

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

Kadja de Fatima Pinheiro Freitas da Silva

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL  
PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

**Recife  
2019**

KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL  
PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.  
Área de concentração: Avaliação em Saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Aletheia Soares Sampaio

RECIFE

2019

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

S586a Silva, Kadja de Fatima Pinheiro Freitas da.  
Avaliação normativa da qualidade da assistência pré-natal para  
prevenção da sífilis congênita/ Kadja de Fatima Pinheiro Freitas da  
Silva. — Recife: [s. n.], 2019.  
112 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto  
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos; Coorientadora:  
Aletheia Soares Sampaio.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Sífilis  
Congênita. 4. Avaliação em Saúde. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II.  
Título.

CDU 614.2

---

KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL  
PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Avaliação em Saúde.

Aprovado em: 20 de dezembro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos  
Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sydia Rosana de Araújo Oliveira  
Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos  
Departamento de Enfermagem - Universidade Federal de Pernambuco

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com os obstáculos. Nele sempre busquei forças para superar as dificuldades encontradas; e a Nossa Senhora, minha maior intercessora nas horas em que mais precisei.

À minha família, principalmente aos meus pais, Antônio e Lourdes, agradeço pelo incentivo, pelo exemplo de vida, por todo amor, apoio e dedicação. À minha irmã, Kalina, e ao meu cunhado, Jonatan, pelos momentos de companheirismo e união.

Ao meu marido, Thiago, meu amor, companheiro, namorado, marido e melhor amigo com quem eu sei que passarei por muitos momentos de felicidade como esta, que sempre me deu apoio incondicional e me tranquilizo. Muito obrigada por estar sempre ao meu lado e por acreditar nos meus sonhos, principalmente por sonhar comigo e ajudar a torná-los realidade.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos, e a minha co-orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aletheia Soares Sampaio, que com toda dedicação, paciência e conhecimento ajudaram-me ao longo desses dois anos, compreendeu minhas dificuldades e ajudou a superá-las.

Aos meus amigos do mestrado, obrigada por terem me acolhido e compartilhado momentos incríveis comigo tornando esses dois anos mais divertidos. Sempre terão o meu respeito, admiração e minha amizade.

Aos funcionários e professores do Instituto Aggeu Magalhães pela disponibilidade, paciência, por todos os ensinamentos compartilhados e pela contribuição para o meu crescimento profissional.

Às minhas amigas Patrícia, Serginalda, Elisangela e entre outras, pela amizade, companheirismo, força e apoio para que eu pudesse realizar mais um sonho.

Às colegas do de trabalho da UTI Neonatal do HC-UFPE e do Hemope, pela paciência, compreensão e, acima de tudo, respeito para com o outro. Obrigada por serem colegas, por não desanimarem diante das dificuldades.

Aos profissionais do Distrito Sanitário III da Cidade do Recife pela receptividade, colaboração e permissão para o desenvolvimento do presente estudo.

Enfim, agradeço a todos que não pude citar aqui, mas que passaram pela minha vida ou ainda se fazem presentes, na presença física, emocional ou nas lembranças.

SILVA, Kadja de Fatima Pinheiro Freitas. **Avaliação normativa da qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita.** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

A sífilis na gestação é uma doença de abrangência mundial que continua a ser uma causa significativa de natimortalidade e morbidade infantil. A transmissão vertical da doença pode ocorrer em qualquer período da gestação e a sua prevenção depende da qualidade da assistência oferecida a gestante no pré-natal, através do diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado, incluindo o seu parceiro. O presente estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita. Para isso, foi realizada uma avaliação normativa em dez unidades de saúde que prestavam cuidados pré-natais no Distrito Sanitário III da cidade do Recife-PE. A população do estudo foi composta por enfermeiros e os prontuários das gestantes que iniciaram o pré-natal entre janeiro de 2016 a agosto de 2018. Os dados foram analisados e julgados nas dimensões de qualidade conformidade, oportunidade e disponibilidade, nas quais foram elaboradas a partir do modelo lógico desenvolvido para o presente estudo. As dimensões da conformidade e oportunidade obtiveram grau de qualidade “ruim”, principalmente, por causa da existência de fragilidades no processo ações voltadas ao diagnóstico e tratamento da sífilis nas gestantes e seus parceiros. Quanto à dimensão da disponibilidade, apesar de ter obtido qualidade “boa”, pode-se evidenciar a falta de material educativo sobre sífilis e de insumos para administrar a penicilina benzatina para o tratamento da doença nas unidades de saúde. Portanto, a existência de baixas taxas de adequação do processo, bem como, a ausência de materiais educativos, podem ter favorecido a ocorrência de casos de sífilis congênita. Diante do exposto, faz-se necessário investir em capacitação dos profissionais conscientizando-os da importância do rastreamento e tratamento da doença de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, bem como na aquisição de materiais educacionais e dos insumos necessários para tratamento adequado dos casos.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal. Sífilis Congênita. Avaliação em Saúde.

SILVA, Kadja de Fatima Pinheiro Freitas. **Normative evaluation of the quality of prenatal care for the prevention of congenital syphilis.** 2019. Dissertation (Professional Master's in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

### **ABSTRACT**

Syphilis during pregnancy is a worldwide disease that remains a significant cause of stillmortality and infant morbidity. Vertical transmission of the disease can occur at any time of pregnancy and its prevention depends on the quality of care offered to pregnant women in prenatal care, through early diagnosis and timely and appropriate treatment, including her partner. The present study aimed to evaluate the quality of prenatal care for the prevention of congenital syphilis. For this, a normative evaluation was carried out in ten health units that provided prenatal care in the Sanitary District III of the city of Recife-PE. The study population consisted of nurses and the medical records of pregnant women who started prenatal care between January 2016 and August 2018. The data were analyzed and judged in the dimensions of quality conformity, opportunity and availability, in which they were elaborated from the logical model developed for the present study. The dimensions of conformity and opportunity obtained a degree of quality "poor", mainly, because of the existence of weaknesses in the process actions aimed at the diagnosis and treatment of syphilis in pregnant women and their partners. As for the size of availability, despite having obtained "good" quality, it can be evidenced the lack of educational material on syphilis and inputs to administer benzatin penicillin for the treatment of the disease in health units. Therefore, the existence of low adequacy rates of the process, as well as the absence of educational materials, may have favored the occurrence of cases of congenital syphilis. In view of the above, it is necessary to invest in training professionals, raising them of the importance of screening and treatment of the disease according to the guidelines of the Ministry of Health, as well as in the acquisition of educational materials and necessary inputs for proper treatment of cases.

Keywords: Primary Health Care. Prenatal Care. Syphilis Congenital. Health Evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta para a gestante.	24
Quadro 2 -	Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão conformidade.	39
Quadro 3 -	Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão oportunidade.	41
Quadro 4-	Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão disponibilidade.	43
Quadro 5 -	Julgamento do grau de qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita.	45
Quadro 6 -	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão conformidade.	46
Quadro 7-	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão oportunidade.	47
Quadro 8 -	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão disponibilidade.	48
Quadro 9 -	Matriz de julgamento com resultados consolidados por dimensão da avaliação de qualidade da atenção pré-natal para a prevenção da sífilis congênita.	48
Quadro 10 -	Unidades de saúde que prestam serviços de assistência pré-natal no DS III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.	49
Figura 1 -	Modelo Lógico da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita.	55



