talvez mediante apontamento expresso e escrito didaticamente, no próprio disco, de qual janela usar primeiro e como realizar a procura, para a utilização do instrumento de forma adequada.

Na questão de número de número sete, foram indagados os participantes diretamente a respeito da completude das informações presentes nos disco, havendo duas opções possíveis, “Sim” e “Não”. Observou-se que os que entenderam pela apuração do disco foram quase a totalidade dos entrevistados, atingindo a marca de 90%. Considerando, ainda, que 3 não responderam, e analisando apenas dentre os participantes que marcaram alguma opção, essa porcentagem sobe para 95%.

A partir disso, tem-se que as informações presentes no instrumento em questão, que foram retiradas do PCDT, são imprescindíveis para o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes, bem como, em conjunto, são suficientes para o referido tratamento. Dessa forma, podemos concluir que resta necessário, portanto, apenas que os profissionais tenham acesso ao conteúdo do PCDT de forma facilitada e didática, com a interpretação correta a ser utilizada. O disco aqui cumpre exatamente esse papel de mediador no estudo e aplicação das diretrizes do Protocolo. A seguir a tabela com os valores acima mencionados:

Tabela 6 – Respostas a respeito da quantidade de informações do disco.

Você acha que o Disco contém todas as informações necessárias para diagnosticar e tratar a Sífilis em gestantes?	N	%
Sim	45	90,0
Não	2	4,0
Não responderam	3	6,0
Total Geral	50	100,0

Após, foi perguntado, na oitava pergunta, quais os adjetivos que mais propriamente descreveriam o disco, na opinião dos participantes, havendo cinco opções possíveis a serem marcadas, respectivamente, “Inovador”, “Funcional”, “Inútil”, “Desnecessário” e “Necessário”. Permitiu-se que fossem marcadas no máximo duas opções concomitantemente, inobstante ter havido alguns profissionais que marcaram três ou quatro.

A combinação mais marcada pelos participantes (20%) foi a que eles assinalaram cumulativamente as opções “funcional” e “útil”, ao passo que a segunda maior parte (14%) dos profissionais marcou isoladamente a opção “necessário”. Em vias gerais, todos os itens marcados, sejam eles somados a outros ou não foram os que continham descrições positivas do instrumento.

Entretanto, 3 profissionais não responderam e apenas um marcou uma característica negativa, sendo que esse último assinalou cumulativamente os itens “inútil” e “necessário”, presumindo-se, portanto, certa confusão no momento da marcação, visto que tais opções não se complementam. Abaixo as combinações de respostas obtidas:

Tabela 7 – Distribuição dos adjetivos marcados que melhor descrevem o uso do disco.

Dos adjetivos abaixo, em sua opinião, qual melhor descreve o uso do Disco? Você pode marcar até 2 opções se quiser.	N	%
Funcional e Útil	10	20,0
Necessário	7	14,0
Funcional	4	8,0
Inovador e Útil	4	8,0
Funcional e Necessário	3	6,0
Inovador	3	6,0
Inovador e Necessário	3	6,0
Útil e Necessário	3	6,0
Funcional, Útil e Necessário	2	4,0
Inovador, Funcional e Útil	2	4,0
Útil	2	4,0
Inovador e Funcional	1	2,0
Inovador, Funcional, Útil e Necessário	1	2,0
Inovador, Útil e Necessário	1	2,0
Inútil e Necessário	1	2,0
Não responderam	3	6,0
Total	50	100,0

Na questão de número nove, foi questionado se os profissionais já conheceram ou conhecem algum instrumento similar ao presente disco, tratando sobre a doença sífilis, havendo três possibilidades de respostas para marcação, “Sim, alguns”, “Sim, um” e “Não, nenhum”. Nas respostas, observou-se que 43 (86%) profissionais afirmaram nunca ter tido conhecimento de produto similar, 3 (6%) marcaram que conheciam um, 1 (2%) afirmou conhecer mais de um instrumento e 3 (6%) não marcaram quaisquer dos itens.

