UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Gercileide de Araújo Leal

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA QUANTO AO CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES

CRATO

2019

Maria Gercileide de Araújo Leal

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA QUANTO AO CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES

Dissertação apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA) como pré-requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profª. Drª. Dayanne Rakelly de Oliveira.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

CRATO

2019

Leal, Maria Gercileide de Araújo.
L433a Avaliação do serviço de atenção básica quanto ao controle da sífilis em gestantes/ Maria Gercileide de Araújo Leal. – Crato – CE, 2019.
92p.; il.

Dissertação apresentada à coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri – URCA; Área de Concentração: Saúde da Família; Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Dayanne Rakelly de Oliveira.

1. Gestantes, 2, Sífilis, 3. Atenção básica; I. Título.

CDD:
618.24

Maria Gercileide de Araújo Leal

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA QUANTO AO CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES

Dissertação apresentada à banca de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA) como pré-requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

DAYANNE RAKELLY DE OLIVEIRA

Universidade Regional do Cariri

(Orientadora)

ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO

Universidade Federal do Ceará

GLAUBERTO DA SILVA QUIRINO

Universidade Regional do Cariri

EMILIANA BEZERRA GOMES

Universidade Regional do Cariri

Aprovada em: 22 de outubro de 2019.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida!

Aos meus pais (*in memorian*), que apesar dos poucos anos de estudo e das inúmeras dificuldades, souberam incentivar os filhos a buscarem conhecimentos. Sei que continuam nos protegendo e comemorando cada conquista nossa.

Aos meus filhos, por me fazerem tão completa e compreenderem minhas ausências durante o mestrado. Desculpa Lara, minha loira, pelas vezes que não pude ir brincar e jogar bola com você. Como doía ouvi-la dizer: “mamãe nunca acaba esse trabalho?” Luiz Felipe, meu pequeno, espero que agora eu tenha mais um tempinho para assistir filmes juntos e ler os livros que você sugere. Amo vocês!

Ao meu amor Jussiê, companheiro de todos os momentos. Agradeço pelo amor, dedicação, paciência e incentivo, não somente durante o mestrado.

Aos meus irmãos, pelo amor, afeto e apoio; em especial, às minhas irmãs, Mana e Ciane, por estarem tão presentes na minha vida, dividindo alegrias, tristezas e conquistas. Amo vocês!

À minha querida orientadora, Profª Drª. Dayanne Rakelly de Oliveira, a qual de maneira muito tranquila e competente, dedicou-se durante toda a construção desse trabalho. Obrigada por cada orientação, apoio e demonstração de carinho, especialmente nos momentos de incertezas e angústias.

À Profª Drª. Emiliana Bezerra Gomes, pelas contribuições, orientações de estatística e disponibilidade durante a construção dessa dissertação. Você foi uma luz em todos os momentos que precisei.

Ao Prof Dr Glauberto da Silva Quirino, por compartilhar seu conhecimento e experiência desde a qualificação do projeto de pesquisa.

À Profª Drª. Karina Bezerra Pinheiro, por ter aceitado o convite para a banca de defesa. Seus conhecimentos engrandeceram esse trabalho.

Aos meus colegas do mestrado, por dividirem momentos de aprendizado, medo, cansaço, lutas e vitórias.

Aos amigos conquistados durante o curso: Jayane, Vanessa, Leilane, Wagner e Samuel. Vocês foram essenciais para tornar o mestrado mais leve e alegre. Sentirei falta dos nossos momentos, das nossas gargalhadas e conversas.

À RENASF E À URCA, por nos oferecer a oportunidade de cursar o mestrado no “nosso Cariri”. À coordenação do Mestrado, representada pela Profª Drª. Evanira Rodrigues e Profª Drª.Socorro Vieira, pelo compromisso e dedicação ao Programa. Aos professores do curso, por compartilharem conhecimentos e vivências. Às secretárias do mestrado, Cida e Manu, pela disponibilidade e atenção.

À Profª Drª. Fátima Antero, pelo entusiasmo, conhecimento e compromisso com a qualidade do nosso mestrado. Obrigada por todo o tempo que esteve na Coordenação, nos acolhendo de forma muito competente e afetuosa.

À querida Samyra Lustosa, pelos ensinamentos e parceria na revisão integrativa.

À minha amiga, Aline Feitoza, por seu incentivo e orientação na elaboração do projeto de seleção do mestrado.

À minha sobrinha e afilhada, Keka, pela ajuda na elaboração dos gráficos.

Aos colegas enfermeiros das UBS, por terem compreendido a importância dessa pesquisa. Obrigada por me acolheram tão bem durante a coleta.

Aos profissionais de vários setores da Secretaria de Saúde, aos quais precisei recorrer em busca de informações, registros e documentos para realização desse trabalho e, de forma muito especial, às minhas coordenadoras durante o mestrado, Aline e Nayra. Obrigada pelo apoio e confiança.

Aos amigos e familiares que durante esses dois anos estiveram torcendo por essa vitória.

Ao Ígor, da SEINFRA, que confeccionou o mapa dos Distritos Sanitários.

RESUMO

A sífilis em gestantes é uma doença grave que se apresenta com sérias complicações, mas que pode ser controlada através de medidas ainda durante o pré-natal, como a realização do teste rápido no primeiro e terceiro trimestre e tratamento de forma adequada conforme estadiamento da doença. Objetivou-se avaliar o serviço de Atenção Básica quanto ao controle da sífilis em gestantes. Estudo avaliativo, normativo, quantitativo, realizado no município de Juazeiro do Norte – CE, entre março e maio de 2019. A estrutura das Unidades Básicas de Saúde foi avaliada com um instrumento que abordou sobre a disponibilidade de critérios e insumos da estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, apoio diagnóstico, medicamentos e processo organizacional e de registro. O componente resultado foi avaliado a partir do número de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita e do número de nascidos vivos, ocorridos em 2018, no referido município. Os dados relacionados ao processo foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e organizados em tabelas e gráficos. Das quarenta e três unidades básicas de saúde avaliadas, duas unidades foram classificadas como ótimas, trinta e três, como satisfatórias e oito precárias. Nenhuma unidade foi classificada como insuficiente. Os dados, no entanto, mostraram limitações das unidades para implementarem ações específicas de controle da sífilis em gestantes, evidenciadas, principalmente, pela falta de penicilina em todas as unidades básicas avaliadas. A avaliação do componente resultado mostrou que as taxas de detecção de sífilis em gestantes e sífilis congênita estão acima da média nacional, apresentado assim resultado controverso em relação à adequabilidade da estrutura da maioria das Unidades Básicas de Saúde.

Palavras-chave: Gestantes, Sífilis, Atenção Básica.

ABSTRACT

Syphilis in pregnant women is a serious disease that presents with serious complications, but can be controlled through measures during the prenatal period, such as the first and third trimester rapid test and appropriate treatment according to disease stage. Purposes to evaluate the service of Primary Care regarding control of syphilis in pregnant women. Quantitative and evaluative study, carried out in the city of Juazeiro do Norte - CE, between March and May 2019.The structure of the Basic Health Units was evaluated with an instrument, that traverse about the availability of criteria and inputs of the physical structure, human resources, material resources, diagnostic support, medicines and the organizational and registration process. The result component was evaluated based on the number of cases of syphilis in pregnant and congenital and number of live births, occurred in 2018, in Juazeiro do Norte City. The data related to the process were tabulated and analyzed by means of the statistical program the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0 and organized in tables and graphs. Of the forty-three basic health units evaluated, two were rated as excellent, thirty-three as satisfactory and eight as poor. No units were rated as insufficient. However, the data showed limitations of the units to implement specific syphilis control actions in pregnant women, evidenced mainly by the lack of penicillin in all evaluated basic units. The evaluation of the result component showed that syphilis detection rates in pregnant women and congenital syphilis are above the national average, thus presenting a controversial result regarding the adequacy of the structure of most Basic Health Units.

Keywords: Pregnant women, Syphilis, Primary Care

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LILACS - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde

MEDLINE - *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online*

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB - Portaria Nacional da Atenção Básica

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM - Programa Mais Médico

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SEINFRA - Secretaria Municipal de Infraestrutura

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Nascidos Vivos

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Dados quantitativos da busca após aplicação dos filtros nas bases de dados. Crato - CE, 2018.

Figura 1 - Fluxograma representativo da seleção dos estudos analisados neste estudo. Crato - CE, 2018.

Quadro 2 - Características dos estudos quanto à base de dados, os autores, ano de publicação, local de estudo, título, desenho do estudo e objetivos. Crato - CE, 2018.

Figura 2 - Cidade de Juazeiro do Norte, 2019**.**

Figura 3 - Distribuição das Equipes de Saúde da Família por UBS e por Distrito Sanitário do município de Juazeiro do Norte - CE, 2019**.**

Figura 4 - Avaliação do Componente Estrutura por Distrito Sanitário. Juazeiro do Norte - CE, 2019.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Classificação do Componente Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Juazeiro do Norte - CE, 2019.

Gráfico 2- Classificação do Componente Estrutura por UBS em cada Distrito Sanitário. Juazeiro do Norte - CE, 2019.

Gráfico 3- Avaliação Global das UBS por item. Juazeiro do Norte- CE, 2019.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Descrição da avaliação global das UBS por item - Juazeiro do Norte CE - 2019 (n=43).

Tabela 2 – Avaliação dos itens específicos no atendimento para o controle da sífilis em gestantes nas UBS - Juazeiro do Norte - CE- 2019 (n=43)

Tabela 3 - Avaliação dos recursos humanos nas UBS - Juazeiro do Norte - CE- 2019 (n=43).

Tabela 4 – Teste de comparação de média de uma amostra (teste *t student*) Juazeiro do Norte - CE- 2019 (n=43)

.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 OBJETIVOS 18
2.1 Geral 18
2.2 Específicos 18
3 REVISÃO DA LITERATURA 19
3.1 Introdução 20
3.2 Método 21
3.3 Resultados 24
3.4 Discussão 28
3.5 Conclusão 32
Referências 32
4 MÉTODO 36
4.1 Tipo de Estudo 36
4.2 Local do Estudo 37
4.3 População, Amostra e Amostragem 40
4.4 Procedimentos e Instrumentos para Coleta de Dados 40
4.5 Período e Etapas do Estudo 41
4.6 Procedimentos de Análise dos Dados 43
4.7 Aspectos Éticos e Legais 44
4.8 Riscos e Benefícios 44
5 RESULTADOS 46
5.1 Avaliação do componente estrutura 46
5.2 Avaliação do componente resultado 55
6 DISCUSSÃO 56
6.1 O componente estrutura 56
6.2 Recursos necessários à assistência às gestantes e ações de controle da sífilis durante a gravidez 60
6.3 Recursos humanos das Unidades Básicas de Saúde 68

6.4 O componente resultado 70

7 CONCLUSÃO 73

REFERÊNCIAS 76

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÂO DA ESTRUTURA 84

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA 88

ANEXO A - DECLARAÇÂO DE ANUÊNCIA 89

ANEXO B - PARECER DO CEP 90

1 INTRODUÇÃO

A sífilis tem se apresentado como um grave problema de saúde pública, não somente pelo número de casos existentes, mas pelas complicações que causam, especialmente, quando acometem gestantes. Segundo Brasil (2019a), na gestação, a sífilis pode apresentar graves consequências como abortamento, prematuridade, mortalidade neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias. Anualmente, tem causado mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocado em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças em todo o mundo. Na gravidez, a sífilis requer atenção especial devido à sua contribuição para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal (SILVA et al., 2017).

A transmissão vertical acontece quando a bactéria, presente na corrente sanguínea da mãe, atravessa a barreira placentária e penetra a corrente sanguínea do feto. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da infecção materna e durante o parto, se houver lesões genitais maternas. Quanto mais recente a infecção, maior quantidade de treponemas estará circulante e, portanto, mais gravemente o feto será afetado, podendo causar a sífilis congênita (BRASIL, 2016a).

A meta de eliminação da sífilis congênita, preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, é de até 0,5 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos por ano. No entanto, o número de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita tem crescido muito nos últimos anos. Dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde mostram que, em 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestante e 20.474 casos de sífilis congênita, com 185 óbitos por sífilis congênita no Brasil. As taxas de incidência de sífilis congênita e de detecção de sífilis em gestantes aumentaram cerca de três vezes entre 2010 e 2016, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2017a).

No Ceará, entre os anos de 2010 e 2016, houve um crescimento de 103,9% na taxa de detecção de sífilis em gestantes, fato esse que pode estar relacionado à ampliação da distribuição de testes rápidos. Observa-se ainda, que desde 2010, a incidência de sífilis congênita é superior à taxa de detecção da sífilis em gestante, o

que representa um problema emergente de saúde. Em 2017, até o mês de outubro, foram notificados 847 casos de sífilis congênita com incidência de 6.7 por 1000 recém-nascidos. No entanto, a distribuição da sífilis congênita no Ceará aparece de forma heterogênea, com taxa de detecção variando entre zero a 225, nas 22 regiões de saúde do Estado (CEARÁ, 2017).

Tal realidade pode demonstrar que as ações de controle da sífilis podem não ser desenvolvidas de maneira efetiva, especialmente durante a gestação, ou que há subnotificação dos casos. Sobre essa questão, Cabral et al. (2017) ressaltam que a vigilância epidemiológica da sífilis precisa ser mais valorizada, realizada de forma mais efetiva, com registro adequado nas fichas de notificação/investigação dos casos, preferencialmente no momento do atendimento, junto ao paciente, para que não haja a perda de nenhum e que todas as informações despertem uma curiosidade dos profissionais do serviço, evitando o aparecimento de novos casos.

Nesse contexto, Lenzer (2016) destaca o caso de Cuba, em reduzir a transmissão vertical em um nível tão baixo, que já não constitui mais um problema de saúde pública, ressaltando que o mundo deveria aprender com o serviço de saúde desse país, onde todas as gestantes recebem atendimento gratuito durante toda gravidez, com uma equipe multidisciplinar, que inclui um médico de família, obstetra-ginecologista, psicóloga e nutricionista.

As ações prioritárias para o controle e tratamento da sífilis em gestantes devem ser realizadas no pré-natal, como forma de prevenir a sífilis congênita. A detecção precoce da sífilis em gestantes, o aconselhamento, o manejo adequado dos casos, incluindo o tratamento da mulher e do parceiro; e a conscientização do uso do preservativo são os únicos métodos viáveis e acessíveis para se ter a diminuição de casos de uma doença tão agressiva como a sífilis congênita, que ainda apresenta níveis preocupantes e se constitui um desafio para governo, profissionais de saúde e população em geral (GUERRA et al., 2017).

Para Cabral et al. (2017), a realização do pré-natal de forma incompleta ou inapropriada, seja pelo início tardio ou pelo não comparecimento às consultas, também representa uma forma importante da não realização do tratamento. Assim, a assistência pré-natal de qualidade garantida a todas as grávidas é a maneira mais racional de se eliminar a sífilis materna e suas consequências.

Conforme estabelecem Brasil (2012a; 2016a; 2017a), o protocolo de atendimento à gestante, no tocante às ações de controle da sífilis, consiste em realizar teste rápido na primeira consulta pré-natal. Em caso de teste positivo, iniciar tratamento com penicilina benzatina conforme esquema de estadiamento da doença; solicitar a sorologia para *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) para a gestante e acompanhar a titulação mensalmente; testar e tratar o parceiro e notificar o caso. Em caso de gestantes com teste rápido negativo na primeira consulta, deve-se repeti-lo a partir de 28 semanas de gestação.

O Ministério da Saúde (MS) vem ao longo do tempo, lançado campanhas, estratégias e programas visando melhorar a qualidade da assistência pré-natal, aumentar a detecção precoce de sífilis em gestantes, realizar tratamento em momento adequado, evitando dessa forma, a sífilis congênita. Como estratégia, lançada em 2011 pelo MS, a Rede Cegonha visa implementar uma rede de cuidados para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2015). Uma das ações da Rede Cegonha é a implantação dos testes rápidos de HIV e de sífilis, no âmbito da Atenção Básica, promovendo um diagnóstico precoce nas gestantes e um início oportuno na prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2014).

A Atenção Básica deve garantir atenção integral e de qualidade, por meio de ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. Há necessidade de maiores investimentos na melhoria da qualidade da assistência pré-natal e ao recém-nascido, considerando que, a prevenção da sífilis congênita consiste no manejo adequado da infecção na gestante e do neonato. O impacto na saúde pública da sífilis na gravidez e na infância continua a ser significante, e a eliminação da transmissão vertical da sífilis somente será possível por meio de serviços de saúde pré-natal de alta qualidade (CARDOSO et al., 2018; COOPER et al., 2016).

Em outubro de 2016, o MS lançou uma campanha de combate à sífilis, com meta para mobilizar gestores e profissionais de saúde sobre a importância da detecção e tratamento da sífilis durante o pré-natal. Entre as ações desta campanha estavam: implementar comitês de investigação de transmissão vertical de HIV e sífilis nos municípios; estimular a captação precoce da gestante ao pré-natal; ampliar a cobertura dos testes rápidos e incentivar a administração da penicilina na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2016a).

Estudos internacionais ressaltam a importância do controle da sífilis durante o pré-natal como forma de evitar a sífilis congênita e outros efeitos adversos. Silveira et al. (2019), ao realizarem uma análise sobre a eliminação da sífilis congênita na América Latina e Caribe concluíram que a maioria dos países estudados dispõe de planos e protocolos estratégicos nacionais e avançou na eliminação da sífilis congênita, no entanto, têm desafios a superar, como melhoria no atendimento pré-natal, maior cobertura de testes diagnósticos, capacitação de profissionais de saúde sobre diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis.

Como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Juazeiro do Norte, Ceará e do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), tenho observado durante os últimos anos e apresentado inquietação, com o aumento do número de casos de sífilis adquirida e em gestantes. No caso das mulheres grávidas, essa inquietação torna-se ainda maior, uma vez que, quando não tratadas adequadamente, podem transmitir durante a gravidez ou no momento do parto, a doença para o filho. O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará mostra que no ano de 2016, em Juazeiro do Norte, foram notificados 41 casos de sífilis em gestantes e 25 casos de sífilis congênita. Em 2017, foram 65 casos de sífilis em gestantes e 47 de sífilis congênita (CEARÁ, 2017; 2018).

Percebe-se que a maioria das notificações do município de Juazeiro é realizada somente na maternidade, no momento do parto, evidenciando um diagnóstico tardio e aumentando assim a possibilidade de transmissão vertical e sífilis congênita. Segundo dados da Vigilância à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, em 2017, dos 65 casos de sífilis em gestantes, apenas 09 foram notificados pelas Equipes de Saúde da Família (JUAZEIRO DO NORTE, 2018a).

Diante da dificuldade de medidas eficazes de controle da sífilis em gestantes e prevenção da sífilis congênita, torna-se importante que estudos sejam realizados, buscando avaliar a assistência do serviço, considerando aspectos relacionados à estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aos resultados dos indicadores. A sífilis em gestantes, como descrita anteriormente, é uma doença grave que se apresenta com sérias complicações, mas que pode ser controlada através de medidas ainda durante o pré-natal.

Acredita-se que a avaliação das UBS e dos indicadores, referentes ao controle da sífilis em gestantes torna-se relevante, na medida em que irá apresentar

dados da realidade, identificando dificuldades, necessidades e potencialidades. Esses dados servirão de subsídios para que gestores e profissionais implementem intervenções, na tentativa de superar os problemas encontrados, melhorar a qualidade da assistência, bem como, contribuir para mudanças positivas nos indicadores do município, especialmente, no que referem-se à prevenção da sífilis congênita.

Assim, nesse contexto, destaca-se a avaliação em saúde, que por sua vez, deve ser compreendida como uma ferramenta de gestão importante na detecção das fragilidades e fortalezas para o planejamento local, identificação de problemas que comprometem a qualidade das equipes de saúde e busca da organização e do gerenciamento dos recursos, dando oportunidade para a qualificação de programas e serviços. Essa atividade merece destaque, já que as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde podem modificar favoravelmente ou não a situação de saúde de uma determinada população (DORNELES, 2016; OLIVEIRA, 2014).

De acordo com Galavote; Matos; Laigner (2016) a avaliação de programas de saúde busca atender às necessidades de saúde dos usuários, a partir de um problema identificado como prioritário e tem a capacidade de orientar a gestão do trabalho e do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde, auxiliando no planejamento dos serviços de saúde.

Diante do exposto, considerando a problemática da sífilis em gestantes e o papel da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), no serviço de controle a essa doença e consequentemente, nos indicadores de resultados da sífilis, surgem questionamentos a respeito da assistência prestada durante o pré-natal na ESF. Dessa maneira, esse estudo objetiva responder à seguinte questão: qual a qualidade do serviço de atenção básica, no que diz respeito à estrutura e resultado no controle da sífilis em gestantes?