Figura 2 -	Distribuição das gestantes e seus parceiros quanto ao rastreamento e tratamento para sífilis nas unidades de saúde do DS III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.	57
Figura 3 -	Distribuição das gestantes segundo o tipo de exame para diagnóstico de sífilis realizado durante as consultas de pré-natal nas unidades de saúde do DS III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.	57
Quadro 11 -	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão conformidade da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.	59
Quadro 12 -	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão oportunidade da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.	61
Quadro 13 -	Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão disponibilidade da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.	64
Quadro 14 -	Matriz de julgamento com resultados consolidados por dimensão da avaliação de qualidade da atenção pré-natal para a prevenção da sífilis congênita da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.	65
Quadro 15 -	Significado da sigla 5W3H.	104
Quadro 16 -	Proposta de Intervenção para melhorar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita no DS III da cidade do Recife – PE.	105

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DS	Distrito Sanitário
DST/AIDS	Doença Sexualmente Transmissível/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MLI	Modelo Lógico da Intervenção
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais
PE	Pernambuco
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RPA	Regiões Político-Administrativas
SC	Sífilis Congênita
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste Rápido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidades de Saúde da Família
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	JUSTIFICATIVA .....	15
3	PRESSUPOSTO.....	16
4	OBJETIVO GERAL .....	17
4.1	Objetivos Específicos.....	17
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
5.1	Aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento da sífilis .....	18
5.2	A sífilis congênita: um problema de saúde pública.....	26
5.3	A assistência pré-natal no enfrentamento da sífilis congênita.....	29
5.4	Avaliação em saúde.....	32
6	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	35
6.1	Desenho do Estudo.....	35
6.2	Modelo Lógico da Intervenção.....	36
6.3	Modelo Teórico da Intervenção.....	36
6.3.1	<i>Matrizes de Informação.....</i>	38
6.3.2	<i>Julgamento do Grau de Qualidade.....</i>	44
6.3.3	<i>Matrizes de Análise e Julgamento.....</i>	45
6.4	Local do Estudo.....	49
6.5	Período do Estudo.....	50
6.6	População do Estudo.....	50
6.7	Amostra do estudo.....	51
6.8	Coleta dos dados.....	52
6.9	Análise dos dados.....	52
6.10	Considerações éticas.....	53
7	RESULTADOS.....	54
8	DISCUSSÃO.....	66
9	CONCLUSÃO.....	74
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO DA GESTANTE.....	88

<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM O ENFERMEIRO.....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE D - PROJETO INTERVENÇÃO PARA AUXILIAR GESTORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE A MELHORAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica de evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, que é transmitida, principalmente, por via sexual ou vertical e tem como único hospedeiro, transmissor e reservatório, o homem (DAMASCENO *et al.*, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2013).

A sífilis na gestação é uma doença de abrangência mundial e estima-se que cerca de 1 milhão de gestantes estejam infectadas pela doença, sendo a região das Américas a responsável pela segunda maior prevalência de sífilis na gestação e terceiro maior número de casos de sífilis congênita (NEWMAN *et al.*, 2013; WIJESOORIYA *et al.*, 2016).

Segundo Tsimis e Sheffield (2017) mesmo em países com elevado desenvolvimento econômico e social, a infecção por sífilis durante a gestação continua a ser uma causa significativa de natimortalidade e morbidade infantil.

Uma pesquisa de monitoramento da sífilis em gestantes realizada no Brasil em 2014, com amostra estatística de hospitais públicos e privados, contabilizou a prevalência de sífilis em 1,02%, sem diferenças regionais significativas (DOMINGUES *et al.*, 2014).

A sífilis congênita (SC) é resultante da transmissão vertical do *Treponema pallidum* para o concepto, por via transplacentária. Sua prevenção depende da identificação e tratamento adequado da gestante infectada na assistência pré-natal (MORSHEED; SINGH, 2015).

A transmissão vertical da doença pode ocorrer em qualquer período da gestação, possuindo índice de transmissão em gestantes não tratadas variando entre 30% a 100%, tendo maior chances de ocorrer nas fases recentes da doença (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Segundo estudo realizado por Newman *et al.* (2013) pode-se estimar no mundo, que, em 2008, cerca de 1,36 milhão de gestantes apresentavam sífilis ativa, e destas, mais de meio milhão apresentaram desfechos negativos, representados por perdas fetais com 22 ou mais semanas gestacionais, óbitos neonatais, recém-nascidos prematuros ou com baixo peso ao nascer e infectados.

O Brasil enfrenta uma elevação da taxa de incidência de SC e da taxa de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos, as quais aumentaram, entre os

anos de 2010 e 2016, respectivamente, 183,3% (passando de 2,4 para 6,8) e 254,3% (passando de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos) (BRASIL, 2017).

O aumento da incidência da SC também foi observado na pesquisa realizada por Bowen *et al.* (2015), onde concluiu que a taxa de incidência de SC no território brasileiro para os anos de 2011, 2012 e 2013 foram, respectivamente, 3,3; 4,0; 4,8 por mil nascidos vivos.

Bowen *et al.* (2015) também destacaram a subnotificação dos casos de SC no Brasil, podendo atingir até 67% dos casos ao ano, apesar de ser, desde 1986 considerada uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica. Tal fato sugere que os indicadores da sífilis podem ser ainda maiores do que os notificados.

Esta situação também foi destacada em um estudo realizado no Brasil por Domingues e Leal (2016), onde afirmam a possibilidade da ocorrência de subnotificação de casos, uma vez que o ano de 2013 foram notificados 21.382 casos de sífilis gestacional no território brasileiro, e estudos nacionais estimam uma prevalência correspondente a 30 mil casos ao ano. Nesse estudo, a incidência de sífilis congênita estimada para o Brasil foi de 3,5 por mil nascidos vivos, sendo a Região Nordeste responsável pela maior taxa com 4,03 por mil nascidos vivos. Além disso, o Nordeste brasileiro apresenta a maior taxa de transmissão vertical de sífilis.

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis publicado pelo Ministério da Saúde (MS), a Região Nordeste constitui a segunda região brasileira com maior número de notificações de SC (32,2% dos casos), apresentando a maior incidência de casos, com 5,3 para cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2015).

Comparando-se o número de casos notificados de sífilis em gestante e de SC, no ano de 2016, em 10 capitais brasileiras, estando dentre elas Recife-PE, pode-se perceber que o número de casos de SC foi superior ao da sífilis gestacional, o que reforça a ocorrência de falhas no diagnóstico durante a gestação ou no processo de notificação (BRASIL, 2017).

Em uma pesquisa realizada por Farias (2017) sobre os casos de SC no Estado de Pernambuco, pode-se identificar um crescimento no número de casos, entre os anos de 2010 e 2014, passando de 487 para 1.280 casos, o que corresponde a um aumento de 162,8% no número de casos notificados. Nesse estudo 74,36% dos casos de SC suas mães haviam realizado o pré-natal, porém apenas 46,61% tiveram o

diagnóstico de sífilis nesse momento, e destas apenas 6,6% receberam tratamento adequado para a doença.

Estes dados demonstram que a eliminação da SC está longe de ser alcançada, especialmente porque as gestantes com sífilis, mesmo quando realizam as consultas de pré-natal e recebem o diagnóstico da doença, chegam ao momento do parto inadequadamente tratadas (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

A assistência pré-natal desenvolve um papel de grande importância na redução da morbimortalidade materna e infantil, uma vez que propicia corrigir os desvios de saúde materna e fetal através do monitoramento do desenvolvimento da gravidez, diagnóstico e tratamento de intercorrências clínicas e obstétricas (BOWEN *et al.*, 2015; TOMASI *et al.*, 2017).

Dentre as práticas previstas na assistência pré-natal estão inclusas ações que objetivam minimizar o risco de exposição da gestante e do feto a doenças, principalmente para as infecções sexualmente transmissíveis, como por exemplo, a sífilis (DOMINGUES *et al.*, 2012).

A importância de uma assistência pré-natal de qualidade para a prevenção da SC, pode ser evidenciada num estudo realizado em Nova York, onde aproximadamente 88% das grávidas com sífilis, durante 2010-2016, não resultaram em SC, por causa do rastreamento e tratamento precoces. Esse estudo ressalta o papel crítico que os provedores e sistemas de saúde públicas desempenham na prevenção da SC (SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018).

