



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIANA VALE FRANCELINO SAMPAIO**

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE NO MANEJO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FORTALEZA – CEARÁ**  
**2023**

MARIANA VALE FRANCELINO SAMPAIO

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE NO MANEJO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães.

FORTALEZA – CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Estadual do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo SidUECE, mediante os dados fornecidos pelo(a)

---

Sampaio, Mariana Vale Francelino.  
Mvfs2507 [recurso eletrônico] / Mariana Vale Francelino  
Sampaio. - 2023.  
72 f.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional - Programa de Pós-graduação Em Saúde da Família, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof. Dr. Jose Maria Ximenes Guimaraes.

1. Sífilis. Agente comunitário de saúde. 2. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

---

MARIANA VALE FRANCELINO SAMPAIO

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE NO MANEJO DA SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 31 de março de 2023.

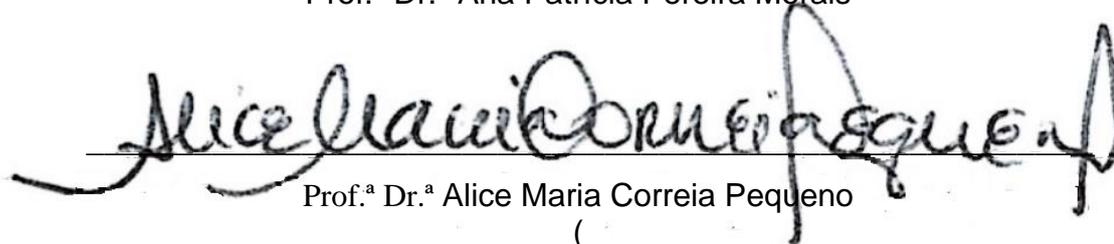
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães (Orientador)



Prof.ª Dr.ª Ana Patrícia Pereira Morais



Prof.ª Dr.ª Alice Maria Correia Pequeno

Aos meus pais, pelo carinho, amor e  
dedicação.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida e por sempre me mostrar a beleza dela ao apreciar um pôr do sol ou um alvorecer em meio às nuvens de chuva.

Aos meus pais, Eudes (*in memoriam*) e Socorro, que sempre me mostraram que os estudos valem a pena e através de seus ensinamentos, conselhos e broncas me formaram a pessoa que sou hoje.

Aos meus irmãos, com os quais aprendi e aprendo com cada um de vocês. Amo nossos momentos de conversas, risadas e brigas.

Aos meus cunhados e cunhada vocês são especiais em minha vida e na vida dos meus irmãos. Aos meus sobrinhos, meu coração fora do peito, carrego cada um em mim, sou infinitamente mais feliz por ser tia de vocês. Amo vocês.

Ao meu marido, Peter, obrigada por ter me escolhido para construirmos uma vida, uma família juntos. À minha filha, meu coração fora do peito, amo infinitamente e por ela procuro sempre melhorar como ser humano.

Aos meus familiares, que como dizem alguns, minha família é enorme. E é essa diversidade de pensamentos, opiniões e muito amor, que também ajudou na construção de quem sou.

Aos amigos de infância, escola, faculdade, trabalho, que sempre me trazem um carinho, uma palavra, um incentivo, um conselho, e dividem o dia a dia do trabalho e da vida. Trago todos no coração.

Ao meu orientador, Prof. José Maria Ximenes Guimarães, que teve toda a paciência comigo, mostrou-me um mundo de possibilidades no mestrado, me instigou a buscar mais e mais conhecimentos. E aos demais professores, meu muito obrigada pelos ensinamentos.

Aos meus colegas de mestrado, obrigada por tudo, pela partilha de conhecimento, por dividir as dúvidas e juntos encontrarmos soluções, pelo apoio nos momentos difíceis.

Terminar o mestrado não foi fácil, no caminho perdi uma das pessoas que mais amo (meu pai), o qual me trouxe um vazio enorme, mas que ao mesmo tempo me reforçou a importância de cada um em minha vida e o que importa nessa vida.

## “VERDADE

A porta da verdade estava aberta,  
mas só deixava passar  
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a  
verdade,  
porque a meia pessoa que entrava  
só trazia o perfil de meia verdade.

E sua segunda metade  
voltava igualmente com meio perfil.  
E os dois meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a  
porta.

Chegaram a um lugar luminoso  
onde a verdade esplendia seus fogos.

Era dividida em duas metades,  
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais  
bela.

As duas eram totalmente belas.  
Mas carecia optar. Cada um optou  
conforme  
seu capricho, sua ilusão, sua miopia”.

(Carlos Drummond de Andrade)

## RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, uma epidemia silenciosa no Brasil, de notificação compulsória, cujo o crescimento observado desde 2014 possui múltiplos fatores, dentre os quais pode-se destacar a estrutura e organização das ações e serviços de atenção primária à saúde voltada à prevenção e controle da doença. O agente comunitário de saúde (ACS), como profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família, dentre as suas competências, é incumbido de desenvolver no território ações voltadas para o controle da sífilis. Este estudo tem por objetivo analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas dos ACS sobre a sífilis. Trata-se de estudo censitário, de corte transversal, realizado junto aos ACS do município de Maracanaú/CE, por meio do inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). As variáveis dependentes do estudo são relacionadas à pessoa, tais como características gerais, familiares, étnicas, nível socioeconômico; já as variáveis independentes são ligadas aos conhecimentos sobre a temática sífilis, suas atitudes e práticas na comunidade. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Verificou-se que a maioria dos ACS está na faixa etária entre 40 e 49 anos (38,2%), havendo uma pequena parcela de ACS idosos, 60 anos ou mais (5,9%). Destacam-se os participantes mais de 10 anos de atuação na profissão (59,8%), com escolaridade de nível de Ensino Médio (69,1%). Observou-se que há predominância do sexo feminino (90,7%), e a renda familiar comum é de 1 à 2 salários mínimos (63,7%). No referente à educação permanente, 97,1% relataram que não tiveram treinamento sobre sífilis nos últimos 3 anos. Evidenciou-se que o conhecimento adequado/regular é predominante nos ACS autodeclarados pardos ou pretos, com 98,8% ( $p < 0,004$ ). O ACS sem religião tem 6,31 vezes a chance de ter conhecimento adequado/regular ( $p < 0,021$ ). Destaca-se que o conhecimento inadequado quanto à sífilis aumenta em 3,18 vezes a chance de desenvolver uma prática inadequada ( $p < 0,038$ ). O Agente Comunitário de Saúde realiza como atividade primordial a promoção e prevenção de doenças, dentre eles a sífilis, sendo relevante promover a educação permanente destes profissionais, com vistas a ampliar o conhecimento sobre a sífilis, impactando na sua atitude e práticas frente a esse agravo na comunidade.

**Palavras chave:** Sífilis. Agente comunitário de saúde; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde; Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection; a silent epidemic in Brazil, with compulsory notification. Its growth, observed since 2014, has multiple factors, such as the structure and organization of Primary Health Care actions and services aimed at disease prevention and control. The Community Health Agent (CHA), as a professional of the Family Health Strategy team, is responsible for, among its competences, developing actions aimed at controlling syphilis in the territory. The purpose of this study is to analyze the knowledge, attitudes and practices of CHAs about syphilis; a cross-sectional census study carried out with the CHAs in the municipality of Maracanaú/CE, through the Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey. The dependent variables of the study are related to the person – general features, family, ethnicity, and socioeconomic level –, while the independent variables are linked to the knowledge about the topic of syphilis, their attitudes and practices in the community. Data were analyzed using descriptive statistics. It was verified that most CHAs are aged between 40 and 49 years old (38.2%), with a small number of elderly CHAs – 60 years or older (5.9%). Participants with more than 10 years of experience in the profession stand out (59.8%), as well as with high school education (69.1%). It was observed that there is a predominance of females (90.7%), and the common family income is 1 to 2 minimum wages (63.7%). Regarding permanent education, 97.1% reported that they had not received training on syphilis in the last 3 years. It was verified that the adequate/regular knowledge is predominant in the CHAs self-declared brown or black, with 98.8% ( $p < 0.004$ ). Moreover, CHAs without religion have 6.31 times the chance of having adequate/regular knowledge ( $p < 0.021$ ). It is noteworthy that inadequate knowledge about syphilis increases the chance of developing an inadequate practice by 3.18 times ( $p < 0.038$ ). The Community Health Agent performs, as a primary activity, the promotion and prevention of diseases, including syphilis. Thus, it is relevant to promote the permanent education of these professionals in order to expanding their knowledge about syphilis, impacting their attitude and practices in the face of this problem in the community.

**Keywords:** Syphilis; Community health workers; Health knowledge; Attitudes, practice. Primary health care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>Sífilis: aspectos históricos, clínicos e epidemiológicos.....</b>	<b>15</b>
3.1.1	Aspectos históricos.....	15
3.1.2	Aspectos clínicos.....	18
3.1.3	Aspectos epidemiológicos.....	19
<b>3.2</b>	<b>Conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde e as ações de controle da sífilis.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário do estudo.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes.....</b>	<b>29</b>
<b>4.4</b>	<b>Variáveis.....</b>	<b>31</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>31</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>32</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>5.1</b>	<b>Artigo científico.....</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
	<b>APÊNDICE A – PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM SÍFILIS NA APS .....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE).....</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXO A – PARCER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de caráter sistêmico, exclusiva do ser humano, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis a longo prazo. Sua transmissão ocorre principalmente por via sexual, podendo, ainda, ser transmitida da mãe para o filho, por via transplacentária, durante a gestação, ocasionando a sífilis congênita (BRASIL, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com base nos dados de prevalência de 2009 a 2016, estimou o total de casos incidentes de IST curáveis em 376,4 milhões, entre os quais 6,3 milhões são de casos de sífilis. Em 2019, no Brasil, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN – 238.172 casos de sífilis, sendo: 152.915 sífilis adquirida (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes); 61.127 sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos); 24.130 sífilis congênita (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos) e 173 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2020). Em Maracanaú, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, houve um aumento nas notificações da doença entre 2015 e 2019 na ordem de: sífilis adquirida (65 para 271 notificações) e gestacional (50 para 85 notificações); a congênita, por sua vez, apresentou um decréscimo de 6% no mesmo período (35 para 32 notificações). Constata-se, então, um alto índice de crescimento total da doença.

Como efeito, a sífilis é considerada uma epidemia silenciosa no Brasil, de notificação compulsória, cujo o crescimento observado desde 2014 tem múltiplos fatores, tais como um aumento no número de notificações, uma ampliação na distribuição de teste rápido para sífilis e o desabastecimento de matéria-prima para produção de penicilina benzatina entre os anos de 2015 a 2017, essencial para o tratamento da sífilis (ARAÚJO, 2020). Além destes, reconhece-se que a estrutura e organização dos serviços de atenção primária à saúde influenciam diretamente as estratégias de prevenção e controle das doenças (ARAÚJO, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

O enfrentamento da Sífilis é objeto de algumas iniciativas governamentais que se expressam em políticas de saúde, tais como a implantação, em 2012, do projeto da Rede Cegonha (BRASIL, 2012), a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil (BRASIL, 2017), o Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção (BRASIL, 2018) e o novo modelo de financiamento, através do Previne Brasil (BRASIL, 2020), todos com ações voltadas para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

No Brasil, a APS tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como responsável pela reorientação do modelo de atenção, atuando em território definido, com responsabilidade sanitária, por uma população adscrita, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, com vistas a produção do cuidado integral, por meios de equipes multiprofissionais, formadas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (SANTOS *et al.*, 2018).

O agente comunitário de saúde (ACS) configura, como profissional da ESF, dentre as suas competências estabelecidas na Política Nacional da atenção Básica (2017), desenvolver no seu território de atuação ações voltadas para a prevenção e o controle de agravos à saúde, incluindo a sífilis, tendo esse papel importante no acompanhamento dos casos em tratamento na unidade de saúde, incluindo busca ativa no apoio as ações de vigilância epidemiológica.

O ACS estabelece uma forte relação entre a comunidade e as equipes de APS, atuando no desenvolvimento de atividades de educação em saúde e assumindo, portanto, uma responsabilidade social. Considera-se o protagonismo exercido por esses profissionais nos processos inerentes à ESF, sobretudo no que se refere às ações de prevenção e controle das IST, especialmente a sífilis (MARTINS, 2014).

Com efeito, para se alcançar a redução da incidência de sífilis torna-se premente a articulação entre ações de prevenção, por meio da educação em saúde e a dispensação de preservativos à população; de rastreamento com vistas ao diagnóstico precoce, mediante a ampla oferta de teste rápido para sífilis em todas as Unidades de Saúde da Família (USF), principalmente nas ações de saúde sexual e reprodutiva - consultas de pré-natal, planejamento familiar, prevenção ginecológica, além da eventos extramuros, tais como ações em praças, comunidade, escolas; de

tratamento, que deve ser descentralizado para as USF, com a administração da Penicilina Benzatina em tempo oportuno e o acompanhamento através da solicitação do VDRL; de integração entre atenção e vigilância – envolvendo busca ativa, investigação de casos e qualificação das informações (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, o desenvolvimento de ações educativas com a participação dos ACS é uma estratégia sistemática que vem sendo adotada em várias frentes como forma de enfrentamento à Sífilis e fortalecimento do SUS por meio da educação e formação continuada dos profissionais de saúde que estão em contato mais próximo com a população, contribuindo para o aprendizado e desenvolvimento de competências necessárias possibilitando o desencadeamento de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção e controle da sífilis, desenvolvidas de forma permanente (COUTINHO, 2019).

Entende-se, portanto, que o ACS tem o potencial de contribuir na implementação de ações de controle da sífilis, considerando as suas atribuições estabelecidas no âmbito das políticas de saúde. Todavia, reconhece-se que sua atuação requer a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento e atitudes e a implementação de práticas, o que torna certa a necessidade de qualificação profissional, por meio de educação permanente com vistas a instrumentalizar o seu agir no território.