Portanto, o objeto desse estudo é a avaliação do serviço de atenção básica quanto ao controle da sífilis em gestantes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Avaliar o serviço de Atenção Básica quanto ao controle da sífilis em gestantes.

2.2 Específicos

- ✓ Avaliar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde em relação à estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, apoio diagnóstico, medicamentos, processo organizacional e de registro, relacionados ao controle da sífilis em gestantes.
- ✓ Avaliar o indicador de resultado a partir dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita ocorridos em 2018.
- ✓ Associar os itens específicos no atendimento para controle da sífilis em gestantes aos indicadores de sífilis em gestantes e sífilis congênita ocorridos em 2018.

3. REVISÃO DA LITERATURA

AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O CONTROLE DA SÍFILIS DURANTE A GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo

Objetivo: identificar na literatura científica, as principais ações de controle da sífilis na gestação ofertadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE), a partir do cruzamento dos descritores: gestantes, sífilis, controle e Estratégia Saúde da Família. Um total de 10.987 estudos foi encontrado. Após a aplicação dos filtros, foram selecionados seis artigos. Resultados: Os estudos mostram, em sua maioria, que as ações de controle da sífilis na gravidez voltam-se as aspectos relacionados a realização do teste de VDRL, tratamento medicamentoso, acolhimento, aconselhamento, visitas domiciliares e orientações de saúde, individuais e/ou coletiva; no entanto, alguns aspectos apresentam-se ainda fragilizados, como os exames laboratoriais e tratamento da gestante de forma eficaz e do seu parceiro. Considerações Finais: As ações descritas nos estudos não atendem às recomendações propostas pelo Ministério da Saúde, uma vez que são realizadas de forma incompleta ou inadequada, comprometendo claramente o controle da sífilis gestacional e sua transmissão vertical.

Descritores: Sífilis; Gestantes; Controle; Estratégia Saúde da Família.

.

3.1 Introdução

A sífilis em gestantes apresenta-se em diversas regiões do mundo, trazendo complicações maternas e fetais. Na África, estão presentes 63,1% das infecções maternas globais e 64,0% dos desfechos adversos da gravidez; já a Europa, aparece com 2% das infecções maternas e 1,2% dos resultados adversos (WIJESOORIYA, 2016).

No Brasil, a sífilis em gestantes vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. Em 2017, foram notificados 49.013 casos de sífilis em gestantes. De 2016 para 2017, o número de notificações apresentou aumento em todas as regiões, com destaque para região Nordeste, com aumento de 38% e de 36% na região Centro-Oeste (BRASIL, 2018).

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o concepto (transmissão vertical) em qualquer fase da gestação, estando associada a elevadas taxas de resultados adversos na gravidez, incluindo aborto, parto prematuro, sífilis congênita e morte neonatal (BRASIL, 2016; BRACCIO et al., 2016).

Nos últimos anos foi observado um aumento significativo dos casos de sífilis, que podem estar relacionados a fatores como aprimoramento do sistema de vigilância, aumento da cobertura de testes diagnósticos, ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica e o desabastecimento mundial de penicilina (BRASIL, 2017).

Embora o Ministério da Saúde (MS) ofereça subsídios para atenção à mulher gestante, sabe-se que inúmeras políticas de atendimento, nos mais variados ramos de atendimento à sociedade, não são cumpridas ou não são eficazes na resolução das questões a que se propõe atender (TEIXEIRA, 2015). Corroborando com esse pensamento, Saraceni (2017) aponta que apesar da maior oferta de testes diagnósticos para as gestantes e seus parceiros, com a introdução dos testes rápidos, a transmissão vertical da sífilis não tem diminuído de forma esperada, evidenciando dessa forma, que somente o acesso ao diagnóstico não é capaz de garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora de sífilis.

Oliveira (2017) afirma que a redução da transmissão vertical da sífilis ainda representa um desafio para gestores e profissionais da área de saúde em diversos países, especialmente aqueles em desenvolvimento, e complementa que, embora

se trate de uma doença de diagnóstico simples e barato, possuir tratamento eficaz, e ser passível de prevenção e eliminação, a sífilis permanece, na atualidade, causando sequelas, abortos espontâneos e óbitos perinatais. Nessa perspectiva, o atendimento à gestante ofertado nas Equipes de Saúde da Família, enquanto responsáveis pelo acompanhamento pré-natal, precisa oferecer um acompanhamento conforme recomendado pelo MS.

Visando aprofundar o conhecimento, este trabalho justifica-se pela necessidade de promover reflexões sobre nas ações de controle da sífilis no contexto da ESF, de modo a apontar direções e ou encaminhamentos que possam tornar essas ações mais efetivas. Assim, objetivou-se identificar na literatura científica, as principais ações de controle da sífilis na gestação, ofertadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

3.2 Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, baseada nas seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa, conforme Mendes; Silveira; Galvão (2008).

Esta revisão teve como proposta responder à seguinte questão norteadora: quais as ações de controle da sífilis em gestantes desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família?

Com vistas a facilitar a identificação dos descritores mais adequados para aprimorar e direcionar o processo de busca de respostas apropriadas à pergunta, utilizou-se a estratégia *Population, Variables, Outcomes* (PVO). Assim, definiu-se como população do estudo, gestantes, como variável de interesse, a sífilis, e o desfecho, o controle, sendo estes os descritores em saúde padronizados para a busca.

Foram definidos como critérios de inclusão: pesquisas que abordassem as ações de controle da sífilis na gestação, desenvolvidas durante o atendimento na ESF, que estivessem disponíveis para *download* em formato completo, nos idiomas português, inglês e espanhol, em formato de artigo e publicado entre os anos de 1993 e 2018. Justifica-se tal recorte temporal por ter sido no ano de 1993 instituído,

pelo MS, o exame para identificação mulheres com sífilis na gravidez, conhecido como *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) (MARTINS, 2014).

Como critérios de exclusão adotaram-se: ser estruturado no formato de editoriais, comentários, comunicações breves, artigos de reflexão e de revisão de literatura, documentários, ensaios, resumos de teses, resenhas e relatos de experiência; não estar disponível gratuitamente ou não responderem à questão de estudo.

O levantamento dos dados foi realizado no mês de agosto de 2018, pareados por dois pesquisadores independentes, através da busca *online* do tipo avançada de artigos indexados em periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE). A definição destas bases justifica-se por estas se apresentarem como importantes veículos das pesquisas em saúde desenvolvidas atualmente.

As buscas foram realizadas a partir de sete cruzamentos dos descritores em saúde: Gestante, Sífilis, Controle e Estratégia Saúde da Família, com o auxílio do operador booleano AND, na seguinte ordem: “sífilis AND gestantes”; “sífilis AND controle”; “sífilis AND estratégia saúde da família”; “gestantes AND controle”; “gestantes AND estratégia saúde da família”; “controle AND estratégia saúde da família” e, por fim, realizou-se o cruzamento de todos os termos “sífilis AND gestantes AND controle AND estratégia saúde da família”. Esse processo resultou em 10. 987 estudos, destes 2.902 na LILACS, 558 na BDENF e 7.527 na MEDLINE.

O Quadro 1 apresenta os dados quantitativos do processo de busca nas bases, que após a aplicação dos filtros, foram elegíveis 3.683, procedendo-se ao processo de refinamento dos artigos

Quadro 1 – Dados quantitativos da busca após aplicação dos filtros nas bases de dados. Crato – CE, 2018.

Bases	C*1	C*2	C*3	C*4	C*5	C*6	C*7	Total
LILACS	115	104	09	490	91	486	0	1.295
BDENF	12	09	03	88	35	209	0	356
MEDLINE	13	695	01	616	05	702	0	2.032
Total	140	808	13	1194	131	1.397	0	**3.683**

C* refere-se a cruzamento e o número corresponde à ordem de sua realização.

Fonte: elaboração própria.

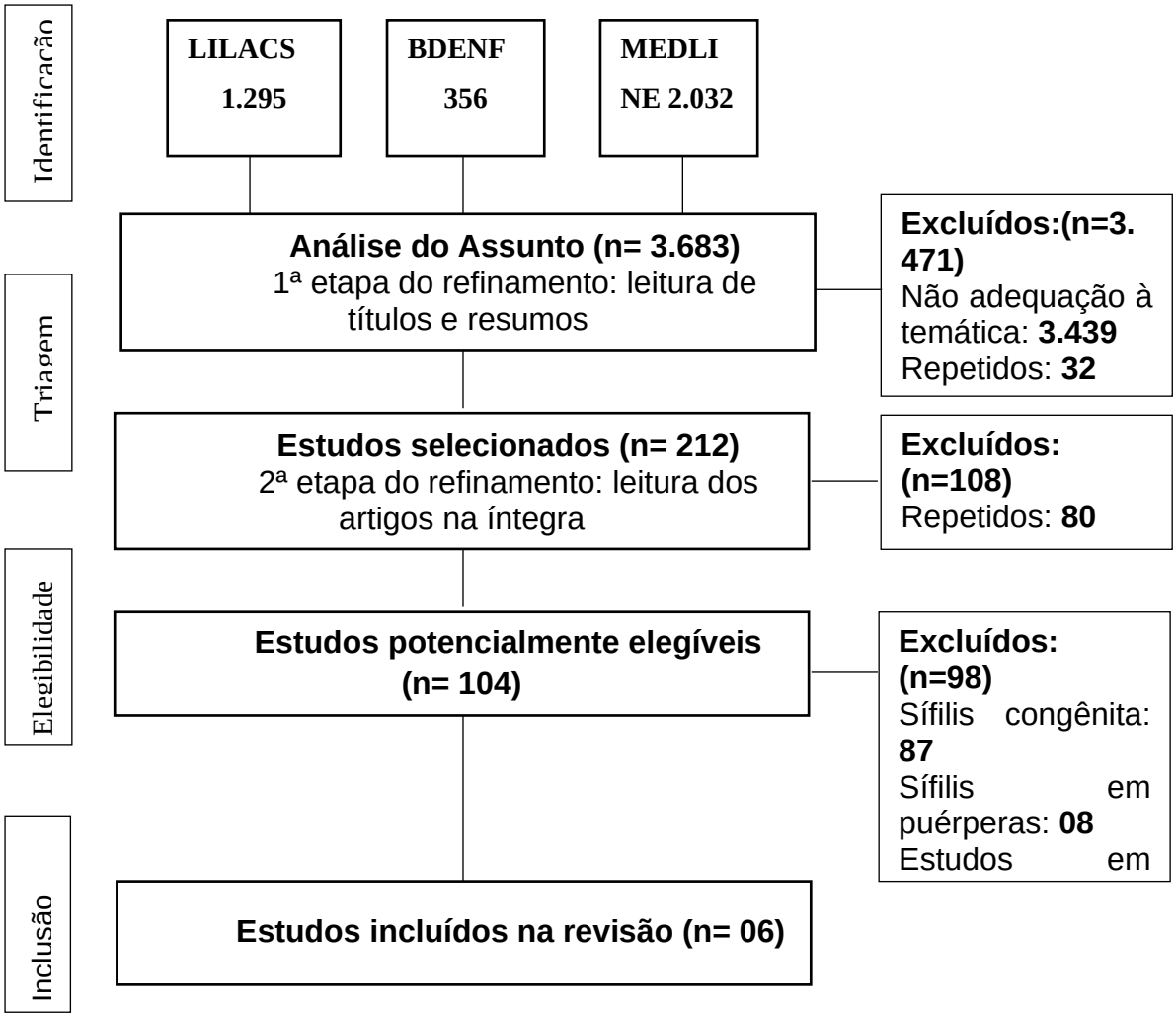
A etapa de refinamento deu-se em duas fases. A primeira, a partir da leitura dos títulos e resumos, e a segunda, com a leitura dos artigos na íntegra. O fluxo do processo de seleção dos estudos está apresentado mais detalhadamente na Figura 1.

Para extração dos dados foram elaborados dois instrumentos, um contemplando base de dados, autores, ano e local, título, desenho do estudo e objetivos, e outro instrumento, com aspectos relacionados ao processo de coleta de dados, perfil sociodemográfico das gestantes e os dados referentes à assistência à gestante (números de consulta pré-natal realizadas; período gestacional de realização do primeiro e do último exame VDRL; principais ações desenvolvidas na assistência à saúde dessas mulheres; profissionais envolvidos na assistência direta e se estes possuíam algum tipo de capacitação profissional voltadas ao atendimento pré-natal e/ou tratamento da sífilis em gestantes).

A etapa de avaliação dos estudos incluídos possibilitou identificar que cinco estão no nível seis de evidências, por serem estudos descritivos, e um está no nível sete por se caracterizar como estudo de caso (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

A interpretação dos resultados está apresentada de forma crítica e descritiva, possibilitando uma melhor e mais aprofundada discussão acerca das ações desenvolvidas no controle da sífilis em gestantes.

Figura 1 - Fluxograma representativo da seleção dos estudos analisados neste estudo. Crato – CE, 2018.



3.3 Resultados

Os seis artigos selecionados foram sintetizados no Quadro 2, em relação aos seus dados de identificação, apresentando a base de dados onde foram encontrados, autores, ano de publicação, título, local do estudo, desenho do estudo e objetivos.

Quadro 2 – Características dos estudos quanto à base de dados, os autores, ano de publicação, local de estudo, título, desenho do estudo e objetivos. Crato – CE, 2018.

Base	Autores, Ano e Local	Título	Desenho dos Estudos	Objetivos
BDENF	Suto et al., 2016, Bahia - BA	Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis	Estudo transversal	Caracterizar a assistência prestada à gestante com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal em unidades de saúde da família.
LILACS	Guanabara et al., 2017, Fortaleza - CE	Acesso de gestante às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil.	Estudo de casos múltiplos	Avaliar o acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita (SC).
	Rezende e Barbosa, 2015, Goiás - GO	A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás	Estudo descritivo com abordagem quantitativa	Analisar a SC como indicador da assistência de pré-natal, no Estado de Goiás, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2012.
	Leitão et al., 2009, Samambaia - DF	Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia- DF	Estudo transversal, do tipo retrospectivo	Determinar o perfil epidemiológico das gestantes com VDRL reagente atendidas no Centro de Saúde n°2 de Samambaia - DF de 2005 a 2009
	Domingues et al., 2012; Rio de Janeiro - RJ	Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil	Estudo transversal	Avaliar a adequação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal realizada em unidades do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, Brasil.
	Araújo et al., 2014 Fortaleza - CE	Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza,	Pesquisa avaliativa	Avaliar a estrutura e o processo de trabalho dos profissionais de

		Ceará: uma avaliação de estrutura e processo		saúde para desenvolver as ações de prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará.

Fonte: Elaboração própria.

Considerando a importância de conhecer o perfil da mulher gestante diagnosticada com sífilis, os estudos apontam que estas são predominantemente jovens, com idade mínima de 16 e máxima, de 43 anos (SUTO et al., 2017; GUANABARA et al., 2017; REZENDE; BARBOSA, 2015; LEITÃO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012) e com baixo nível educacional, considerados nos estudos como tendo cursado o ensino fundamental ou sendo analfabetas (SUTO et al. 2017; GUANABARA et al., 2017; REZENDE; BARBOSA, 2015; LEITÃO et al. 2009; DOMINGUES et al., 2012). Em relação ao estado civil, apenas dois estudos evidenciam esta informação e apontam que a maioria das mulheres vive com o parceiro (GUANABARA et al, 2017; DOMINGUES et al. 2012) e tem como ocupação os cuidados do lar (GUANABARA et al., 2017).

No que se refere aos dados obstétricos, a maioria das gestantes iniciou seu pré-natal no primeiro trimestre da gestação (LEITÃO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012), com número de consultas, perfazendo uma média de seis consultas de pré-natal (SUTO et al., 2017; LEITÂO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012) ou mais (GUANABARA et al., 2017), durante todo o período gravídico.

Quanto ao perfil dos estudos, cinco realizaram coleta de dados secundários a partir de documentos oficias, sendo dois relatórios, dados oriundos de sistemas de informação em saúde (SUTO et al., 2017; REZENDE; BARBOSA, 2015), um utilizou prontuário das pacientes (LEITÃO et al., 2009), outro, a análise dos cartões pré-natal das gestantes (DOMINGUES et al., 2015) e um consolidou um *checklist* para coleta dos dados seguindo normas instituídas por políticas, portarias, manuais e guias do Ministério da Saúde (MS) (ARAUJO et al., 2014). Foram utilizadas técnicas de coleta através da entrevista (GUANABARA et al., 2017; DOMINGUES et al., 2012), da aplicação de questionário (SUTO et al., 2017), de grupo focal e observação não participante (GUANABARA et al., 2017).

Os participantes dos estudos foram as gestantes, que variaram entre três a 3382 mulheres, (SUTO et al., 2017; GUANABARA et al., 2017; REZENDE; BARBOSA, 2015: LEITÃO et al., 2009; DOMINGUES et al. 2012), e profissionais de

saúde, entre eles: médicos, enfermeiros ou coordenadores das equipes da ESF (SUTO et al., 2017; GUANABARA et al., 2017; DOMINGUES et al., 2012; ARAÚJO et al., 2014).

Dentre as ações desenvolvidas para detecção e controle da sífilis em gestantes no atendimento prestado pela Estratégia Saúde da Família, destacaram-se: realização do exame de VDRL (SUTO et al., 2017; GUANABARA et al., 2017; REZENDE; BARBOSA 2015; LEITÃO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012; ARAÚJO et al., 2014), sendo que dois estudos relatam que as gestantes realizaram o primeiro teste apenas no segundo trimestre da gestação (REZENDE; BARBOSA 2015; LEITÃO et al., 2009), não sendo especificada essa informação nos demais estudos.

Não houve menção aos testes rápidos nos estudos apresentados (SUTO et al. 2016; GUANABARA et al., 2017; REZENDE; BARBOSA, 2015; LEITÃO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012; e ARAÚJO et al., 2014), apesar de todos os estudos dessa revisão, com exceção de Leitão et al. (2009), terem sidos realizados após a implementação dos testes rápidos nas unidades básicas de saúde, em 2012, pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao tratamento, em todos os estudos, a grande maioria das gestantes realizou o tratamento com penicilina G benzatina, conforme preconizado pelo MS. Entretanto, alguns apontam que outras gestantes realizaram o tratamento inadequado (REZENDE; BARBOSA, 2015; LEITÃO et al., 2009), seguindo outro esquema, que não foi especificado pelos autores. O medo de que as gestantes apresentassem reações anafiláticas e a falta de estrutura das unidades para atender tal demanda, foi relatado por profissionais como motivo para não aplicação do medicamento na própria unidade básica de saúde. Assim, quando recebiam a prescrição, as gestantes eram encaminhadas para receber a medicação em ambiente hospitalar (GUANABARA et al., 2017; ARAÚJO et al., 2014).

Um importante fator a se considerar é que apenas quatro estudos afirmam a abordagem e tratamento do parceiro (SUTO et al., 2017; REZENDE; BARBOSA, 2015; LEITÃO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012) para controle da sífilis, destacando-se que a grande maioria dos parceiros não realiza o tratamento (SUTO et al. 2017; REZENDE; BARBOSA, 2015; LEITÃO et al., 2009; DOMINGUES et al. 2012) ou o fazem de forma inadequada (LEITÃO et al., 2009).

Dentre as ações realizadas, os estudos apontam ainda para o acolhimento (GUANABARA et al., 2017), o aconselhamento (GUANABARA et al., 2017; DOMINGUES et al., 2012), a visita domiciliar (GUANABARA et al. 2017), a solicitação de exames de rotina e o segundo teste de VDRL (DOMINGUES et al., 2012), orientações quanto aos riscos que a doença oferece para o bebê e a importância do uso de preservativos (DOMINGUES et al., 2012; ARAÚJO et al., 2014), sejam elas ações educativas individuais (DOMINGUES et al. 2012; ARAÚJO et al. 2014) ou coletivas (ARAÚJO et al., 2014).

Vale salientar que as ações para o controle da sífilis em gestantes são realizadas, prioritariamente, por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (SUTO et al., 2017; GUANABARA et al., 2017; DOMINGUES et al., 2012; ARAÚJO et al., 2014) e apenas dois estudos evidenciam se estes profissionais estão capacitados para realizar consulta de pré-natal (SUTO et al., 2017), ou com foco nas ações de controle da sífilis (ARAÚJO et al., 2014), sem esclarecer, no entanto, de que forma se deram essas capacitações, em relação à carga horária ou qual modalidade e metodologia foram utilizadas.