Perguntou-se, na questão de número 10, no que tange à possibilidade de recomendação do instrumento, pelos participantes, a outros profissionais. Foram fornecidos, para resposta, itens gradativos de 0 a 5, assim como em outras questões apresentadas anteriormente, no qual zero significa que o profissional não recomendaria, de 1 a 4, que ele recomendaria em algum grau, e cinco, que ele recomendaria muito.

Nas respostas obtidas, percebemos mais um resultado positivo em relação ao disco, visto que 43 (86%) entrevistados marcaram a opção contendo o número cinco, denotando a recomendação plena do disco, três (6%) marcaram a opção quatro, um (2%) marcou a opção três e três (6%) não marcaram qualquer um dos itens. Cumpre registrar que nenhum participante marcou a opção zero, ou seja, nenhum deles afirmou que não recomendaria o disco.

Tabela 8 – Respostas marcadas pelos profissionais acerca do nível de recomendação do disco.

Você recomendaria o uso desse Disco para outros profissionais?	N	%
Recomendaria muito (nota 5)	43	86,0
Recomendaria em algum grau (1 a 4)	4	8,0
Não responderam	3	6,0
Total Geral	50	100,0

Ato contínuo, foi dada a oportunidade para que os participantes redigissem sugestões, que possam ser utilizadas para o aprimoramento e melhora das

condições e/ou conteúdo do disco. De todas as sugestões dadas, a grande maioria versou sobre a necessidade de maior divulgação e reprodução do disco em maiores escalas, para alcançar mais profissionais. Tais afirmações enfatizam a satisfação dos profissionais com o instrumento, visto que, no geral, preocuparam-se com a necessidade de maior distribuição do instrumento, para a máxima quantidade de profissionais, ou seja, a maior abrangência possível, o que denota satisfação com a qualidade do conteúdo.

Cumpram-se enfatizar que nenhuma das sugestões versou sobre a necessidade de modificação no que se refere ao conteúdo específico apresentado, os métodos, os resultados, e as condutas a serem tomadas, elas trataram de modificações unicamente nos aspectos externos. Isso pode levar ao entendimento que o aspecto relativo ao teor informativo, o mais importante nesse contexto, está em conformidade com todas as exigências que os participantes pudessem ter.

Outros apontamentos frequentes dados nas sugestões trataram especificamente do material do disco, fazendo algumas recomendações nesse sentido, como, por exemplo, dentre outras, as apresentadas a seguir: “Construir com material impermeável”, “Ser produzido com material mais resistente”, “Melhorar a cor e o papel”.

No que se refere ao tema acima mencionado, tem-se que o disco foi produzido com papel de gramatura 250g/m², de modo a ser suficiente para a utilização pelos profissionais, considerando, a priori, que sua utilização ainda representava uma fase de testes. Sendo assim, o material pode vir a ser modificado, futuramente, para um de maior durabilidade, de acordo com os resultados finais e conclusões provenientes do projeto original.

Por fim, houve um comentário isolado, no qual se sugeriu uma revisão ortográfica. A esse respeito, em análise, percebeu-se que os erros são facilmente corrigíveis, visto que, em verdade, são unicamente erros simples de digitação. A totalidade das sugestões é apresentada em seguida:

Quadro 10 – Sugestões dadas pelos participantes em relação ao Disco de Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes.

Sugestões dadas
1 - Ampla divulgação
2 - Capacitar os novos enfermeiros, para que usem também o disco
3 - Construir com material impermeável
4 - Existem algumas palavras com erro ortográfico, então sugiro uma revisão ortográfica
5 - Gostaria que mais médicos participassem deste tipo de pesquisa
6 - Implantar em toda rede de APS e utilizar material mais durável
7 - Melhorar a cor e o papel
8 - Muito bom, mas acho que deveria ser mais divulgado
9 - Que o projeto tenha continuidade e seja inserido na rede pública
10 - Que seja contínuo
11 - Que todos os profissionais envolvidos no atendimento as gestantes tenham acesso a esse instrumento
12 - Reprodução do disco
13 - Reproduzir para auxiliar os profissionais
14 - Ser entregue para todos os profissionais que atendam no pré-natal
15 - Ser produzido com material mais resistente
16 - Seria ideal se tivesse um fio para pendurá-lo
17 - Sugeriria que treinasse os novos enfermeiros e médicos para ficarem mais capacitados
18 - Treinamento com médicos para eles terem acesso ao disco

Em um segundo âmbito de discussão, tentou-se encontrar outros trabalhos voltados para a educação em saúde, com a produção de materiais didáticos, assim como o desenvolvido no presente projeto, na área de sífilis. Entretanto, percebeu-se certa escassez desse tipo de instrumentos no que tange especificamente à doença sífilis, mais ainda quando englobando a sífilis em gestantes.