A efetivação da prevenção da SC depende do compromisso da atenção básica em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo-lhes diagnóstico precoce e tratamento adequado, o qual inclui seu parceiro, para evitar a transmissão vertical da doença e a reinfecção da mulher (MESQUITA *et al.*, 2013).

Diante da magnitude do problema da transmissão vertical da sífilis no contexto da saúde pública, baseado na importância da prevenção e intervenção precoce, o presente estudo propõe conhecer como está a qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita prestada nas unidades de saúde do Distrito Sanitário (DS) III da cidade do Recife-PE.

## 2 JUSTIFICATIVA

A SC constitui um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ainda persiste como um grave problema de saúde pública (CARVALHO; BRITO, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2013).

A ocorrência deste agravo evidencia fragilidades relacionadas à assistência prestada à gestante e ao seu respectivo parceiro, uma vez que é uma doença facilmente prevenível através do manejo clínico efetivo que deve ser realizado durante a gestação (DOMINGUES; LEAL, 2016).

A conduta adequada para o enfrentamento da sífilis na gestação implica na identificação precoce e tratamento oportuno e adequado da grávida infectada e do seu respectivo parceiro, visando a prevenção de desfechos negativos devido a transmissão vertical da sífilis, e a interrupção do ciclo de transmissão da doença (COSTA *et al.*, 2013; DOMINGUES; LEAL, 2016).

Além disso, para a prevenção da transmissão vertical da sífilis é necessário esforço coletivo de setores governamentais e não governamentais, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal em todo o país, na qual devem incluir ações de promoção e prevenção da saúde, e de diagnóstico e tratamento adequado da sífilis identificada nesse período (REZENDE, 2013).

Segundo estudo realizado por Melo *et al.* (2011) o pior coeficiente de detecção de SC foi observado no DS III do município de Recife-PE; sendo este resultado influenciado, provavelmente, pela elevada vulnerabilidade social aferida por meio dos indicadores de assistência pré-natal, condição de vida e escolaridade materna. Apesar desse diagnóstico, ainda são incipientes os estudos voltados para avaliar a qualidade das ações desenvolvidas na assistência pré-natal para a prevenção deste agravo no DS mencionado. Por esta razão, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da SC prestada às gestantes na atenção básica, propiciando a identificação de fragilidades nas condutas assistenciais a fim de subsidiar ações de planejamento para prevenir essa ocorrência.



### **3 PRESSUPOSTO**

Apesar do aumento da cobertura da assistência pré-natal, ainda é alarmante o número de casos de SC que são notificados em todo território brasileiro, inclusive no DS III de Recife, sugerindo que as ações para prevenção da transmissão vertical da sífilis, desenvolvidas na assistência pré-natal, são de baixa qualidade para prevenir a ocorrência deste agravo.

## **4 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita.

### **4.1 Objetivos Específicos**

- a) Elaborar o modelo lógico da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita;
- b) Analisar a assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita considerando as seguintes dimensões de qualidade: conformidade, oportunidade e disponibilidade;
- c) Classificar a assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita;
- d) Elaborar uma proposta de intervenção para auxiliar os gestores/profissionais do Distrito Sanitário III na tomada de decisão a melhorar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita nessa regional de saúde de Recife-PE.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente estudo apresenta um referencial teórico composto por quatro tópicos, nos quais destacam os aspectos clínicos, diagnósticos e tratamento da sífilis, como também, ressalta a sífilis congênita como um problema de saúde pública e o papel da assistência pré-natal para o enfrentamento da doença. Além disso, busca evidenciar a importância da avaliação em saúde para os serviços de assistência à saúde.

### 5.1 Aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento da sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, que possui evolução crônica e abrangência mundial, causada por uma bactéria denominada *Treponema pallidum*, do gênero *Treponema*, da família *Treponemataceae*, cujos sinais e sintomas vão desde manifestações cutâneas temporárias até problemas cardíacos e neurológicos severos (ANDRADE *et al.*, 2018).

A transmissão da doença ocorre na maioria dos casos durante a relação sexual, mas também pode suceder do contato de lesões mucocutâneas ricas em treponemas, transfusão de sangue contaminado, resultando na forma adquirida. A forma congênita resulta da transmissão, por via transplacentária em qualquer fase da gestação, ou durante o nascimento pela contaminação do canal de parto (BRASIL, 2015a).

O risco de transmissão da doença por via sexual é estimado em 60%. Contudo, o contato com as lesões da sífilis primária e secundária, pelos órgãos genitais é responsável por 95 % dos casos de sífilis (BRASIL, 2010).

A transmissão por via sexual se dá por penetração do *T. pallidum* através de abrasões provenientes da relação sexual, onde a presença de processo inflamatório no colo uterino facilita a penetração da bactéria. Posteriormente, o agente etiológico atinge o sistema linfático e sanguíneo possibilitando a sua disseminação para outras partes do corpo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A doença apresenta um período de incubação de 10 a 90 dias e após esta fase surge uma lesão na qual é caracterizada por uma ulceração no ponto de inoculação do agente patológico como resposta do sistema imunológico. Com a disseminação sistêmica do *T. pallidum* ocorre a formação de complexos imunes que possuem a capacidade de se depositar em qualquer órgão. A resposta imune mediada por

anticorpos não confere proteção, permitindo a multiplicação e a sobrevivência do agente por longos períodos (CUNHA, 2015).

A história natural da doença é caracterizada por uma evolução com períodos alternados de atividade com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, definidas como sífilis primária, secundária e terciária, e períodos de latência, no qual não há a evidencia de seus sintomas sendo denominada de sífilis latente (BRASIL, 2005).

A sífilis primária é definida pela presença de uma lesão medindo de 1 a 2 centímetros, geralmente única e indolor que apresenta bordos elevados denominada de cancro duro, no qual aparece no local da inoculação do agente patogênico. Quando a lesão se localiza na boca os locais de preferência são a língua, lábios, mucosa jugal, palato e tonsilas, porém pode surgir em qualquer tecido mucoso (STEFFEN *et al.*, 2011).

O cancro duro é uma lesão altamente contagiosa por ser rica em treponemas e aparece por volta de três semanas após a infecção regredindo espontaneamente em duas a oito semanas após seu surgimento sem deixar cicatrizes (CUNNINGHAM *et al.*, 2012).

Nas mulheres, o local mais comum de aparecimento das lesões é no colo uterino ou na mucosa vaginal ou vulvar o que possibilita o seu surgimento de maneira despercebida. Além disso, a lesão poderá ser dolorosa quando também estiver associada a uma infecção secundária (STEFFEN *et al.*, 2011).

A doença entra num período de latência que pode durar de seis a oito semanas. Posteriormente entra novamente em atividade com a disseminação hematogênica da espiroqueta pelos tecidos resultando na fase secundária da sífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Na sífilis secundária, as manifestações clínicas geralmente relatadas são mal-estar, mialgias, artralgias, micropoliadenopatia generalizada, febre baixa, cefaleias, faringite, rouquidão, hepatoesplenomegalia e perda de apetite. Por se tratar de sintomas comuns, os pacientes neste estágio da doença possuem a maior probabilidade de passarem despercebidos pelos profissionais de saúde (OLIVEIRA; SILVEIRA; NERY, 2012).

Além disso, esta fase da doença é caracterizada pelo surgimento de lesões secundárias do tipo maculopapular nas palmas das mãos e sola dos pés ou lesões úmidas nos genitais, definidas como condiloma lata. Aproximadamente, 1/3 dos casos

apresentam cura espontaneamente em poucas semanas e o restante entra em remissão por vários anos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A maioria dos casos de sífilis são diagnosticados neste período de remissão, onde também é conhecido como sífilis latente. A sífilis é considerada latente recente se tiver menos de um ano de evolução, e tardia, se seu tempo de evolução ultrapassar este período. Este momento da doença é marcado por um estágio que não observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, contudo apresentam sorologia reativa a testes imunológicos (BRASIL, 2015a).