3.4 Discussão

Os achados dessa revisão vão de encontro aos dados de uma pesquisa em gestantes com sífilis, desenvolvida por Moreira et al. (2017), os quais mostraram que a idade entre as participantes foi de 10 a 44 anos, com maior percentual (67%) entre 10 e 29 anos. Em relação à escolaridade, 54,04% tinham cursado o ensino fundamental e 26,77% o ensino médio. De acordo com Andrade et al. (2019), é muito importante que as equipes de saúde conheçam o perfil das mulheres e de gestantes contribuindo para o planejamento de estratégias de prevenção e controle da sífilis, buscando assim resultados mais efetivos.

Autores destacam a influência de dificuldades sócio econômicas nas ações de controle da sífilis, pois sinalizam problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde, aderência ao tratamento e vulnerabilidade social. Em um estudo realizado em Recife, foi identificado que a pobreza e suas decorrentes condições de vulnerabilidades, sejam elas comportamentais ou de acesso e de qualidade da assistência pré-natal, nos serviços de saúde, encontram-se significativamente associadas à sífilis em gestantes. Assim, é necessário que as ações sejam reorganizadas, priorizando as gestantes em situação de risco, visto que tais medidas

podem ser o ponto inicial e fundamental para diminuição da transmissão vertical da sífilis (MACÊDO et al., 2017).

No que concerne às ações de controle da sífilis durante a gravidez, diversos documentos oficiais apontam a importância de realizar os testes sorológicos ainda no início da gestação. Para prevenir a transmissão vertical da sífilis, o teste da sífilis deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre, no início do terceiro trimestre, por volta da 28ª semana, e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores.

Um avanço importante na triagem da sífilis é a recente disponibilidade de testes diagnósticos rápidos, seja para a detecção de anticorpos contra o *Treponema pallidum* isoladamente ou em conjunto com a detecção de anticorpos contra o HIV (BRASIL, 2017; TAYLOR, 2018).

Embora estejam regulamentados pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2012, percebem-se ainda entraves na implementação dos testes rápidos nas unidades básicas de saúde. A partir de resultados de estudo realizado no Sul do Brasil, Nascimento et al. (2018) identificaram que entre os principais motivos da falha da implementação dos testes rápidos para sífilis, estão a falta de infraestrutura, falta de recursos humanos e a falta de definição do fluxo de trabalho no seguimento dos pacientes com resultados reagentes.

Outro ponto que merece destaque, diz respeito ao tratamento da sífilis em gestantes, que deve ser feito em toda a rede do Sistema Único de Saúde, mediante a administração de penicilina benzatina, o único medicamento comprovadamente eficaz no tratamento da mãe e do feto, já que atravessa a barreira placentária, prevenindo em 100% a sua transmissão para o recém-nascido. Todavia, há que se destacar uma recente escassez de penicilina não somente no Brasil, mas em outras partes do mundo, o que representou uma ameaça ao tratamento da sífilis em gestantes e seus filhos. Várias condições devem ser garantidas, para que o tratamento aconteça de forma efetiva, entre elas estão: o acesso ao pré-natal deve ser o mais amplo possível; o início do pré-natal não deve ser tardio, porque a prevenção da transmissão da sífilis só é garantida quando o tratamento termina até 30 dias antes do parto; deve haver disponibilidade dos testes rápidos para sífilis em unidades básicas de saúde ou laboratórios que consigam fornecer o diagnóstico em até uma semana; e o tratamento com penicilina deve ser iniciado sem hesitação por parte da equipe de saúde (BRASIL, 2015; COOPER et al., 2016).

Quanto ao tratamento da sífilis, Taylor et al. (2018), abordam que a compreensão errada de que a penicilina benzatina é um medicamento desatualizado e que poderia ser substituído por drogas novas e mais eficazes levou os profissionais de saúde a prescrever tratamentos alternativos e ineficazes. Além desse pensamento, verifica-se ainda receio por parte dos profissionais, de reações adversas à penicilina, como relatam Guanabara et al. (2017) e Araújo et al. (2014).

Para Felix; Kuschnir (2011) a penicilina é um antibiótico amplamente utilizado na prática clínica e a incidência de reações alérgicas com seu uso é estimada em 2% por curso de tratamento. As reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes. Sendo assim, eventos raros. Porém, a percepção geral de alergia à penicilina na população é de 10 a 15%. O benefício da utilização da penicilina supera, em muito, os riscos de reações alérgicas.

Padovani; Oliveira; Pelloso (2018), destacam que a não realização da triagem ou do tratamento adequado das gestantes com sífilis e de sua parceria associa-se a casos de sífilis congênita. Em seu estudo, observou que o tratamento das gestantes com sífilis foi considerado inadequado ou não realizado em 53,70% das ocorrências e em 64,07% dos casos não houve tratamento do parceiro da gestante. Entre as causas mais citadas para a não realização do tratamento do parceiro, estão: a falta de contato da gestante com o parceiro; a sorologia do parceiro não reagente e o não comparecimento do parceiro ao serviço de saúde, quando convocado. Nessa perspectiva, os dados referentes à adesão do parceiro, estão condizentes com os achados dessa revisão (SUTO et al., 2017; REZENDE; BARBOSA, 2015; LEITÃO et al., 2009; DOMINGUES et al., 2012).

De acordo com Coelho et al. (2018), embora a sífilis seja uma doença grave, é de fácil detecção, tratamento de baixo custo e 100% eficaz e não deixa sequelas, se diagnosticada no início e tratada adequadamente. Todavia, a descoberta dessa doença gera situações conflitantes para os portadores, que vão desde a realização de seu próprio tratamento até a revelação do diagnóstico aos seus familiares e parceiro sexual.

Buscando estimular a participação ativa do parceiro durante o pré-natal, parto, puerpério e cuidados com a criança, o Ministério da Saúde lançou em 2016, o Guia de Pré-natal do Parceiro, uma ferramenta inovadora que busca contextualizar o envolvimento consciente e ativo do homem nas ações voltadas ao planejamento reprodutivo, contribuindo para melhoria do acesso e acolhimento dessa população

na Atenção Básica. O fluxograma do pré-natal do parceiro inclui acolhimento, disponibilização de testes rápidos e exames de rotina, e a orientação para realização de atividades voltadas para o público masculino (HERMANN et al., 2016).

Embora observado que os enfermeiros são os principais responsáveis pelas ações de controle da sífilis à gestante, uma vez que são estes quem realizam predominantemente o pré-natal nas unidades básicas. Para Martins (2014) as medidas de prevenção e controle da sífilis precisam do envolvimento de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família, necessitando que tanto os gestores, quanto os profissionais de saúde, estejam sensíveis à problemática da sífilis e desenvolvam ações educativas como estratégias para a melhoria na qualidade da assistência dos casos, na prevenção e no controle da doença. Garcês et al. (2017), ressaltam a evidência de falhas no planejamento, gestão, execução, conhecimento e capacitação sobre programas de prevenção da transmissão da sífilis de mãe para filho e HIV.

Silva et al. (2014), verificaram a falta de conhecimento de profissionais das Equipes de Saúde da Família, sobre o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de gestantes com resultados positivos do VDRL, visto que o percentual de respostas adequadas de acordo ao que é recomendado pelo MS foi considerado menor do que o esperado, apesar da sífilis ser uma doença de fácil tratamento, incluída em programas de treinamento e que recebe investimentos para o controle dos órgãos responsáveis para políticas de saúde pública.

Nessa perspectiva faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados quanto à sífilis, exercendo além das ações de rotina, um olhar ampliado para os grupos de risco, desenvolvendo atividades de promoção à saúde, orientando a população para a gravidade do problema, buscando realizar precocemente o diagnóstico, objetivando diminuir a transmissão vertical da doença (ANDRADE et.al., 2019).

O fortalecimento das ações de controle da sífilis em gestantes e consequentemente, eliminação dos casos congênitos dependem de políticas públicas efetivas, bem como compromisso e envolvimento dos profissionais da gestão e assistência.

3.5 Conclusão

O presente estudo possibilitou identificar que as ações de controle da sífilis em gestante atendidas na atenção primária pelas equipes da ESF acontecem de forma fragilizada. Os testes de VDRL são citados, porém não fica claro como se dá o acompanhamento das titulações desse teste diagnóstico. Quanto ao tratamento com penicilina benzatina, não especificam se tal recomendação foi concluída até 30 dias antes do parto. Em relação ao tratamento do parceiro, foi observado que na maioria das vezes, não é realizado.

Observa-se assim, que as ações descritas nos estudos nem sempre atendem às recomendações propostas pelo MS, uma vez que são realizadas de forma incompletas ou inadequadas, comprometendo claramente o controle da sífilis gestacional e sua transmissão vertical.

Como limitação, evidencia-se que, mesmo com a grande quantidade de estudos encontrados nas bases de dados avaliadas, ainda existe uma grande lacuna de estudo que tenham relação direta com o objeto dessa pesquisa no tocante à avaliação das ações de controle da sífilis em gestantes na atenção básica.

Os resultados dessa revisão apontam que é necessário que outras avaliações sejam realizadas sobre a temática do controle da sífilis em gestantes. Ressalta-se ainda, a importância de capacitações direcionadas aos profissionais que prestam assistência pré-natal. As gestantes por sua vez, também necessitam, além de um diagnóstico oportuno e tratamento eficaz, de acolhimento, aconselhamento, orientações sobre a doença, sobre medidas de prevenção, controle, tratamento e riscos para o binômio mãe e filho.

Referências

ANDRADE, H. S.; REZENDE, N. F. G. R.; GARCIA, M. N.; GUIMARAES, A. A. Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. **Ciência &Saúde.** Divinópolis, Minas Gerais, 2019.

ARAÚJO, M. A. L.; BARROS, V. L.; MOURA. H. J.; ROCHA. A. F. B.; GUANABARA, M. A. O. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2014.

BRACCIO, S.; SHARLAND, M.; LADHANI, S. N. Prevention and treatment of mother-to-child transmission of syphilis. **Current Opinion in Infectious Diseases**, 29(3), 268–274, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.–Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 773 p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em 23 de abril de 2017.

BRASIL, **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Volume 49, Nº 45. Out. 2018. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018. Acesso em 25 de fevereiro de 2019.

BRASIL, **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções; Ministério da Saúde. Brasília, 2017.

COELHO, J. M. R.; DANTAS, F.C.S.; BARBOSA, J. J.; COSTA, C. M.; MEIRA, F. B. Sífilis: um panorama epidemiológico do Brasil e do município de Volta Redonda/RJ. **Brazilian Journal of Heath Revista.** Curitiba, v. 1, n. 1, p. 128-147, jul./set. 2018.

COOPER, Joshua M.; MICHELOW, Ian C.; WOZNIAC, Philiphe S.; SANCHEZ, Pablo J. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários. **Revista Paulista de Pediatria** [en linea] 2016, 34: Disponível em:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406046678002> ISSN 0103-0582 . Acesso em 25 de fevereiro de 2019.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. de A.; LEAL, M. do C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 269-280, Setembro. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 outubro de 2018.

FELIX, M.M.R.; KUSCHIR, F.C. Alergia à penicilina: aspectos atuais. **Adolescência e Saúde**. 8(3):43-53, 2011.

GARCES, Juan Pablo et al. La educación del personal de salud: clave para La eliminación de la sífilis congênita em Colombia. **Biomédica**, Bogotá , v. 37, n. 3, p. 416424, Sept. 2017. Disponível em:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012041572017000300416&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de outubro de 2018.

GUANABARA, M. A. O.; ARAÚJO, M.A.L. MATSUE, R. Y.; BARROS, V. L.; OLIVEIRA, F. A. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 19, pp. 73-78. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.49295>. Acesso em: 17 de agosto de 2019.

HERMANN, A.; SILVA, M. L.; CHACORA, E. S.; LIMA, D.C. **Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 2016. Disponívelem<portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/.../guia_prenataldo parceiro_1.pdf>. Acesso em: 29 de abril de 2017.

LEITÃO, E. J. L.; CANEDO, M. C. M.; FURIATNNI1, M. F.; OLIVEIRA, L. R. S. DINER, L. S.; LOBO, M. P.; CASTRO, M.. F. L. M.; BARBOSA, D. F. S.; SILVEIRA, J. B.; MACHADO, F. R. M.; MACÊDO, J. L. S. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n.º 2 Samambaia-DF **Com. Ciências Saúde**. 2009; 20(4):307-314.

MACEDO, V. C.; LIRA, P.I.C.; FRIAS, P.G.; ROMANGUERA, L. M. D. CAIRES, S.F.F.; XIMENES, R. A. A. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Revista Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, 78, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034891020170001002 68&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 05 Março de 2019.

MARTINS, K. M. C. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal de gestantes com sífilis**. 2014. 97f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família), Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, 2014. Disponível em:<renasf.fiocruz.br/sites/.../2014_UVA_Keila%20Maria%20Carvalho%20Martins.pdf> Acesso em: 22 de abril de 2017.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758 – 764, out-dez, 2008.

NASCIMENTO, D.S.F.; SILVA, R.C.; TARTARI, D. O.; CARDOSO, E.K.; Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família Comunidade**. 13(40):182018;.Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1723. Acesso em 18 de fevereiro de 2019.

OLIVEIRA, F. A. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 19, n. 1 pp. 73-78. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.49295>. ISSN 0124-0064. https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.49295. Acesso em 07 de Agosto 2018.

PADOVANI, C; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M.; Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 3019, 2018 . Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104116920 18000100335&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 outubro de 2018.

REZENDE, E. M. A.; BARBOSA, N. B. A sífilis congênita como indicador da assistência pré-natal no estado de Goiás. **Revista Atenção Primária à Saúde.** 2015 abr/jun; 18(2): 220 - 232**.**

SAMPAIO RF, MANCINI MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, 83-89, jan./fev. 2007.

SARACENI, V. PEREIRA G.F.M.; SILVEIRA M.F.; ARAÚJO, M. A.L.; MIRANDA, A. E. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Revista Panamericana Saúde Pública**. 2017.

SILVA, D. M. A. et al., .Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza -CE, Brazil. **Texto contexto - enfermagem.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 278-285, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104070720140002002 78&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2018.

SUTO, C. S. S.; SILVA, D. L.; ALMEIDA, E. S.; COSTA, L. E. L.; EVANGELISTA. T. J. Assistência pré-natal à gestante com diagnóstico de sífilis. **Revista de Enfermagem Atenção Saúde** [Online].Ago/Dez2016.

TAYLOR, M.; GLIDDON. H.; FINDLAY. S. N.; LAVERTY. M.; BROUTET, N.; MERCIER, L. P. Revisiting strategies to eliminate transmission of syphilis from mother to child. **The Lancet. Global Health**. Janeiro, 2018.

TEIXEIRA, M. A. **Ações de controle da sífilis em gestantes na Estratégia Saúde da Família de Nova Iguaçu.** Trabalho de Conclusão de Curso (Espacialização em Saúde da Família), Universidade Aberta do SUS. Rio de Janeiro: 2015.

WIJESOORIYA N. S.; ROCHAT, R. W.; KAMB M. L, TURLAPATI, P. TEMMERMAN M.; Broutet N, Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **Lancet Glob Health.** [Internet] 2016 [cited Oct 26, 2016]; 4(8):e525-e33. Available from: http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30135-8/abstract.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, normativo, com abordagem quantitativa.

A avaliação em saúde caracteriza-se como um dos pilares de sustentação do planejamento e gestão em saúde. Propõe-se a melhorar as ações de saúde, monitorar os recursos e a produzir conhecimentos úteis e oportunos para uma prática de saúde de qualidade. Quando é resultado da aplicação de critérios e normas, trata-se de uma avaliação normativa, com foco no resultado técnico das ações em saúde, no dimensionamento e avaliação da qualidade formal (GALAVOTE; MATTOS; LAIGNIER, 2016).

A pesquisa quantitativa busca transformar a realidade em dados que permitam sua interpretação, utilizando técnicas estatísticas e modelos de levantamento de dados que sejam orientados pela contagem. Assim, a matemática é a linguagem utilizada para a interpretação dos resultados colhidos (SILVA, 2010; MALHEIROS, 2011).

O estudo faz parte de um projeto maior, intitulado: Avaliação do Controle da Sífilis na Atenção Básica, o qual objetiva avaliar a tríade proposta por Donabedian (1990), composta por estrutura, processo e resultado. Nessa pesquisa, no entanto, optou-se estudar os componentes da estrutura e resultado.

Nesse sentido, o estudo da estrutura avalia, principalmente, as características dos recursos humanos, materiais e financeiros que são empregados na atenção à saúde. Dessa forma, considera aspectos como: medidas que se refere à organização administrativa; descrição das características das instalações, da equipe profissional disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência (DONABEDIAN, 1990).

O resultado, por sua vez, é avaliado, quando se investiga o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. Descreve-se o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não como serviços de saúde. Os resultados de saúde podem ser atribuídos a muitos fatores. A sua medida e avaliação constituem-se no que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado total (DONABEDIAN, 1990)

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Juazeiro do Norte - CE.

O município de Juazeiro do Norte está situado no sul do Estado do Ceará e faz parte da Região Metropolitana do Cariri, abrangendo uma área territorial de aproximadamente 248.832 km². Conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o referido município, apresenta uma população aproximada de 274.207 habitantes, com 96% destes residindo em zona urbana, e somente 4% em zona rural (IBGE, 2017; 2019).

A cidade tem na figura do Padre Cícero Romão Batista, um marco na construção da religiosidade, da cultura de seu povo e acontecimentos políticos do Cariri. O município é considerado um dos maiores centros de religiosidade popular da América Latina, uma Meca nordestina, atraindo 1,5 milhões de romeiros por ano. Na época das romarias a cidade se transforma em um centro de devoção. Inicialmente, era conhecido como Tabuleiro Grande, um povoado do Crato. Foi emancipada em 1911 e cresceu pela influência da fé do povo pelo Padre Cícero (JUAZEIRO DO NORTE, 2018b).

Figura 2- Cidade de Juazeiro do Norte, 2019.

Fonte: Revista Cariri

Em relação aos serviços de saúde de natureza pública, o município possui estabelecimentos de saúde, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

A atenção básica à saúde se encontra estruturada com 79 Equipes de Saúde da Família e 03 equipes com modalidade de Equipe de Atenção Básica, conforme está prevista na Portaria Nacional da Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017b). Dentre as Equipes de Saúde da Família, 42 possuem equipe de saúde bucal, formada por odontólogo e atendente de saúde bucal. As oito equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são formadas pelos seguintes profissionais: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo.

As equipes estão distribuídas na zona urbana e rural, e fazem parte dos oito Distritos de Sanitários. Cada Distrito é formado por um mínimo de 10 e máximo de 12 equipes da atenção básica, pertencentes aos bairros, vilas ou sítios circunvizinhos, conforme descritos a seguir:

Distrito I: comunidades rurais dos sítios São Gonçalo, Gavião, Junco e Taquari, Vila Padre Cícero e bairros Horto e Centro.

Distrito II: bairros Antônio Vieira, Salesianos, Romeirão e Santa Tereza.

Distrito III: bairros Pirajá, Franciscanos e São Miguel.

Distrito IV: bairros: Timbaúbas, Novo Juazeiro, Leandro Bezerra, Pedrinhas, Vila São Francisco, Aeroporto e Vila Nova.

Distrito V: bairros Tiradentes, Limoeiro e José Geraldo da Cruz.

Distrito VI: bairros Jardim Gonzaga, Lagoa Seca, Frei Damião, Vila Real e São José.

Distrito VII: bairros Triângulo e João Cabral.

Distrito VIII: bairros Pio XII, Vila Fátima, Juvêncio Santana, Carité, Vila Fátima, Betolândia, Brejo Seco e Campo Alegre.

O quadro a seguir mostra como estão distribuídas as equipes da Atenção Básica em suas UBS e Distritos Sanitários.

Figura 3 – Distribuição das Equipes de Saúde da Família por UBS e por Distrito Sanitário do município de Juazeiro do Norte – CE, 2019.