Nesse sentido, encontrou-se um instrumento, também com a função de auxiliar os profissionais da saúde no tratamento e diagnóstico da sífilis, em forma de aplicativo de celular, chamado “Sífilis”, que está sendo desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Como referido, essa ferramenta não foi finalizada, ainda estando em fase de testes, mas tendo sido a mais próxima do presente projeto, entendeu-se válido mencioná-la.

Cumprir pontuar que o disco traz algumas vantagens que um aplicativo digital não possui, pois os profissionais que dele se utilizarem terão a ferramenta disponível sem condicionantes, enquanto que um auxiliador digitalizado depende de um eletrônico devidamente carregado para ser utilizado, bem como, está sujeito a todos os tipos de defeitos que o próprio eletrônico pode trazer.

Ainda, ao passo que o aplicativo contém informações gerais a respeito da doença como um todo, o disco trata especificamente da sífilis em gestantes, acarretando mais precisão no tratamento e diagnóstico, visto dar-se mais atenção e engajamento a essa hipótese da doença e os efeitos dela decorrentes.

7. CONCLUSÃO

Diante da pesquisa realizada, e considerando inicialmente as respostas dadas ao primeiro questionário, o gênero feminino e o cargo de enfermeiro predominaram nas duas fases da pesquisa. Também se notou que os pesquisados realizam pré-natal a menos tempo do que têm de formados. Chama atenção que 70,5% desses profissionais possuem cursos de pós-graduação, porém, os enfermeiros parecem buscar outras oportunidades de trabalho com cursos de especializações mais heterogêneos, ao passo que os médicos demonstram preferir os que os auxiliam no atendimento das comunidades.

A maioria dos profissionais relatou já terem tratado alguma gestante com Sífilis, embora os enfermeiros não tenham deixado claro se o fizeram com medidas de aconselhamento e orientação ou se prescreveram a penicilina.

Tanto os médicos quanto os enfermeiros afirmaram já ter sentido algum grau ou muita dificuldade diante de um resultado positivo para Sífilis em gestantes.

Pode-se concluir também que muitos profissionais permanecem sem utilizar o TR para sífilis, apesar da maioria dos médicos afirmarem não sentir dificuldades em compreender o protocolo do MS, enquanto que a maioria dos enfermeiros afirmou sentir dificuldades em entender o mesmo protocolo.

Outro dado observado foi que 60,2% dos pesquisados negou a existência de alguma publicação impressa nas unidades de saúde onde atuam.

Na segunda fase da pesquisa, que ocorreu quatro meses após a entrega do Disco, 68% dos pesquisados afirmaram que tiveram a oportunidade de atender uma ou mais gestantes com Sífilis, e 72% referiram ter utilizado o disco como coadjuvante no manejo da Sífilis em gestantes.

Nas questões sobre o que acharam do Disco, 90% dos entrevistados acharam o disco útil ou muito útil, 70% referiu não sentir dificuldade em manipulá-lo, 95% afirmou que o mesmo possui todas as informações necessárias para diagnosticar e conduzir um tratamento adequado da Sífilis em gestantes e 94% afirmou que recomendaria a sua utilização para outros profissionais.