Na sífilis terciária as alterações surgem com mais de 3 anos de infecção e é considerada a fase que possui as complicações mais graves da doença, ocorrendo em 30 a 40% dos pacientes que não realizaram o tratamento ou foram tratados inadequadamente (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Os pacientes portadores da sífilis terciária podem apresentar lesões em vários sistemas, dentre eles pode-se citar o sistema vascular, denominada de sífilis cardiovascular, no qual pode ocorrer comprometimento da aorta ascendente devido à aortite, hipertrofia ventricular ou falência cardíaca congestiva. Um outro sistema afetado é o sistema nervoso central, chamado de neurosífilis, onde resulta em demência, paresias, parestesia, psicose e morte. Além disso, nessa fase, o tecido ósseo, músculos e o fígado também podem ser acometidos (BLENCOWE *et al.*, 2011).

As mulheres diagnosticadas com sífilis durante o período gestacional, apresentam as manifestações clínicas semelhantes à sífilis adquirida que acomete a população em geral (BRASIL, 2018).

Quando estas gestantes são diagnosticadas com sífilis e não são tratadas ou recebem tratamento inadequado, podem transmitir a doença para o conceito pela disseminação do *T. pallidum* através da placenta, causando a sífilis congênita. A probabilidade de ocorrer a transmissão da sífilis na gestação irá depender do período gestacional que o embrião se encontra e o estágio da doença da mãe (COSTA *et al.*, 2017).

Há um maior risco de ocorrer a transmissão da doença para o feto quando a gestante se encontra na fase inicial da sífilis por causa da maior quantidade de espiroquetas na corrente sanguínea ou quando o conceito possui idade gestacional entre 18 a 22 semanas, onde é justificado pela imaturidade do sistema imunológico fetal (AVELLEIRA, 2006; BRASIL, 2005).

As manifestações clínicas da SC recente apresentam-se com lesões cutaneomucosas com aspecto bolhoso contendo treponemas em seu interior localizadas principalmente na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus. Além disso, apresenta baixo peso, rinite com coriza serossanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio (NORWITZ, 2012).

As manifestações clínicas da SC tardia são aquelas identificadas durante os dois primeiros anos de vida e podem incluir anemia, hepatoesplenomegalia, icterícia, prurido e pseudoparalisia podendo resultar em comprometimento no desenvolvimento neurológico e musculoesqueléticos, inclusive poderá levar ao óbito (OBLADEN, 2013).

Segundo o Manual Técnico para Diagnóstico de Sífilis, o diagnóstico da sífilis pode ser realizado por testes para auxiliar na triagem de pessoas assintomáticas ou para o diagnóstico em indivíduos sintomáticos, nos quais a anamneses e o exame físico também devem ser realizados de maneira cautelosa (BRASIL, 2016a).

Para se definir o método de escolha de diagnóstico da sífilis, é indispensável considerar não somente os testes disponíveis, mas também o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado (BRASIL, 2016).

Atualmente existem duas categorias de métodos de diagnóstico de sífilis, são elas: exames diretos que utiliza a técnica de campo escuro e teste imunológicos nos quais podem ser classificados em treponêmicos e não treponêmicos. Esses últimos são utilizados para realizar o diagnóstico da sífilis na ausência das manifestações clínicas (BRASIL, 2016a).

O exame microscópio direto utiliza a técnica do campo escuro para identificar a morfologia e os movimentos dos treponemas em amostra de material coletado das lesões do paciente. Este método apresenta sensibilidade entre 74% e 86% e especificidade podendo alcançar 97% a depender da experiência do técnico que analisa a amostra, sendo, portanto, considerado uma técnica não específica (LARSEN; STEINER; RUDOLPH, 1995; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; WORKOWSKI, *et al.*, 2010).

A microscopia direta é considerada o teste mais eficiente para determinar o diagnóstico direto da sífilis e possui baixo custo. Porém só é indicado para o diagnóstico de paciente na fase inicial da doença, em virtude de ainda não ter havido tempo suficiente para a produção de anticorpos (BRASIL, 2016a; WORKOWSKI *et al.*, 2010).

Os testes treponêmicos são capazes de detectar anticorpos específicos, produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*, ainda nos primeiros dias de infecção. A sua utilização é destinada para a confirmação do diagnóstico da sífilis, e na maioria das vezes permanecem positivos pelo resto da vida do paciente, mesmo após o tratamento adequado, por isso não é indicado para o acompanhamento do tratamento (BRASIL, 2016a).

Exemplos de testes treponêmicos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês *T. pallidum Haemagglutination Test*); teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*); quimioluminescência (EQL, do inglês *Electrochemiluminescence*); ensaio imunoenzimático indireto (ELISA, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*); testes rápidos (imunocromatográficos) (BRASIL, 2016).

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não específicos para os antígenos do *T. pallidum* e podem ser qualitativos ou quantitativos. Diferente dos testes treponêmicos, os não treponêmicos tornam-se reagentes apenas de uma a três semanas após o surgimento do cancro duro, por isso eles são utilizados para a triagem e monitoramento da infecção da sífilis (BRASIL, 2016a, 2010).

Os testes não treponêmicos qualitativos evidenciam a presença ou não de anticorpo na amostra coletada do paciente. Enquanto, os quantitativos são expressos em títulos como: 1:2, 1: 64 e assim sucessivamente. Quando ocorre a diminuição da titulação aponta que a conduta terapêutica está sendo eficiente, por isso estes testes são utilizados para a triagem e monitoramento da infecção por sífilis (BRASIL, 2018, 2010).

O teste não treponêmico quantitativo mais utilizado para triagem e acompanhamento, é o teste do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), pois possui baixo custo e é fácil execução. Este método apresenta elevada sensibilidade na sífilis secundária (100%), que se reduz a 70% nas formas tardias da doença (ALMEIDA, 2012).

O diagnóstico da sífilis não poderá ser realizado com a utilização de um único tipo de teste, em virtude das limitações, com a possibilidade de resultados falsos positivos em testes não treponêmicos. Por isso, indivíduos com resultado positivo ao teste não treponêmico devem ser submetidos a teste treponêmico para confirmar o diagnóstico (CUNHA, 2015).

Outra possibilidade para definir o diagnóstico da sífilis são os testes rápidos (TR). Esses são testes treponêmicos, de execução prática e resultados rápidos. Ou seja, não precisam de qualquer equipamento, podem ser realizados no consultório com amostra de sangue total (uma gota de sangue da ponta do dedo do paciente), possibilitam o diagnóstico em até 20 minutos e o início imediato do tratamento (AMARAL, 2012). Porém, esses testes possuem a desvantagem do alto custo, e da permanência do resultado positivo na vigência de diagnóstico prévio e tratamento adequado. Apesar da praticidade, faz-se necessário boas condições de armazenamento e treinamento dos profissionais (AMARAL, 2012).

Segundo as orientações do MS, publicadas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (PCDT) de 2019, a realização do teste para diagnóstico da sífilis gestacional é recomendada na 1ª consulta pré-natal, que preferencialmente deverá ocorrer até a 12ª semana gestacional. A testagem deverá ser repetida no início do 3º trimestre de gestação (a partir da 28ª semana) e na maternidade, no momento do parto ou em caso de aborto, e nos casos de exposição ao risco por violência sexual. É importante observar que no diagnóstico da sífilis gestacional deve-se fazer a testagem com um exame treponêmico associado a um teste não treponêmico, sendo necessário apenas um resultado reagente para iniciar o esquema terapêutico (BRASIL, 2019a).