Dessa forma, defende-se o argumento de que conhecer o agir do ACS e promover educação permanente em saúde para estes profissionais contribui para a qualificação do seu trabalho no que diz respeito à prevenção e ao controle da sífilis, possibilitando a aquisição de conhecimentos sobre essa doença, o reconhecimento de situações-limite no contexto do processo saúde-doença-cuidado, além de auxiliar o delineamento de propostas e intervenções no território se mostrem mais efetivas para a redução dos indicadores da infecção por este agravo (MARTINS, 2014).

Desse modo, os profissionais das ESF são desafiados a reduzir a incidência de sífilis, principalmente em gestantes e a congênita, no seu território de atuação, o que requisita qualificação para o manejo clínico adequado dos casos, tal como a compreensão dos determinantes sociais, com vistas a abordagem adequada das pessoas, considerando sua cultura e a presença de comportamentos de risco, com foco na adoção de estratégias de prevenção e a adesão ao tratamento. Nesse contexto, a experiência da pesquisadora, que atua no município de Maracanaú, na diretoria da Atenção Primária à Saúde, como gerente das IST, HIV/AIDS e hepatites

virais, permite a observação de que a 4 anos ocorre um aumento dos casos de sífilis. Acredita-se que as ações desenvolvidas ainda não são efetivas para o controle deste agravo. Não obstante, reconhece-se que o ACS é o profissional que está inserido diretamente no cotidiano das ações no território, prestando orientações à comunidade e apoiando as intervenções das ESF, favorecendo o acesso ao serviço de saúde. Com base nesse entendimento, articulado à inserção no Mestrado Profissional em Saúde da Família, ante a necessidade de definir o problema de estudo, emergiu o seguinte questionamento: Quais os conhecimentos dos ACS sobre a sífilis, quais suas atitudes e práticas de cuidado às pessoas com sífilis em seu território de abrangência?

O estudo tem o potencial de contribuir para uma compreensão acerca do nível de conhecimentos e das práticas dos ACS frente ao manejo da sífilis na sua comunidade. Desse modo, pode-se subsidiar o desenvolvimento de estratégias que permitam a reorientação do saber-fazer dos ACS, ressignificando sua atuação no enfrentamento da sífilis, contribuindo, assim, para maior efetividade das ações implementadas na APS. Ademais, os resultados poderão contribuir para a gestão elaborar propostas de reorganização dos serviços e das práticas das equipes da ESF, tal como a formulação de políticas de saúde voltadas para o controle da sífilis no município.

Com base nesse entendimento, foram levantadas as seguintes hipóteses:

- a) Os conhecimentos dos ACS sobre a sífilis influenciam suas atitudes e a implementação de práticas de cuidado em seus territórios de ação;
- b) Os conhecimentos, atitudes e práticas dos ACS no manejo da sífilis diferem quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião e tempo de trabalho na APS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas dos agentes comunitários de saúde sobre a sífilis.

### **2.2 Específicos**

- a) Delinear o perfil profissiográfico dos agentes comunitários de saúde envolvidos na atenção às pessoas com sífilis no município de Maracanaú;
- b) Classificar conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde do estudo em relação à sífilis;
- c) Averiguar a ocorrência de associações entre conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde com variáveis sociodemográficas;
- d) Identificar associações entre conhecimentos e as práticas de prevenção da sífilis.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Sífilis: aspectos históricos, clínicos e epidemiológicos**

##### **3.1.1 Aspectos históricos**

A origem da sífilis é um assunto controverso, que já dura mais de 500 anos entre os adeptos das teorias do Novo e do Velho Mundo (NETO, 2009).

Há várias hipóteses sobre a origem da sífilis: Américas, Continente Africano, Ásia e Europa; mas sabe-se que a sua disseminação ocorreu através das colonizações, a partir cidades portuárias, onde navios atracavam, sendo marinheiros e prostitutas possíveis responsáveis pelo avanço da contaminação.

No final do século XV irrompeu na Europa uma epidemia muito grave de sífilis, uma doença até então desconhecida. A disseminação foi relacionada com a campanha militar do rei da França, Carlos VIII, para conquistar Nápoles. Em dezembro de 1494, o exército entrou em Roma, onde ficaram por um mês em comemorações e orgias. Em fevereiro de 1495, entraram em Nápoles, onde houve outro período de comemorações e orgias. Na Batalha de Fornovo, no mesmo ano, foi relatado por dois médicos os aspectos clínicos da sífilis nos soldados, sendo o começo da história documentada da sífilis. No mesmo ano essa IST começou a aparecer em muitas cidades da Itália e do sul da França. Em 1496, chegou a Paris e espalhou-se pela Alemanha, Áustria e Trácia. No ano seguinte já estava na Inglaterra e na Escócia (NETO, 2009).

Na América, não existem evidências incontestáveis. As provas aduzidas, as indicações, os vestígios paleopatológicos são, em sua maior parte, pouco confiáveis. Quase todos os casos de sífilis documentados datam de fins do século XVI. A principal causa da mortalidade crescente das populações indígenas da América, durante o século XVI, foram as doenças que infeccionaram essas populações, dentre elas a sífilis (BRUIT, 2013)

No Brasil, a sífilis no período colonial era vista como um castigo divino ao pecado, em virtude do comportamento sexual desregrado. Uma época em que a sífilis era tratada com preconceito pela Igreja e superstições pela população à época. No início do século XX, após a descoberta de Fritz Schaudinn, diretor e zoólogo do laboratório de protozoários do serviço de saúde de Berlim (Alemanha),

que ao realizar uma pesquisa experimental com uma amostra papilar sífilítica descobriu que o agente etiológico da doença não é um protozoário e sim uma bactéria, batizada de *Spirochaetta pallida* por seu descobridor e pelo dermatologista Paul Erich Hoffmam. Em 1905, Fritz e Paul modificaram o nome para do agente etiológico para *Treponema Pallidum* (GRIEBELER, 2009).\_Desde então a Sífilis passou a ter uma definição de doença: seu agente causal, meios de transmissão, consequências orgânicas e sociais, evolução epidemiológica, além dos meios terapêuticos e profiláticos para abordá-la.

Em 1920, surgiu o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que, dentre suas atribuições, era responsável pela execução dos serviços de higiene e saúde pública no Brasil. Este tinha a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV), com ações voltadas para uma proposta específica, dentre elas o combate à sífilis e as doenças venéreas. O Estado passou a ter mais responsabilidades sanitárias, intervindo nas epidemias da época (BATISTA, 2015).

Com o IPLDV a questão da sífilis passou a ser vista mais pela questão sanitária e não das questões de repressão a prostituição ou religiosas. Uma Política Sanitária Nacional para Combate à Sífilis foi posta em prática. A educação higienista divulgaria a gravidade da doença, trazendo os doentes para avaliação médica, promovendo a vigilância sanitária e a “cura profilática”, o uso da medicação arsenical e os preservativos de contágio, à época, camisinhas e uma pomada que impedia os micro-organismos de contaminar (BATISTA, 2015).

Em relação ao tratamento da sífilis, várias substâncias/medicamentos foram utilizados, entre elas: o uso de injeções de soro mercurial, arsenicais, injeções de elixir 914, o bismuto e o Neosalvarsan. Os medicamentos se aproximavam da possibilidade de uma cura efetiva e com menos danos à saúde dos pacientes.

Em 1941, Alexander Fleming, Howard Florey e Ernst Chain demonstraram os efeitos antibacterianos da penicilina em seres humanos. O advento da penicilina assinalou inúmeras possibilidades para a redução da morbimortalidade de doenças infecciosas em todo o mundo. As penicilinas passaram a representar uma opção terapêutica útil no tratamento e na prevenção de diferentes processos infecciosos ou de suas complicações, mesmo ainda no século XXI. São antibióticos de elevada eficácia e de baixo custo, sendo uma opção definida nas infecções por *Streptococcus pyogenese* e *Streptococcus pneumoniae*, que se mantêm sensíveis a

estes antibióticos, e nas sífilis (neurosífilis, sífilis congênita, sífilis na gestação) (GRUMACH, 2007).

Com a revolução de 1930, o governo de Getúlio Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde Pública, desativando o IPLDV. A sífilis deixou de ser uma prioridade nacional e passou a ter intervenções educativas, além do tratamento. Com o Estado Novo, o combate à sífilis ocorreu na higiene infantil e escolar.

Na 1ª Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis, em 1940, os especialistas fizeram um esforço de avaliar numericamente a extensão da doença, concluíram que a sífilis permanecia bem instalada no país e que resistia aos esforços para erradicá-la (GARRARA, 1997). No mesmo evento, foi divulgada também a eficácia da Penicilina para o tratamento da sífilis.

Na década de 1980, a sífilis deu lugar a outra doença, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), principalmente nas implicações morais e sexuais, voltado a ficar novamente em segundo plano, mesmo que por vezes voltasse ao contexto nacional. Até a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas batalhas foram travadas no campo da assistência à saúde no país (BATISTA, 2015).

Em 2011, um novo programa chamado Rede Cegonha, visava a assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil. Uma iniciativa que procurava melhorar o acesso e a qualidade do atendimento e ao nascimento na rede pública de saúde, tendo por uma de suas diretrizes: o teste rápido de gravidez nos postos de saúde; o mínimo de seis consultas de pré-natal durante a gestação, além de uma série de exames clínicos e laboratoriais, inclusive teste de HIV e sífilis (CARNEIRO, 2013)

Outras ações governamentais vieram em seguida, como a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil, em 2017, o Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, em 2018, e o novo modelo de financiamento, através do Previne Brasil, em 2020.

### 3.1.2 Aspectos clínicos

A sífilis é um agravo infectocontagioso sistêmico de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias. Pode ser classificada em sífilis adquirida, gestacional ou congênita. A primeira é transmitida pela área gênero anal na quase totalidade dos casos, a segunda ocorre em gestantes e pode causar aborto/natimorto ou má formação do feto, e se não tratada adequadamente, pode ocasionar a sífilis congênita, que é resultado da infecção do feto pela bactéria causadora da sífilis através da placenta (MARTINS, 2014).

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas, geralmente aparece uma lesão indolor na região genital, que logo desaparece ou nem percebem. A partir de então começa a cadeia de transmissão da sífilis, sem o indivíduo saber que está transmitindo uma doença. Com o passar dos anos, por não ser tratada adequadamente, ela pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

A sífilis pode ser classificada pelo tempo de infecção (sífilis adquirida recente ou tardia) ou pela presença de manifestações clínicas (sífilis primária, secundária, latente, terciária e neurosífilis) (SARACENI *et al.*, 2017).

A infecção por sífilis é dividida em estágios de sífilis recente (primária, secundária e latente recente), com até um ano de evolução, e sífilis tardia (latente tardia e terciária), a partir de um ano. Nas fases iniciais, a sintomatologia pode variar e desaparecer, independentemente do tratamento. As manifestações clínicas dão margem à suspeita clínica, mas não há sinal ou sintoma exclusivo; isso pode levar a mal-entendidos sobre outras patologias e tornar o diagnóstico mais difícil (FREITAS, 2021).

O diagnóstico para sífilis por meio do teste rápido treponêmico é o método recomendado pelo Ministério da Saúde. Para os resultados reagentes, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado através do *Venereal Disease Research Laboratory test* (VDRL), um exame não treponêmico (SARACENI *et al.*, 2017)

As formas de diagnóstico e tratamento da sífilis requerem uma estrutura da rede de atenção à saúde, funcionando de modo articulado com capacidade de resposta rápida. Considera-se que a atenção às pessoas com sífilis deve ser ampla, abrangendo não somente os aspectos clínicos individuais, mas também os

determinantes sociais, que podem interferir nos modos com as pessoas concebem o agravo e buscam tratamento.

É sabido que a sífilis é uma infecção curável, cujo tratamento tem eficácia comprovada, com base na administração de antibiótico, preferencialmente a Benzilpenicilina benzatina, que deve ser disponibilizado nas unidades básicas de saúde.

Os esquemas terapêuticos da sífilis devem estar de acordo com a classificação clínica da infecção. A sífilis recente (sífilis primária, secundária e latente recente) é tratada com Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, dose única, intramuscular; a sífilis tardia (sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada, e sífilis terciária) é tratada com Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, 1x/semana por 3 semanas, intramuscular (BRASIL, 2022).

O tratamento da sífilis ainda encontra resistência por parte dos pacientes, que alegam dor e medo a reação ao tratamento, e por alguns profissionais de saúde, que tem medo da possível reação anafilática à penicilina, não conseguindo reverter a situação na unidade de saúde.

Estudos mostram que a sua eficácia é de 99,7% para tratamento materno e 98,2% para prevenção da transmissão vertical da doença em todos os estágios da sífilis. Apesar disso, as penicilinas são medicamentos que constantemente tem sua segurança questionada, principalmente devido à ocorrência de reações adversas. Estima-se que a prevalência desses casos seja em torno de 2% por curso de tratamento. Entretanto, cerca de 90% dos indivíduos que relatam hipersensibilidade à penicilina não são alérgicos. Em relação aos profissionais, a importância do aparato tecnológico, como medicamentos e equipamentos necessários em casos emergenciais, profissionais capacitados, a articulação das redes de saúde que envolvem o sistema de referência e contra referência é importante para a aplicação na unidade de saúde (PENHA, 2020).

### 3.1.3 Aspectos epidemiológicos

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as patologias transmissíveis mais comuns, afetando a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo. As IST têm um impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, porquanto, acarretam infertilidade e

complicações na gravidez e no parto, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança (BRASIL BE, 2020).

A sífilis é uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais comuns no mundo, com cerca de 6 milhões de novos casos a cada ano. Se uma gestante infectada não receber tratamento adequadamente, pode transmitir a infecção para o feto, resultando em baixo peso ao nascer, nascimento prematuro, aborto, natimorto e manifestações clínicas precoces e tardias (OMS, 2019). A estimativa de incidência da sífilis por região da OMS (2019) tem como primeiro lugar região do Pacífico Ocidental, seguido da região das Américas, região do Sudeste Asiático, região Africana, região do Mediterrâneo Oriental e região Europeia.

Segundo a OMS (BRASIL, 2020), a situação da sífilis no Brasil não é diferente da de outros países. Os números de casos da infecção são preocupantes e a infecção precisa ser controlada.