Diante do exposto, resta claro a boa aceitação do Disco por parte dos profissionais que o utilizaram, além de ter sido possível observar também, pelas respostas dadas, que o Disco contempla quase todas as informações necessárias para a tomada de decisão imediata, cumprindo o papel de tecnologia que viabiliza uma resposta rápida, acionar mobilização dos conteúdos dos protocolos do MS a respeito da Sífilis em gestantes.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Eliete da Cunha et al. Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.** Belém, Vol. 20, n. 1, pp. 47 –51., 2006.
- ARAUJO, Maria Alix Leite et al. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Caderno Saúde de Coletiva**. Rio de Janeiro, Vol 22, n 3, pp 300 – 6, 2014.
- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.** Vol. 2, n 81, p 111 – 26, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>.
- BELÉM. **Plano Diretor do Município de Belém**. Disponível em <<http://www.belem.pa.gov.br/planodiretor>>. Visitado em 03/09/2017.
- BERNARDES FILHO, Fred et al. Sífilis em apresentação com fases sobrepostas: Como conduzir?. **DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm.** Vol. 24 n. 2; p. 109-112. 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-2-2012/9_Sifilis_em_Apresentacao_com_Fases.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico-Sífilis/Ministério da Saúde**. Brasília, 2016 a.
- BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília - DF: Ministério da Saúde. Vol 2. p 291 – 305. 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 3º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS. **Nota Informativa**. 17/10/2017d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1459, de 24 de junho de 2011**. Institui Âmbito do Sistema Único de Saúde SUS a Rede Cegonha. Brasília 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de

Saúde de Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 33, de 14 de julho de 2005.** Torna a Sífilis em gestante agravo de notificação compulsória. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 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 sexuais. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2017.** Brasília. n36 v. 48. 2017 a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2018.** Brasília. n 45. V 49. Outubro. 2018a

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília. DF. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.** Brasília, 2015.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2436/2017, 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, 2017e.

BRITO, Antônia Aila Coelho Barbosa. **Assistência pré-natal e persistência da sífilis congênita** [Dissertação]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.

CASAL, Charliana Aragão Damasceno; Araújo, Eliete da Cunha CORVELO, Tereza Cristina de Oliveira. Aspectos imunopatogênicos da Sífilis Materno Infantil: Revisão de literatura. **Rev. Para. de Med.** Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2012/v26n2/a3212.pdf>>.

COFEN. **Resolução 271/2002 de 12 de julho de 2002.** Regulamenta as Ações do Enfermeiro, na consulta, prescrição de medicamentos e Requisição de Exames

COFEN. Resolução 317/2007 de 02 de agosto de 2007. Revoga a Resolução 271/2002 de 12 de julho de 2002.

CROSBY, Alfred W. The early history of syphilis: A reappraisal. Washington. **American Anthropologist.** History Department Washington State University, 1969. P. 218 – 227. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/aa.1969.71.2.02a00020/epdf>>

DEGAUT, Andressa Bolzan. **Análise da concordância de um teste rápido treponêmico com um VDRL com vistas ao seu emprego na triagem reversa da sífilis em gestantes durante o pré-natal no Brasil** [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Doenças infecciosas do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo; Vitória, 2013.

FEITOSA, José Antônio da Silva; ROCHA, Carlos Henrique Roriz da; COSTA, Fernanda Salustino. Artigo de Revisão: Sífilis Congênita. **Rev. Med. Saúde,** Brasília, v.5, n. 2, p. 286 – 297. 2016. <http://www.cdc.gov/eidfile:///C:/Users/miario/Downloads/CROSBY-1969-American_Anthropologist.pdf>.

GARNETT Geoff P. et al. The natural history of syphilis. Implications for the transmission dynamics and control of infection. **Sexually Transmitted Diseases** Vol. 24, n. 4, p. 185-200, April 1997. Disponível em: <https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/1997/04000/The_Natural_History_of_Syphilis__Implications_for.2.aspx>.

GIARDIOLI, Daniela DS et al. Sífilis Recente com fase papulomatosa: Quadro clínico típico, diagnóstico incorreto. **DST- J. bras. Doenças Sex. Transm.** Vol.24, n. 2, p. 118-121. 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-2-2012/11_Sifilis_Recente_com_Fase_Papulomatosa.pdf>.

HILDEBRAND, Virna Liza Pereira Chaves. **Sífilis Congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros** [Dissertação] Programa de pós - graduação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

JANEIRO, David Gonçalo Pinho. **Sífilis congênita: Caracterização da infecção e avaliação de técnicas laboratoriais para o seu diagnóstico** [Dissertação] Pós-graduação em microbiologia médica. Unidade de Doenças Sexualmente Transmitidas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa.2012.