Distrito I	• 08 UBS com 01 Equipe Saúde da Família • 01 UBS com 02 Equipes Saúde da Família
Distrito II	• 03 UBS com 01 Equipe Saúde da Família • 02 UBS com 02 Equipes Saúde da Família • 01 UBS com 03 Equipes Saúde da Família
Distrito III	• 01 UBS com 01 Equipe Saúde da Família • 01 UBS com 02 Equipes Saúde da Família • 02 UBS com 04 Equipes Saúde da Família
Distrito IV	• 04 UBS com 01 Equipe Saúde da Família • 02 UBS com 02 Equipes Saúde da Família • 02 UBS com outra modalidade de AB
Distrito V	• 03 UBS com 02 Equipes Saúde da Família • 01 UBS com 04 Equipes Saúde da Famílias
Distrito VI	• 02 UBS com 01 Equipe Saúde da Família • 03 UBS com 02 Equipes Saúde da famíiia • 01 UBS com 03 Equipes Saúde da Família
Distrito VII	• 02 UBS com 02 Equipes saúde da Família • 02 UBS com 03 Equipes Saúde da Família
Distrito VIII	• 03 UBS com 01 Equipe Saúde da Família • 03 UBS com 02 Equipes Saúde da Família • 01 UBS com outra modalidade de AB

Fonte: Secretaria Municipal de Juazeiro do Norte

No que se refere à assistência à gestante, Juazeiro do Norte dispõe das 82 Equipes da Atenção Básica, que realizam o acompanhamento de pré-natal de risco habitual. O pré-natal de alto risco, por sua vez, é realizado em duas Policlínicas (uma no próprio município e a outra em Barbalha – CE), através de encaminhamento via Central de Regulação Municipal. Na atenção secundária e terciária, o município dispõe ainda de um hospital municipal.

O município dispõe de Coordenadoria de Assistência Farmacêutica, com três programas implantados: Medicamentos de Atenção Básica, Medicamentos Estratégicos e Medicamento do Componente Especializado. Conta com uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e farmácias distribuídas em cada Unidade Básica de Saúde, na Policlínica Municipal, no Centro de Infectologia (IST/AIDS) e duas farmácias hospitalares, uma no Hospital Infantil Municipal Maria Amélia

Bezerra de Menezes e outra no Hospital Maternidade São Lucas (Juazeiro do Norte, 2018c).

A rede de atendimento laboratorial é formada por um laboratório municipal, diversos laboratórios privados que prestam serviços ao município e pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará (LACEN), sendo que esse último é o serviço que atende a maior demanda de exames laboratoriais das gestantes do município.

4.3 População, Amostra e Amostragem

A população do estudo foi composta pelas 48 Unidades Básicas de Saúde existentes no município, que fazem parte da atenção básica.

A amostra de 43, as quais representam 89,6% das UBS do município, foi selecionada a partir dos critérios de inclusão e exclusão, descritas nesse estudo.

Critérios de inclusão:

1- Possuir pelo menos uma Equipe de Saúde da Família cadastrada;
2- Ser a UBS sede da Equipe de Saúde da Família, uma vez que, no caso da zona rural, as equipes atendem em diversos locais, os chamados “pontos de apoio”.

Critérios de exclusão;

1- Estiverem fechadas, em reforma ou sem funcionamento no período da coleta de dados;
2- Não realizar acompanhamento pré-natal.

Dessa forma, três UBS foram excluídas da pesquisa por possuirem equipes diferentes da modalidade de Equipe Saúde da Família e duas, por estarem em reforma, no momento da coleta de dados, totalizando cinco UBS excluídas da pesquisa. Ressalta-se, que as Equipes de Saúde da Família pertencentes às UBS que estavam em reforma, encontravam-se provisoriamente em UBS que participaram da amostra.

4.4 Procedimentos e Instrumentos para Coleta de Dados

Uma vez que não foi encontrado na literatura, instrumento disponível e validado para avaliar o serviço de atenção básica para o controle da sífilis em gestantes, optou-se pela elaboração de um instrumento de acordo com as últimas recomendações sobre o assunto, existentes nos protocolos do Ministério da Saúde.

O instrumento no formato *Cheklist* (Apêndice A), foi elaborado com base nas normas técnicas do Ministério da Saúde, presentes no Manual da Estrutura Física

das Unidades Básicas de Saúde; na Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, o qual dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde; e no Instrumento de Avaliação da Saúde do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ. (BRASIL, 2008a; 2011; 2017c).

O *Checklist* de avaliação das UBS foi composto por questões relacionadas à disponibilidade de critérios e insumos referentes aos 52 quesitos da estrutura, distribuídos em categorias de estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, apoio diagnóstico, medicamentos e processo organizacional e de registro. Em cada questão do instrumento foi utilizada a pontuação para cada variável, de acordo com as seguintes especificações: zero para insatisfatório ou inexistente; cinco pontos, quando as recomendações foram parcialmente atendidas; e dez pontos quando foram totalmente atendidas. Esse critério de avaliação foi estabelecido por Rocha (2011) em sua dissertação.

O instrumento de coleta de dados foi submetido a um teste piloto, em março de 2019, em uma unidade de saúde do mesmo município, mas que não fez parte do cenário da pesquisa, devido não atender aos critérios de inclusão, ou seja, não possuía Equipe de Saúde da Família cadastrada. Ressalta-se que tal UBS desenvolve ações de atenção básica com médico, enfermeiro e dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas não tem cadastro no Ministério da Saúde como Equipe de Saúde da Família.

A aplicação do teste piloto teve a finalidade de verificar a adequabilidade e aprimorar o *Cheklist*, porém não foi necessário modificá-lo.

Além da aplicação do *Checklist*, foi utilizada a técnica de observação das UBS, uma vez que alguns dados não constavam no formulário, mas foi possível identificar durante a coleta de dados. A técnica de observação é apropriada para conseguir informações e constatar um comportamento (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.5 Período e Etapas do Estudo

A coleta de dados foi iniciada após a qualificação do Projeto de Dissertação de Mestrado, Declaração Anuência emitida pela secretaria de saúde do município (Anexo A) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) (Anexo B).

A realização da coleta de dados aconteceu em duas etapas, nos meses de março, abril e maio de 2019, quando foram avaliados a estrutura das unidades e os resultados das ações de controle da sífilis em gestantes, conforme descrito a seguir:

4.5.1 Primeira Etapa - Avaliação da Estrutura:

Os dados referentes à estrutura foram coletados durante visitas da pesquisadora às unidades básicas, que atenderam aos critérios estabelecidos para a pesquisa.

As visitas foram agendadas com o enfermeiro da unidade, em horário previamente estabelecido, a fim de possibilitar o levantamento e checagem dos itens constantes no *Cheklist*,

Em cada UBS foi realizada uma única visita. Inicialmente, o objetivo da pesquisa foi esclarecido por meio da apresentação do termo de anuência da Secretaria de Saúde do município e o parecer do Comitê de Ética da Universidade Regional do Cariri (URCA). Posteriormente, os itens dos instrumentos foram preenchidos, à medida que ia sendo realizada a checagem e disponibilidade desses. Por tratar-se de insumos e variáveis distribuídos em diversos ambientes da UBS, o pesquisador percorreu, acompanhado pelo enfermeiro, consultórios, salas de procedimentos, sala de triagem, farmácia, sala de imunização, sala de educação em saúde e outros, onde houvesse necessidade de comprovação da informação apresentada pelo profissional.

4.5.2 Segunda Etapa - Avaliação do Resultado

Após a coleta de dados da estrutura iniciou-se a coleta do componente resultado a partir dos dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação) e do SINASC (Sistema de Nascidos Vivos), disponibilizados pelo Setor de Vigilância à Saúde do Município. O SINASC constitui uma base de dados gerada pelo DATASUS para arquivar informações a respeito dos nascidos vivos.

Como forma de avaliar o indicador de resultado buscou-se os seguintes dados e a partir desses dados foram calculadas as taxas de detecção de sífilis em gestante e congênita.

Número de nascidos vivos no ano de 2018;

Número de casos de sífilis em gestantes, ocorridos no município no ano de 2018;

Número de casos de sífilis congênita, notificados no município no ano de 2018;

Número de casos de sífilis em gestantes notificados nas Unidades Básicas de Saúde.

4.6 Procedimentos de Análise dos Dados

Os pontos de cada quesito constante no *Checklist* obedeceram à seguinte pontuação: zero para insatisfatório ou inexistente; cinco pontos quando foram parcialmente atendidos; e dez pontos, no caso de terem sido totalmente atendidos. A partir dessa pontuação, foi feito o somatório para cada uma das seis categorias.

Dessa forma, para a classificação das UBS e dos Distritos Sanitários, foi considerada para cada categoria a seguinte pontuação: planta física (60 pontos no máximo), recursos humanos (60 pontos no máximo), recursos materiais (240 pontos no máximo), apoio diagnóstico (60 pontos no máximo), medicamentos (50 pontos no máximo) e processo organizacional e de registro (50 pontos no máximo).

Por considerar que uma mesma Unidade Básica de Saúde possui características discrepantes entre as categorias avaliadas, cada categoria foi analisada individualmente com a sua pontuação e respectiva média atingida.

Portanto, a partir da pontuação e percentual alcançado, cada categoria e posteriormente cada UBS foi classificada em: ótima (90% a 100% do total de pontos); satisfatória (75% a 89,9%); precária (50% a 74,9%) ou insuficiente (49,9% e menos) (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Os dados foram tabulados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical PacKage for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Para análise dos dados obtidos, buscou-se o apoio de um profissional com experiência em estatística. Após construção do banco dos dados, foi realizada a estatística descritiva e apresentados através de gráficos e tabelas, confeccionados pelo *Microsoft Word* versão 2010 *e Excel* versão 2010, com descrição de frequência absoluta e relativa e aplicação do teste de comparação de média de amostra, (teste *t- student*). Por tratar-se de uma avaliação normativa, foi considerado para o *teste t-student (*teste de comparação de média de amostra), a terminologia adequada e inadequada. Assim os itens que estavam parcialmente atendidos, foram considerados, nesse teste, como inadequados, por estarem em quantidades insuficientes.

O mapa do município com as divisões de seus respectivos Distritos de Saúde foi construído pelos programas *Auto CAD 2018 e Photoshop CSG*, a partir do mapa disponibilizado pela Secretaria de Infraestrutura do Município (SEINFRA).

A análise dos dados do componente resultado se deu pelos dados colhidos no SINAN e SINASC. A partir desses dados, foram calculados os indicadores conforme descritos a seguir:

1- cálculo da taxa de detecção da sífilis em gestantes, feito pelo número de casos notificados divididos pelo número de nascidos vivos, multiplicado por 1.000;
2- cálculo da incidência de sífilis congênita, utilizou-se o número total de casos notificados de sífilis congênita em menores de um ano de idade dividido pelo número total de nascidos vivos, multiplicado por 1.000.

4.7 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa foi norteada a partir de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2016b).

Por tratar-se de uma pesquisa de observação da estrutura das unidades de saúde, a autorização para coleta de dados foi assegurada por meio da Solicitação de Anuência (Apêndice B), e posterior Declaração de Anuência assinada pela Coordenadora Municipal da Educação Permanente em Saúde (Anexo A).

O projeto de pesquisa foi submetido via Plataforma Brasil e direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri- URCA. O referido CEP apreciou e autorizou o projeto sob o parecer n° 3.203.058 (Anexo B).

4.8 Riscos e Benefícios

O esclarecimento sobre riscos e benefícios da pesquisa foi apresentado na solicitação de anuência que foi encaminhada para avaliação da Secretaria de Saúde do município de Juazeiro do Norte.

Os riscos para os envolvidos na pesquisa, no caso, os enfermeiros que acompanharam o preenchimento do *Checklist,* foram mínimos; relacionados ao possível constrangimento e tempo dispensado em disponibilizar e demonstrar os recursos, equipamentos e materiais da UBS durante a realização da coleta.

Os benefícios poderão vir através de uma melhor assistência, a partir da superação das dificuldades, bem como da valorização e propagação para outros serviços, das potencialidades presentes na estrutura das UBS e que foram identificadas durante essa avaliação de saúde.

5 RESULTADOS

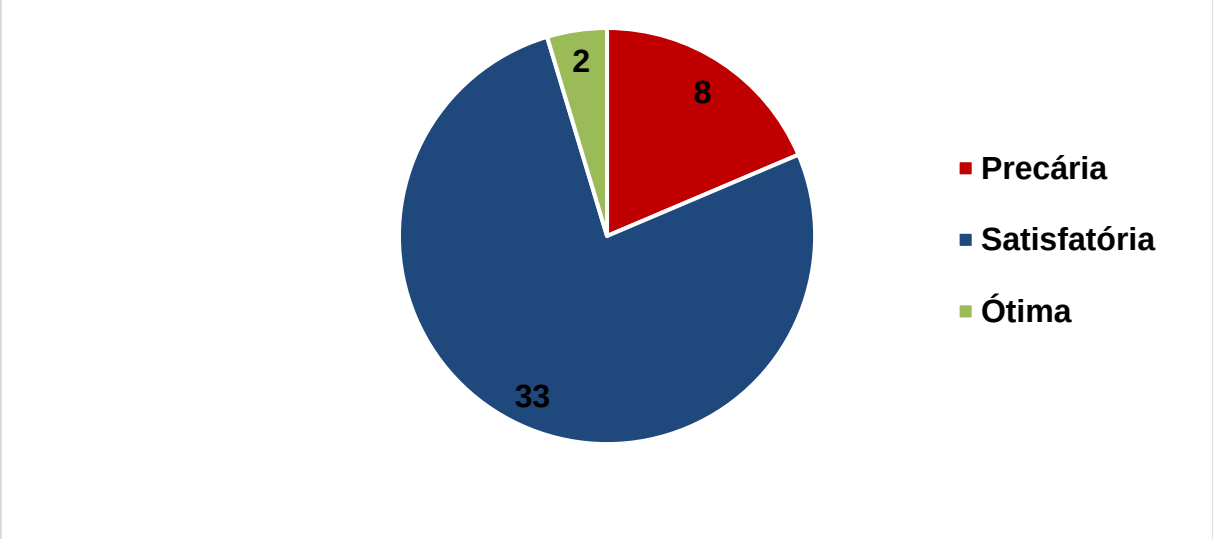
5.1 Avaliação do componente estrutura

Inicialmente, nesse capítulo, será apresentada a classificação do componente estrutura das Unidades Básicas de Saúde e dos Distritos Sanitários, contemplando as seguintes categorias: estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, apoio laboratorial mínimo, medicamentos e processo organizacional e de registro. Posteriormente, será mostrada a descrição da avaliação global das UBS por item, a avaliação dos dados específicos referentes ao controle da sífilis em gestantes e a avaliação dos recursos humanos das UBS. Ao final, será apresentado o teste de comparação de média de uma amostra (teste *t student*).

5.1.1 Classificação do componente estrutura das Unidades Básicas de Saúde

A classificação das UBS deu-se a partir do somatório das categorias do componente da estrutura, constituída por estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, apoio diagnóstico, medicamentos e processo organizacional e de registro. Assim, de acordo com o percentual máximo de pontos (520) atendidos, duas UBS avaliadas foram classificadas em ótimas, porque atingiram acima de 90% dos pontos; 33 satisfatórias (as que fizeram entre 75% a 89% dos pontos) e oito precárias (as de somatório entre 50% a 74,9% da pontuação), como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1- Classificação do Componente Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Juazeiro do Norte - CE, 2019.



Elaborado pela autora. Fonte: Dados da Pesquisa Direta.

O gráfico 2 mostra a avaliação do componente estrutura das UBS por Distrito Sanitário e sua respectiva classificação.

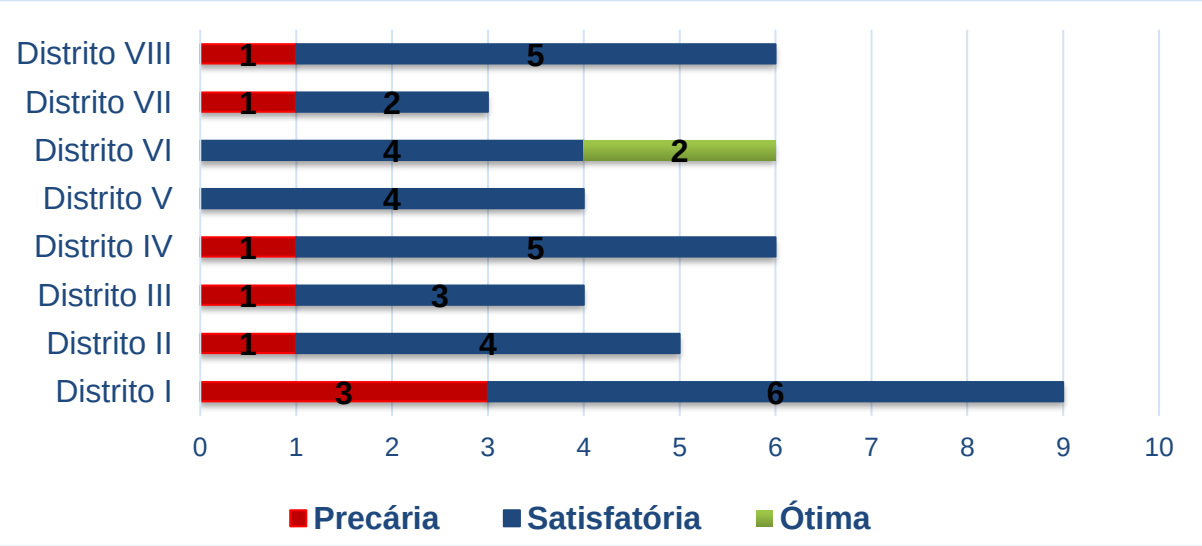
Entre as nove UBS pertencentes ao Distrito I, três (33,33%), tiveram avaliações precárias e seis (66,66%), avaliações satisfatórias.

As quatro (100%) das UBS do Distrito V apareceram de maneira homogênea, todas com avaliação satisfatória.

O Distrito VI teve quatro UBS (66,66%) como satisfatória e duas (33,33%) como ótimas, sendo o único que teve UBS classificada como ótima.

No Distrito VII foram investigadas três UBS. Uma (33,33%) foi julgada como precária e duas (66,66%) satisfatórias.

Gráfico 2- Classificação do Componente Estrutura por UBS em cada Distrito Sanitário. Juazeiro do Norte- CE, 2019.



Elaborado pela autora. Fonte: Dados da Pesquisa Direta.

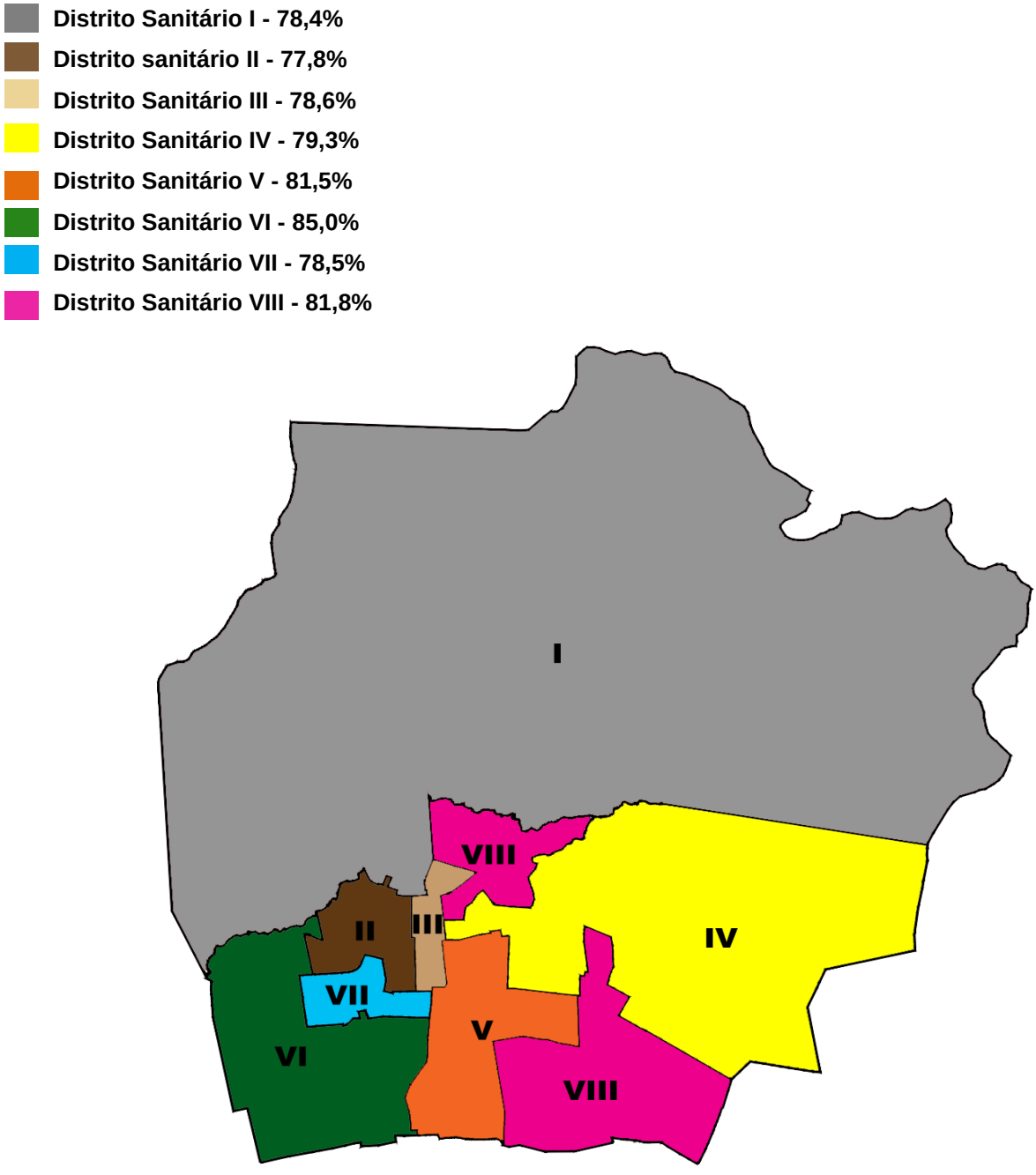
O Distrito II possui 06 UBS, no entanto, uma encontrava-se em reforma e não fez parte da amostragem.