O crescente número de casos tem indicado a persistência desse agravo, os quais, apesar de evitáveis, continuam a desafiar os sistemas de saúde. No período de 2014 a 2018, a taxa de detecção de sífilis adquirida elevou-se em três vezes (passou de 25,1 para 75,8 casos por 100 mil habitantes); já a de sífilis em gestantes, em 2,4 vezes (passou de 8,9 para 21,4 casos por mil nascidos vivos); e a taxa de incidência de sífilis congênita em 1,6 vez (passou de 5,5 para 9,0 casos por mil nascidos vivos). Em 2018, a relação das taxas de detecção de sífilis em gestantes e incidência de sífilis congênita foi de 2,4 gestantes com sífilis para uma criança com sífilis congênita, sendo que em 14 Unidades da Federação (UFs), essa relação encontra-se abaixo do patamar nacional. A incidência da sífilis congênita ainda apresenta valores muito acima dos estabelecidos pela OMS para eliminação desse agravo (DOMINGUES, 2021).

Em 2020, o impacto da pandemia por covid-19 contribuiu para o declínio da taxa de detecção de sífilis em 24,1%, em comparação com 2019. No entanto, em 2021, a taxa de detecção de sífilis adquirida retornou a patamares pré-pandemia, com 78,5 casos por 100.000 habitantes. Já na sífilis em gestantes não foi observado o impacto da pandemia por covid-19, com redução de casos, vem mantendo tendência crescente, tendo em vista a manutenção da assistência à gestante pelas unidades de saúde. Quanto a taxa de incidência de sífilis congênita, houve declínio de 5,2% entre 2018 e 2020; porém, ocorreu elevação de 14,6% entre 2020 e 2021 (BRASIL, 2022).

Em 2021, no Brasil, foram notificados no SINAN 167.523 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 78,5 casos/100.000 habitantes); 74.095 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 27,1 casos/1.000 nascidos vivos); 27.019 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 9,9 casos/1.000 nascidos vivos); e 192 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade por sífilis de 7,0 óbitos/100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2022).

No Ceará, até 22 setembro de 2022, foram notificados 2.619 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 28,9 casos/100.000 habitantes); 1.820 casos de sífilis em gestante (taxa de detecção de 26,2 casos/1.000 NV); 1.122 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 16,8 casos/1.000 NV) (CEARÁ, 2022).

Em Maracanaú, no ano de 2021, foram notificados no SINAN 313 sífilis adquirida, 126 sífilis em gestantes e 61 sífilis congênita, totalizando 500 notificações. No ano de 2022, foram 458 casos de sífilis adquirida, 155 sífilis em gestante e 61 sífilis congênita, totalizando 674 casos notificados, de acordo com a vigilância epidemiológica.

### **3.2 Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde e as ações de Controle da Sífilis**

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi criado oficialmente em 1991, e teve inicialmente como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. A implantação desse Programa no estado do Ceará obteve reconhecimento do Ministério da Saúde que, em 1992, o transformou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (MARTINS, 2012).

O Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) configurou-se como um projeto precursor da Estratégia Saúde da Família, implementado pelo Ministério da Saúde para Atenção Primária à Saúde, criado para atuar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e comunitário, por meio de ações simplificadas e conforme os pressupostos da Conferência de Alma-Ata. Priorizou, inicialmente, as crianças e mulheres em idade fértil, cumprindo um importante papel na reorganização da atenção básica pela forma de trabalho fundamentado nas noções de área de cobertura e ações preventivas (ÁVILA, 2011).

Em 1994, o PACS foi integrado ao Programa de Saúde da Família (PSF). A regularização da atividade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) aconteceu em 1999, com o Decreto 3.189/99. A criação da profissão de ACS ocorreu em 2002 com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que definiu seu exercício como exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde (BRASIL, 2016).

O PSF tinha uma proposta de ser um programa focal, criado para atender os cidadãos identificados no mapa da fome do Brasil, limitando a atuação do PSF ao atendimento da comunidade. Portanto, necessitava de um olhar mais ampliado, o que ocorreu em 2006, com a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Com objetivo de operacionalizar a proposta da ESF, foi publicada a Portaria n.648/GM de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Esta foi a primeira versão da PNAB publicada, que teve mais duas edições, publicadas em 2011 e 2017 (ALVES, 2020).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária a Saúde (APS) é fundamental para a construção de um modelo assistencial na garantia de resultados positivos a saúde, com eficácia, eficiência e equidade. Este nível de atenção, que é definido por um conjunto de valores e princípios estruturantes do sistema de saúde, tem como atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. De forma complementar, considera-se a Atenção a Saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural como atributos derivados (KESSLER, 2018).

Segundo Starfield (2002), a atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

No âmbito da ESF o Agente Comunitário de Saúde tem algumas atribuições que podem ser sintetizadas nas atividades de identificação de situações de risco, orientação das famílias e comunidade, e encaminhamento dos casos e

situações de risco identificados aos outros membros das equipes de saúde (ALONSO *et al.*, 2018)

Nesse contexto, destaca-se a figura do Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, contribuindo com o cuidado aos indivíduos e às famílias. Ressalta-se que o ACS possui um papel importante no processo de trabalho da ESF, principalmente pelo vínculo que deve estabelecer com a família, proporcionando confiança e respeito, aspectos fundamentais na promoção da saúde. O ACS estabelece uma forte relação entre a comunidade e o sistema de atenção primária à saúde, atuando no desenvolvimento de atividades de educação em saúde e assumindo, portanto, uma responsabilidade social (MARTINS, 2014).

A produção do cuidado com a saúde envolve um conjunto de saberes e práticas desenvolvidas em diferentes contextos e efetuadas por diversos grupos, não sendo, portanto, nessa perspectiva, uma ação exclusiva de uma categoria profissional. Essa produção de cuidado conta, ainda, com várias abordagens diagnóstico-terapêuticas. Além disso, a ação do ACS busca facilitar o processo de cuidar, uma vez que ele pertence à mesma comunidade que o paciente que recebe o cuidado dispensado pelo agente (FILGUEIRAS, 2011).

Dessa forma, acredita-se que a realização de educação permanente em saúde junto aos ACS contribui para o fortalecimento do trabalho e para uma atuação mais efetiva na comunidade em relação à prevenção e ao controle da sífilis, auxiliando, assim, na redução de indicadores relacionados à sífilis.

Entende-se que a melhoria da qualificação e formação desses profissionais de saúde acerca da doença em questão pode contribuir para o enfrentamento e detecção precoce e para um desfecho favorável dos casos de sífilis, bem como para a elaboração de estratégias que apontem caminhos para uma assistência de qualidade (COUTINHO, 2019).

A busca pelo desenvolvimento das capacidades de aprendizagem de todos os profissionais é fundamental para os princípios da atenção em rede e a efetividade dos processos de educação permanente é decisiva para a concretização de políticas de saúde e de educação nas áreas estratégicas e prioritárias, já que depende da qualidade das intervenções das equipes em seus territórios (BRASIL, 2016).

A produção cotidiana do cuidado em saúde depende, em grande parte, das competências dos trabalhadores da saúde, bem como do grau de interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Esse conjunto de atributos desejáveis aos trabalhadores da saúde consta como competências e habilidades nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de Saúde. As competências que se esperam dos profissionais de saúde podem ser circunscritas a três domínios: o conhecimento (saber), as habilidades (saber fazer), e as atitudes (saber ser e conviver/querer fazer) (UCHIMURA, 2012).

As estratégias de educação continuada, que são efetivas para mudar a prática dos profissionais e os resultados em saúde, são as que visam aumentar a competência dos profissionais, facilitar a adoção dos protocolos na prática assistencial ou reforçar a mudança. Acesso a treinamentos, manuais sobre manejo da sífilis, protocolos municipais ou do Ministério da Saúde também mostraram associação com conhecimento correto da situação epidemiológica da sífilis e realização correta das condutas assistenciais (DOMINGUES, 2013).

Dessa forma, o ACS precisa deter não apenas os conhecimentos básicos sobre o processo de saúde-doença, mas as estratégias educativas para valorizar a troca de saberes, o saber popular, experiências e autonomia dos usuários. As práticas educativas dialógicas facilitam a produção do conhecimento de forma coletiva. A análise crítica da realidade, do cotidiano do processo de trabalho e dos casos clínicos, são aspectos importantes a serem considerados nos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e conseqüentemente na qualificação do trabalho, e a aproximação do ACS com a comunidade do seu território, favorece o desenvolvimento de ações educativas importantes na adoção de mudança de comportamento e conseqüente reversão dos dados estatísticos da sífilis (DIAS, 2020).

Dentre os instrumentos de avaliação disponíveis no país, a pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas é de fundamental importância para observar-se os conhecimentos, comportamentos, atitudes e práticas da população que estão diretamente ligadas as epidemias das infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2011).

Marinho *et al.* (2003) definem conhecimento, atitude e prática da seguinte forma: o conhecimento “significa recordar fatos específicos ou a habilidade de aplicá-los para a resolução de problemas” ou, ainda, “emitir conceitos com a

compreensão adquirida sobre determinado evento” – dimensão cognitiva. A atitude é, essencialmente, ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação – dimensão afetiva; enquanto a prática é a tomada de decisão para executar a ação, relacionando-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo, à dimensão social, ou seja, ao fazer.

Analisar o conhecimento, atitude e prática do ACS sobre sífilis auxilia na mudança de indicadores de saúde voltados para sífilis, bem como promove ações de melhoria no processo de trabalho e ações de qualificação profissional para esse ACS.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa, com desenho censitário. Foi realizado junto aos agentes comunitários de saúde, por meio da aplicação do inquérito sobre Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). Os estudos transversais permitem uma descrição de características da população estudada, avaliando possíveis relações entre a variável que representa o desfecho e as variáveis que podem estar associadas a ele, auxiliando assim nas ações e no planejamento em saúde (ROUQUAYROL, 2013).

### **4.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado no município de Maracanaú, localizado na região metropolitana de Fortaleza, distante 20 km do centro da Capital do Estado. Além de Fortaleza, faz limites ainda com os municípios de Caucaia, Maranguape e Pacatuba. É predominantemente urbano, com extensão territorial de 105,7 Km<sup>2</sup>, tem população estimada em 227.889 habitantes, representando a 4<sup>a</sup> maior população do Ceará, com densidade demográfica de 2.093 habitantes/Km<sup>2</sup>. Destaca-se que o município comporta o maior distrito industrial do estado, ocupando o 2<sup>o</sup> em arrecadação de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços – ICMS (MARACANAÚ, 2009).

O sistema local de saúde se organiza de forma descentralizada, dividido em seis Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA), instituídas pela Lei municipal 561/97 (MARACANAÚ, 1997). Cada AVISA possui em média 37.981 habitantes e se constituem espaços territoriais com características geográficas, demográficas, epidemiológica e de gestão sanitária descentralizada.

A Rede de Atenção à Saúde conta com 71 equipes da Estratégia Saúde da Família, duas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSI), 44 Equipes de Saúde Bucal (ESB), que atuam em 27 Unidades de Saúde da Família (USF) e duas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), com uma cobertura de 94% da população. Existem ainda seis equipes multiprofissionais de atenção básica, que realizam suas atividades vinculadas de oito a dez ESF. Na atenção secundária conta

com Centro Integrado de Reabilitação de Maracanaú (CIRM), Serviço de atendimento Domiciliar (SAD), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - modalidade Álcool e drogas, Geral e Infante juvenil, Serviço de Ocorrências de Saúde (SOS), Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE). E na atenção terciária, conta com o Hospital Municipal João Elísio de Holanda (HMJEH).

A atenção primária do município, no que se refere à organização estrutural, está dividida de acordo com o Quadro 1.

**Quadro 1 – Organização da Atenção primária de Maracanaú, segundo área descentralizada e unidades de saúde da família e equipes da estratégia saúde da família. Maracanaú, 2021**

(continua)

<b>AVISAS</b>	<b>USF/UBSI</b>	<b>Quantidade de ESF ou EMSI</b>
<b>AVISA I</b>	USF João Pereira de Andrade II	03
	USF Raimundo Martins de Sousa (Colônia)	01
	USF Manuel Celestino dos Anjos	02
	USF Enfermeiro Vicente Severino (Horto)	01
	USF Luiza Targino da Silva (Olho d'água)	01
	UBSI Polo Indígena	01
	UBSI Dona Joaquina	01
<b>AVISA II</b>	USF dr. Elias Boutala Salomão	04
	USF Carlos Antônio Costa Pessoa Martins	04
	USF Prefeito Almir Dutra (Timbó)	04
<b>AVISA III</b>	USF Anastácio Soares Lima	03
	USF João Batista dos Santos (Boa Esperança)	04
	USF Maria das Graças Maximiano de Queiroz (Jardim Bandeirante)	03
	USF Maria Nazaré de Oliveira Silva	02

**Quadro 1 – Organização da Atenção primária de Maracanaú, segundo área descentralizada e unidades de saúde da família e equipes da estratégia saúde da família. Maracanaú, 2021**

(conclusão)

<b>AVISAS</b>	<b>USF/UBSI</b>	<b>Quantidade de ESF ou EMSI</b>
<b>AVISA IV</b>	USF Senador Fernandes Távora (Industrial)	03
	USF Enfª Isabel Bonfim (Alto Alegre II)	03
	USF Parceiros do Bem (Cidade Nova)	01
	USF Luís de Queiroz Uchoa (Alto Alegre I)	01
<b>AVISA V</b>	USF Juarez Izaías Araújo (Novo Oriente)	03
	USF Flávio Belisário de Sousa (Piratininga)	03
	USF Aparício Bezerra (Novo Maracanaú)	02
	USF Engelberto Moura Cavalcante	02
	USF Maria José Carvalho de Andrade	02
	USF Maria Heleny Matos Brandão	01
<b>AVISA VI</b>	USF Francisca Fátima da Rocha Freitas (Mucunã)	01
	USF Jaçanaú	02
	USF Alarico Leite (Parque São João)	04
	USF Ivaldo Silva (Cágado)	02
	USF José Teodósio (Jari)	02

Fonte: Secretaria de Saúde de Maracanaú, 2021.