JANIER, M et al. European guideline on the management of syphilis. **Journal on the European Academy of Dermatology and Venereology**, [S.I.] Vol. 28, n. p. 1581-1593. Dec 2014. Disponível em: <https://iusti.org/regions/Europe/pdf/2014/JEADV_FINAL_28_10_2014.pdf>

KATANAMI et al. Amoxicillin and Ceftriaxone as Treatment Alternatives to Penicillin for Maternal Syphilis. **Emerging Infectious Diseases** Vol. 23, No. 5, May 2017.

LAFOND, Rebecca E. and LUKEHART, Sheila A. Biological Basis for Syphilis. **Clin. Microbiol. Rev.** VOL. 19(1) pp :29-49.2006. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.335.5178&rep=rep1&type=pdf>>.

LAZARINI, Flaviane Melo; BARBOSA, Dulce Aparecida. Intervenção educacional na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol 25.p 1-9 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02845.pdf>.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Vol21, nº 3 pp 913 – 922. 2016.

LIMA, Marina Guimarães et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Vol 18 (2) pp 499-506.2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025127021>> .

MCDANIEL, Carl; GATES, Roger. Pesquisa de Marketing. São Paulo: Pioneira. Thomson Learning, 2003.

NADALINE, Mariete e FINAL, Rossana Aparecida. O lúdico como facilitador nas dificuldades no processo de Ensino-aprendizagem da língua portuguesa. Cadernos PDE Versão on-line volume1.pág 2 a 16 Pará. 2013.

NEWMAN, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. **PLOS ONE**, p 1-17, DEZ. 2015.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. V 24 nº 4 p 681-694, out-dez. 2015

OLIVEIRA, Eliezer Bastos de et al. Incidência da sífilis: Um estudo de caso do município de Guaçuí, Espírito Santo, Brasil. **Acta Biomédica Brasiliensia**. Vol. 8 n 1 p 1-11 julho 2017

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e qualificação dos profissionais de saúde: Fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**. vol. 40 n 4 pag. 547-549. 2016.

OPAS. **Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita/Organização Pan Americana de Saúde**, D.C., 2010

PEREIRA, Danilo Alves Ponzi et al. Infecção congênita em pacientes matriculados em programa de referência materno infantil. **Rev. Para. de Med.** V.29(1) pp 31 – 38, janeiro-março 2015.

PINTO, Valdir Monteiro et al. Prevalência da sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de teste rápido. **Rev. Bras. Epidemiol.** Abr-Jun. pp 341-354. 2014.

QIN, Jia-Bi et al. Risk factors for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in Shenzhen, China: A prospective nested case-control study. **Sexually Transmitted Disease**. n1 v 41. January. 2014.

RAMALHO, Mariana Oliveira de Alencar. **Avaliação da assistência pré-natal com ênfase na sífilis gestacional na Estratégia de Saúde da Família do Recife** [Dissertação]. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco; Recife, 2016.

ROCHA, Katia Bones et al. Percepção dos profissionais para a implantação do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha. **Revista Psicologia e Saúde.** N 3. V10, set/dez. p 17-29. 2018

ROTCHFORD, Karen et al. Impact on perinatal mortality of missed opportunities to treat maternal syphilis in rural South Africa: baseline results from a clinic randomized controlled trial. **Tropical Medicine and International Health.** N 11 v 5 p 800 – 804. November. 2000.

SALGUEIRO, Suzana Aparecida Lobato. **Tendência da Sífilis Congênita no Estado do Pará até 2025.** [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais. Núcleo de Medicina Tropical. Universidade Federal do Pará. Belém, 2016.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. Metodologia da Pesquisa. 3 ed. São Paulo : McGraw-Hill, 2006.

SARDINHA, Letícia Peixoto et al. Educação permanente, continuada e em serviços de saúde: desvendando seus conceitos. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeria Global** Nº 29, pag 324 – 340. , janeiro 2013.