O Distrito IV possui 08 UBS, porém, duas não possuem equipes de saúde da família cadastradas, assim, apenas seis fizeram parte da amostragem.

O Distrito VII possui 04 UBS, no entanto, uma encontrava-se em reforma e não fez parte da amostragem.

A figura 4 mostra o mapa do município dividido em oito Distritos Sanitários. A classificação dos Distritos Sanitários, a partir dos critérios do componente estrutura das UBS, mostra que, ao avaliar o Distrito em sua totalidade, todos (100%) são considerados satisfatórios, com uma média de pontuação que varia entre 78,4% (alcançada pelo Distrito I), até 85,0% (alcançada pelo Distrito VI).

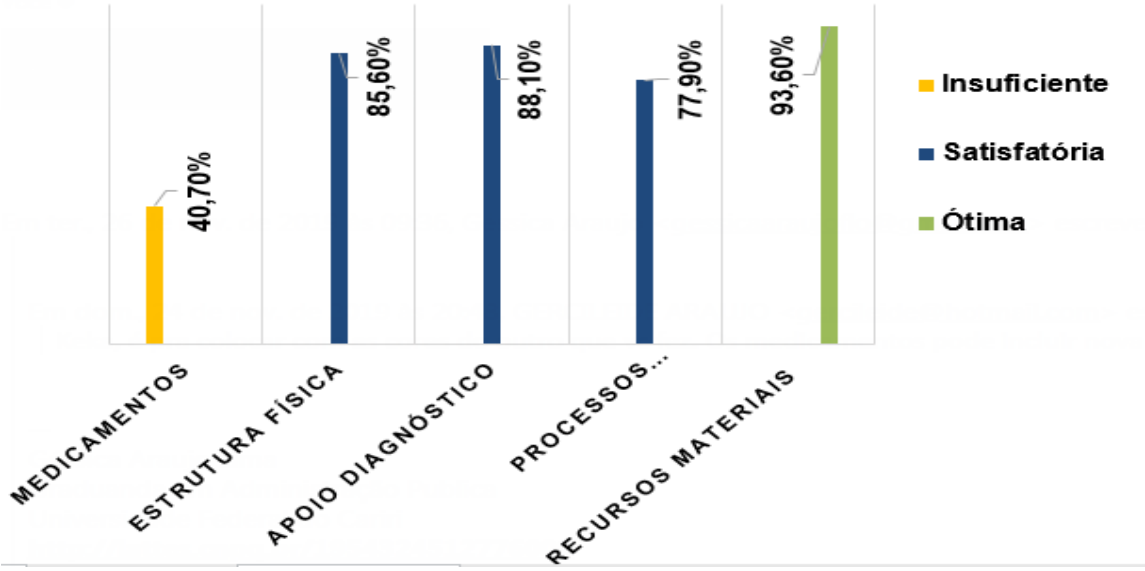
Figura 4- Classificação do Componente Estrutura por Distrito Sanitário. Juazeiro do Norte- CE, 2019.



Fonte:SEINFRA

O gráfico 3 apresenta a classificação dos seguintes itens: medicamentos, estrutura física, apoio diagnóstico processo organizacional e de registro e recursos materiais. O componente dos medicamentos foi a categoria que teve pior avaliação, considerada insuficiente, com média 40,7%. A categoria dos recursos materiais foi classificada como ótima, com média de 93,6%.

Gráfico 3- Avaliação Global das UBS por item. Juazeiro do Norte- CE, 2019.



A tabela 1 refere-se à avaliação global das UBS de Juazeiro do Norte por item, em relação à estrutura física, recursos materiais, apoio diagnóstico, medicamentos e processo organizacional e de registro.

Os dados da estrutura física mostram que todas as UBS dispõem de consultório, embora uma UBS tenha apenas um consultório para o atendimento médico e de enfermagem. No caso da farmácia, uma UBS possui apenas um único ambiente para triagem e farmácia. Em relação aos demais itens, 36 UBS (83,7%) possuem pia nos consultórios, 31(72%) possuem sala exclusiva para administração de medicamentos e 32 (74,4%), sala de educação em saúde. A estrutura de acessibilidade, composta no instrumento por rampas e cadeira de rodas, estava totalmente atendida em apenas 26 UBS (60,5%). A média do componente da estrutura física das UBS foi de 85,6%, ou seja, satisfatória.

Os dados da tabela 1, referentes aos recursos materiais mostram que todas as 43 (100%) UBS possuíam foco de luz, balança de adulto, termômetro clínico,

estetoscópio, fita métrica, espéculos, espátula de Ayre, escovinha endocervical, lugol, ácido acético, seringa de 3ml e luvas de procedimentos. Algumas UBS não possuíam os seguintes materiais: esfingnomanômetro (2,3%), pinça Cheron (2,3%), lixeira com pedal (2,3%), descartex (2,3%), seringa de 5ml (11,6%), seringa de 10 ml (9,6%), preservativo masculino (16,3%), preservativo feminino (46,5%). O material que mais pontuou como parcialmente atendido foi o descartex 22 (51,2%), uma vez que estava presente apenas na sala de vacina, faltando nos demais ambientes que também necessitam, como sala de procedimentos e consultório de enfermagem. A média dos recursos materiais nas UBS foi de 93,6%, evidenciando que esses recursos estão com classificação ótima nas UBS avaliadas.

O apoio diagnóstico foi considerado satisfatório e obteve média de 88,1%. Entre os exames avaliados, nenhum deles teve pontuação totalmente atendida em todas as UBS. Os que tiveram melhor avaliação foram o de Hepatite B e teste rápido HIV, presentes em quantidade suficientes em 41 (95,3%) das UBS avaliadas. A ultrassonografia obstétrica estava parcialmente atendida em 22 (51,2%), por apresentar demora no agendamento. O Papanicolau, por sua vez, foi considerado totalmente atendido em 38 (88,4%) das UBS e parcialmente em 5 (11,6%).

De acordo com a tabela 1, os números referentes aos medicamentos apresentaram uma média de 40,7%, sendo a única categoria considerada insuficiente e a que teve a pior avaliação. Dos medicamentos avaliados, nenhum estava presente em 100% das UBS. O soro fisiológico estava presente em 42 das 43 UBS avaliadas. Nas 43 UBS que fizeram parte da amostra, faltava adrenalina em 37 (86%), fenergan em 38 (88,4%).

Com relação aos quesitos que compõem o processo organizacional e de registro, observa-se que a referência para outros serviços de saúde e a ficha perinatal estavam presentes em 42 UBS. O cartão de gestante estava presente em quantidade suficiente em 40 (93%) das UBS visitadas, em duas em quantidade limitada e inexistente em uma. A contrarreferência foi o item que obteve maior pontuação de inexistente, representando 74,4% das UBS. A avaliação do processo organizacional e de registro apresentou uma média de 77,9%, considerada nesse caso, como satisfatória.

Tabela 1- Descrição da avaliação global das UBS por item - Juazeiro do Norte – CE 2019 (n=43).

Variáveis	Insuficiente	Parcialmente	Totalmente	Média
ESTRUTURA FÍSICA				**85,6%**
Consultório	-	1 (2,3%)	42 (97,7%)	
Farmácia	-	1 (2,3%)	42 (97,7%)	
Pia no consultório.	2 (4.7%)	5 (11,6%)	36 (83,7%)	
Sala administraç, medica	6 (14,%)	6 (14%0)	31 (72,0%)	
Sala educação saúde	11 (25,6%)	-	32 (74,4%)	
Acessibilidade	6 (14,0%)	11(25,6%)	26 (60,4%)	
RECURSOS MATERIAIS				**93,6%**
Mesa ginecológica.	-	1 (2,3%)	42 (97,7%)	
Foco de luz	-	-	43 (100%)	
Balança adulto	-	-	43 (100%)	
Esfingnomanômetro	1 (2,3%)	3 (7,0%)	39 (90,7%)	
Termômetro Clínico.	-	-	43 (100%)	
Estetoscópio	-	-	43 (100%)	
Sonar	-	3 (7,0%)	40 (93%)	
Fita métrica	-	-	43 (100%)	
Espéculos	-	-	43 (100%)	
Pinça cheron	1 (2,3%)	-	42 (97,7%)	
Espátula de ayre	-	-	43 (100%)	
Escova endocervical.	-	-	43 (100%)	
Lugol	-	-	43 (100%)	
Ácido acético	-	-	43 (100%)	
Lixeira com pedal	1 (2,3%)	4 (9,3%)	38 (88,4%)	
Descartex	1 (2,3%)	22 (51,2%)	20 (46,5%)	
Seringa 3 ml	-	-	43 (100%)	
Seringa 5 ml	5 (11,7%)	1 (2,3%)	37 (86%)	
Seringa 10 ml	4 (9,3%)	1 (2.3%)	38 (88,4%)	
Luva procedimento	-	-	43 (100%)	
Preservativo masc.	7 (16,3%)	3 (7,0%)	33 (76,7%)	
Preservativo fem.	20 (46,5%)	3 (7,0%)	20 (46,5%)	
APOIO DIAGNÓSTICO				**88,1%**
USG obstétrica	2 (4,7%)	22 (51,1%)	19 (44,2%)	
Papanicolau	-	5 (11,6%)	38 (88,4%)	
Teste Hep. B	1 (2,3%)	1 (2,3%)	41 (95,4%)	
Teste rápido HIV	1 (2,3%)	1 (2,3%)	41 (95,4%)	
MEDICAMENTOS				**40,7%**
Adrenalina	37(86%)	-	6(14%)	
Soro Fisiológico	1(2.3%)	1(2.3%)	41(95,4%)	
Fenergan	38(88,4%)	-	5 (11,%)	
PROCESSO ORGANIZACIONAL E REGISTRO				**77,9%**
Referência	1(2,3%)	-	42(97,7%)	
Contrarreferência	32 (74.4%)	5 (11,6%)	6 (14%)	
Cartão gestante	1 (2,3%)	2 (4,7%)	40 (93%)	
Ficha perinatal	-	1 (2,3%)	42(97,7%)	

Fonte: Dados da Pesquisa Direta

A avaliação das UBS no controle da sífilis em gestantes perpassa, necessariamente pela avaliação de variáveis que devem estar presentes durante o pré-natal, porém é importante ressaltar questões específicas, que quando não atendidas, inviabilizam o acompanhamento adequado de sífilis em gestantes.

A tabela 2 apresenta as variáveis específicas ao atendimento para o controle da sífilis em gestantes nas UBS, com uma média de 54,07%, considerada precária de acordo com os critérios estabelecidos nesse estudo. Observa-se que nenhum dos itens dessa tabela teve sua avaliação completamente atendida em todas as 43 UBS. A capacitação em sífilis nos últimos dois anos, foi totalmente atendida em 28 (65,1%) UBS, parcialmente atendida em 11 (25,6%) e em quatro foram insuficientes. O manual de sífilis ou IST estavam presentes em 21 (48,8%) UBS e faltavam em 22 (51,2%). Apenas 14(32,6%) das UBS possuíam o material educativo de sífilis de forma satisfatória, duas (4,7%) tinham, mas em quantidade insuficiente, e 27(62,7) não possuíam. Quanto aos exames de sífilis, o VDRL teve sua disponibilidade garantida em 36 (83,7%) UBS e sete dispõem de forma parcial. O teste rápido de sífilis foi considerado insuficiente em cinco UBS, parcialmente atendido em uma e totalmente atendido em 37 (86%). Nenhuma UBS possuía Penicilina Benzatina e 33 (76,7%) não possuía água destilada. A ficha de notificação/investigação de sífilis em gestantes estava disponível em quantidade suficiente, em 29 (67,4%) UBS; duas possuíam apenas uma ficha e 12 (27,9%) UBS não possuía nenhuma.

Tabela 2 – Avaliação dos itens específicos no atendimento para o controle da sífilis em gestantes nas UBS - Juazeiro do Norte- CE- 2019 (n=43).

Variáveis	Insuficiente	Parcialmente	Totalmente	Média
ITENS ESPECÍFICOS NO ATENDIMENTO PARA O CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES				**54,07**
Capacitação sífilis	4 (9,3%)	11 (25,6%)	28 (65,1%)	
Manual de sífilis ou IST	22 (51,2%)	-	21 (48,8%)	
Material educativo sífilis	27 (62,7%)	2 (4,7%)	14 (32,6%)	
VDRL	-	7 (16,3%)	36 (83,7%)	
Teste rápido sífilis	5 (11,6%)	1 (2,3%)	37 (86,0%)	
Penicilina benzatina	43 (100%)	-	-	
Água destilada	33 (76,7%)	1 (2,3%)	9 (20,9%)	
Ficha notificação sífilis gestante	12 (27,9%)	2 (4,7%)	29 (67,4%)	

Fonte: Dados da Pesquisa Direta.

A tabela 3 traz os dados referentes aos recursos humanos nas UBS de Juazeiro do Norte.

Conforme apresentado na tabela abaixo, 43 (100%) das UBS dispunham de pré-natal pelo menos uma vez por semana. No entanto, em 22 UBS (51,2%) apenas o profissional enfermeiro realiza o acompanhamento pré-natal das gestantes da área. Todas as UBS possuíam Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porém, 16 (37,2%) estão com número insuficiente, ou seja, atendem parcialmente às microáreas das equipes. Todas as UBS contavam com profissional técnico de enfermagem. Os recursos humanos tiveram classificação precária, com média de 74,94%.

Tabela 3 - Avaliação dos recursos humanos nas UBS de acordo com o nível de adequação - Juazeiro do Norte- CE- 2019 (n=43).

Variáveis	Insuficiente	Parcialmente	Totalmente	Média
RECURSOS HUMANOS				74,94%
Pré-natal 1x/sem	-	-	43(100%)	
Médico e Enfermeiro pré-natal	-	22 (51,2%)	21(48,8%)	
ACS	-	16 (37,2%)	27(62,8%)	
Técnico de Enfermagem	-	-	43(100%)	
Capacitação anafilaxia	32 (74,4%)	5 (11,6%)	6 (14,0%)	

Fonte: Dados da Pesquisa Direta

A tabela seguinte apresenta o teste de comparação de média de uma amostra (teste *t student*).

Os dados da tabela 4 demonstram que houve associação significativa ($p<0,05$) entre a adequação das UBS com sala de administração de medicamentos, sala de atividade educativa, acessibilidade, médico e enfermeiro na realização do pré-natal, ACS, capacitação de sífilis, capacitação em anafilaxia, descartex, preservativo masculino, preservativo feminino, manual de sífilis ou IST, material educativo sobre sífilis, ultrassonografia obstétrica, adrenalina, fenergan, água destilada, contrarreferência e ficha de notificação de sífilis.

Tabela 4 – Teste de comparação de média de uma amostra (teste *t student*) - Juazeiro do Norte- CE- 2019 (n=43)

Variáveis	*T*	*p*- valor
ESTRUTURA FÍSICA		
Consultório	-1,000	,323
Farmácia	-1,000	,323
Pia no consultório.	-2,858	,007
Sala administração de medicamentos	-4,032	,000
Sala educação saúde	-3,800	,000
Acessibilidade	-5,240	000
RECURSOS HUMANOS		
Médico e Enfermeiro no pré-natal	-6,633	,000
ACS	-4,989	,000
Capacitação sífilis	-4,743	,000
Capacitação anafilaxia	-16,093	,000
RECURSOS MATERIAIS		
Mesa ginecológica.	-1,000	,323
Esfingnomanômetro	-2,075	,044
Sonar	-1,775	,083
Pinça Cheron	-1,000	323
Lixeira com pedal	-2,351	,024
Descartex	-6,950	,000
Seringa 5ml	-2,610	,013
Seringa 10ml	-2,351	,024
Preservativo masc.	-3,568	,001
Preservativo fem.	-6,950	,000
Manual de sífilis ou IST	-6,633	000
Material educativo sífilis	-9,327	,000
APOIO DIAGNÓSTICO		
VDRL	-2,858	,007
USG obstétrica	-7,284	,000
Papanicolau	-2,351	,024
Teste Hep. B	-1,431	,160
Teste rápido sífilis	-2,549	,015
Teste rápido HIV	-1,431	,160
MEDICAMENTOS		
Adrenalina	-16,093	,000
Soro Fisiológico	-1,431	,160
Fenergan	-17,866	,000
Água destilada	-12,596	,000
PROCESSO ORGANIZACIONAL E DE REGISTRO		
Referência	-1,000	323
Contrarreferência	-16,093	000
Cartão gestante	-1,775	083
Ficha perinatal	-1,000	323
Ficha notificação de sífilis gestante	-4,503	,000

Fonte: Dados da Pesquisa Direta.

5.2 Avaliação do componente resultado

O componente resultado será apresentado conforme os dados e indicadores do SINAN e do SINASC do município de Juazeiro do Norte no ano de 2018.

Esses dados apresentam os números de casos absolutos e indicadores de sífilis em gestantes e sífilis congênita, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5 - Variáveis de resultado - Juazeiro do Norte – CE- 2018.

Variáveis	
Número de casos notificados de sífilis em gestantes	80
Número de casos notificados de sífilis congênita	77
Número de casos de sífilis notificados nas UBS	00
Número de casos de nascidos vivos	4238
Taxa de detecção de sífilis em gestantes	18,9
Taxa de incidência de sífilis congênita	18,1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte

De acordo com a tabela 5, pode-se perceber que no ano de 2018, nenhum caso de sífilis foi notificado em Unidade Básica de Saúde. A taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 18.9 e a taxa de incidência de sífilis congênita no foi de 18.1.

6 DISCUSSÃO

6.1 O componente estrutura

Diversos autores relacionam uma adequada estrutura física dos serviços de saúde com a qualidade do serviço prestado (TURCI; COSTA; MACINKO, 2015). No entanto, alguns questionam, essa relação como Oliveira et al. (2014); Guimarães et al. (2018); ou relatam que é necessária uma tríplice avaliação, conforme propõe a tríade de Donabedian (1990), composta por estrutura, processo e resultado.

Ribeiro Filho (2016) relata que, apesar da estrutura disponível ter relação significativa no resultado do serviço prestado e ser primordial para que o profissional realize uma boa assistência, uma boa estrutura não garante que o mesmo a utilize e/ou o execute de forma correta.

Para Calou (2018), mesmo uma boa estrutura não sendo suficiente para garantir uma assistência em saúde de qualidade, pode ser considerada um pré-requisito favorável à melhoria da qualidade do cuidado e das práticas profissionais, viabilizando que tais práticas sejam embasadas em evidências científicas, assegurando assim, maiores benefícios aos pacientes.

Embora nesse estudo não tenha sido avaliada a relação entre estrutura adequada e qualidade do atendimento, compreende-se que um dos pontos críticos para uma boa atenção perpassa por adequada estrutura, não somente física, mas de recursos humanos e materiais, bem como, exames de apoio diagnóstico, medicamentos e outros componentes essenciais a uma rede de assistência.

A dimensão da estrutura, refere-se às condições sob as quais a assistência é prestada. Incluem-se na estrutura, os recursos materiais e equipamentos; os recursos humanos, como a quantidade, variedade, qualificação profissional e pessoal de apoio; as características organizacionais, como por exemplos a organização da equipe de saúde, a presença de funções de ensino e pesquisa e outros (OLIVEIRA et al., 2014).

A avaliação geral das 43 UBS mostrou, na sua maioria (33), classificação satisfatória, ao atingirem um percentual de pontuação geral entre 75% a 89%. No entanto, oito unidades tiveram classificação precária, com pontuação que variou entre 50% a 74,9%. Duas UBS tiveram pontuação acima de 90% e foram consideradas ótimas. Nenhuma foi avaliada como precária.

Turci; Costa; Macinko (2015), ao pesquisarem sobre a influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, encontraram que a maioria das unidades básicas possuía quatro ou mais equipes da ESF; 89,3% das unidades básicas possuíam suprimento adequado de medicamentos, 71,1% possuíam equipamentos e insumos adequados às suas funções, 85,9% contavam com um profissional médico pelo menos 30 horas por semana e 79,9% das equipes possuíam pelo menos da metade dos profissionais com treinamento em saúde da família.