Em relação a composição das equipes da atenção primária à saúde, Maracanaú conta com os seguintes profissionais: 71 médicos da ESF, 71 enfermeiros da ESF, seis enfermeiros gerentes de AVISA, 44 dentistas da ESF e 297 agentes comunitários de saúde e as equipes multiprofissionais contam com seis assistentes sociais, sete farmacêuticos, oito fisioterapeutas, três nutricionistas, cinco fonoaudiólogos, um educador físico e quatro terapeutas ocupacionais.

### 4.3 Participantes do estudo

Para efeitos desse estudo, a amostragem foi delineada de forma censitária, cuja população foi composta pelos 297 Agentes Comunitários de Saúde atuantes na atenção básica do município, conforme quadro 2.

**Quadro 2 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS por Unidade de Saúde da Família - USF e Área de Vigilância em Saúde -AVISA, no município de Maracanaú, 2021~**

(continua)

<b>Unidades de Saúde da Família – USF ou Unidade Básica de Saúde Indígena – UBSI com seus Agentes Comunitários de Saúde, distribuídas por AVISA</b>		
<b>AVISAS</b>	<b>USF/UBSI</b>	<b>Quantidade de ACS</b>
<b>AVISA I</b>	USF João Pereira de Andrade II	16
	USF Raimundo Martins de Sousa (Colônia)	03
	USF Manuel Celestino dos Anjos	10
	USF Enfermeiro Vicente Severino (Horto)	05
	USF Luiza Targino da Silva (Olho d'água)	03
	UBSI Polo Indígena	03
	UBSI Dona Joaquina	03
<b>AVISA II</b>	USF Dr. Elias Boutala Salomão	21
	USF Carlos Antônio Costa Pessoa Martins	21
	USF Prefeito Almir Dutra (Timbó)	20
<b>AVISA III</b>	USF Anastácio Soares Lima	20
	USF João Batista dos Santos (Boa Esperança)	19
	USF Maria das Graças Maximiano de Queiroz (Jardim Bandeirante)	08
	USF Maria Nazaré de Oliveira Silva	11
<b>AVISA IV</b>	USF Senador Fernandes Távora (Industrial)	12
	USF Enf <sup>a</sup> Isabel Bonfim (Alto Alegre II)	10
	USF Parceiros do Bem (Cidade Nova)	09
	USF Luís de Queiroz Uchoa (Alto Alegre I)	04

**Quadro 2 – Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS por  
Unidade de Saúde da Família - USF e Área de Vigilância em Saúde -AVISA,  
no município de Maracanaú, 2021~**

(conclusão)

<b>Unidades de Saúde da Família – USF ou Unidade Básica de Saúde Indígena – UBSI com seus Agentes Comunitários de Saúde, distribuídas por AVISA</b>		
<b>AVISA V</b>	USF Juarez Izaías Araújo (Novo Oriente)	10
	USF Flávio Belisário de Sousa (Piratininga)	14
	USF Aparício Bezerra (Novo Maracanaú)	09
	USF Engelberto Moura Cavalcante	09
	USF Maria José Carvalho de Andrade	10
	USF Maria Heleny Matos Brandão	05
<b>AVISA VI</b>	USF Francisca Fátima da Rocha Freitas (Mucunã)	05
	USF Jaçanaú	08
	USF Alarico Leite (Parque São João)	20
	USF Ivaldo Silva (Cágado)	06
	USF José Teodósio (Jari)	06
<b>TOTAL</b>		<b>297</b>

Fonte: Secretaria de Saúde de Maracanaú, 2021.

Foi adotado como critério de inclusão: atuação por no mínimo de 6 meses no território. Dentre os critérios de exclusão, destacam-se: afastamento do serviço por férias ou licença médica e recusa em participar do estudo.

Desse modo, foram incluídos 204 agentes comunitários de saúde na pesquisa, uma vez que durante o período da pesquisa 36 ACS estavam afastadas do serviço por licença médica, 29 estavam de férias, 03 recusaram participar da pesquisa e 25 não estavam presentes no local de trabalho quando o pesquisador estava realizando a coleta de dados, embora a unidade de saúde tenha sido visitada duas vezes, na perspectiva de incluir todos os ACS.

#### **4.4 Variáveis do estudo**

As variáveis do estudo dependentes são relacionadas a pessoa, tais como características sociodemográficas (*e.g.*, idade, sexo, religião, raça/cor, status socioeconômico). Foram consideradas variáveis independentes aquelas relacionadas aos conhecimentos sobre a sífilis, suas atitudes e práticas na prevenção e controle da sífilis na comunidade.

#### **4.5 Coleta dos dados**

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a setembro de 2022, pela pesquisadora, com o apoio do coordenador do projeto de pesquisa. Foi realizada no espaço das Unidades Básicas de Saúde, por ocasião das reuniões mensais dos ACS com a enfermeira supervisora do seu trabalho no território. Para tanto, foi acordado previamente a data o horário mais adequado conforme disponibilidade dos participantes. Assim, a abordagem aos ACS ocorreu antes ou após a reunião de supervisão de trabalho.

Na ocasião, os pesquisadores explicaram aos ACS os objetivos da pesquisa e prestaram orientações e esclarecimentos sobre o instrumento de coleta de dados. Os ACS foram receptivos quanto ao preenchimento do questionário, que durou em média 20 a 30 minutos. Após a entrega do questionário por todos os ACS, os pesquisadores agradeceram a participação na pesquisa.

Ressalta-se que o instrumento de coleta de dados consiste em questionário estruturado, composto por duas partes. A primeira contém um conjunto de variáveis sociodemográficas e profissionais. A segunda corresponde a uma adaptação do inquérito CAP, que foi elaborado com base nos seguintes documentos: 1) Prevenção e Controle de DST na comunidade – manual do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 1998); 2) Pesquisa Conhecimentos, atitudes e Práticas da população brasileira de 15 a 59 anos, 2004 (Brasil, 2005). Ressalta-se que foi realizado um estudo-piloto em março de 2022, com 10 ACS, na perspectiva de ajustar o instrumento, com vistas a melhorar a compreensão das perguntas, tal como aprimorar o processo de coleta de dados. A coleta de dados foi realizada por dois autores deste manuscrito.

Os inquéritos Conhecimentos, Atitudes e Práticas – CAP são importantes por aprimorar informações sobre as práticas consideradas relevantes para a disseminação das IST, entre elas a sífilis, e por subsidiar ações de prevenção da mesma e a comunicação em saúde. Possui informações importantes para a construção dos indicadores e avalia algumas situações sociodemográficas que possam trazer uma situação de vulnerabilidade educacional relacionada à sífilis.

#### **4.6 Análise dos dados**

O processamento e a análise das informações abrangeram as etapas de digitação e críticas com vistas à correção de erros e à identificação de inconsistências dos dados. Todas as variáveis do instrumento de coleta de dados foram organizadas e codificadas, sendo digitadas em planilha do Microsoft Office Excel® 2016. Em seguida, os dados foram exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21, para realização das análises estatísticas.

As variáveis foram estratificadas pelos dados sociodemográficos: faixa etária, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil e renda familiar; e dados do perfil profissional: tempo de atuação como ACS, tipo do vínculo empregatício. Sobre as questões de conhecimento foram classificados em conhecimentos adequados, conhecimentos regulares ou conhecimentos inadequados. No referente às questões sobre de atitudes, destaca-se que foram classificadas em atitudes positivas ou atitudes negativas. Por fim, sobre as práticas desenvolvidas no território, foram classificadas como práticas adequadas ou inadequadas.

Inicialmente, foi realizada estatística descritiva. O teste bivariado de associação entre as variáveis qualitativas (sociodemográficas, conhecimento, atitude e prática) utilizado foi a Regressão Logística Simples, referido aqui como *odds* não ajustado, com objetivo de selecionar as possíveis variáveis que poderiam explicar a prática adequada. Foi adotado o intervalo de confiança de 95%, além do critério de significância das variáveis no modelo foi a associação ao nível de  $p < 0,05$ .

#### 4.7 Aspectos éticos

Este estudo integra o projeto de pesquisa intitulado “*Produção do cuidado integral às pessoas com sífilis: saberes, práticas e fluxos na atenção primária em articulação com a rede de atenção à saúde*”, coordenado pelo Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães.

O projeto atende as diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O protocolo desse estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, sendo aprovado mediante Parecer nº 4.497.804 (Anexo I).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sendo-lhes assegurado a participação livre e voluntária. Garantiu-se, ainda, o anonimato, o sigilo das informações e a confidencialidade dos dados fornecidos. A manifestação de concordância em participar do estudo foi expressa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II).

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Artigo científico**

Esta seção consiste na apresentação do artigo original como produto final do Trabalho de Conclusão de Mestrado.

#### **Conhecimentos, práticas e atitudes de agentes comunitários de saúde sobre as ações de prevenção e controle da sífilis**

#### **Knowledge, practices and attitudes of community health workers about syphilis prevention and control actions**

**Mariana Vale Francelino Sampaio**

Mestre do Mestrado Profissional em Saúde da Família,  
Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza-CE, Brasil.

**José Maria Ximenes Guimarães**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família,  
Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza-CE, Brasil.

**Ana Patrícia Pereira Moraes**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família,  
Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza-CE, Brasil.

**Alice Maria Correia Pequeno**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família,  
Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza-CE, Brasil.

**Carlos Garcia Filho**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família,  
Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza-CE, Brasil.

**Autor correspondente:**

José Maria Ximenes Guimarães

Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Itaperi, Fortaleza-CE, CEP: 60714-903

Telefone (fax): (85) 3101-9600

e-mail: jm\_ximenes@hotmail.com

## RESUMO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, com impacto na saúde pública global. O agente comunitário de saúde (ACS), como profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família, que desenvolve ações voltadas ao controle da sífilis. Este estudo tem por objetivo analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas dos ACS sobre a sífilis. Trata-se de estudo censitário, de corte transversal, realizado junto aos ACS do município de Maracanaú/CE, por meio do inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). Participaram do estudo 204 ACS. Verificou-se predominância do sexo feminino (90,7%), na faixa etária de 40-49 anos de idade (38,2%). A maioria tem mais de 10 anos de atuação na profissão (59,8%). Quase a totalidade dos participantes (97,1%) não tiveram treinamento sobre sífilis nos últimos 3 anos. O conhecimento adequado/regular é predominante nos ACS autodeclarados pardos ou pretos, com 98,8% ( $p < 0,004$ ). O ACS sem religião tem 6,31 vezes a chance de ter conhecimento adequado/regular ( $p < 0,021$ ), aqueles com conhecimento inadequado tem 3,18 vezes mais chance de desenvolver uma prática inadequada ( $p < 0,038$ ). Mostra-se relevante promover a educação permanente destes profissionais, com vistas a ampliar o conhecimento sobre a sífilis, impactando na sua atitude e práticas frente a esse agravo na comunidade.

**Descritores:** Sífilis. Agente Comunitário de Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted infection with an impact on global public health. In Brazil, the Community Health Agent (CHA), as a professional on the Family Health Strategy team, is responsible for developing actions in order to control syphilis. This study aims to analyze the knowledge, attitudes and practices of CHAs about syphilis. This is a cross-sectional census study conducted with the CHAs in the municipality of Maracanaú, state of Ceará, through the Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey. A total of 204 CHAs participated in the study. It was verified the predominance of women (90.7%), in the 40-49 age group (38.2%). Most of them have more than 10 years of experience in the profession (59.8%). Almost all

participants (97.1%) had not received training on syphilis in the last 3 years. Adequate/regular knowledge is predominant in CHAs who self-declared as black or mixed-race, with 98.8% ( $p < 0.004$ ). CHAs without religion are 6.31 times more likely to have adequate/regular knowledge ( $p < 0.021$ ). In addition, those with inadequate knowledge are 3.18 times more likely to develop an inadequate practice ( $p < 0.038$ ). It is relevant to promote the continuing education of these professionals, with the intention of expanding knowledge about syphilis, impacting on their attitude and practices towards this issue in the community.

**Descriptors:** Syphilis. Community Health Workers. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, passível de cura e exclusiva do ser humano, que representa um problema de saúde pública global. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo humano, sendo considerada na saúde pública como uma epidemia silenciosa, pelos crescentes índices. Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (CEARÁ, 2022).

Como efeito, a sífilis é considerada uma epidemia silenciosa no Brasil, de notificação compulsória, cujo o crescimento observado desde 2014 tem múltiplos fatores, tais como um aumento no número de notificações, uma ampliação na distribuição de teste rápido para sífilis e o desabastecimento de matéria-prima para produção de penicilina benzatina entre os anos de 2015 a 2017, essencial para o tratamento da sífilis (ARAÚJO *et al.*, 2020). Além destes, reconhece-se que a estrutura e organização dos serviços de atenção primária à saúde influenciam diretamente as estratégias de prevenção e controle das doenças (ARAÚJO *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

O enfrentamento da sífilis é objeto de algumas iniciativas governamentais, que se expressam em políticas de saúde, tais como a implantação em 2012 do projeto da Rede Cegonha, em 2017 da Agenda de Ações Estratégicas para

Redução da Sífilis no Brasil, em 2018 o Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, em 2020 do novo modelo de financiamento, através do Previne Brasil e dentre as ações desenvolvidas no Ceará, destaca-se em 2021 o projeto “Fortalecimento das Redes de Atenção para Resposta Rápida à Sífilis”, todos com ações voltadas para prevenção, vigilância e diagnóstico e tratamento da sífilis no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é definida na APS como estratégia de efetivação do sistema de saúde do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na promoção de ações voltadas ao enfrentamento dos problemas de saúde-doença da população, dentre elas a sífilis, buscando, assim, a longitudinalidade do cuidado dos indivíduos e das famílias (MARTINS *et al.*, 2014).

O agente comunitário de saúde (ACS) configura, como profissional da ESF, dentre as suas competências estabelecidas na Política Nacional da atenção Básica (2017), desenvolver no seu território de atuação ações voltadas para a prevenção e o controle de agravos à saúde, incluindo a sífilis, tendo esse papel importante no acompanhamento dos casos em tratamento na unidade de saúde, incluindo busca ativa no apoio as ações de vigilância epidemiológica.