A Nota Técnica Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS define todas as situações em que mulheres são diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, pautando que, para se estabelecer o diagnóstico, deve se levar em consideração as evidências clínicas e/ou epidemiológicas e os resultados de testes sorológicos não treponêmicos e treponêmicos. O VDRL é o teste não treponêmico mais (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS, 2017).

Demonstra-se no Quadro 1, a interpretação do diagnóstico conforme os resultados dos testes treponêmicos e não treponêmicos, e as condutas assistenciais voltadas para a gestante diagnosticada com sífilis.

A penicilina é a única droga capaz de tratar mãe e concepto, sendo por essa razão considerada padrão ouro para o tratamento da sífilis gestacional para a prevenção da transmissão vertical e doença fetal, e para tratamento de todas as fases da sífilis adquirida, por ser um fármaco capaz de destruir o *T. pallidum* com rapidez permitindo a regressão das lesões primárias e secundárias com apenas uma dose do



esquema terapêutico definido conforme a análise clínica de cada caso (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; NORWITZ, 2013).

**Quadro 1 – Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta para a gestante.**

<b>PRIMEIRO TESTE + TESTE COMPLEMENTAR</b>	<b>POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES</b>	<b>CONDUTA</b>
<b>Resultado REAGENTE em ambos os testes</b>		
Teste treponêmico + Teste não treponêmico Ou Teste não treponêmico + Teste treponêmico	Diagnóstico de sífilis; Classificação a ser definida de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento.	Tratar e monitorar a cura (teste não treponêmico). Na gestante esse seguimento deve ser mensal. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
<b>Resultado NÃO REAGENTE no primeiro teste</b>		
Teste não treponêmico Ou Teste treponêmico  Não realizar teste complementar se não houver suspeita clínica de sífilis primária e/ou suspeita epidemiológica.	Ausência de infecção Ou Período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica solicitar nova coleta de sangue com 30 dias.  No entanto, isso não deve retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.
<b>Resultado dos testes DIVERGENTE</b>		
Teste treponêmico (REAGENTE) + Teste não treponêmico (NÃO REAGENTE)	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. Se não reagente = falso reagente (excluído o diagnóstico de sífilis). Se reagente = sífilis recente ou sífilis tratada, caso haja documentação comprobatória de tratamento adequado.	No caso de suspeita de sífilis primária, aguardar 30 dias para repetir o teste não treponêmico. Porém, nas situações especiais, como em gestantes, recomenda-se tratar com penicilina benzatina. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Teste não treponêmico (REAGENTE) + Teste treponêmico (NÃO REAGENTE)	Provável teste não treponêmico falso-reagente se a titulação for menor ou igual a 1:4 Quando a titulação for maior que 1:4, realizar novo teste treponêmico, com metodologia diferente do primeiro realizado. O resultado desse terceiro teste defini o diagnóstico.	Nas situações com novo teste treponêmico reagente: Tratar e monitorar a cura (teste não treponêmico). Na gestante esse seguimento deve ser mensal. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.

Fonte: BRASIL, 2019a.

Para o tratamento da sífilis gestacional o MS preconiza na fase primária, secundária e latente recente a administração de 2,4 milhões UI de Penicilina G benzatina por via intramuscular, em dose única, sendo aplicada 1,2 milhão UI em cada glúteo. Para a sífilis latente tardia e terciária a dose recomendada é de 7,2 milhões UI, administrada em três doses de 2,4 milhões UI (1,2 milhão UI em cada glúteo), por via intramuscular, com intervalo semanal. Para a neurosífilis, recomenda-se a

administração de Penicilina cristalina de 3 a 4 milhões UI a cada 4 horas, ou por infusão contínua, durante 14 dias por via intravenosa (BRASIL, 2019a).

Além disso, é imprescindível realizar a busca ativa da parceria sexual da gestante com sífilis, a fim de também realizar seu diagnóstico e tratamento adequado. Recomenda-se que as parceiras sexuais, mesmo que apresentem resultados de testes sorológicos não reagentes, sejam tratadas com uma dose de 2.400.000 UI de penicilina benzatina (1,2 milhão UI em cada glúteo), por via intramuscular. Nas situações de teste reagente, seguir as recomendações de tratamento para sífilis adquirida (BRASIL, 2018).

Após a instituição do tratamento da gestante e seu parceiro, deve-se monitorar a cura da gestante mensalmente, e do parceiro a cada três meses, por meio do acompanhamento dos resultados dos testes não treponêmicos, utilizando preferencialmente sempre o mesmo teste para que seja possível a comparação dos resultados, e por meio da avaliação das manifestações clínicas (BRASIL, 2019a).

A ocorrência de reação alérgica a penicilina é rara, porém na gestante que apresente sensibilidade ao fármaco, recomenda-se realizar a dessensibilização, em uma unidade de saúde de alta complexidade, uma vez que tratamentos não penicilínicos são inadequados por não serem capazes de atravessar a barreira transplacentária e só devem ser considerados como opção nas contra-indicações absolutas ao uso da penicilina. Nesses casos o conceito deve ser tratado logo após o nascimento (BRASIL, 2016a).

Nos casos de gestantes não tratadas com a Penicilina G benzatina, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda realizar, para as gestantes diagnosticadas com sífilis latente recente, a ceftriaxona na dose de 1g, administrada por via intramuscular durante 14 dias. O caso deverá ser notificado e o recém-nascido tratado como caso de sífilis congênita. Para as demais fases da sífilis ou em situações em que seja desconhecida o estágio da doença, não há relatos na literatura científica que tragam outras opções de fármacos para o tratamento da sífilis gestacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Infelizmente, alguns profissionais de saúde, principalmente aqueles que trabalham em unidades básicas de saúde, são resistentes a realizar o tratamento da sífilis com a administração da Penicilina G benzatina, por causa da possibilidade remota de ocorrer reações adversas (ROCHA *et al.*, 2019).

Essa atitude dos profissionais de saúde contribui para a perda da oportunidade de realizar o tratamento adequado da sífilis em gestantes ou a não realização do tratamento, culminando muitas vezes em aborto, natimorto ou em quadros clínicos graves da sífilis congênita. (BRASIL, 2018).

## **5.2. A sífilis congênita um problema de saúde pública**

A sífilis é uma doença que desafia a humanidade há séculos, configurando-se ainda como problema de saúde pública, principalmente para o segmento materno infantil, apesar da disponibilidade de diagnóstico e tratamento eficazes e de baixo custo (SOUZA *et al.*, 2014).

A sífilis congênita é considerada um evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal, uma vez que a sua ocorrência evidencia negligências assistenciais e baixa qualidade dos cuidados dispensados às gestantes (REZENDE; BARBOSA, 2015).

No território brasileiro, o percentual de mulheres que possuem acesso à assistência pré-natal é superior a 95%, todavia, apesar dessa cobertura elevada a qualidade dos cuidados ofertados a gestante e seu parceiro não está satisfatória, tendo sido observado que 38% a 48% das gestantes chegam as maternidades sem resultados de sorologias importantes realizadas durante o pré-natal para prevenção da doença no concepto, como sífilis, toxoplasmose e HIV (DOMINGUES *et al.*, 2014; ROMANELLI *et al.*, 2006).

A partir do momento que gestantes infectadas pela sífilis, não recebam o diagnóstico oportuno e tratamento adequado, quando a doença encontra-se nas fases recentes a probabilidade de ocorrer a transmissão vertical pode alcançar valores próximos a 100. Todavia, quando as gestantes que se encontram nessa situação recebem os cuidados adequados, apenas 1 a 2% dos recém-nascidos nascerão com sífilis congênita (BLENCOWE *et al.*, 2011; LINS, 2014).