SARRACENI, Valéria et al. Vigilância da Sífilis na gravidez. **Revista Epidemiológica e Serviços de Saúde.** V 16 nº 2 Abr-Jun. pp103 – 111 2007

SILVA, Antonio Nildo Bento da et al. Elaboração de material didático para educação em saúde direcionado para hipertensão arterial . **Saúde Santa Maria**, jan./jul, vol.41, n.1 p.175-184. 2015.

SILVA, Denise Maia Alves da et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da TV da sífilis em Fortaleza. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, Abr-Jun; 23(2): pp278-85. 2014.

SOUZA, Elemir Macedo de. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. **An. Bras. Dermatol.** Vol. 80;n. 5; p 547- 8. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n5/v80n5a17.pdf>>.

TelessaúdeRS/UFRGS, Medicina. **Aplicativo Sífilis (não lançado)**. Encontrado em: <<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.ufrgs.telessauders.sifilis>>.

WIJESOORIYA N Saman et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet**. August, vol 4,p. 525 – 533. 2016.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr(a). a participar como voluntário(a), da pesquisa “Disco para Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes”. Este material foi elaborado utilizando os Fluxogramas contidos no “Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas de 2015” (Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis) do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de auxiliar os pré-natalistas que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) ao diagnóstico e tratamento adequados das gestantes com sífilis.

A responsável por essa pesquisa é a Mestranda Silvana Cristina Rodrigues da Silva que pode ser contactada pelo celular: (91) 98196-0100, no endereço Av. Almirante Barroso, 3775, CESUPA, telefone: 3205-9044.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa o (a) Sr (a). não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar a aplicabilidade do instrumento técnico, “Disco para o Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes”, elaborado para auxiliar de forma prática a condução das gestantes com sífilis nas ESF.

O participante deverá responder a um questionário contendo algumas perguntas sobre seu perfil e sua vivência profissional como pré-natalista, e a necessidade que o mesmo possa sentir com relação a algum tipo de auxílio técnico para o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação. Logo após, receberá sem qualquer custo ou ônus, este Disco que foi confeccionado especialmente para essa pesquisa, e as orientações da maneira adequada de como utilizá-lo durante as consultas de pré-natal.

Após 4 meses da entrega do disco, uma segunda visita da pesquisadora será realizada, com um novo questionário, para que você possa responder sobre qual foi a sua impressão com relação ao instrumento que lhe foi entregue no encontro

anterior, por exemplo: se teve a oportunidade de utilizá-lo?, se achou que o instrumento o auxiliou? etc...

O benefício direto aos sujeitos pesquisados será o recebimento de forma gratuita deste material técnico, atualizado, contendo informações sobre um tema tão relevante na área de saúde pública que vai contribuir com toda certeza para a sua educação continuada.

Desta forma o Disco como ferramenta de auxílio só o ajudará e não haverá necessidade de devolvê-lo ao término da pesquisa.

Existe um risco muito baixo, de ocorrer alguma divulgação quanto a identificação do profissional que respondeu aos questionários (só em caso de roubo desta documentação), mas de ante mão informamos que não há o menor interesse por parte da pesquisadora de que isso ocorra, assim sendo os questionários não terão nem o nome, número da carteira do conselho, RG, endereço ou qualquer outra informação que identifique quem foi o profissional que os respondeu. Assim sendo, estabelecer-se-á o sigilo das informações.

Os questionários ficarão guardados por um período de 5 anos. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA envolvendo seres humanos no endereço:

AV. NAZARÉ, Nº 630, BAIRRO NAZARÉ; CEP: 66040 – 143; BELÉM/PA;
TELEFONE: (91) 4009 - 21 - 00/4009 - 21 - 55, E-MAIL: CEP@cesupa.br

Declaração:

Eu

_____ , tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar do presente estudo: Avaliação da Aplicabilidade de Instrumento Técnico Auxiliar ao Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes. Declaro estar ciente: a) do objetivo e procedimento deste estudo; b) da segurança de que não serei identificado; c) de ter a liberdade de

manifestar recusa em participar deste estudo em qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Belém (PA), _____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante.

SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA (PESQUISADORA RESPONSÁVEL)

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO I

Este questionário tem como objetivo fazer uma avaliação inicial do profissional que aceitar participar desta pesquisa. Ele deverá ser preenchido por você após ler e assinar espontaneamente o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e antes de receber o **“Disco para Diagnóstico e Tratamento da Sífilis em Gestantes”**, inteiramente grátis. Não haverá necessidade de devolver o disco no fim do estudo.