Os ACS veem e ouvem dos usuários que as ações de saúde serão organizadas pela equipe. Eles atuam como mediadores sociais, o que por um lado revela o ACS como aquele que traduz para a equipe as necessidades da população, e de outro seria a condição para garantia de vinculação e identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade em relação às ações ofertadas pelo serviço (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

O Agente Comunitário de Saúde contribui significativamente no cuidado do indivíduo e da família, atuando na prevenção e promoção da saúde. Entende-se que a melhoria da qualificação e formação desses profissionais de saúde acerca da doença em questão pode contribuir para o enfrentamento e detecção precoce e para um desfecho favorável dos casos de sífilis, assim como para a elaboração de estratégias que apontem caminhos para uma assistência de qualidade (COUTINHO, 2019).

Com base nestas considerações, o presente estudo teve por objetivo analisar os conhecimentos, as atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre sífilis.

## MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, analítico, com desenho censitário. Foi desenvolvido por meio da aplicação de um inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), situadas em um município da região Metropolitana de Fortaleza, Ceará. Perfazem um total de 27 equipamentos de saúde dessa natureza, onde atuam 71 equipes da Estratégia Saúde da Família e 44 equipes de Saúde Bucal.

Considerando-se os fundamentos teórico-conceituais do Inquérito CAP, expressos por Marinho *et al.* (2003) e Brasil (2005), o presente estudo foi orientado pelos seguintes conceitos:

- a) Conhecimento – aqui entendido como recordar fatos específicos, com base no sistema de educação no qual o indivíduo está inserido; ou a habilidade para aplicar saberes e fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, a capacidade de emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado fenômeno/evento. Situa-se na dimensão cognitiva;
- b) Atitude – corresponde ao sistema de opiniões que indivíduo possui, ao seu domínio afetivo, compondo a sua dimensão emocional. Relaciona-se, ainda, a ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um determinado objeto, pessoas ou situação.
- c) Prática – capacidade de tomada de decisão para a execução de determinada ação. Situa-se na interface dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo, o que demarca a dimensão social.

A população do estudo foi composta pelos Agentes Comunitários de Saúde (n = 297), atuantes na atenção básica à saúde do município. Adotou-se como critério de inclusão o exercício regular da profissão por no mínimo de seis meses no território. Foram excluídos aqueles que estavam afastados por férias (n= 29) ou licença médica (n = 36), que não comparecerem na UBS por ocasião da coleta de dados (n=25) e que recusaram participar do estudo (n= 03). Desse modo, ao final contou-se com 204 participantes.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a setembro de 2022. Foi utilizado um instrumento elaborado por um grupo de pesquisadores, composto por quatro partes: dados sociodemográficos, conhecimentos sobre sífilis, atitudes sobre

sífilis e práticas de prevenção e controle da sífilis. Para elaboração deste instrumento foram considerados os seguintes documentos: 1) Prevenção e Controle de DST na comunidade – manual do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 1998); 2) Pesquisa Conhecimentos, atitudes e Práticas da população brasileira de 15 a 59 anos, 2004 (Brasil, 2005). Ressalta-se que foi realizado um estudo-piloto em março de 2020, com 10 ACS, na perspectiva de ajustar o instrumento, com vistas a melhorar a compreensão das perguntas, tal como aprimorar o processo de coleta de dados, que foi realizada por dois dos autores deste manuscrito.

As variáveis independentes do estudo incluíram características sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, escolaridade, religião, vínculo empregatício, renda familiar, tempo de ACS e treinamento sobre sífilis), enquanto as variáveis dependentes foram relacionadas aos conhecimentos sobre sífilis, atitudes em relação à doença e práticas de cuidado para prevenção e controle.

Em relação ao conhecimento dos ACS, foram analisadas onze questões do instrumento, cujas respostas dos participantes foram somadas quando afirmou que: 1. Sífilis é uma IST; 2. Sabia o tipo de agente causador da sífilis; 3. Sabia sobre a transmissão vertical da sífilis; 4. A sífilis não é transmitida pelo uso de banheiros públicos; 5. A sífilis não é transmitida por alimentos; 6. Corrimento/secreção não é o principal sinal/sintoma de sífilis; 7. É possível que as pessoas com sífilis estejam assintomáticas; 8. O uso do preservativo é a principal forma de prevenção da transmissão da sífilis; 9. Os testes rápidos devem ser realizados para diagnóstico; 10. Toda gestante deve realizar teste rápido no 1º e 3º trimestres da gravidez; 11. Sífilis tem cura. Para classificar os conhecimentos dos ACS adotou-se como referência o estudo de Carvalho e Araújo (2020), criando-se três intervalos de classe, segundo o percentual de acerto das respostas: menor que 50% o conhecimento foi considerado inadequado, de 50% a 74% o conhecimento foi considerado regular e no intervalo de 75% a 100% o conhecimento foi considerado adequado.

No referente à determinação das atitudes, o inquérito foi composto por nove declarações sobre sífilis, sendo consideradas positivas quando o ACS: 1. Concordou que múltiplas parcerias sexuais aumenta o risco de transmissão da sífilis; 2. Concordou que deve orientar o uso do preservativo em todas as relações sexuais; 3. Concordou que deve orientar a realizar de teste rápido sempre que houver relação sexual desprotegida; 4. Concordou que é importante assegurar que todas as

gestantes realizem teste rápido; 5. Concordou que sífilis tem cura e o tratamento deve ser realizado na UBS; 6. Concordou que a pessoa tratada e curada deve ser orientada sobre medidas de prevenção da reinfecção; 7. Concordou que deve se certificar que a gestante com sífilis foi tratada e curada para não transmitir para o bebê; 8. Concordou que deve realizar ações de prevenção e controle da sífilis junto as populações-chave; 9. Concordou que o acompanhamento de crianças com sífilis congênita não deve ser somente no hospital de referência. Para efeito deste estudo, a atitude foi classificada da seguinte forma, considerando o percentual: menor que 50%, atitude negativa; de 50% a 74%, atitude positiva; de 75% a 100%, atitude muito positiva.

A prática foi avaliada por meio das atividades para prevenção e controle da sífilis, desenvolvidas no território, sendo analisadas as respostas positivas para os seguintes itens: 1. Realiza ações educativas para prevenção da sífilis na comunidade; 2. Participa das ações de educação em saúde sobre sífilis desenvolvidas pela equipe de saúde da família; 3. Orienta a população sobre o uso do preservativo para prevenção da sífilis; 4. Participa de campanhas de prevenção da sífilis; 5. Realiza cadastro e acompanhamento de gestantes e crianças com sífilis; 6. Encaminha as pessoas para realização de teste rápido na UBS; 7. Orienta sobre a importância do tratamento das parcerias sexuais; 8. Realiza busca ativa em caso de abandono de tratamento da sífilis. Para classificação das práticas, foram adotados os escores adaptados dos estudos de Almeida *et al.* (2014) e Carvalho e Araujo (2020), sendo considerado uma prática adequada quando todas as questões foram respondidas afirmativamente. Desse modo, de 0% a 99% foi classificada prática inadequada e 100% foi considerada prática adequada.

Todas as variáveis do instrumento de coleta de dados foram organizadas e codificadas, sendo digitadas em planilha do Microsoft Office Excel® 2016. Em seguida, os dados foram exportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21, para realização das análises estatísticas.

Os dados sociodemográficos e a classificação do conhecimento, atitude e prática foram analisadas inicialmente por meio de estatística descritiva. O teste bivariado de associação entre as variáveis qualitativas (sociodemográficas, conhecimento, atitude e prática) utilizado foi a Regressão Logística Simples, referido aqui como *odds* não ajustado, com objetivo de selecionar as possíveis variáveis que poderiam explicar a prática adequada.

Para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre o desfecho prática adequada (sim/não) utilizou-se a regressão logística múltipla, por meio da *Odds Ratio* ajustada (ORa). O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de  $p < 0,20$  na análise bivariada. Todavia, o critério de significância das variáveis no modelo foi a associação ao nível de  $p < 0,05$ .

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o parecer nº 4.497.804, em conformidade com a Resolução nº 466/2012. Todos os ACS assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, expressando a aquiescência em participar da pesquisa.

## RESULTADOS

Um total de 204 agentes comunitários de saúde respondeu ao inquérito CAP sobre sífilis. Na Tabela 1, apresentam-se as características sociodemográficas dos entrevistados, em que se observa predominância do sexo feminino ( $n= 185$ ; 90,7%), na faixa etária de 40-49 anos ( $n= 78$ ; 38,2%). Mais de dois terços de autodeclararam pardos/pretos ( $n= 167$ ; 81,9%), com ensino médio completo ( $n= 141$ ; 69,1%). A maioria tem mais de 10 anos de atuação na profissão ( $n=122$ ; 59,8%), com renda familiar 1 a 2 salários-mínimos ( $n= 130$ ; 63,7%).

**Tabela 1 – Características sociodemográficas dos agentes comunitários de saúde. Maracanaú, CE, Brasil. 2023**

(continua)Variáveis	n (N=204)*	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	18	8,8
Feminino	185	90,7
<b>Faixa etária (anos)</b>		
18-29 anos	4	2,0
30-39 anos	50	24,5
40-49 anos	78	38,2
50-59 anos	55	27,0
60+	12	5,9
<b>Raça/cor</b>		
Branca	34	16,7
Parda ou Preta	167	81,9
Amarela ou indígena	2	1,0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental	10	4,9
Ensino médio	141	69,1
Ensino superior	51	25,0
<b>Renda familiar</b>		
< salário mínimo	1	0,5
1-2 salários mínimos	130	63,7
3-4 salários mínimos	48	23,5
> 4 salários mínimos	19	9,3
<b>Tempo de atuação (anos)</b>		
< 5	27	13,2
6 – 10	53	26,0
> 10	122	59,8

Fonte: Elaborada pelos autores.

\* soma das frequências não é igual a 100% devido exclusão dos não respondentes

Na tabela 2, são disponibilizadas as características dos serviços onde os ACS trabalham. Em relação ao vínculo empregatício, tem-se uma pequena diferença entre servidores efetivos do município (n= 103; 50,5%) e servidores efetivos do estado (n= 101; 49,5%). Todos os entrevistados trabalham vinculados as ESF, destacando-se a existência de equipes incompletas (n=45; 22,1%). Ademais, quase a totalidade (n= 198; 97,1%) relataram que não tiveram treinamento sobre sífilis nos últimos 3 anos. A maioria dos ACS (n= 185; 90,7%) estão acompanhando um quantitativo superior a 150 famílias, contando que no estudo temos a maioria com número de famílias no território.

Sobre casos de sífilis em seus territórios no último ano, a maioria (n=126; 61,8 %) informam casos de sífilis adquirida (n= 86; 51%), asseveram que não tem casos de sífilis em gestantes e (n=159; 77,9%) e relataram não ter casos de sífilis congênita na área. Quando se perguntou sobre a administração de penicilina benzatina na UBS, a maioria (n=183; 89,7%) asseguraram que o tratamento é realizado na sua UBS.

**Tabela 2 – Características dos serviços de saúde relatadas pelos agentes comunitários de saúde. Maracanaú – CE, Brasil, 2023**

(continua)

<b>Variáveis</b>	<b>n (N=204)*</b>	<b>%</b>
Vínculo empregatício		
Servidor municipal	103	50,5
Servidor estadual	101	49,5
Treinamento sobre sífilis nos últimos 03 anos		
Sim	6	2,9
Não	198	97,1
Vínculo com a ESF**		
Sim	204	100,0
Não	-	-
ESF completa		
Sim	159	77,9
Não	45	22,1

**Tabela 2 – Características dos serviços de saúde relatadas pelos agentes comunitários de saúde. Maracanaú – CE, Brasil, 2023**

(conclusão)

Variáveis	n (N=204)*	%
Número de famílias acompanhadas		
Até 150	18	8,8
Acima de 150	185	90,7
Sífilis adquirida no território no último ano		
Sim	126	61,8
Não	61	29,9
Não sei	17	8,3
Sífilis em gestantes no território no último ano		
Sim	86	42,2
Não	104	51,0
Não sei	14	6,9
Sífilis congênita no território no último ano		
Sim	22	10,8
Não	159	77,9
Não sei	23	11,3
UBS*** administra penicilina benzatina		
Sim	183	89,7
Não	20	9,8

\* soma das frequências não é igual a 100% devido exclusão dos não respondentes

\*\* Equipe de Saúde da Família

\*\*\* Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaborada pelos autores.

Verificou-se que a maioria dos ACS apresentou conhecimentos adequado/regular (n= 201; 98,5%) e práticas adequadas (n= 184; 90,2%). Contudo, há predominância de ACS com atitudes negativas (n=177; 86,8) em relação à sífilis (tabela 3).

**Tabela 3 – Classificação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde sobre sífilis. Maracanaú, CE, Brasil. 2023**

(continua)

Variáveis	n	%
<b>Conhecimentos</b>		
Adequado/regular	201	98,5
Inadequado	03	1,5
<b>Atitudes</b>		
Muito positiva/positiva	27	13,2
Negativa	177	86,8
<b>Práticas</b>		
Adequada	184	90,2
Inadequada	20	9,8

Fonte: Elaborada pelos autores.