Infelizmente, essa não é a realidade encontrada em todas as UBS do país. No Brasil, a rede básica de atenção à saúde tem sido avaliada por vários estudos e os resultados refletem uma estrutura inapropriada das UBS (BOSQUAT et al., 2017; NEVES et al., 2018; SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017).

Recentemente, Guimarães et al. (2018) identificaram, em todo o Brasil, baixos percentuais da adequação da estrutura física das UBS, uma vez que apenas 26% das unidades apresentam-se adequadas e 31% parcialmente adequadas, ou seja, em um universo de 100%, quase metade das unidades pesquisadas não oferece estrutura ideal. As desigualdades regionais, principalmente no acesso, foram expressivas e reforçam a necessidade do fortalecimento de políticas públicas que objetive diminuí-las e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população.

A respeito das diferenças de cada região, esse estudo, embora tenha sido desenvolvido em apenas um município, mostra particularidades que podem estar relacionados às diferenças entre determinadas áreas, uma vez que, o Distrito I (formado essencialmente por pequenos povoados, vilas e sítios) e o Distrito VII (formado por equipes de área carente) foram os que tiveram piores resultados, com os maiores índices de avaliação precária no município.

Com algumas particularidades em alguns Distritos, percebe-se, no entanto, que no geral, todos eles possuem na sua maioria, UBS satisfatórias e ao considerar a média de avalição por distrito, todos são satisfatórios.

Em 2017, o PMAQ - 3° ciclo avaliou 67 Equipes de Saúde da Família e 06 equipes de NASF, do município de Juazeiro do Norte. As equipes de Saúde da Família foram classificadas em: ótimo (1), muito bom (17), bom (38) e regular (11). Já as do NASF tiveram as seguintes classificações: ótimo (1), muito bom (1), bom (3) e insatisfatório (1) (BRASIL, 2019b). Apesar de tratar-se de uma avalição mais ampla, com instrumento, que além da estrutura, avalia processo de trabalho,

planejamento, diversos indicadores e outros itens, os resultados demonstram semelhança, aos encontrados atualmente. Ressalta, no entanto, que no caso do PMAQ a avalição é feita por equipe de saúde da família e não por UBS, como nesse estudo. Esses resultados representam maior incentivo financeiro ao município, para que a gestão invista em equipamentos e melhoria do serviço de atenção básica, além de gratificação aos profissionais das equipes.

De acordo com Bousquat et al., (2017) a análise mais aprofundada dos dados gerados pelo PMAQ é essencial para mostrar como se encontra a atenção primária à saúde do Brasil, possibilitando reconhecer dificuldades para sua execução e apoiar às políticas de saúde.

Pressupõe-se que os estudos avaliativos, mesmo sendo desenvolvidos em distintas áreas de assistência e em serviços que atendem diferentes níveis de atenção refletem, em sua maioria, a realidade do serviço, sejam demonstrando os obstáculos encontrados e/ou suas competências e conquistas.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde relaciona-se a diferentes fatores como: estrutura física; entendimento dos profissionais sobre as muitas carências do usuário; capacitação dos profissionais; relação entre profissionais e usuários; interação com a família; compreensão sobre a aplicabilidade de políticas públicas nos serviços e integração da rede de atenção primária à saúde, de acordo com os princípios do SUS (OLIVEIRA et al., 2014).

Realizada em Lavras da Mangabeira – CE, a avaliação do pré-natal, demonstrou a precariedade e a insuficiência das unidades de saúde, refletindo que o componente da estrutura tem fragilidades e que o município possui condição desfavorável para oferecer uma assistência de qualidade. Os únicos critérios classificados como ótimos e satisfatórios foram os instrumentos de registros e recursos materiais. Nesse sentido, é preciso que haja meios para reestruturação e reorganização do serviço, através de mudanças estruturais das unidades básicas de saúde, compromisso da gestão na aplicabilidade dos recursos e qualificação profissional (RIBEIRO FILHO, 2016).

Estudo realizado em três Maternidades, habilitadas pela Rede Cegonha do Ceará, aponta que tais instituições não atendem aos padrões de qualidade nas estruturas física e organizacional, essencialmente, nos aspectos relacionados aos recursos físicos e recursos materiais, como equipamentos e medicamentos. Destaca-se que os recursos físicos apresentaram uma avaliação muito baixa,

porém, os recursos humanos encontravam-se adequados em todas as maternidades avaliadas, repercutindo positivamente no grau de satisfação materna (CALOU, 2018). Esses dados divergem dos encontrados nesse estudo, onde os recursos materiais tiveram classificação ótima, a estrutura física satisfatória e os recursos humanos, classificação precária. Essa divergência pode está relacionada ao fato de serem serviços de saúde com diferentes níveis de complexidade.

Ao reportar a respeito dos investimentos e aprimoramentos para a atenção básica, autores destacam o PMAQ, o Programa de requalificação da UBS e Programa Mais Médicos, os quais permitem maiores ganhos em saúde e acesso mais oportuno para a população brasileira, enfrentando problemas frequentes, como a infraestrutura precária em várias UBS; a escassez de recursos humanos, principalmente médicos; e a ausência de uma cultura avaliativa (PINTO; GIOVANELLA, 2018; GIOVANELLA et al., 2016).

Outra questão que merece destaque em relação aos equipamentos disponíveis que garantam o direito à saúde, diz respeito ao acesso da população a uma assistência farmacêutica, sejam relacionados aos medicamentos, imunobiológicos ou outros insumos.

Segundo Alvarês et al. (2017), o acesso da população brasileira aos medicamentos continua sendo um desafio para o SUS uma vez que não ocorre de forma universal, equânime e resolutiva. Essa barreira decorre principalmente pela baixa disponibilidade de medicamentos essenciais em serviços de saúde pública. A garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da atenção primária à saúde, que se caracteriza como porta de entrada no SUS e é parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção de algumas das doenças que mais acometem a população.

Estudo realizado no setor público identificou problemas com a disponibilidade física, obtenção ou falta de medicamentos. A assistência farmacêutica, na perspectiva do usuário, demonstrou baixos níveis de disponibilidade de medicamentos na atenção primária à saúde. Os dados mostraram que 59,8% dos participantes da pesquisa não tinham acesso total aos medicamentos no SUS. O acesso de forma parcial e ausência de acesso aos medicamentos corresponderam respectivamente a 35,9% e 4,3% dos usuários entrevistados. Em relação à capacidade aquisitiva, 13% relataram que deixavam de comprar algo importante para cobrir gastos referentes à sua saúde (ALVARES et al., 2019).

Esses achados convergem com a falta de medicamentos nas UBS do município avaliado. Apesar do *checklist*, referente a esse quesito, possuir uma lista restrita formada por adrenalina, soro fisiológico, fenergan, penicilina benzatina e água destilada, nenhuma UBS dispunha de todos esses medicamentos. Assim, esperava-se uma melhor adequação nesse quesito, uma vez que a lista era limitada a alguns medicamentos utilizados em casos de urgência e para o tratamento da sífilis.

6.2 Recursos necessários à assistência às gestantes e ações de controle da sífilis durante a gravidez

As ações de controle da sífilis em gestantes perpassam necessariamente pelo cuidado durante o pré-natal, sejam relacionadas a uma estrutura mínima de equipamentos, exames e medicamentos, bem como a capacidade dos profissionais de saúde, incluindo suas condições de trabalho e capacitação permanente, para oferecer um atendimento com dignidade e qualidade na atenção básica. Por isso, não há como desvincular essa relação: atenção básica; pré-natal e ações de controle da sífilis.

Dentre os cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, entre eles, a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças. Está confirmado que através da implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, esses cuidados podem salvar vidas. Durante a fase crítica das mulheres, os cuidados durante a gestação tornam-se uma oportunidade para comunicar e apoiar às mulheres, às famílias e às comunidades (WHO, 2016).

A avaliação da assistência no período gestacional, é uma poderosa ferramenta para conhecer os avanços e as fragilidades existentes nas redes de saúde, contribuindo para a promoção da saúde, servindo de subsídios para o planejamento e implementação de medidas que busquem diminuir a morbidade e mortalidade materna e neonatal (QUEIROZ; OLIVEIRA; SOARES, 2015)

Estudos internacionais, Garcês et al. (2017), Sheng Chen et al. (2015) e nacionais, Beck; Souza, (2017), Janssen (2016), apontam obstáculos na condução do pré-natal, relacionados a diferentes fatores. Ao realizarem uma pesquisa com as 306 pessoas responsáveis pelo atendimento da gestante na Colômbia, Garcês et al.

(2017), identificaram que há lacunas no planejamento, gestão, implementação, conhecimento e treinamento em programas de prevenção para transmissão mãe-filho da sífilis e do HIV. Entre as falhas, está a escassez das atividades de pesquisa e educação direcionadas ao pessoal de saúde. Os autores observaram que apenas 5% da equipe de entrevistados participaram de trabalhos de pesquisas relacionadas à prevenção de transmissão mãe-filho de sífilis e HIV nos dois anos anteriores. Além disso, nos dois anos anteriores, mais da metade dos entrevistados não recebeu cursos direcionados à prevenção de saúde materna e infantil, testes de rápidos de HIV ou manejo de infecção sexualmente transmissível.

Percebeu-se no presente estudo que ao considerar a estrutura das UBS de forma geral, a avaliação foi satisfatória na maioria das UBS, no entanto ao detalhar as ações específicas no controle de sífilis, encontram-se fragilidades e inadequações em vários pontos.

Em relação ao acompanhamento da sífilis e HIV, os serviços de atenção básica de São Paulo, refletiram que durante o pré-natal, o diagnóstico é prejudicado pela inadequação na oportunidade de coleta de exames. O tratamento dos casos encontra limitações pela pouca adoção da abordagem sindrômica e predomínio do acompanhamento somente após confirmação diagnóstica, necessitando assim de maior especialização profissional. O uso de preservativo e a testagem sorológica são aconselhados frequentemente, todavia, há dificuldade na disponibilidade de medicações para IST e aplicação de penicilina benzatina (NASSER et al., 2017).

A respeito do preservativo feminino, Marfatia; Pandya; Mehta (2015) relatam que o mesmo é menos acessível que o masculino, dispendioso e não está facilmente disponível. Tem menor aceitabilidade, pois a inserção é difícil com a não aceitação pelo parceiro masculino. Em países onde a alfabetização das mulheres é baixa, como a Índia, é difícil obter e de usar. Algumas desvantagens do preservativo feminino estão relacionadas ao fato de serem relativamente mais caros do que o preservativo masculino. Além disso, apresentam dificuldades de inserção, remoção e penetração, insatisfação no ajuste, desconforto ou dor durante a relação sexual.

Foram observadas algumas dessas dificuldades também em Juazeiro do Norte, onde a maioria das UBS não disponibilizam preservativos femininos e foi relatado por muitos profissionais que as mulheres têm resistência quanto ao uso.

Todos os esforços devem ser feitos no sentido de melhorar os indicadores da sífilis, principalmente sífilis em gestante e congênita. A educação permanente de

todos os profissionais é um dos fatores decisivos pra essa condição, e segundo o instrumento de avaliação do PMAQ, deve ser realizado em pelo menos a cada ano.

Para conseguir alcançar as metas de triagem e tratamento da sífilis é preciso oferecer treinamento de maneira frequente ao pessoal de saúde que cuida de mulheres grávidas. Se não houver um conhecimento atualizado dos algoritmos de diagnóstico da sífilis, do tratamento com penicilina e do uso de testes diagnósticos rápidos, a implementação ideal do programa de controle é praticamente impossível (LAZARINI; BARBOSA, 2017; GARCÊS et al., 2017).

Cardoso et al. (2018), ao realizarem uma pesquisa, observaram que apesar da grande parte das mulheres terem sido diagnosticadas durante o pré-natal, a ocorrência da sífilis congênita revelou que, possivelmente, o acompanhamento não tenha sido de qualidade. É possível que, mesmo quando o diagnóstico tenha sido durante o pré-natal, a maioria, aconteceu em um período tardio, já que muitas notificações foram feitas entre o segundo e terceiro trimestres de gravidez. Assim, acredita-se ser importante que os órgãos responsáveis pela saúde invistam efetivamente na capacitação dos profissionais, no sentido de melhorar a quantidade e a qualidade dos registros.

Estudos desenvolvidos no Brasil mostram que os profissionais de saúde apresentam conhecimentos inadequados ou insuficientes sobre o manejo da sífilis da gravidez (BONI; PAGLIARI, 2016; CARDOSO et al., 2018; LAZARINI; BARBOSA, 2017)**.** Entre as causas dessa realidade está a falta de capacitação para os profissionais de saúde da atenção básica (BECK; SOUZA, 2017). As limitações de capacitações para os profissionais da ESF também foram observadas nesse estudo, visto a maioria dos profissionais das UBS foi capacitada para as ações de sífilis, todavia, poucos profissionais receberam capacitação sobre anafilaxia.

É necessário além de capacitações para os profissionais da ESF, compromisso destes com a prevenção e o controle da sífilis e consequentemente com a melhoria dos indicadores de saúde. Por isso, pesquisas e outros esforços devem continuar, visando controlar, tratar e, eventualmente, eliminar a sífilis congênita em todo o mundo (RODRIGUES et al., 2016; COOPER et al., 2016).

Possivelmente, uma das realidades que pode ser melhorada a partir de capacitação dos profissionais diz respeito ao tratamento da sífilis com penicilina benzatina, tanto em relação à dose preconizada para cada caso, como à importância da aplicação da injeção nas UBS e conduta frente aos casos de reações. Todavia,

apesar de importante, as capacitações por si só, não serão suficientes se as UBS não dispuserem de equipamentos e medicamentos necessários à correta condução dos casos.

Segundo Brasil (2018), apesar de outros antibióticos terem sidos usados para tratamento de sífilis em adultos, estes não são recomendados no período da gestação, devido à toxicidade ao feto, ou por não atravessarem a barreira placentária. Além disso, há casos de resistência do *Treponema pallidum* aos antibióticos macrolídeos. Em relação ao uso de ceftriaxona, não existem estudos controlados em gestantes que tenham determinado a eficácia desse tratamento para o feto, portanto, não é uma medicação recomendada para o tratamento de sífilis na gravidez.

Estudo realizado em Fortaleza evidenciou falha no acompanhamento da infecção de sífilis nas gestantes, uma vez que os casos classificados como latentes, terciários ou ignorados não tiveram a dose de penicilina benzatina prescrita em sua totalidade, ou seja, 7.200.000UI. O tratamento foi classificado inadequado ou não realizado na maioria das vezes, representando mais de 85% dos casos (CARDOSO et al., 2018).

Ao avaliar os indicadores de sífilis do ano de 2017, observa-se que 87% das gestantes diagnosticadas, receberam a prescrição de penicilina benzatina. Algumas (3,7%) receberam prescrição de outras drogas, 3,7% não receberam nenhuma prescrição de tratamento e 5,6% tiveram prescrição ignorada (BRASIL, 2019c). Por tratar-se de tratamento direcionado à gestante, esses dados são preocupantes, visto que a única droga comprovadamente eficaz, nesse caso, é a penicilina benzatina.

A situação das UBS de Juazeiro do Norte denuncia um problema grave para o tratamento e, consequentemente, controle da sífilis: a falta de penicilina benzatina em todas as UBS, além da falta de medicamentos de urgência na maioria, e a pouca oferta de capacitação aos profissionais para atender aos casos de sífilis e de reações à penicilina. Esses dados convergem com o estudo que constatou que a maioria dos profissionais responsáveis pela prevenção de transmissão mãe-filho da sífilis e do HIV, não recebeu capacitação sobre a conduta para dessensibilização, em casos de mulheres grávidas alérgicas à penicilina. O mesmo estudo constatou ainda que o treinamento sobre o uso de testes diagnósticos rápidos e seus controles qualidade apresentou-se de forma limitada, visto que 71% dos entrevistados

relataram não ter recebido nenhum tipo de informação sobre esse assunto (GARCÊS et al., 2017).

A problemática da falta de controle da sífilis reflete as fragilidades e dificuldades dos serviços de saúde em oferecer uma atenção baseada nas recomendações do MS, sejam por questões estruturais ou ligadas à falta de capacitações dos profissionais para um processo de trabalho efetivo e de qualidade.

Brasil (2011), através da Portaria 3161 de 27 de dezembro de 2011 determina que nas situações que tem seu uso indicado, a penicilina, deve ser administrada em todas as unidades da Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela equipe de enfermagem, médico ou farmacêutico. Quando ocorrer reações anafiláticas, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências da Atenção Básica à Saúde.

O esquema de tratamento com penicilina adequado para o estágio da infecção deve ser feito nas gestantes, e caso alguma dose da terapia não seja administrada, o esquema completo de tratamento deve ser repetido. Em caso de histórico de alergia à penicilina, essas devem ser dessensibilizadas e tratadas com penicilina (COOPER et al., 2016).

Segundo Brasil (2018), embora não haja tanto temor quanto ao uso ou consumo, muitos medicamentos frequentemente prescritos e utilizados na prática clínica diária, como por exemplos os anti-inflamatórios não esteroidais e alimentos como nozes, frutos do mar, corantes e outros, têm maior probabilidade de anafilaxia. É lamentável que o medo de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a raríssima reação anafilática, contribua para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas infectadas por sífilis, facilitando a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive, seu desdobramento mais triste, a sífilis congênita.

De acordo com Macy (2014; 2017) nos Estados Unidos, 8% das pessoas que procuram assistência médica relatam que têm alergia à penicilina. No entanto, menos de 10% das pessoas que referem alergia à penicilina são verdadeiramente alérgicas quando submetidas a uma investigação adequada com testes cutâneos. Dessa forma, esse superdiagnóstico de alergia a uma pessoa que verdadeiramente não possui, traz consequências e acarreta alto custo do tratamento para os pacientes e para o sistema de saúde.

O diagnóstico da alergia à penicilina é principalmente atribuído às crianças, ao apresentarem exantema não alérgico. Uma alergia ligada à penicilina está relacionada a um pior resultado clínico, a custos econômicos mais avultados e, consequentemente, a um impacto negativo, sob o ponto de vista clínico e/ou económico do sistema de saúde. Dessa forma, é primordial proceder a um correto diagnóstico de alergia aos fármacos, tendo por base não somente a história clínica mas também, sempre que possível, testes confirmatórios (PINTO; PEREIRA; FONSECA, 2017).

A adrenalina é a droga de escolha para tratamento da reação de anafilaxia e deve ser administrada por via intramuscular ou subcutânea. A dose para adultos é de 0,3ml-0,5ml podendo ser repetida a cada 15 minutos, de duas a três vezes. Para crianças, a dose é 0,01mg/kg (BRASIL, 2012c; 2018a).

A respeito dos testes sorológicos da sífilis, autores destacam a importância dos testes rápidos para diagnóstico e o tratamento da sífilis, seja durante o pré-natal, para da gestante e seu concepto ou em qualquer oportunidade de atendimento à mulher e dos suas parcerias sexuais, independente do motivo que a levou a procurar o serviço de saúde (CARDOSO et al., 2018; ARAÚJO; MONTE; HABER, 2018).

Em 2018, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará lançou um manual de condutas assistenciais que determina que o exame de sífilis, seja por teste rápido ou VDRL, deve ser realizado no primeiro, segundo e terceiro trimestre de gravidez (SOUSA et al., 2018). Todavia, o Ministério da Saúde recomenta que na gravidez, os testes de sífilis e de HIV devem ser realizados no primeiro e terceiro trimestre. (BRASIL, 2018).

Durante a gravidez, é mandatória a realização de sorologias e testes rápidos para sífilis e HIV. Essa conduta é fator decisivo para o diagnóstico e o tratamento precoces da gestante e para a adoção de medidas de intervenção que impactem na redução da transmissão vertical dessas infecções sexualmente transmissíveis. Uma atenção ampla e de qualidade, com o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo hábil, é a ação que mais produz efeitos para o controle da sífilis (ARAÚJO; MONTE; HABER, 2018; RODRIGUES et al., 2016).

É de extrema importância a adequação dos insumos necessários para o diagnóstico e tratamento oportuno das infecções sexualmente transmissíveis nas unidades, especialmente em gestantes, para evitar a transmissão vertical destas doenças. Dessa forma, a disponibilidade dos testes rápidos para sífilis e HIV, e do

medicamento penicilina benzatina em todas as unidades deve ser garantido permanentemente (JANSSEN, 2016).