Sinta-se a vontade para interromper a pesquisa em qualquer momento.

Algumas perguntas serão respondidas assinalando com um X a resposta desejada, outras são questões com respostas fechadas seguidas de um complemento, e deverão ser respondidas com letra legível ou de forma para o melhor compreensão da informação.

QUESTIONÁRIO ANTES DA ENTREGA DO DISCO

UNIDADE
PROFISSIONAL

1) Cargo: () Médico () Enfermeiro

2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Formado há quanto tempo?

() Menos de 3 anos () 3 a 6 anos () 7 a 10 anos () Mais de 10 anos

4) Concluiu alguma pós-graduação e/ou especialização e/ou residência?

() Sim () Não

Caso afirmativo, qual(is)? _____

5) Você realiza pré-natal há quanto tempo?

() Menos de 3 anos () 3 a 6 anos () 7 a 10 anos () Mais de 10 anos

6) Você já tratou alguma gestante com sífilis?

Sim Não

Caso negativo, por quê?

7) Alguma vez você se deparou com algum resultado de exame sugestivo de sífilis em gestante, e ficou em dúvida de qual conduta tomar ? Em uma escala de 0 a 5, em que 0 é nenhuma vez e 5 muitas vezes quanto você teve dúvida?

0 1 2 3 4 5

Por que você deu esta nota?

8) Você já recebeu treinamento sobre diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes?

Sim Não

Caso afirmativo, há quanto tempo? _____

9) Você sente alguma dificuldade para compreender o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do MS de 2015 com relação ao tratamento da sífilis em gestantes? Em uma escala de 0 a 5, onde 0 é não tenho nenhuma e 5 muita. Quanto de dificuldade você sente?

0 1 2 3 3 5

Caso afirmativo, quais são as dificuldades?

10) Existe alguma publicação impressa do MS nesta Unidade de Saúde que possa ser consultada, caso você sinta alguma dúvida quanto a condução da sífilis em gestantes?

Sim Não. Caso afirmativo, qual?

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO II

Este questionário tem por objetivo avaliar a opinião do profissional que aceitou, de forma voluntária participar da pesquisa sobre a utilização do “**Disco para o Diagnóstico e Tratamento de Sífilis em Gestantes**” após um período de 4 meses da sua entrega. Não será necessária a devolução do referido disco.

QUESTIONÁRIO APÓS O USO DO DISCO.

UNIDADE
PROFISSIONAL

1) Cargo: () Médico () Enfermeiro

2) Sexo: () Masculino () Feminino

3) Você atendeu alguma gestante com sífilis neste período?

() nenhuma () 1 () mais de 1

4) Você utilizou o disco como instrumento coadjuvante para auxiliá-lo no diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis?

() Sim () Não

5) Você achou que o disco o auxiliou ? Em uma escala de 0 a 5, em que 0 é nada útil e 5 é muito útil, o quanto você achou esse auxílio útil?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Por que você deu esta nota?

6) Você sentiu alguma dificuldade ao manusear o disco? Em uma escala de 0 a 5, onde 0 é nenhuma e 5 é muita. Quanto de dificuldade você sentiu?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

Por que você deu esta nota?

7) Você acha que o Disco contém todas as informações necessárias para diagnosticar e tratar a sífilis em gestantes?

Sim Não

8) Dos adjetivos abaixo, em sua opinião, qual melhor descreve o uso do Disco? Você pode marcar até 2 opções se quiser.

Inovador Funcional Inútil Útil Desnecessário Necessário

9) Você conhece ou conheceu algum similar a este Disco sobre a doença Sífilis?

Sim, alguns Sim, um Não, nenhum

10) Você recomendaria o uso desse Disco para outros profissionais o utilizarem, como auxiliar do diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes? Numa escala de 0 a 5, onde 0 é não recomendaria e 5 é a nota que indica, recomendaria muito.

0 1 2 3 4 5

11) Você gostaria de dar alguma sugestão sobre o Disco?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!