**Tabela 4 – Regressão logística do conhecimento sobre sífilis com os dados sociodemográficos dos agentes comunitários de saúde.**

**Maracanaú, CE, Brasil, 2023**

(continua)

Variáveis	Variáveis		n (N=204)*	%
	Conhecimento			
	Adequado/regular	Inadequado	OR (IC95%)	p
	n (%)	n (%)		
<b>Sexo</b>				
Masculino	17 (94,4%)	1 (5,6%)	1	-
Feminino	183 (98,9)	2 (1,1%)	0,506 (0,133-1,925)	0,318
<b>Idade</b>				
18-29 anos	4 (100,0%)	-	1	-
30-39 anos	49 (98,0%)	1 (2,0%)	140475641,729(0,000-1)	0,999
40-49 anos	77 (98,7%)	1 (1,3%)	210713462,593(0,000-1)	0,999
50-59 anos	55 (100,0%)	-	161546987,988(0,000-1)	0,999
60+	12 (100,0%)	-	146860898,171(0,000-1)	0,999

**Tabela 4 – Regressão logística do conhecimento sobre sífilis com os dados sociodemográficos dos agentes comunitários de saúde.**

**Maracanaú, CE, Brasil, 2023**

(continuação)

variáveis	Variáveis		n (N=204)*	%
	Conhecimento		OR (IC95%)	p
	Adequado/regular	Inadequado		
	n (%)	n (%)		
<b>Raça</b>				
Branca	33 (97,1%)	1 (2,9%)	1	-
Parda ou preta	165 (98,8%)	2 (1,2%)	0,229(0,084-0,623)	<b>0,004</b>
Amarelo ou indígena	2 (100,0%)	-	3,250 (0,182-58,062)	0,423
<b>Escolaridade</b>				
Ens. fundamental	10 (100,0%)	-	1	-
Ens. médio completo	139 (98,6%)	2 (1,4%)	1,071 (0,127-9,054)	0,949
Ens. superior	50 (98,0%)	1 (2,0%)	0,563 (0,052-6,032)	0,635
<b>Religião</b>				
Católica	107 (100,0%)	-	1	-
Evangélica	73 (96,1%)	3 (3,9%)	2,849 (1,004-8,079)	<b>0,049</b>
Espírita	2 (100,0%)	-	0,000 (0,000-1)	0,999
Sem religião	11 (100,0%)	-	6,313 (1,324-30,092)	<b>0,021</b>
Outra	7 (100,0%)	-	0,000 (0,000-1)	0,999
<b>Tempo de ACS</b>				
< ou igual a 5 anos	26 (96,3%)	1 (3,7%)	1	-
6-10 anos	53 (100,0%)	-	0,314 (0,049-2,003)	0,220
> 10 anos	120 (98,4%)	2 (1,6%)	1,121 (0,301-4,183)	0,864

**Tabela 4 – Regressão logística do conhecimento sobre sífilis com os dados sociodemográficos dos agentes comunitários de saúde.**

**Maracanaú, CE, Brasil, 2023**

Variáveis	n (N=204)*		(conclusão)	
			%	
variáveis	Conhecimento		OR (IC95%)	p
	Adequado/] regular	Inadequado		
	n (%)	n (%)		
Vínculo empregatício				
Servidor municipal	101 (98,1%)	2 (1,9%)	1	-
Servidor estadual	100 (99,0%)	1 (1,0%)	0,652 (0,255-1,670)	0,373
Renda familiar				
< salário mínimo	1 (100,0%)	-	1	-
1-2 salários mínimos	129 (99,2%)	1 (0,8%)	94968278,926 (0,000-1)	1,000
3-4 salários mínimos	47 (97,9%)	1 (2,1%)	46859223,087 (0,000-1)	1,000
> 4 salários mínimos	18 (94,7%)	1 (5,3%)	39747302,998 (0,000-1)	1,000
Treinamento sobre sífilis (últimos 5 anos)				
Não	195 (98,5%)	3 (1,5%)	1	-
Sim	6 (100,0%)	-	0,000 (0,000-1)	0,999

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na tabela 4, o modelo de regressão logística detectou que a raça parda/preta tem chance 77,1% de ter conhecimentos adequado/regular. O ACS sem religião tem 6,31 vezes mais a chance de ter conhecimento adequado/regular, porém os evangélicos têm chance 2,8 maior de ter conhecimento inadequado.

Na análise multivariada da prática em relação aos aspectos sociodemográficos, conhecimento e atitude (tabela 5), observou-se que o ACS com o conhecimento inadequado tem chance 3,18 vezes maior de desenvolver uma prática inadequada.

**Tabela 5 – Análise multivariada da prática das ACS com os aspectos sociodemográficos, conhecimento e atitude. Maracanaú, CE, Brasil, 2023**

(continua)

Variáveis	Prática		OR (IC95%)	p
	Adequada	Inadequada		
	n (%)	n (%)		
<b>Sexo</b>				
Masculino	15 (83,3%)	3 (16,7%)	1	-
Feminino	168 (90,8%)	17 (9,2%)	2,505 (0,398-15,766)	0,328
<b>Idade</b>				
18-29 anos	4 (100,0%)	-	1	-
30-39 anos	46 (92,0%)	4 (8,0%)	0,000 (0,000-1)	0,143
40-49 anos	69 (88,5%)	9 (11,5%)	0,000 (0,000-1)	0,999
50-59 anos	50 (90,9%)	5 (9,1%)	0,000 (0,000-1)	0,999
60+	11 (91,7%)	1 (8,3%)	0,000 (0,000-1)	0,999
<b>Raça</b>				
Branca	26 (76,5%)	8 (23,5%)	1	-
Parda ou preta	156 (93,4%)	11 (6,6%)	2,550 (0,687-9,460)	0,162
Amarelo ou indígena	1 (50,0%)	1 (50,0%)	276528371,526 (0,000-1)	0,999
<b>Escolaridade</b>				
Ensino fundamental	9 (90,0%)	1 (10,0%)	1	-
Ensino médio completo	126 (89,4%)	15 (10,6%)	0,000 (0,000-1)	0,999
Ensino superior	48 (94,1%)	3 (5,9%)	0,000 (0,000-1)	0,999
<b>Religião</b>				
Católica	101 (94,4%)	6 (5,6%)	1	-
Evangélica	65 (85,5%)	11 (14,5%)	1,663 (0,527-5,252)	0,386
Espírita	2 (100,0%)	-	0,000 (0,000-1)	0,999
Sem religião	8 (72,7%)	3 (27,3%)	1,214 (0,167-8,835)	0,848
Outra	7 (100,0%)	-	0,055 (0,003-1,061)	0,055

**Tabela 5 – Análise multivariada da prática das ACS com os aspectos sociodemográficos, conhecimento e atitude. Maracanaú, CE, Brasil, 2023**

(conclusão)

Variáveis	Prática		OR (IC95%)	p
	Adequada	Inadequada		
	n (%)	n (%)		
<b>Tempo de ACS</b>				
< ou igual a 5 anos	24 (88,9%)	3 (11,1%)	1	-
6-10 anos	51 (96,2%)	2 (3,8%)	0,594 (0,054-6,549)	0,671
> 10 anos	107 (87,7%)	15 (12,3%)	0,165 (0,014-1,968)	0,154
<b>Vínculo empregatício</b>				
Servidor municipal	80 (89,9%)	9 (10,1%)	1	-
Servidor estadual	104 (90,4%)	11 (9,6%)	0,802 (0,198-3,253)	0,757
<b>Renda familiar</b>				
< salário mínimo	1 (100,0%)	-	1	-
1-2 salários mínimos	116 (89,2%)	14 (10,8%)	0,000 (0,000-1)	1,000
3-4 salários mínimos	44 (91,7%)	4 (8,3%)	0,000 (0,000-1)	1,000
> 4 salários mínimos	18 (94,7%)	1 (5,3%)	0,000 (0,000-1)	1,000
<b>Treinamento sobre sífilis</b>				
Não	178 (89,9%)	20 (10,1%)	1	-
Sim	6 (100,0%)	-	188411582,628 (0,000-1)	0,999
<b>Conhecimento</b>				
Adequado/regular	184 (91,5%)	17 (8,5%)	1	-
Inadequado	-	3 (100,0%)	3,187 (1,064-9,542)	<b>0,038</b>
<b>Atitude</b>				
Muito positiva/positiva	26 (96,3%)	1 (3,7%)	1	-
Negativa	158 (89,3%)	19 (10,7%)	4,033 (0,284-57,185)	0,303

Fonte: Elaborada pelos autores.

## 6 DISCUSSÃO

O estudo mostrou que a maioria dos ACS (97,1) não participou de processos formativos sobre sífilis nos últimos três anos. Acrescente-se o fato de que o conhecimento inadequado quanto à sífilis, aumenta significativamente a chance de uma prática inadequada no manejo clínico da sífilis na APS. Observou-se, ainda, que a cor parda/preta tem influência no nível de conhecimento, aumentando a chance de conhecimento inadequado. Destaca-se, ainda, o fato de que não professar religião aumenta a chance de um conhecimento adequado.

Reconhece-se que as práticas de saúde, particularmente no referente ao controle da sífilis, requisitam um conjunto de conhecimentos subjacentes que instrumentalize as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde no território. No que pese, os ACS participantes deste estudo apresentarem elevado nível de conhecimento adequado/regular, é pertinente considerar a existência de fragilidades no conhecimento destes profissionais, conforme aponta estudo realizado em Fortaleza (GUANABARA *et al.*, 2015). Nesse contexto, defende-se o argumento de que o enfrentamento da epidemia de sífilis requer que os profissionais de saúde desenvolvam suas práticas de acordo com o estabelecido nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que foram modificadas nos anos 2020 e 2022 (BRASIL, 2020; BRASIL, 2022), sem que tenha ocorrido à devida capacitação dos ACS para sua implementação, conforme revelam os dados desta pesquisa.

Ressalta-se que os ACS desde 1987 atuam no âmbito da APS brasileira, sendo contratados por um programa emergencial para auxílio às vítimas das secas, posteriormente, em 1988 foram selecionadas mulheres de comunidades locais, com habilidades relacionais e de comunicação, para atuar na melhoria dos indicadores de saúde maternoinfantil (LAVOR; LAVOR, 2004). Tal programa foi adotado e ampliado pelo governo brasileiro em 1991, passando a constituir um plano nacional, sendo incorporado pelo Programa Saúde da Família, vindo a atuar sob a orientação das equipes da ESF, nas unidades de saúde, possibilitando maior articulação entre a comunidade e os serviços de APS (BARROS *et al.*, 2010). Recentemente, tiveram sua profissão reconhecida, por meio da Lei nº 14.536/23 (BRASIL, 2023).

Porquanto, reconhecer a atuação profissional do ACS no SUS implica a necessidade de sua inclusão nos processos de educação permanente em saúde,

com vistas à qualificação de sua prática, considerando seu papel no enfrentamento de agravos à saúde, sobretudo com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e no auxílio a população para resolução de problemas de saúde junto às equipes da ESF. De acordo com Grein (2022), a implementação de educação permanente junto aos ACS, com reflexões sobre os problemas e desafios do dia-a-dia, no que se refere à sífilis, favorece uma construção de novos conhecimentos e desmistifica dúvidas sobre esse agravo.

Não obstante, evidencia-se que a capacitação dos ACS para o manejo da sífilis resulta de iniciativas pontuais nos municípios e com reduzida abrangência na categoria profissional (GREIN; KUHNEN, 2022; MARTINS *et al.*, 2014), o que acaba por deixar estes profissionais alheios às ações de controle da sífilis (GUANABARA *et al.*, 2015). Com efeito, os achados deste estudo ao demonstrar que o conhecimento inadequado aumenta consideravelmente as chances de o ACS não desenvolver práticas adequadas, reforçam a importância da implementação de uma política de educação permanente nos sistemas municipais de saúde, que contemple a formação sobre a prevenção e o controle da sífilis, considerando que esta é uma condição para melhorar a qualidade da atenção à saúde da população.

Tem-se observado diferentes estudos que tomam como objeto o conhecimento sobre sífilis (LAZARINI; BARBOSA, 2017; SANTOS *et al.*, 2017, SILVA *et al.*, 2014), em distintos cenários e com distintas metodologias, mas voltados aos profissionais de nível superior. Em relação aos ACS, tem-se estudos sobre seus conhecimentos e práticas em relação aos demais agravos, a exemplo da tuberculose (ROCHA *et al.*, 2015), entre outros, porém o conhecimento destes profissionais sobre sífilis não tem sido amplamente explorado, sobretudo utilizando o inquérito CAP. Assim, considera-se que a método CAP se mostrou adequado para o alcance dos objetivos deste estudo, uma vez que se mostra como uma ferramenta importante para se estabelecer diagnóstico por permitir identificar o conhecimento atual, as atitudes e práticas de determinado público sobre um tema específico. Ademais, tem o potencial de subsidiar o planejamento e a avaliação de intervenções em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Notadamente, as atitudes dos ACS estudados em relação à sífilis revelaram-se altamente negativas, a despeito do elevado conhecimento. Tal contexto, denota um posicionamento ante ao tema ainda pautado possivelmente em aspectos morais que situam este agravo no âmbito do reprovável socialmente, uma

vez que pode estar relacionada à promiscuidade. Ademais, é uma doença com elevada carga de determinação social, cujos estudos epidemiológicos apontam associação com baixa escolaridade, pobreza e cor da pele negra, o que contribui para a existência de preconceitos em relação às pessoas com sífilis. Em última instância, tais aspectos impactam negativamente na busca por cuidados ante a infecção ampliando a cadeia de transmissão e os indicadores do agravo (ARAÚJO; GUEDES, 2021; GARRARA, 1997).

Ainda, considerando-se a dimensão moral que permeia o imaginário social cabe destacar que os ACS que não possuem religião têm 6,13 vezes mais chance de ter o conhecimento adequado/regular quanto a sífilis e ter como religião evangélica, possui 2,85 vezes mais chance de também ter um conhecimento inadequado. Sabemos que a sífilis desde o século XV era vista ainda como um castigo divino ao pecado, em virtude do comportamento sexual desregrado, nos tempos atuais ainda existe o preconceito, tabus sobre as infecções sexualmente transmissíveis, dentre elas a sífilis, sendo ainda um tema de difícil diálogo nas famílias, escolas e nas unidades de saúde (GARRARA, 1997).

No âmbito das práticas do ACS no manejo da sífilis, apesar de ter-se identificado elevada prevalência de práticas adequadas, estudos evidenciam que em virtude da reduzida oferta de capacitações, estes profissionais podem ter atuação limitada no que se refere ao fornecimento de informações adequadas à população, particularmente às gestantes, um segmento população que carece de informações sobre diagnóstico e tratamento precoce da doença com vistas a prevenir a transmissão vertical para o bebê (GUANABARA *et al.*, 2015).