A lentidão do processo de implantação do teste rápido de sífilis ocorre, principalmente, por ausência de infraestrutura e de recursos humanos e dificuldade na elaboração de um fluxo de trabalho adequado, no caso de paciente com teste rápido reagente (NASCIMENTO et al., 2018).

Dados de estudo internacional mostram que em vários países, principalmente em regiões mais pobres, há dificuldade de triagem da sífilis para gestantes. Na Índia, mais de 90% das mulheres grávidas não foram testadas para sífilis e somente metade de todas as mulheres soropositivas foi tratada. Na Nigéria, dois terços das que fizeram pré-natal, não foram rastreados quanto à sífilis e três quartos das soropositivas não receberam tratamento. Na Zâmbia, apesar do tratamento está disponível para todas as mulheres que realizavam o pré-natal, menos de 50% realizaram o exame (SHENG CHEN et al., 2015).

Em estudo desenvolvido no Pará, na Estratégia Saúde da Família, os segundos exames para rastreio de sífilis e HIV não foram realizados pela maioria das gestantes, demonstrando uma baixa adesão à recomendação do MS no cuidado pré-natal. Assim, é imprescindível melhorar a qualidade do pré-natal no que diz respeito à realização desses exames, visando à prevenção da transmissão vertical das duas doenças (ARAÚJO; MONTE; HABER, 2018).

É importante que os serviços possuam oferta de exames laboratoriais em quantidades suficientes e no caso de gestantes, é essencial que não seja perdida a oportunidade de realizar os testes rápidos na própria UBS. O presente estudo aponta que a maioria das UBS possuem testes rápidos de sífilis, HIV e Hepatite B em quantidades suficientes. Assim, se depender da disponibilidade de exames, possivelmente a grande parcela das gestantes que são acompanhadas nessas UBS, realizam os exames em momento oportuno. Porém, destaca-se que o VDRL, que é um exame essencial para acompanhar as titulações das gestantes com sífilis, foi o que teve menor disponibilidade. Outra questão a ser pontuada, é em relação à demora dos resultados dos exames, que muitas vezes acaba postergando o tratamento ou mesmo impossibilitando a realização em tempo correto.

Em estudo que buscou avaliar a importância dos exames laboratoriais para a qualidade do pré-natal foi observado que apesar, da assistência pré-natal ter sido satisfatória, houve grande falha na triagem para sífilis, uma vez que não tinha

registro de VDRL após a 30ª semana. Tal realidade é preocupante, dada a gravidade da doença e seus efeitos sobre a saúde da criança. Essa situação justifica a necessidade de uma discussão entre profissionais de saúde, gerentes de serviços e comunidade, buscando resolver essa fragilidade do pré-natal, melhorando a qualidade dessa atenção, revertendo os indicadores perinatais adversos e reduzindo as doenças e as mortalidades materna e infantil (QUEIROZ; OLIVEIRA; SOARES, 2015).

O fato das gestantes não realizarem o segundo exame de sífilis durante o pré-natal pode contribuir para a não revelação dos casos que poderiam ser tratados e, consequentemente, reduzir a incidência de sífilis congênita. Outra questão é que, muitas vezes, a sífilis é silenciosa, com pouco ou nenhum sintoma, dificultando o diagnóstico, dando a falsa impressão de saúde (ARAÚJO; MONTE; HABER, 2018).

A assistência da atenção básica, não somente no controle da sífilis, deve reunir saberes das diversas categorias profissionais e de diferentes áreas, de maneira que um plano de cuidado seja construído e efetivado de forma interdisciplinar, buscando assim uma atenção integral e de qualidade. O *checklist* aplicado nas UBS não especifica a disponibilidade de profissionais do NASF, mas foi possível, através da técnica de observação, verificar que todas elas possuem essa equipe de apoio.

Nesse contexto da integralidade e dos princípios organizacionais da atenção primária à saúde, a rede de atenção à saúde (RAS) precisa ser resolutiva e estar articulada em todos os níveis de atenção. Para Mendes (2015), a falta de comunicação entre a atenção primária e os outros serviços e as barreiras de acesso aos serviços especializados são reflexos de uma coordenação da atenção primária debilitada ou mesmo ausente, sendo um dos problemas mais agudos dos sistemas de saúde. A não adequação desse princípio vai de encontro ao que foi evidenciado nessa avaliação. Praticamente todas as UBS mostram-se com dificuldades ao que concerne à contrarreferência de gestantes.

A falta de disponibilidade e a dificuldade de comunicação com especialistas foram apontadas por médicos de uma unidade de saúde da família do estado de São Paulo, como uma das dificuldades em dar seguimento aos pacientes que necessitavam ser encaminhados para outros pontos de atenção. Foi constatado que referência e contrarreferência dificilmente ocorrem, sendo esta última, quase inexistente. As informações, nesse caso, são trazidas pelos próprios pacientes e

sem uma informação formal do serviço, refletindo assim, uma cultura de pouca comunicação entre os diferentes níveis de atenção (GASPARINI; FURTADO, 2019).

6.3 Recursos humanos das Unidades Básicas de Saúde

Ao avaliar os recursos humanos das UBS, faz-se necessário tecer considerações a respeito da Portaria Nacional da Atenção Básica (PNAB) e de programas governamentais que buscam fortalecer a atenção básica.

Nesse sentido e fazendo uma análise sobre a última PNAB, publicada em 2017, autores destacam que essa portaria represente um retrocesso em relação à transformação do modelo de atenção conquistada pela Estratégia Saúde da Família, uma vez que fortalece atendimento de queixa-conduta e oferece condições para a expansão de outros modelos de atenção tradicional. Como exemplo, têm-se essencialmente, mudanças nas regras de composição profissional e de distribuição da carga horária dos trabalhadores nas equipes de atenção básica, sem a presença do Agente Comunitário de saúde e permitindo cargas horárias dos profissionais de apenas dez horas semanais, inviabilizando efetivação dos atributos da atenção primária à saúde e o trabalho em equipe (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Dessa forma, a nova PNAB fragiliza a ESF ao possibilitar outras modalidades de equipes de atenção básica.

Os Agentes Comunitários de Saúde, elo entre a comunidade e os outros profissionais da equipe, apareceram em número reduzido em muitas UBS avaliadas nesse estudo, evidenciando que existem microáreas sem profissional responsável por ações essenciais, principalmente as de vigilância à saúde na comunidade.

A falta de obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de Saúde na composição mínima das equipes de atenção básica representa um retrocesso da PNAB 2017, em relação às demais. A presença desse trabalhador e a continuidade das ações por ele desenvolvidas jamais estiveram tão em risco (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Nas UBS avaliadas foi observado que em quase cinquenta por cento delas havia a falta de profissional médico, reforçando o dilema vivido diariamente no Brasil, principalmente nesses serviços e justificando a necessidade de políticas e estratégias que visem equacionar a disponibilidade desses profissionais à demanda existente. Outro ponto a ser destacado, refere-se ao fato de que na maioria das

UBS, apenas o enfermeiro realiza o acompanhamento pré-natal, dificultando assim o manejo da sífilis em gestantes e ferindo o princípio da integralidade e do trabalho em equipe.

Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, o Brasil contava, em janeiro de 2018, com 452.801 médicos, correspondendo à razão de 2,18 médicos por mil habitantes. A proporção de médico/1.000 habitantes constatada no Brasil é menor do que em outros países latino-americanos com condições socioeconômicas semelhantes ou países que têm sistemas universais de saúde, como por exemplo: Canadá 2,7; Reino Unido 2,7; Argentina 3,2; Uruguai 3,7; Portugal 3,9; Espanha 4,0 e Cuba 6,7 (SCHEFFER, et al., 2018; MORAIS et al., 2017).

A dificuldade para fixação do profissional médico nas Equipes de Saúde da Família é um problema frequente e que vem desde a concepção do programa, na década de 1990. Para Giovanella et al. (2016), as diferenças entre a oferta e a procura por médicos, essencialmente em determinadas regiões do país, dificultam a composição das equipes e contribuem para elevada rotatividade desses profissionais.

Um fato a ser considerado é a discrepância da quantidade de médico por habitante nas diferentes regiões do Brasil. A desigualdade da distribuição de médicos, mesmo dentro do mesmo Estado é algo que vem sendo apontado como justificativa para novos projetos que visem equilibrar essas diferenças. Tal realidade é apresentada pelo Conselho Federal de Medicina, ao apontar que as capitais das 27 unidades da federação possuem 23,8% da população e 55,1% dos médicos. (SCHEFFER, et al., 2018).

Buscando enfrentar a insuficiência e rotatividade de profissionais médicos, o governo federal criou em 2013 o Programa Mais Médicos (PMM), que oferta aporte financeiro para a provisão emergencial de médicos para equipes de atenção básica e da ESF e direciona a formação médica para a atuação em atenção primária à saúde. O programa tem entre os seus objetivos, diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, buscando reduzir as desigualdades regionais na área da saúde (GIOVANELLA et al., 2016; MORAIS et al., 2017)

Campos; Pereira Júnior (2016), destacam que entre os limites do PMM está o fato de ser um programa provisório, que depende de renovação a cada três anos; tratar-se de um contrato de trabalho precário; apesar do valor atrativo da bolsa, e a não inclusão dos demais membros da equipe no processo de supervisão dos

tutores. Por isso, há a necessidade de ampliar o olhar para além da assistência médica, buscando a interprofissionalidade e a intersetorialidade, como também de mudança dos modelos de gestão e atenção, trazendo um olhar direcionado ao da clínica ampliada e da promoção da saúde.

Recentemente, em março de 2019, o governo do Estado do Ceará publicou um decreto regulamentando o Programa Médico da Família no Ceará, que busca estimular a qualificação e valorização de profissionais da saúde no âmbito da atenção primária à saúde. A formação em serviço terá duração máxima de um ano, dar-se-á através de Curso de Pós-Graduação "*Lato Sensu*" e será oferecido pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Inicialmente, 150 médicos irão trabalhar nas comunidades de Fortaleza e receberão uma bolsa mensal no valor de R$ 11.865,00 (CEARÁ, 2019).

Apesar do entendimento de que uma das grandes dificuldades da atenção básica diz respeito à falta de disponibilidade de profissionais médicos, urge a necessidade de políticas amplas, visando investimentos à infraestrutura, a uma qualificação, sensibilização e valorização de toda a equipe, no sentido de garantir uma atenção integral, de qualidade, resolutiva com serviços de prevenção, tratamento e promoção da saúde, superando a fragmentação de ações e serviços de saúde, garantindo o direito à saúde em sua forma mais ampla e universal.

6.4 O componente resultado

No ano de 2018, no município de Juazeiro do Norte, foram notificados 80 casos de sífilis em gestantes e 77 casos de sífilis congênita. Esses números retratam a deficiência nas ações de controle da sífilis em gestantes, uma vez que, praticamente 100% dos casos de sífilis em gestantes, resultaram em casos de sífilis congênita.

A ocorrência de casos de sífilis congênita revela deficiências estruturais e técnicas nos serviços de saúde e representa um fracasso na terapêutica, havendo necessidade de estabelecer uma consulta com insistência na prevenção, triagem, tratamento das IST, além de procurar contatos sexuais e acompanhamento dos mesmos. Dessa forma, torna-se necessário aumentar a qualidade do controle pré-natal, em termos de quantidade e tempo por consulta, configurado como um aspecto igualmente importante do que o indicado anteriormente (OSPINA et al., 2015).

As incidências de sífilis na gestação e de sífilis congênita, em uma Região de Saúde do estado do Paraná, no ano de 2015, foram respectivamente 12,79 e 9,67 casos/mil nascidos vivos (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). Esses indicadores são inferiores aos encontrados no ano de 2018, no município estudado nessa pesquisa, o qual apresentou taxa de sífilis na gestação de 18,9 casos/mil nascidos vivos e de sífilis congênita de 18,1 casos/mil nascidos vivos. Esses dados tornam-se ainda mais alarmantes se compararmos aos dados nacionais, que em 2017 apresentou taxa de detecção de sífilis em gestantes de 8,6 e sífilis congênita de 17,2 casos/mil nascidos vivos.

De acordo com a ficha de investigação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), a definição de sífilis em gestantes se dá a partir de uma das condições descritas: 1- mulher com ausência de sintomas sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação, sem registro de tratamento prévio. 2- mulher apresentando sintomas de sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, tenha pelo menos um teste reagente treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação. 3 - mulher que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, possua teste treponêmico reagente e teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio (BRASIL, 2008). Percebe-se, a partir da definição descrita, que ainda durante o pré-natal, após resultado positivo do teste rápido de sífilis, os profissionais devem notificar o caso.

Os resultados do estudo desenvolvido por Lazarini; Barbosa (2017) com profissionais da atenção básica, em Londrina, mostraram importantes mudanças e melhorias após intervenção educativa, tanto no que diz respeito às respostas em relação ao tratamento e manejo da sífilis, quanto na detecção da sífilis em gestantes, aumentando de 68 casos notificados em 2013 para 122 em 2015. Houve ainda, a diminuição na transmissão vertical em 35% entre os anos avaliados. Os autores concluíram que a capacitação dos profissionais interferiu de forma positiva na detecção precoce da sífilis gestacional e levou a uma redução na taxa de transmissão vertical, podendo ainda, ter contribuído para a eliminação da mortalidade específica por sífilis em crianças menores de um ano entre o período avaliado.

Nessa perspectiva de detecção de casos, destacam-se como medida importante de vigilância à saúde, a notificação e investigação dos casos de sífilis, nas suas três formas: adquirida, em gestante e congênita.

Desde 2005 a notificação compulsória da gestante com sífilis no país foi instituída, através de Portaria 33 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Assim, é necessário que os profissionais estejam atentos à notificação dessas doenças. Por outro lado, deve haver disponibilidade de insumos necessários para que essa vigilância aconteça de forma efetiva.

Foi possível verificar no município estudado, que somente em algumas UBS havia fichas de notificação de sífilis em gestantes. Essa situação talvez explique, mas não justifique o fato de todas as notificações de sífilis em gestantes do município, ocorrerem apenas na Maternidade. Esses dados contrapõem-se aos encontrados em uma investigação sobre sífilis, na Colômbia, entre 2009 e 2013, quando foram notificados 316 casos de sífilis gestacional, sendo que 80% desses foram notificados no pré-natal e apenas 20% dos casos, ocorreu no momento do parto (LOAIZA; ARREDONDO; RIVAS, 2016).

Em 2017, no município avaliado, foram notificados 65 casos de sífilis em gestantes, sendo que, nove notificações foram feitas pelas Equipes de Saúde da Família, nas UBS. Nessa perspectiva, observa-se um agravamento da situação em relação a essa conduta, já que no ano de 2018, nenhuma das notificações de sífilis foi realizada nas UBS.

De acordo com Sheng Chen et al. (2015), é constatado que a estimativa da morbidade atribuível à sífilis materna em nível mundial ou regional continua apresentando-se de maneira não confiável, devido, em parte, à escassez de dados demográficos e epidemiológicos seguros e precisos em muitos países, particularmente em países com poucos recursos.

A notificação de doenças e agravos deve ser realizada no momento do diagnóstico, no caso de gestantes com sífilis, no pré-natal nas UBS. Infelizmente, o estudo não possibilitou investigar por que as fichas de notificação não estão sendo preenchidas nas UBS. Portanto, suscitam dúvidas se os casos não estão sendo notificados por falta do diagnóstico durante o pré-natal ou por falta de fichas nas UBS. Assim, torna-se importante assegurar, por meio da disponibilidade de fichas e de sensibilização dos profissionais, que o instrumento de registro seja preenchido em tempo oportuno afim de desencadear ações de vigilância à saúde.

7 CONCLUSÃO

Pela abrangência do estudo, é possível afirmar que foi apresentado um panorama geral de como se encontra a atenção básica do município, em relação às ações de controle da sífilis em gestantes, referentes ao componente de estrutura e resultado.

Segundo os objetivos propostos nesse estudo, observa-se que, ao considerar a média geral do componente estrutura, a maioria das UBS foi considerada satisfatória, todavia, apresenta diversas lacunas no que diz respeito às ações específicas de controle da sífilis para gestantes.

Ao particularizar cada categoria do componente estrutura, verifica-se que estrutura física, apoio diagnóstico e processo organizacional e de registro foram categorizadas como satisfatórios. Já os recursos materiais tiveram classificação ótima. Os recursos humanos foram avaliados como precários e os medicamentos foram considerados insuficientes.

Ao avaliar as UBS por Distrito sanitário, ficou evidenciado que dentre os oito Distritos, apenas o Distrito VI possui UBS consideradas ótimas, sendo assim o que obteve melhor classificação. Os Distritos I e VII foram os que, proporcionalmente, obtiveram pior avaliação, com 33% das suas UBS avaliadas como precárias. Seis Distritos possuem UBS em condições precárias e um distrito possui 100% das UBS satisfatórias.

Nas questões que diz respeito ao controle da sífilis em gestantes, observa-se que faltam muitos equipamentos específicos da assistência para o controle da sífilis em gestantes, principalmente, penicilina benzatina, material educativo de sífilis, manual educativo de sífilis ou de infecção sexualmente transmissível (IST), água destilada e ficha de notificação/investigação de sífilis em gestantes. Salienta-se que, no caso da penicilina, único medicamento comprovadamente eficaz para tratar a sífilis em gestantes, não estava disponível em nenhuma UBS.

O componente resultado, avaliado a partir dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita ocorridos em 2018, corraborou com a fragilidade e insuficiência dos itens específicos para o controle da sífilis em gestantes na atenção básica do município de Juazeiro do Norte.

Os números elevados de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita ocorridos em 2018 no município, associados às taxas de detecção de sífilis em

gestantes e sífilis congênita, que por sua vez estão acima da média nacional, atestam o quanto é necessário e urgente o controle da sífilis em gestantes como forma de evitar a sífilis congênita. Um fato importante e que necessita ser investigado, é a ausência de notificação de sífilis em gestantes na UBS, buscando identificar os motivos e medidas para enfrentar essa situação.

Entre as limitações desse estudo está a falta de avaliação do processo de trabalho, que por sua vez poderia esclarecer algumas indefinições, como utilização adequada dos componentes da estrutura. Além disso, seria possível estabelecer uma relação entre estrutura, processo e resultado. Outra limitação, diz respeito à ausência de instrumento padronizado para avaliar as ações de controle da sífilis em gestantes.

O fato da não avaliação de outros serviços da rede, como Central de assistência Farmacêutica, impossibilitou esclarecer se a carência dos medicamentos, com destaque para a penicilina, que faltava em todas as UBS está relacionada a não disponibilidade desse medicamento na central de distribuição do município ou está ligada à dificuldade de logística em atender à demanda de medicamentos da UBS.

Nesse sentido, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas buscando avaliar o processo de trabalho em relação às ações de sífilis em gestantes; avaliar outros equipamentos que fazem parte da rede de atenção e que tem influência sobre a estrutura das UBS, como Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e avaliar junto ao Serviço de Vigilância à Saúde do município os motivos que levam à falta de notificação de sífilis no serviço de atenção básica.

A criação de comitês de investigação de sífilis no município também é importante, como forma de monitorar os casos e fortalecer as medidas de redução e controle.

A pesquisa também apontou para a necessidade de elaboração e implementação de protocolo, melhorando assim o sistema de referência e contrarreferência.

Acredita-se ser necessário o fortalecimento de parcerias entre gestão e os níveis de atenção à saúde, no intuito de superar os desafios que a sífilis tem imposto, em especial, quando se refere a sua forma mais grave, a sífilis congênita. Não obstante, os dados da pesquisa demonstram também a necessidade de investimentos da gestão em equipamentos e serviços de apoio às UBS e às equipes

de atenção básica, além da capacitação dos profissionais para as medidas de controle da sífilis em gestantes.

.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, E. C.; MONTE, P. C. B.; HABER, A. N. C.A. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua , v. 9, n. 1, p. 33-39, mar. 2018.Disponívelem:<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217662232018000100033&lng=pt&nrm=iso>.acesso em 19 ago. 2019. http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000100005.

ÁLVARES, J; JUNIOR, A. A. G.; ARAÚJO, V. E.; ALMEIDA, A. M.; DIAS, C. Z.; ASCEF,B. O.; COSTA, E. A.; GUIBUVII, I. A.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. L.; KARNIKOWSKIX, M.G .O.; COSTA, K. S.; ACURCIO, F. A. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. **Revista Saude Publica.** 2017. Acesso em 12 de setembro de 2019. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017

BECK, E. Q.; SOUZA, M.H.T. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. **Revista on line de Pesquisa**. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.