O enfrentamento da sífilis tornou-se um desafio, uma vez que traz implicações graves para a sociedade, principalmente para a gestante e o concepto, onde 25% das gestações de mulheres com sífilis sem tratamento adequado resultaria em aborto ou em natimorto, 11% das gestações em morte fetal, 13% em recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, e um adicional de 20% com sinais clínicos de SC (CUNHA, 2015).

Dentre as manifestações clínicas que os recém-nascidos acometidos pela sífilis congênita podem apresentar nos dois primeiros anos de vida destacam-se: anemia, hepatoesplenomegalia, icterícia, prurido e pseudoparalisia. Posteriormente, as manifestações podem resultar em problemas de desenvolvimento, neurológicos e musculoesqueléticos e, inclusive, óbito em recém-nascidos e crianças (OBLADEN, 2013).

Segundo um estudo realizado por Araújo *et al.* (2012), em parturientes, a prevalência de sífilis congênita no território brasileiro é de aproximadamente 1,6%. Esses autores, com base nas taxas de mortalidade perinatal causadas pela sífilis, estimam em até 67% a possibilidade da existência de subnotificação dos casos.

A SC apresenta-se em todos os grupos populacionais, porém está mais presente nos recém-nascidos de mães jovens, visto que este grupo de mulheres possui maior risco de se infectar com o agente da sífilis, em decorrência da resistência, seja da mulher ou seu parceiro, ao uso do preservativo durante as relações sexuais com múltiplos parceiros (CARVALHO; BRITO, 2014; NONATO; GUIMARÃES, 2015).

Além da faixa etária, a cor da pele e a baixa escolaridade são outras características associadas a maior prevalência da doença, sendo mais presente nas mães que autodeclaram cor parda ou negra e naquelas que possuem baixo nível de escolaridade. Estes aspectos apontam a contribuição das desigualdades sociais na determinação do desfecho SC (LIMA *et al.*, 2013; MESQUITA *et al.*, 2012).

Os sistemas de saúde de diversos países evidenciam que crianças acometidas pela SC possuem uma maior probabilidade de serem internadas em unidades de terapias intensivas, quando comparados com os infantes sem sífilis, triplicando os custos com hospitalização (SONDA *et al.*, 2013).

Diante do exposto, o MS ao longo dos anos propôs a elaboração e implementação de estratégias voltadas ao enfrentamento da sífilis, principalmente a prevenção da transmissão vertical no pré-natal, parto e puerpério (FERREIRA *et al.*, 2007).

Em 1984, o MS propôs o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a incorporação dos princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) aos cuidados destinados a saúde da mulher. Esse programa buscou incentivar e desenvolver ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, como

também, oferecer melhores condições de assistência pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 1984).

Pensando na necessidade de concentrar esforços para atuar na melhoria da assistência pré-natal e, por conseguinte, reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o MS instituiu, no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572, onde suas ações estão voltadas para a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, como também padroniza algumas recomendações especiais para o aconselhamento, testagem e o acompanhamento das gestantes portadoras do HIV e sífilis (BRASIL, 2000).

Em 2006, o MS instituiu as Diretrizes para Controle da Sífilis Congênita, nas quais traz recomendações a serem seguidas pelos profissionais de saúde, a fim de prevenir e eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

A OMS, na tentativa de desenvolver estratégias para o seu controle, pactuou com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), e tornou a eliminação da SC uma prioridade para a saúde pública, adotando como meta até o ano de 2015, a redução da incidência da doença em até 0,5 casos por mil nascidos vivos. O Brasil não conseguiu atingir essa meta, tendo ocorrido, ao contrário, o agravamento dessa epidemia (COOPER *et al.*, 2016).

Em 2011, para fortalecer e estruturar os cuidados voltados para a saúde materno-infantil, o MS instituiu a Rede Cegonha para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gestação, no parto e no puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável, proporcionando além de outras medidas o aumento significativo da capacidade de triagem para sífilis mediante a incorporação de testes sorológicos de execução rápida na Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Esse programa que visa reduzir a morbimortalidade materna e infantil no Brasil, propõe a implementação e o fortalecimento de ações voltadas para a humanização da assistência no pré-natal, parto e puerpério, com o acolhimento da gestante e do bebê, e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno através da qualificação das Redes de Atenção Materno-Infantil (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Em 2016 o MS propôs a implementação das ações de controle da sífilis congênita, lançando a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, onde estabeleceu um rol de prioridades visando à qualificação da atenção à saúde para prevenção, assistência, tratamento e vigilância da sífilis (BRASIL, 2017a).

Ainda no ano de 2016, o MS adotou a estratégia de fortalecimento do pré-natal do parceiro, na qual busca destacar a importância da vinculação do parceiro aos cuidados da assistência pré-natal, oferecendo-lhe exames de rotina e testes rápidos com aconselhamento pré e pós teste, favorecendo a redução do impacto das infecções sexualmente transmissíveis na população e uma melhor qualidade de vida para a mulher e o conceito (BRASIL, 2016b).

Através da nota técnica Nº 2-SEI/2017-. DIAHV/SVS/MS, o MS redefini os critérios para a notificação dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita objetivando minimizar a subnotificação dos casos e seguir as recomendações da OMS e OPAS (BOLITIM EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS, 2017).

Além disso, o MS instituiu o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais (PCDT), onde estabelece critérios para o diagnóstico, tratamento, cuidados com a saúde dos doentes, mecanismos de controle clínico e acompanhamento dos resultados terapêuticos através do manejo das mulheres e suas parcerias sexuais quanto as infecções sexualmente transmissíveis de potencial transmissão vertical, principalmente para prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2018).

Apesar do desenvolvimento de ações estratégicas direcionadas para o enfrentamento individual e coletivo da sífilis, a SC ainda continua sendo um importante problema de saúde pública, evidenciando que condutas propostas ao longo do tempo estão sendo insuficientes e fragilizadas para o enfrentamento desta problemática (MAGALHÃES, 2013).

### **5.3 A assistência pré-natal no enfrentamento da sífilis congênita**

A assistência pré-natal é um dos serviços públicos ofertados pelo MS mais antigos do Brasil, onde através do acompanhamento do ciclo gestacional promove a manutenção ou a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil (DOMINGUES *et al.*, 2012).

Segundo Souza *et al.* (2018), inúmeras evidências elucidam que o acompanhamento adequado da gestante no pré-natal configura-se em um importante fator de redução do baixo peso ao nascimento, prematuridade, prevenção da transmissão vertical de doenças, e principalmente óbito perinatal.

Ao longo dos anos, houve no território brasileiro, um aumento considerável na cobertura da assistência pré-natal, porém esta assistência apresenta inúmeras falhas em seus elementos básicos preconizados pelo PHPN. Este fato configura uma baixa qualidade do cuidado e, conseqüentemente, favorece a persistência de resultados perinatais desfavoráveis, e dentre eles, a sífilis congênita (DOMINGUES, 2012).

O cuidado prestado à gestante pode representar a única ou as poucas oportunidades que estas mulheres têm em receber assistência à saúde. Ressalta-se, assim, a necessidade de ampliação do acesso a assistência pré-natal e a capacitação dos profissionais de saúde para possibilitar uma atuação com excelência (LUZ; AQUINO; MEDINA, 2018).

Segundo o MS, a atenção básica à saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, por se configurar como ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado (BRASIL, 2012).

Para Rezende e Barbosa (2015), para evitar os desfechos negativos da gestação, além de garantir a realização de um número mínimo de seis consultas e o início precoce do acompanhamento, é indispensável atentar para a qualidade do conteúdo das consultas, bem como as ações a serem executadas entre as consultas e o rastreamento de infecções de transmissão vertical, dentre elas a sífilis.

A prevenção da transmissão vertical da sífilis é simples e deve ser realizada durante as consultas de pré-natal, pois irá possibilitar o tratamento materno em até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero (BRASIL, 2016c; RAMOS *et al.*, 2007).