Por fim, destaca-se que o presente estudo tem limitações por se adotar um desenho transversal, no qual não se identificam explicações mais amplas para o fenômeno. Além disso, o instrumento com questões fechadas pode direcionar as respostas, ou ainda limitar as possibilidades de captar elementos presentes na realidade estudada por não permitir relatos dos participantes.

## 7 CONCLUSÕES

Os ACS participantes deste estudo, majoritariamente, não participaram de capacitações sobre sífilis nos últimos três anos, o que nos mostra que desde 2018 não há uma atualização. No entanto, apresentam elevado conhecimento sobre a infecção, o que pode assegurar uma prática adequada no manejo da sífilis no território, porém desatualizada visto que o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais foram atualizados em 2019 e depois em 2022. Identificou-se, ainda, uma alta prevalência de atitudes negativas, o que possivelmente é marcada pelo histórico de estigma em torno da sífilis, considerando-se os tabus e mitos que permeiam o imaginário social.

Com efeito, o conhecimento inadequado aumenta consideravelmente as chances de o ACS desenvolver práticas de saúde inadequadas no enfrentamento da epidemia de sífilis, o que acarreta nos aumentos das notificações de sífilis, bem como na permanência dos tabus em torno da infecção e do tratamento. Assim, considera-se que é relevante o desenvolvimento de uma política de educação permanente voltada à capacitação dos ACS, tendo em vistas à qualificação de suas práticas no manejo da sífilis, já que o mesmo está mais próximo à comunidade, orientando sobre promoção, prevenção e tratamento da sífilis, o que em última instância pode impactar na redução dos indicadores deste agravo, que permanece epidêmico no cenário brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- Almeida MG, Araujo TME, Nunes BMVT, Moura MEB, Martins MCC. Conhecimento e pratica de profissionais sobre conservação de vacinas. Rev Online Pesq Cuid Fundam. 2014;6(5):10-21.
- Araujo RN, Guedes, RS. “Pagando os juros do capital desperdiçado”: a sífilis e as representações de gênero no discurso médico na Paraíba nas primeiras décadas do século XX. Contraponto. Revista do Departamento de História e do programa de Pós-graduação em história do Brasil da UFPI. 2021; 10(1).
- Araujo RS, Souza ASS, Braga JU. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017. Revista Saúde Pública. 2020; 54:109.
- Barros DF, Barbieri AR, Ivo ML, Silva BG. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto & Contexto Enferm 2010; 19:78-84.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate as Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Diário Oficial da União, 20 jan 2023; edição extra.
- Ceará. Secretaria de saúde. Boletim epidemiológico: Sífilis. Nº 07. Ceará. 27.10.2022.
- Coutinho KMD. Telessaúde na formação e qualificação de profissionais para enfrentamento à sífilis./ Karla Mônica Dantas Coutinho. - 2019. 30f.: il. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde. Natal. RN. 2019.
- Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. Community Health Agent: a new actor in the Brazilian health scenario. Physis - Revista de Saúde Coletiva, 2011; 21 (3): 899-915.
- Garrara S. 'The symbolic geopolitics of syphilis: an essay in historical anthropology'. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, III (3):391-408, Nov. 1996-Feb. 1997.
- Grein, KF, Kuhnen M. A prevenção da sífilis como foco dos agentes comunitários de saúde. Revista Gepesvida, 2022; 18:1.
- Guanabara MAO, Oliveira FA, Araujo MAL, Barros VL, Bezerra BS, Bezerra MLC. Conhecimento e ações dos agentes comunitários de saúde para prevenção da sífilis congênita. Rev enferm UFPE on line., 2015; 9(Supl. 4):7995-8001.
- Lavor ACH, Lavor MC, Lavor IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. Sanare (Sobral) 2004; V:121-8.

Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2845.

Martins KMC, Sousa AJC, Lima RLF, Xavier AS, Silva MAM. Ação educativa para agentes comunitários de saúde na prevenção e controle da sífilis. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2014; 27(3): 422-427.

Oliveira MLC, Gomes LO, Silva HS, Chariglione IPFS. Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios na área de educação e saúde. *Revista Educação em Saúde* 2020; 8 (1): 190-198.

Rocha GSS, Lima MG, Ceccato MGB, Carvalho WS, Silveira MR. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(7):1483-1496, jul, 2015

Santos MMD, Rosendo TMSDS, Lopes AKD, Roncalli AG Lima KCD. Weaknesses in primary health care favor the growth of acquired syphilis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. @021;15(2): e0009085.

Santos RR, Niquini RP, Domingues RMSM, Bastos FI. Knowledge and Compliance in Practices in Diagnosis and Treatment of Syphilis in Maternity Hospitals in Teresina - PI, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2017;39:453–463.

Silva DMS, Araujo MAL, Silva RM, Andrade RFV, Moura HJ, Esteves ABB. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 278-85.

## REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. C; BÉGUIN, P. D; DUARTE, F. J. C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. **Rev Saude Pública**, [S.l.], v. 52, p. 14, 2018.

ALVES, A. D.; SOUSA, I. F.; BIFF, D.; ELIAS, E. Impact of the reformulation of the national primary care policy on the work process of Community Health Agents in a municipality in south of Brazil. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 9, n. 10, e8039109198, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9198>. Acesso em: 17 out. 2021.

ARANTES, L. J. *et al.* Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

ARAUJO RS, SOUZA ASS, BRAGA JU. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017. **Revista Saúde Pública.**, v. 54, n. 109, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002196>. Acesso em: 30 ago. 2021.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>. Acesso em: 14 out 2021.

BATISTA, R. S. **Como se saneia a Bahia**: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo. 2015. 236 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico especial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020B.

BRUIT, H. H. A origem americana da sífilis. **Revista Eletrônica da ANPHLAC**, [S.l.], n. 2, p. 93-105, 2013. Disponível em: <https://revista.anphlac.org.br/anphlac/article/view/1345>. Acesso em: 11 out. 2021.

CARNEIRO, R. G. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, [S.l.], v. 17, n. 44, p. 49-59, jan./mar. 2013.

CARVALHO, R. X. C, ARAÚJO, T. M. E. Conhecimentos, atitudes e práticas de adolescentes universitários sobre a sífilis: estudo transversal no Nordeste. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 54, n. 120, 2020.

CEARÁ (Estado). Secretaria de saúde. **Boletim epidemiológico: Sífilis**. Nº 7. Fortaleza: SESA, 2022.

COUTINHO, K. M. D. **Telessaúde na formação e qualificação de profissionais para enfrentamento à sífilis**. 2019. 30f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Inovação em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

DIAS, M. A. M.; SILVA, M. V. D. E.; MAPHÊO, A. N. C. S.; CARVALHO, M. C. V; BELARMINO, L. M.; FIGUEIREDO, H. R. P. P. Perfil das competências do agente comunitário de saúde frente o diagnóstico de sífilis congênita. **Research, Society and Development** [S.l.], v. 9, n. 7, e847974935, 2020.

DOMINGUES, C. S. B; LANNOY, L. H; SARACENI, V., CUNHA, A. R. C, PEREIRA, G. F. M. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, e2020549, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100002.esp1>. Acesso em: 27 set. 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M; LAURIA, L. M; SARACENI, V.; LEAL, M.C. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2013.v18n5/1341-1351/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.

FREITAS, F. L. S.; BENZAKEN, A. S.; PASSOS, M. R. L.; COELHO, I. C. B.; MIRANDA, A. E. Brazilian protocol for sexually transmitted infections 2020: acquired syphilis. **Rev Soc Bras Med Trop.**, [S.l.], v. 17, n. 54, e2020616, maio 2021, Supl.

GARRARA, S. 'The symbolic geopolitics of syphilis: an essay in historical anthropology'. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 3, n. 3, p. 391-408, nov. 1997.

GREIBELER, A. P. D. **A concepção social da sífilis no Brasil**: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

GRUMACH, A. S.; MATIDA, L. H.; HEUKELBACH, J.; COELHO, H. L. L.; RAMOS JÚNIOR, A. N. The (dis)information regarding penicillin use in the brazilian health system: the case of syphilis. **Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, [S.l.], v. 19, n. 3-4, p. 120-127, 2007. Disponível em: <https://www.bjstd.org/revista/article/view/902>. Acesso em: 12 mar. 2023

KESSLER, M.; LIMA, S. B. S.; WEILLER, T. H.; LOPES, L. F. D.; FERRAZ, L.; THUME, E. Longitudinality in primary health care: a comparison between care models. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1063-10671, 2018.

MARACANAÚ. Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú. **Plano Municipal de Saúde**, 2019.

MARINHO, L. A. B. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, n. 5, p. 576-582, out. 2003.

MARTINS, K. M. C; SOUSA, A. J. C; LIMA, R. L. F; XAVIER, A. S; SILVA, M. A. M. Ação educativa para agentes comunitários de saúde na prevenção e controle da sífilis. **Rev. bras. promoção saúde**, [S./], v. 27, n. 3, p. 422-427, set. 2014.

MARTINS, K. S. **Da alienação à crítica**: desafio presente à ação do agente comunitário de saúde no âmbito do SUS. 2012. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2012.

NETO, B.G.; SOLER, Z. A. S. G.; BRAILE, D. M.; DAHER, W. A sífilis no século XVI- o impacto de uma nova doença. **Arq Ciênc Saúde**, [S./], v. 16, n. 3, p. 127-9, jul./set. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Novas estimativas sobre sífilis congênita**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-2-2019-organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita>. Acesso em: 14 out. 2021.

PENHA, J. S.; RABELO, P. P. C.; LOPES, G. S. G.; DE SOUSA, S. M. F.; DE SÁ, R. C.; PALMEIRA, C. R.; ROLIM, I. L. T. P. Reações adversas e anafiláticas após o uso de penicilina benzatina em gestantes com sífilis: revisão integrativa. **Revista Uningá**, [S./], v. 57, n. 2, p. 83-94, 2020. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/3421>. Acesso em: 12 mar. 2023

ROUQUAYROL, M. Z. **Rouquayrol** – Epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 736p.

SANTOS, D. S.; MISHIMA S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018..

SANTOS, M. M. D.; ROSENDO, T. M. S. D. S.; LOPES, A. K. B.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. D. Weaknesses in primary health care favor the growth of acquired syphilis. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, [S./], v. 15, n. 2, e0009085, 2021.

SANTOS, M. M. Fragilidades na atenção primária em saúde favorecem o aumento das tendências de sífilis adquirida no Brasil. 2020. 90f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

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

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726p.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Abilities and skills among Family Health Strategy workers. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, [S./l.], v.16, n.40, p.149-60, jan./mar. 2012.

## APÊNDICE A – PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM SÍFILIS NA APS

### Questionário - Agente Comunitário de Saúde

#### I – Perfil profissional

1) Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

2) AVISA: \_\_\_\_\_

3) Idade (anos): \_\_\_\_\_

4) Sexo: 1. ( ) masculino 2. ( ) feminino

5. Como você se classifica em relação à sua cor/raça?

1. ( ) Branca 2. ( ) Preta 3. ( ) Amarela

4. ( ) Parda 5. ( ) Indígena 6. ( ) Outra

6) Escolaridade:

1. ( ) ensino fundamental

2. ( ) Ensino médio incompleto

3. ( ) ensino médio completo

4. ( ) ensino superior incompleto

5. ( ) ensino superior

7) Estado civil:

1. ( ) solteiro

2. ( ) casado/união estável

3. ( ) divorciado

4. ( ) viúvo

8) Qual a sua religião

1. ( ) Católica

2. ( ) Evangélica

3. ( ) Espírita

4. ( ) Não possui religião

5. ( ) Outra: \_\_\_\_\_

9) Tempo de ACS (anos): \_\_\_\_\_

10) Vínculo empregatício: 1. ( ) servidor do município 2. ( ) contrato do estado 3. ( ) contrato temporário

11) Instituição do vínculo: 1 ( ) Secretaria de Saúde de Maracanaú  
2. ( ) Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

12) Qual sua renda familiar (soma da renda de todas as pessoas da casa), em salários-mínimos (SM)?

1. ( ) < 1 SM (até R\$ 1.099)
2. ( ) 1 a 2 SM (entre R\$ 1.100 e 2.200)
3. ( ) 2 a 3 SM (entre R\$ 2.200 e 3.300)
4. ( ) 4 ou mais SM (acima de R\$ 4.400)
5. Não respondeu

13) Participou de treinamentos sobre sífilis nos últimos 3 anos:

1. ( ) não 2. ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_\_

## II – Conhecimento sobre Sífilis

14) Você já ouviu falar sobre sífilis?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não lembro

15) Se SIM na pergunta anterior, como ouviu falar? PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO.

1. ( ) TV 2. ( ) Internet 3. ( ) Na comunidade 4. ( ) Equipe que trabalha  
5. ( ) Curso de atualização.

16) A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

17) A sífilis pode ser transmitida da mãe para o filho somente durante parto:

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

18) A sífilis é causada por um vírus?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

19) É possível que pessoa de aparência saudável esteja com SÍFILIS?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

20) Uma pessoa pode pegar (adquirir) sífilis compartilhando alimentos com alguém contaminado?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

21) Uma pessoa pode ser infectada com sífilis ao usar banheiros públicos?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

22) Ter relações sexuais com apenas um parceiro fiel e não infectado pode reduzir o risco de transmissão da sífilis?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

23) O uso do preservativo nas relações sexuais é a principal forma de prevenir a sífilis?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

24) Na fase inicial (sífilis primária), o principal sinal/sintoma (manifestação clínica) da sífilis é corrimento/secreção:

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

25) É comum existirem pessoas assintomáticas de sífilis (sem sintomas, mesmo sem ter feito tratamento):

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

26) É possível que algumas pessoas apresentem sintomas de sífilis até 40 anos após a infecção, com complicações no organismo:

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

27) É importante a realização do Testes rápidos e de sorologia para diagnóstico de sífilis:

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

28) Todas as gestantes devem realizar teste rápido de sífilis somente na primeira consulta de pré-natal:

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

29) A sífilis tem cura?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

30) O principal esquema de tratamento da sífilis é com Penicilina Benzatina?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

31) Uma pessoa tratada e curada fica imune para SÍFILIS (não pega outra vez)?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sei

## **II – Atitudes a transmissão, prevenção e tratamento da sífilis**

32) O ACS orientar as pessoas sobre o uso do preservativo em todas as relações sexuais como maneira de prevenir a transmissão da sífilis:

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

33) O ACS deve reconhecer que a pessoa ter múltiplas parcerias sexuais não é um comportamento de risco para adquirir a Sífilis:

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

34) O ACS deve orientar a população a realização de Teste Rápido de sífilis sempre que tiverem uma relação sexual de risco/desprotegida.