BONI, S.M.; PAGLIARI, P.B. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná, **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 517-524, set./dez. 2016 - ISSN 1983-1870 - e-ISSN 2176-9206. Disponível em:http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/5. Acesso em 05 de setembro de 2019.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; FUSARO, E. R.; MEDONÇA, M. H. M.; GAGNO, J; VIANA, A. L. D. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Caderno de Saúde Pública**, 2017.
.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. **Manual de estrutura físicas das unidades básicas de Saúde**: saúde da família. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012.** Trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <bvsms. saude.gov.br/bvs/saúdelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 20 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. – Brasília: 2012c. 290 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/. Acesso em 21 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical.** Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução No 510/2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico – Sífilis.** Vol. 48 - Nº 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União 2017; 22 setembro. Brasília: 2017b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação da Saúde do Saúde mais perto de você- acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)- Terceiro Ciclo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

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. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 248 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, 248 p. 2019a

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria 874 de 10 de maio de 2019**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)- Certificação por equipe: terceiro ciclo**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e dados básicos de sífilis nos municípios brasileiros**. 2019c. Disponível em http://indicadoressifilis.aids.gov.br/ . Acesso em 12 de outubro de 2019.

CABRAL, B. T. V.; DANTAS, J. C.; SILVA. J. A. OLIVEIRA, D. A. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo**. Revista Ciência Plural**. Vol.3 2017. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13145. Acesso em 10 de setembro de 2019.

CALOU, C. G. P. **Maternidade segura: estrutura física e organizacional de instituições habilitadas pela Rede Cegonha.** 2018. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

CAMPOS, G. W. de S,; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2655-2663, Setembro. 2016 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000902655&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Setembro de 2019.

CARDOSO, A. R. P; ARAÚJO, M. A. L.; CAVALCANTE, M. S. FROTA, M. A. MELO, S.P. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563574, Feb. 2018. Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de Agosto de 2019.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim epidemiológico – Sífilis 19 de outubro de 2017.** Secretaria de Saúde do Estado: Fortaleza, 2017.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Boletim epidemiológico – Sífilis.** Secretaria de Saúde do Estado: Fortaleza, 2018.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Decreto governamental regulamenta Programa Médico da Família Ceará.** 20 de Março de 2019.

COOPER, J. M.; MICHELOW, I.C.; WOZNIAK. P. S.; SÁNCHEZ, P. J. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil - More progress needed. **Revista Paulista de Pediatria.,** São Paulo , v. 34, n. 3, p. 251-253, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822016000300251&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 Aug. 2019.

CRUZ, R.P.; SILVA, R. A.: SOUZA, J.P.; CRUZ, V.V.; L. C. REZENDE, Silva MONTEIRO, R. S. MACHADO, W. C. A. Acessibilidade para pessoas com deficiência na atenção básica de saúde em Três Rios, Centro Sul Fluminense **Enfermagem Brasil** 18(1):95-104 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.33233/eb.v18i1.2704. Acesso em: 29 de julho de 2019.

DONABEDIAN, A. **La dimensión internacional de La evaluación y garantia de La calidad**. Roma: Nuova Italia, 1990.

DORNELES**,** J. A. **Avaliação da atenção pré-natal na estratégia de saúde da família de Sobral.** Dissertação **(**Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Vale do Acaraú. Sobral, 2016.

GALAVOTE, H. S.; MATTOS, T.M.C.; LAIGNIER, M.R. Avaliação de Programas de saúde: um enfoque no programa saúde da família. **Revista Brasileira Pesquisa em Saúde**, Vitória, 18(1): 150-157, jan-mar, 2016

GARCÊS, J. P.; RUBIANO, L. C.; OROBIO, Y.; CASTANO, M.; BENAVIDES, E.; CRUZ, A. La educación del personal de salud: clave para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia **Biomédica**, 2017.

GASPARINI, M. F. V.; FURTADO, J. P.. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 120, p. 30-42, Mar. 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103110420190001000 30&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 18 Agosto de 2019.

GIOVANELLA L, MENDONÇA, M. H. M;/ FAUSTO, M.C.R.; ALMEIDA, P.F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J.G.; SEIDL, H. FRANCO, C.M. FUSARO, E.R.; ALMEIDA, S. Z. F. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, 2016;

GUERRA, H. Silva.; BARCELOS, T.F.; SILVA, J. M.; SANTOS, I. A. B. COSTA, C.V.; Sífilis Congênita: repercussões e desafios. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. V.46 n 3, p 194202, set. 2017. Disponível em: http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94/191. Acesso em: 29 de outubro de 2018.

GUIMARÃES, W.S.G.; PARENTE, R.C.P.; GUIMARÃES, T.L.F.; GARNELO, L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão **Cadernos Saúde Pública**, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estimativas da população**: 2017. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: http://ibge.gov.br/. Acesso em: 30 de abril de 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Conheça cidades e Estados do Brasil**: 2019. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/. Acesso em: 06 de setembro de 2019.

JANSSEN, M. **Avaliação da estrutura das unidades da saúde da família de Niterói para o atendimento ao pré-natal**, 2012-2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina. Niterói: 83 f. 2016.

JUAZEIRO DO NORTE, **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Secretaria Municipal de Saúde. Juazeiro do Norte, CE, 2018a.

JUAZEIRO DO NORTE, **Página Oficial da Prefeitura Municipal**. Juazeiro do Norte, CE, 2018b. https://www.juazeirodonorte.ce.gov.br/. Acesso em 20 de março de 2019.

JUAZEIRO DO NORTE, **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Secretaria Municipal de Saúde**.** Juazeiro do Norte, CE, 2018c**.**

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25.2017.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104116920170001003 05&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 July 2019.

LENZER, JEANNE. How Cuba Eliminated mother to chid transmission of HIV and syphilis. **BMJ**- **British Medical Journal**. Artigo em inglês. MDLINE,2016.

LOAIZA, A. R.D.; ARREDONDO, M. D.C.; RIVAS, C. D. Caracterización de la sífilis congénita y gestacional en Caldas, Colombia. **Arch Med (Manizales)** 2016; 16(2):326-4. Volumen 16 N° 2, Julio-Diciembre 2016. Disponível em: http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/articl. Acesso em: 11 de setembro de 2019.

MACY E. Penicillin and beta-lactam allergy: epidemiology and diagnosis. **Curr Allergy Asthma Rep**. 2014;14(11):476. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25216741. Acesso em 30 de julho de 2019.

MACY E, Shu YH. The effect of penicillin allergy testing on future health care utilization: a matched cohort study. **J Allergy Clinical Immunology Practice** 5(3):705-10, 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28366717. Acesso em 30 de julho de 2019.

MALHEIROS, Bruno Taranto. Metodologia da pesquisa em educação. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MARFATIA, Y. S.; PANDYA, I.; MEHTA. K. Condoms: Past, present, and future. **Indian Journal Sexually Transmitted Diseases and AIDS**. Jul-Dec; 36(2): 133–139.2015

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.193 p.

MORAIS, Y.; ALKMIN, D.; LOPES, J.; SANTOS, M. ROSA, W., MENDONÇA, A. SOUSA, M. Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa mais médicos? Artigo de revisão. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 2017.

MOROSINI, M. V. G.C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan-mar 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf. Acesso em: 08 de agosto de 2019.

NASCIMENTO, D.S.F.; SILVA, R.C.; TARTARI, D. O.; CARDOSO, E.K.; Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na Atenção Básica do SUS em um município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**. 2018. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1723. Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

NASSER, M. A.; NEMES, M. I. B.; ANDRADE, M. C.; PRADO, R. R.; CASTANHEIRA, E. R. L. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista Saúde Pública**. 51:77. 2017; Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67249591074. Acesso em: 21 de jul.2019.

NEVES, R. G. DURO, S. M. S.; MUNIZ, J.; CASTRO, T. R. P.; FACHINI, L. A.; TOMASI, E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 4, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

OLIVEIRA, C.R.T.; **Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em 13 unidades da estratégia saúde da família no município de Juazeiro do Norte-CE**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós graduação em Saúde da Família, , 2014.

OLIVEIRA, M. A. F.; CESTARI, T. Y. PEREIRA, M. O.; PINHO, P. H.; GONÇALVES, R. M. D. A.; CLARO, H. G. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p.368,378, Junho 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103110420140002003 68&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Julho de 2019.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 26, e3019, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de setembro de 2019.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903-1913, 2018.

PINTO, S. B. PEREIRA, A. M.; FONSECA, J.A. Impacto do diagnóstico de alergia a fármacos. **Revista Portuguesa Imunoalergologia**, Lisboa , v. 25, n. 4, p. 249-258, dez. 2017 Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-97212017000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 setembro de 2019.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. edição – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO FILHO, M. A. R. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na estratégia saúde da família**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Regional do Cariri-URCA. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Crato-CE, 2016.

ROCHA, R. S. **Atenção Pré-natal na rede básica de Fortaleza - CE:** uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) Centro de Ciências da Saúde/Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

RODRIGUES, A. R.; SILVA, M. A. M.; CAVALCANTE, A. E. S.;, MOREIRA, A. C. A.; NETTO, J. J.M.; GOYANNA. N. F. G. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Revista Enfermagem UFPE on line**, 10(4):1247- Recife. 2016

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUILLOUX, A. G. A.; BIANCARELLI, A.: MIOTTO. B. A.; MAINARDI, G.M. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, **Conselho Federal de Medicina**, Cremesp, 2018.

SHEG CHEN XS, KHAPARDE S, Prasad TL, SRINIVAS V, ANYAIKE C, LJAODOLA G. Estimating disease burden of maternal syphilis and associated adverse pregnancy outcomes in Índia, Nigeria, and Zambia in 2012. **Int J Gynecol Obstet.** [Internet] 2015 [cited Jun 18, 2015]; 130(Suppl 1):S4-S9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.014. Acesso em: 18 de setembro de 2019.

SILVA, G. C. R. F.; O método científico na psicologia: Abordagem qualitativa e quantitativa. Psicologia. Com. Pt, 2010. Disponível em: file:///C:/Users/Maria%20das%20Merces/Documents/MPSF%202017/Metodologia%20d. Acesso em: 30 de junho de 2018.

SILVA, M. A. M.; MESQUITA, A. L. M.; MARTINS, K. M. C.; NAKA, A. A. R. ; VASCONCELOS, D. G. A. J. Profile of pregnant women diagnosed withsyphilis. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2017;29(2):54-58.

SILVEIRA M. F.; GOMEZ P. L. R.; BECERRA F.;SERRUYA SJ. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis. **Panamerican Journal Public Health**. 2019;43:e31. Disponível em: https://doi.org/10.26633/ RPSP.2019.31. Acesso em: 30 de agosto de 2019.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: Uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 131-139, 2001.
.
SOUSA, G.S.; SILVA, R.L.F.; XAVIER, L. M. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 41,n.112,p.230-242,jan-mar, 2017.

SOUSA, L. A. R. **Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará** / Organizadores: Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa...[etal.]; prefácio Henrique Jorge Javi de Sousa. Fortaleza: Littere, 160p.2018.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA M. F.; MACINKO J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Caderno de Saúde Pública**,31(9):1941-1952, 2015.

QUEIROZ, D. J. M.; OLIVEIRA, K. C. A.; SOARES, D. B. Evaluation of prenatal care: relevance of laboratory examinations **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, out-dez2015, Vol. 28 Issue 4, p504-512. 9p. Disponível em: https://search.proquest.com/openview/011f7a096099e8cd18ff36adf89537bd/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2046042. Acesso em: 01 de agosto de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. 2016. Em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

APÊNDICE - A
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÂO DA ESTRUTURA
(CHEKLIST)

UBS: _____**Código**:_____

Data da coleta:_____ **Número de Equipes na UBS**_____

I ESTRUTURA FÍSICA	**Insatisfatório ou inexistente**	**Parcialmente atendido**	**Totalmente atendido**
1.Existe consultório individual com privacidade	00	05	10
2 Existe Farmácia	00	05	10
3.Cada consultório dispõe de pia para lavar as mãos	00	05	10
4.Há sala para administração de medicamentos	00	05	10
5. Há sala disponível para atividades docentes e/ou educação em saúde	00	05	10
6.Dispõe de estrutura para acessibilidade (Rampas, Cadeira de Rodas)	00	05	10

Total da estrutura física: 60 pontos

II RECURSOS MATERIAIS	Insatisfatório ou inexistente	Parcialmente atendido	Totalmente atendido
7.Mesa ginecológica	00		
8. Foco de luz	00	05	10
9 Balança de adulto (peso/altura)	00	05	10
10. Esfignomanômetro	00	05	10
11.Termômetro Clínico	00	05	10
12. Estetoscópio Clínico	00	05	10
13. Sonar	00	05	10
14. Fita métrica inelástica	00	05	10
15. Espéculos	00	05	10
16. Pinça de Cheron	00	05	10
17. Espátula de Ayre	00	05	10
18.Escovinha endocervical	00	05	10
19. Lugol	00	05	10
20. Ácido Acético	00	05	10
21. Lixeira com pedal	00	00	10
22. Descartex	00	00	10
23. Seringas de 3ml	00	05	10
24. Seringas de 5 ml	00	05	10
25. Seringas de 10 ml	00	05	10
26.Luvas de Procedimentos	00	05	10
27.Preservativo Masculino	00	05	10
28.Preservativo Feminino	00	05	10
29. Manual de Sífilis ou IST	00	05	10
30. Material Educativo sobre sífilis	00	05	10

Total de recursos materiais: 240 pontos

III APOIO DIAGNÓSTICO	Insatisfatório ou inexistente	Parcialmente atendido	Totalmente atendido
31. VDRL	00	05	10
32.USG obstétrica	00	05	10
33. Papanicolau	00	05	10
34. HbsAg ou Teste rápido para Hep. B	00	05	10
35.Teste rápido para sífilis	00	05	10
36. Teste rápido para HIV	00	05	10

Total de apoio diagnóstico: 60 pontos

IV MEDICAMENTOS	Insatisfatório ou inexistente	Parcialmente atendido	Totalmente atendido
37. Epinefrina (adrenalina aquosa 1:1000. Ampola de 1ml = 1mg	00	05	10
38. Soro fisiológico 0,9% de 250ml ou 500ml	00	05	10
39.Prometazina(Fenergan/Pamergan) Ampola 1ml= 1 mg	00	05	10
40. Penicilina Benzatina 1.200.000 UI	00	05	10
41. Água destilada	00	05	10

Total de Medicamentos: 50 pontos

V PROCESSO ORGANIZACIONAL E DE REGISTRO	Insatisfatório ou inexistente	Parcialmente atendido	Totalmente atendido
42. Sistema de referência funcionante	00	05	10
43. Sistema de contrarreferência funcionante	00	05	10
44. Cartão ou caderneta da gestante	00	05	10
45. Ficha perinatal	00	05	10
46. Ficha de notificação de sífilis em gestantes	00	05	10

Total de Processo organizacional e de registro: 50 pontos

VI RECURSOS HUMANOS	Insatisfatório ou inexistente	Parcialmente atendido	Totalmente atendido
47.Há atendimento pré-natal no mínimo 01 vez por semana.	00	05	10
48.Há médicos e enfermeiros no acompanhamento do pré-natal	00	05	10
49.Há ACS responsável pelo acompanhamento das gestantes	00	05	10
50. Há técnico de enfermagem na equipe	00	05	10
51. Os profissionais que realizam pré-natal foram capacitados, nos últimos dois anos, para atender casos de sífilis	00	05	10
52. Os profissionais foram treinados para atender os casos de anafilaxia	00	05	10

Total de recursos humanos: 60 pontos

Total geral máximo: 520 pontos.

APÊNDICE - B

SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA

Prezada Sra Francimones Rolim de Albuquerque

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES NA ATENÇÂO BÁSICA**, que será desenvolvida no Município de Juazeiro do Norte - CE, tendo como instituição a Secretaria de Saúde do referido Município.

O serviço de controle da sífilis em gestantes será avaliado através dos dados referentes à estrutura das Unidades Básicas de Saúde; do processo de trabalho, mediante os dados dos cartões das gestantes; e do resultado, através indicadores da Vigilância Epidemiológica do Município.

As gestantes, a partir de 18 anos, serão convidadas a participarem da pesquisa, disponibilizando seu cartão ou caderneta de gestante para que os dados referentes ao controle da sífilis sejam anotados no *cheklist* da pesquisadora e convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados da pesquisa será realizada pela pesquisadora responsável (mestranda em saúde da família), durante os meses de março e abril de 2019.

A pesquisa cumprirá os princípios éticos constantes nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Certo de contarmos com a colaboração e empenho desta secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Juazeiro do Norte-CE,_____de_____ de 2018

_____

Maria Gercileide de Araújo Leal

Mestranda em Saúde da Família - RENASF/URCA

ANEXO - A

JUAZEIRO DO NORTE
cidade de fé e trabalho
PREFEITURA MUNICIPAL

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SESAU

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, **Elainy Fabrícia G. D. Malta**, RG 97029041174 SSP-CE, CPF 723409403-20, Coordenadora da Educação Permanente em Saúde de Juazeiro do Norte-CE, CNPJ 11.422.073/0001-98, declaro ter lido o projeto **AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA SÍFILIS EM GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA,** de responsabilidade da pesquisadora **Maria Gercileide de Araújo Leal**, CPF: 747.289.703-53 e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), autorizaremos a realização deste projeto no município de Juazeiro do Norte- CE, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do CNS/CONEP. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, destacando o comprometimento da pesquisadora em resguardar a segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Juazeiro do Norte-CE, 12 de Dezembro de 2018.

Elainy Fabrícia G. Dantas Malta
Coordenação de Educação
Permanente em Saúde
Secretaria da Saúde - SESAU
Juazeiro do Norte - CE

Elainy Fabrícia G. D. Malta
(Coordenadora Municipal da Educação Permanente em Saúde)

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Controle da Sífilis em Gestantes na Atenção Básica
Pesquisador: Maria Gercileide de Araújo
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 07563418.0.0000.5055
Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.203.058

Apresentação do Projeto:
Estudo do tipo avaliativo, com abordagem quantitativa que será realizado no município de Juazeiro do Norte – CE. Objetiva avaliar o controle da sífilis em gestantes, no âmbito da atenção básica à saúde, a partir dos componentes de estrutura, processo e resultados, propostos por Donabedian. A estrutura das Unidades Básicas de Saúde será avaliada com um instrumento, que versa sobre a disponibilidade de critérios e insumos da estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, apoio laboratorial mínimo, medicamentos de urgência e processo organizacional e de registro. O processo de trabalho será avaliado a partir dos cartões de gestantes acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família, mediante um instrumento que traz informações do pré-natal, exames de sífilis, tratamento da sífilis e dados da parceria. O componente resultado será avaliado a partir do número de casos de sífilis congênita e de nascidos vivos, ocorridos em 2018, no município de Juazeiro do Norte. A partir da soma do total de pontos obtidos na estrutura, as unidades serão classificadas em ótimas, satisfatórias, precárias ou insuficientes. Os dados relacionados ao processo e resultados serão tabulados e analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão
20.0. A pesquisa será norteada a partir de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Por se tratar de uma pesquisa de observação da estrutura das unidades de saúde, autorização para coleta de dados será assegurada Termo de Anuência

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta **CEP:** 63.105-000
UF: CE **Município:** CRATO
Telefone: (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br

assinada pela secretária municipal de saúde. Em
relação ao processo, a coleta de dados do cartão ou caderneta da gestante será garantida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo Pós Esclarecido assinados pela gestante.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde em relação à estrutura física, recursos humanos, recursos materiais, apoio laboratorial,medicamentos de urgência, processo organizacional e de registro, relacionados ao controle da sífilis em gestantes. Avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde da família para o controle da sífilis, em relação ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento, durante a atenção de prénatal. Avaliar o indicador de resultado a partir dos casos de sífilis congênita ocorridos em 2018

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados e de acordo com o tipo de estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ética e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados.

Recomendações:

Sem pendências.Conforme resolução nº 510/16 - XI.d. O pesquisador responsável deve encaminhar o relatório final da pesquisa para Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1269150.pdf	12/12/2018 19:35:53		Aceito
Outros	Anuencia.pdf	12/12/2018 19:34:33	Maria Gercileide de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/12/2018 14:25:58	Maria Gercileide de Araújo	Aceito

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA

Continuação do Parecer: 3.203.058

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoGercileideOutubrparaoComit.pdf	12/12/2018 14:19:25	Maria Gercileide de Araújo	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	12/12/2018 00:46:44	Maria Gercileide de Araújo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	12/12/2018 00:25:51	Maria Gercileide de Araújo	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CRATO, 16 de Março de 2019

Assinado por:
Edilma Gomes Rocha Cavalcante
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161
Bairro: Pimenta **CEP:** 63.105-000
UF: CE **Município:** CRATO
Telefone: (88)3102-1212 **Fax:** (88)3102-1291 **E-mail:** cep@urca.br