Uma das ações de grande relevância na assistência pré-natal é o acolhimento da gestante e do seu parceiro na unidade de saúde, onde implica a responsabilização da equipe de saúde pela integralidade do cuidado a partir do acolhimento do casal, favorecendo a estruturação e fortalecimento do vínculo e conseqüentemente, possibilitando o seguimento das consultas de maneira satisfatória (BRASIL, 2012).

Durante as consultas pré-natais os profissionais devem estar aptos a realizar a escuta ativa da mulher e seus acompanhantes, principalmente quando se tratar do

parceiro, esclarecendo as dúvidas e informando quais as condutas a serem adotadas. Além de atividades educativas, realizadas em grupo ou individualmente, deve-se estimular o parto normal, e realizar cuidadosa anamnese, exame clínico-obstétrico e exames laboratoriais (COSTA *et al.*, 2013).

Dentre as ações a serem realizadas durante as consultas de pré-natal, o rastreamento de infecções que podem ser transmitidas da mãe para o conceito é uma das intervenções com possibilidade de maior impacto sobre a saúde perinatal, uma vez que com a identificação precoce da doença pode-se seguir o tratamento eficaz objetivando a cura materna ou a prevenção da transmissão vertical (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Para que isso seja possível, as unidades de saúde devem possuir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal e assegurar a toda gestante a solicitação, realização e avaliação, em tempo hábil, dos resultados dos exames laboratoriais de rotina preconizados, principalmente aqueles relacionados a doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, a gestante deverá receber o tratamento devido e, se necessário, ser encaminhada a uma unidade de saúde especializada (BRASIL, 2019a).

A ocorrência da sífilis congênita é uma consequência da dispensação de cuidados inadequados ou insuficientes para curar a sífilis gestacional durante a assistência pré-natal. A sífilis congênita está dentre as causas de morbimortalidade perinatal evitável, sendo efetivo seu diagnóstico e tratamento ainda na gestação. Por essa razão a sífilis congênita se constitui um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade desse cuidado (LIMA *et al.*, 2013).

Diante do diagnóstico de sífilis gestacional a intervenção deve ser imediata para que se possa minimizar a possibilidade de ocorrência da transmissão vertical. Porém, algumas situações têm comprometido a execução de ações recomendadas para seu controle contribuindo para sua persistência, como a fragilidade na logística dos serviços de saúde e a baixa qualidade da assistência pré-natal (BASSO; NEVES; SILVEIRA, 2012).

Conforme estudo realizado por Lima *et al.* (2013) muitos fatores podem favorecer a baixa qualidade do diagnóstico da sífilis no pré-natal, dentre eles destacam-se: número de consultas de pré-natal inferior ao quantitativo recomendado pelo MS, ausência da realização dos exames para detecção de sífilis no primeiro e terceiro trimestre de gestação, dificuldade dos laboratórios em realizar a entrega dos



resultados dos exames para detecção da sífilis em tempo hábil, dificuldade para fidelizar o compromisso da gestante com as consultas pré-natais, bem como falha dos serviços de saúde para realizar a busca ativa das gestantes e da parceria sexual para iniciar ou retomar o acompanhamento pré-natal.

A assistência pré-natal permite a realização do diagnóstico e tratamento dos casos em tempo oportuno, como também, proporciona que o caso seja notificado. A notificação compulsória da sífilis gestacional foi instituída, em 2005, pela Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2005a).

#### **5.4 Avaliação em saúde**

A avaliação sempre esteve presente na existência da sociedade, seja para determinar o valor de algo segundo nossos desejos e intenções, ou quando passamos pelo processo de ser avaliado em diversos contextos, seja pela família, na escola e no trabalho (FURTADO *et al.*, 2011).

Somente após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de avaliação passou a ganhar destaque, quando o Estado passou a substituir o mercado nas áreas da educação, do social, do emprego, e da saúde. Para tanto, utilizava os processos avaliativos para verificar o desempenho das políticas públicas e buscar melhorar a aplicação dos seus recursos tornando-os mais efetivos (GOMES; BEZERRA, 2014).

Partindo desta necessidade, surgiu o conceito de avaliação dos programas públicos, onde analisavam as vantagens e os custos. Porém, estas informações eram insuficientes, induzindo, de certo modo, a adoção de uma perspectiva interdisciplinar como o desenvolvimento de métodos que analisem as vantagens e os custos desses programas sem trazer prejuízos a qualidade dos serviços prestados (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A valorização do processo avaliativo tornou-se crescente para as instituições e programas indicados nas novas e complexas conjunturas da nossa sociedade, no qual busca obter os resultados com a velocidade de informações, economia em escala e a focalização de ações voltadas para a necessidade de tomada de decisão como a utilização dos recursos (MINAYO, 2011).

A inserção das práticas avaliativas do sistema público de saúde no Brasil ocorreu de maneira oposta aos demais países, onde o contexto político favorece ao incremento e desenvolvimento da avaliação das suas ações e programas sociais,

como também possui o apoio da sociedade por conta da acentuada cultura participativa no acompanhamento dos investimentos públicos (FURTADO; VIEIRA DA SILVA, 2014).

No território brasileiro, a avaliação em saúde encontra-se muito fragilizada e pouco integrada às práticas gerenciais, sendo comum destacar-se por um caráter prescritivo e burocrático. Sendo assim, o processo avaliativo dificilmente irá contribuir com o processo decisório necessitando que a administração pública crie incentivos técnicos e políticos (BRASIL, 2005b).

O conceito de avaliação como também a sua prática, enfrentam obstáculos e não há uma consonância entre os diversos estudiosos sobre a temática da avaliação, uma vez que o processo avaliativo envolve a compreensão da complexidade do objeto associada à sistematização de ferramentas que possam contribuir para a obtenção dos dados e informações confiáveis e cientificamente fidedignas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; MALTA; MERHY, 2004).

Segundo Contandriopoulos (2006), o processo da avaliação busca realizar um julgamento de valor através de um instrumento, no qual possibilita fornecer informações válidas e socialmente legítimas sobre algo ou determinada intervenção, levando em consideração os diversos atores envolvidos, para traduzir posteriormente, esse julgamento em ações.

Para emitir um juízo de valor faz-se necessário buscar parâmetros desejáveis para o objeto a ser avaliado, no qual pode ser definido pela subjetividade individual ou coletiva dos avaliadores, ou pode-se tomar como base os padrões e critérios preestabelecidos através de conhecimentos prévios daqueles que emitem o juízo de valor (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

Contandriopoulos (2006) defende que a avaliação se diferencia da pesquisa pelo caráter normativo, uma vez que, o processo avaliativo irá permitir realizar mensurações acerca dos efeitos de um programa ou política, onde as informações alcançadas possibilitarão que às instâncias de decisão elaborem seus julgamentos, expressem seus valores e manifestem suas intenções estratégicas com maior validade.

O processo avaliativo configura-se como uma prática técnica-administrativa e política para alcançar um julgamento de valor ou de mérito para subsidiar a tomada de decisão. Contudo, para se estabelecer uma tomada de decisão eficiente é indispensável conhecer o que está proposto para ser avaliado e, principalmente

estabelecer o conceito de qualidade como critério no processo decisório (TANAKA; TAMAKI, 2012; PATTON, 1982).

Na concepção de Cruz (2011), para progredir na prática de avaliação de políticas de saúde é indispensável desenvolver uma metodologia avaliativa capaz de discutir estratégias para definir questões que respondam aos interesses daqueles que estão relacionados a intervenção.

A avaliação é um mecanismo de gestão que possibilita o desenvolvimento de estratégias e intervenções que proporcionam o aumento da efetividade e os padrões de atendimento nos serviços de saúde (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; SILVA; FORMIGLI, 1994; TANAKA; MELO, 2000).