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

35) É importante assegurar que todas as gestantes realizem o Teste Rápido de Sífilis na primeira consulta pré-natal:

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

36. Existe cura para a sífilis e o tratamento é ofertado nas unidades básicas de saúde.

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

37) No caso de gestante com Teste Rápido positivo para sífilis, deve iniciar o tratamento imediatamente, com a dose de Penicilina Benzatina.

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

38) Uma pessoa que teve sífilis e ficou curada deve ser orientada a adotar medidas de prevenção para não adquirir a doença outras vezes.

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

39) Devemos no certificar que a gestante com sífilis recebeu o tratamento adequado durante a gravidez e foi curada, pois assim ela não transmite a doença para o bebê.

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

40) As gestantes com diagnóstico de sífilis, que realizaram tratamento, não precisam realizar a sorologia (VDRL) mensalmente:

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

41) No caso de pessoa com diagnóstico de sífilis, a equipe de saúde deve identificar e realizar o tratamento das parcerias sexuais:

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

42) É importante realizar ações de prevenção e de diagnóstico da sífilis para as populações-chave (profissionais do sexo, gays e outros) que estão expostos a maior risco de adquirir a doença.

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

43) O acompanhamento das crianças com sífilis congênita residentes no seu território de atuação deve ser realizado somente no hospital de referência.

1. ( ) concordo 2. ( ) discordo 3. ( ) Não sei

**III – Práticas desenvolvidas no território:**

44) Número de famílias acompanhadas no território? \_\_\_\_\_

45) Você está vinculado a uma equipe de Saúde da Família?

1. ( ) sim 2. ( ) não

46) Se vinculado a equipe de Saúde da Família, a equipe está completa?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não.

Se não, qual profissional está faltando? \_\_\_\_\_

47) Profissional que supervisiona as ações de controle da sífilis no território:

1. ( ) enfermeiro 2. ( ) médico 3. ( ) outros. Qual(is)? \_\_\_\_\_

48) Teve casos de sífilis na população da sua microárea no último ano?

1. ( ) sim 2. ( ) não. 3. ( ) Não sei

49) Teve casos de sífilis em gestantes na sua microárea no último ano?

1. ( ) sim 2. ( ) não. 3. ( ) Não sei

50) Teve casos de sífilis em crianças (congenita) na sua microárea no último ano?

1. ( ) sim 2. ( ) não. 3. ( ) Não sei

51) Você realiza registro e acompanhamento do tratamento das gestantes e/ou crianças com sífilis no seu território?

1. ( ) sim 2. ( ) não. 3. ( ) a equipe não informa os casos de sífilis do território.

52) Você realiza ações de educação em saúde para prevenção da sífilis no território:

1. ( ) sim 2. ( ) não.

Qual público? \_\_\_\_\_

53) Você participa de ações de educação em saúde desenvolvidas pela equipe na UBS:

1. ( ) sim 2. ( ) não 3. ( ) a equipe não realiza educação em saúde sobre sífilis

54) Você orienta à população do território sobre o uso do preservativo para prevenção da sífilis:

1. ( ) sim 2. ( ) não

55) Você participou no último ano de campanhas de prevenção da sífilis:

1. ( ) sim 2. ( ) não

56) Você orienta e/ou encaminha pessoas para realização de Teste Rápido de Sífilis na UBS:

1. ( ) sim 2. ( ) não 3. ( ) a UBS não realiza Teste Rápido de Sífilis

57) Em caso de abandono de tratamento da sífilis pela gestante, você realiza busca ativa dos casos:

1. ( ) sim 2. ( ) não 3. ( ) a equipe não informa os casos de abandono

58) Você orienta as pessoas com sífilis sobre a importância do tratamento das parcerias sexuais?

1. ( ) sim 2. ( ) não 3. ( ) a equipe não solicita que o ACS faça busca ativa

59) Realiza e/ou participa junto com a equipe de busca ativa das parcerias sexuais para o tratamento de sífilis:

1. ( ) sim 2. ( ) não 3. ( ) a equipe não solicita que o ACS faça busca ativa

60) A administração da penicilina para tratamento da sífilis é realizado na sua UBS:

1. ( ) sim 2. ( ) Não 3. ( ) a equipe não aplica penicilina na UBS.

**Muito obrigado por sua participação.**

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)**

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo intitulado “Produção do cuidado integral às pessoas com sífilis: saberes, práticas e fluxos na atenção primária em articulação com a rede de atenção à saúde”, coordenado pelo **Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães**. Nesse estudo, tem-se por objetivo compreender como se dá o acesso e a produção do cuidado às pessoas com sífilis adquirida, gestacional e congênita no município de Maracanaú-Ceará, com vistas ao desenvolvimento de processos e tecnologias de organização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito da atenção primária à saúde em sua articulação com a rede de atenção à saúde. O motivo que nos leva a estudar esse assunto deve-se ao fato de que a sífilis representa um sério agravo à saúde pública, o que torna relevante a busca de evidências sobre o acesso das pessoas ao cuidado e as práticas de saúde, com vistas identificar os desafios existentes e a proposição de estratégias e tecnologias para melhorar a qualidade e ampliar a resolutividade dos serviços de saúde.

Sua participação consistirá: 1) no primeiro momento, em responder os instrumentos da pesquisa, sendo um questionário, com duração de aproximadamente 10 minutos, e, uma entrevista, que será audiogravada, com duração aproximada de 20 minutos. 2) no segundo momento, você poderá ser convidado a participar de um grupo focal/oficina, com objetivo de aprofundamento de temáticas da fase anterior e construção coletiva de tecnologias de cuidado e de organização da atenção às pessoas com sífilis na rede de atenção à saúde. Esta fase será realizada ambiente amplo e arejado, com a presença de no máximo 10 participantes. Todas as etapas deste estudo serão executadas por pesquisador treinado, na Unidade de Saúde onde você trabalha, em dia e horário previamente agendados, respeitando-se todas as medidas sanitárias/protocolos de prevenção da COVID-19. Serão garantidos o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer.

O(a) senhor(a) será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo na sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição em que trabalha.

Esse estudo apresenta risco mínimo, relacionado às seguintes dimensões: física, fadiga em relação ao tempo de resposta dos instrumentos de pesquisa, e possibilidade de infecção pelo Sars-Cov-2 decorrente da interação entre pessoas na unidade de saúde; psíquico emocional – possibilidade de desconforto/constrangimento em responder algumas perguntas; e, moral – receio de divulgação de informações pelos pesquisadores e de retaliação por parte dos chefes imediatos no serviço que trabalha. Tudo foi planejado para reduzir a ocorrência de qualquer risco/desconforto ao participante, inclusive com a adoção

das medidas sanitárias de prevenção à COVID-19. Contudo, caso ocorra qualquer desconforto/constrangimento ou receio, você poderá: solicitar apoio, esclarecimentos e/ou conversar abertamente com o pesquisador; deixar de responder as perguntas que causam desconforto; ou, ainda, deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Você terá direito ao ressarcimento das eventuais despesas comprovadamente decorrentes de sua participação na pesquisa e à indenização por danos que lhes forem causados diretamente pela pesquisa, nos termos da Legislação em vigor.

Você não receberá remuneração por sua participação. Em estudos como esse, sua participação poderá gerar os seguintes benefícios: 1) produção de evidências científicas robustas sobre o acesso e a continuidade do cuidado às pessoas com sífilis, identificando lacunas e desafios dos serviços de saúde; 2) a implementação de tecnologias, estratégias e políticas públicas para o enfrentamento da sífilis na rede de atenção à saúde; 3) servir de fonte para outras pesquisas e para discussão com os gestores e trabalhadores da saúde sobre os desafios e as possibilidades de reorganização da atenção às pessoas com sífilis.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

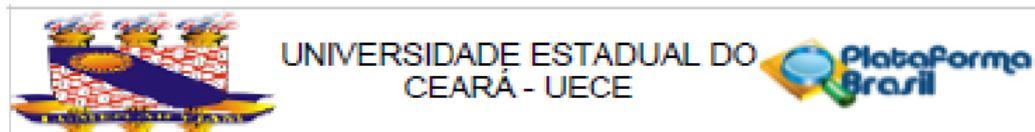
Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável José Maria X. Guimarães, e-mail: jose.ximenes@uece.br, telefone: (85) 99277-1969. Caso considere necessário, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, localizado na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-Ceará. CEP 60.714903. Fone. 3101.9890. E-mail: cep@uece.br. Horário de funcionamento: 8 h as 12 h e 13 h às 17 h, de segunda a sexta-feira. Acordando com esse Termo de Consentimento, você autoriza o(a) pesquisador(a) a utilizar os dados coletados em ensino, pesquisa e publicação, estando a sua identidade preservada.

Você concorda com o TCLE? Sim ( ) Não ( )

Assinatura do participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARCER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Produção do cuidado integral às pessoas com sífilis - saberes, práticas e fluxos na atenção primária em articulação com a rede de atenção à saúde

**Pesquisador:** JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40995420.7.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.497.804

#### Apresentação do Projeto:

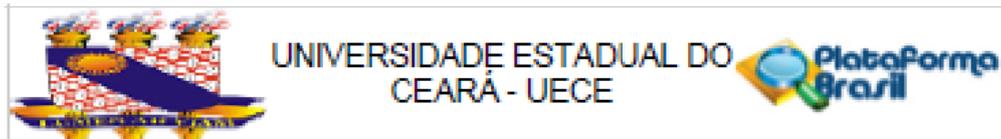
A pesquisa toma como objeto de análise a produção e a gestão do cuidado às pessoas com sífilis, considerada uma epidemia no cenário brasileiro, com eixo no acesso, na integralidade e na humanização. Nesse contexto, considera a atenção primária à saúde como coordenadora no cuidado no âmbito das redes de atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, com métodos mistos, combinando abordagem quantitativa e qualitativa. O cenário da pesquisa é o município de Maracanaú-Ceará. Tem como participantes os gestores, trabalhadores da saúde e usuários com sífilis atendidos na rede de saúde municipal. Serão coletados dados primários (questionários, entrevistas e grupos focais/oficinas) e secundários (prontuários e SINAN). Os dados quantitativos serão organizados com auxílio do SPSS Versão 20.0, e analisados com base na estatística descritiva e analítica; os dados qualitativos serão analisados seguindo os pressupostos da hermenêutica-dialética.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Compreender como se dá o acesso e a produção do cuidado às pessoas com sífilis, com vistas ao desenvolvimento de processos e tecnologias de organização dos serviços e das práticas de saúde no âmbito da atenção primária à saúde em sua articulação com a rede de atenção à saúde, com eixo na gestão do cuidado.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0908 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 4.497.004

ocorra qualquer desconforto/constrangimento ou receio, você poderá: solicitar apoio ao pesquisador, deixar de responder as perguntas que causam desconforto, ou deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

**Benefícios:**

A pesquisa poderá gerar os seguintes benefícios: 1) produção de evidências científicas robustas sobre o acesso e a continuidade do cuidado às pessoas com sífilis, identificando lacunas e desafios dos serviços de saúde; 2) a implementação de tecnologias, estratégias e políticas públicas para o enfrentamento da sífilis na rede de atenção à saúde; 3) servir de fonte para outras pesquisas e para discussão com os gestores e trabalhadores da saúde sobre os desafios e as possibilidades de reorganização da atenção às pessoas com sífilis.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa apresenta-se relevante para a comunidade, pois pode ajudar a produzir m sífilis, identificando lacunas e desafios dos serviços de saúde e servir de fonte para outras pesquisas e para discussão com os gestores e trabalhadores da saúde sobre os desafios e as possibilidades de reorganização da atenção às pessoas com sífilis.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Após reunião colegiada do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, considerou-se que os termos de apresentação obrigatória encontram-se de acordo com a Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

**Recomendações:**

Enviar relatório final de pesquisa ao seu término

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

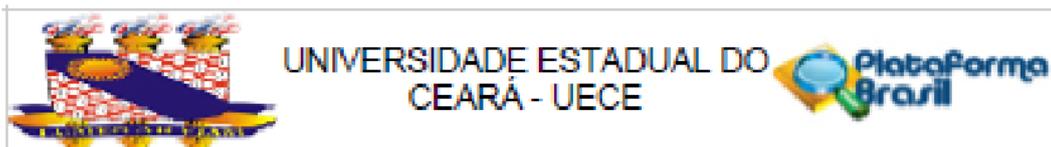
Após reunião do colegiado que compõe o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, considerou-se que ele encontra-se APROVADO e apto para seu início.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1670045.pdf	15/12/2020 19:16:30		Aceito

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-0900 Fax: (85)3101-0906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 4.497.004

Orçamento	orcamento.pdf	15/12/2020 19:14:59	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/12/2020 19:14:42	JOSE MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetosifiliscompleto.pdf	15/12/2020 19:14:20	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	teleprojetosifilis.pdf	15/12/2020 14:29:33	JOSE MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Declaração de concordância	concordanciapesquisadoresprojetosifilis.pdf	15/12/2020 14:27:09	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Outros	termofeidepositariosprojetosifilis.pdf	11/12/2020 15:38:33	JOSE MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Outros	termoanuenciaprojetosifilis.pdf	11/12/2020 15:37:45	JOSÉ MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostosifilis.pdf	11/12/2020 15:35:02	JOSE MARIA XIMENES GUIMARÃES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 13 de Janeiro de 2021

---

Assinado por:  
ISAAC NETO GOES DA SILVA  
(Coordenador(a))