No campo da saúde pública a avaliação irá oferecer suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS, onde os processos de avaliação subsidiem a identificação de possíveis falhas ou problemas; irá reorientar as ações e serviços desenvolvidos, possibilitando a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais; e irá mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005c).

A implementação de métodos avaliativos contribui para a construção de processos estruturados e sistemáticos voltados para qualificar a prestação de serviços relacionados à saúde respeitando os princípios e diretrizes preconizados pelos SUS, além de abordar a dimensão da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

O processo decisório voltado para os sistemas de saúde é complexo em decorrência da dificuldade de realizar a articulação entre os problemas de saúde e as possíveis intervenções para resolvê-los, sem esquecer do incremento de tecnologias na assistência à saúde e o aumento da expectativa de vida (HARTZ, 1997).

Portanto, o processo avaliativo irá possibilitar a obtenção de informações para subsidiar a formação de um julgamento de valor, no qual irá fornecer informações sobre os ajustes necessários para que os sistemas de saúde desempenhem suas funções com efetividade (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; SILVA; FORMIGLI, 1994; TANAKA; MELO, 2000).

## 6 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A seguir serão detalhados os aspectos metodológico desenvolvidos ao longo da referida pesquisa.

### 6.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma avaliação normativa (estrutura e processo) obtida através de um estudo transversal com abordagem quantitativa para qualificar a assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita ofertada às mulheres nas unidades de saúde do Distrito Sanitário III da cidade do Recife-PE.

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, comparando os recursos utilizados, os serviços ou os bens produzidos, e os resultados obtidos com as normas e critérios existentes (SAMICO *et al.*, 2010).

Rouquayrol e Filho (1999) define que a pesquisa transversal é um estudo epidemiológico, no qual o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico.

Para Santana e Cunha (2011) os estudos transversais permitem a obtenção de informações sobre a dimensão dos problemas de saúde em uma sociedade, como também é capaz de identificar agravos e subgrupos populacionais mais vulneráveis em um momento específico, fornecendo um retrato da situação de saúde da população.

Os estudos transversais configuram-se uma ferramenta de grande valia na descrição de características da população, identificação de fatores de risco e o planejamento em saúde, uma vez que possibilita referir-se a inquéritos populacionais focados na avaliação de variáveis de morbidade como incidência e prevalência (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Segundo Fonseca (2002) e Marconi e Lakatos (2009), a pesquisa quantitativa é caracterizada pela objetividade, sistematização e quantificação dos conceitos, na qual utiliza dados coletados por meio de instrumentos padronizados e neutros, permitindo obter informações a partir de estudos com amostras e elevada quantidade de variáveis, que serão apresentados em quadros e tabelas. Além disso, apropria-se de modelos estatísticos para explicar os dados, objetivando simplificar o aspecto

social dos fenômenos, sacrificando a compreensão do significado em troca do rigor matemático.

## 6.2 Modelo Lógico da Intervenção

O Modelo Lógico da Intervenção (MLI) trata-se de uma ferramenta para a avaliação de programas sociais por apresentar de maneira visual e sistemática o conjunto de elementos que compõem a intervenção ou programa que será avaliado, no qual objetiva mostrar a relação entre a intervenção e os efeitos esperados (BEZERRA *et al.* 2010).

A elaboração do MLI é uma etapa de suma importância que deve ocorrer antes que inicie a avaliação de um programa, no qual traz uma reflexão sobre a fundamentação teórica que sustenta determinada intervenção, determinando como a mesma deve funcionar (BROUSELLE, 2011; CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Segundo Moreira e Abreu (2014), o MLI traz a representação ideal do programa incluindo a sequência do passo a passo para o alcance dos efeitos do programa ou intervenção. Ou seja, a relação entre os recursos necessários, as atividades a serem desenvolvidas e os resultados almejados.

Porém, para que o modelo lógico possibilite a realização do processo avaliatório, é imprescindível a participação democrática dos atores interessados na avaliação durante todo processo visando contemplar as diversas visões sobre as intervenções (HARTZ; VIEIRA, 2005).

O MLI do presente estudo (Figura 1) foi adaptado do ML proposto por Saraceni *et al.* (2005) para a avaliação das campanhas de enfrentamento da SC no Município do Rio de Janeiro nos anos de 1999-2000, no qual os elementos presentes no MLI foram adaptados para que possam atender as recomendações para prevenção da SC na assistência pré-natal preconizadas pelo PCDT do MS, 2019.

## 6.3 Modelo Teórico da Avaliação

Para Minayo (2006), a avaliação corresponde a um processo basicamente humano e pode ser realizado por qualquer pessoa, onde desempenhará a função de julgar, estimar, medir, classificar e analisar criticamente algo ou alguém. Além disso, a avaliação configura-se uma estratégia investigativa responsável em questionar o

mérito e a relevância de determinada proposta ou programa visando o fortalecimento do movimento a favor da cidadania e dos direitos humanos.

A avaliação caracteriza-se como um mecanismo de gestão, no qual possui como propósito guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa possibilitando o desenvolvimento de estratégias e intervenções que proporcionem o aumento da efetividade dos padrões de atendimento nos serviços de saúde (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; TANAKA; MELO, 2000).

Existem diversas possibilidades de direcionamento da avaliação, uma destas opções de bastante destaque é a avaliação voltada para a qualidade em saúde, no qual toma a qualidade de determinada intervenção com objeto de estudo (SILVA, 2009).

A ideia de avaliação de qualidade é compreendida com um processo contínuo e permanente de identificação das possíveis falhas ou erros presentes na execução das ações para buscar solucioná-los ou aprimorá-los por meio do envolvimento e do compromisso de todos os profissionais implicados no processo para se alcançar o sucesso (AZEVEDO, 1993; NOVAES; PAGANINI, 1994; PALADINI 1995).

Um modelo bastante utilizado para avaliar a qualidade dos serviços de saúde foi proposto por Donabedian, focado em três componentes, estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980).

Na avaliação de qualidade das práticas e dos serviços de saúde, uma estrutura adequada propicia um processo de assistência à saúde com resultados positivos, que por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população (ARAÚJO, 2014).

O componente estrutura é o elemento que fornece menos informações sobre a qualidade da atenção à saúde e, geralmente, estas informações estão relacionadas ao credenciamento de unidades de saúde. Porém, a estrutura é fundamental para complementar avaliação do processo e dos resultados (ARAÚJO, 2014).

O processo refere-se à execução das atividades e da dinâmica que envolve os profissionais de saúde e os pacientes, nos quais estão fortemente relacionados ao resultado, utilizado como estimativa da qualidade (SILVA, 2009).

Para Tanaka (2011) ao iniciar a avaliação pelo processo é possível identificar os resultados esperados e utiliza-los como parâmetro para o juízo de valor na avaliação dos resultados alcançados.

Segundo Portela (2000), a avaliação de resultados fundamenta-se no propósito de medir a melhoria da condição de saúde através da identificação do efeito das ações e serviços de saúde no estado de saúde da população.

A avaliação dos componentes propostos pela Tríade de Donabedian deve ser realizada de maneira conjunta, uma vez que a sua avaliação dissociada evidencia problemas e insuficiências. Além disso, para se obter uma avaliação de qualidade, utiliza-se um conjunto de indicadores representativos dos três componentes, no qual auxiliam o gerenciamento, acompanham e avaliam a qualidade das ações planejadas e executadas relativas à assistência e as atividades de um serviço (DONABEDIAN, 1992; LIMA E KURGANCT, 2009).

O conceito de qualidade foi ampliado quando Donabedian analisou os indicadores sob a ótica de atributos de cuidados de saúde e elaborou o modelo dos sete pilares, no qual propõe sete atributos, são eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

As dimensões da qualidade abordadas no presente estudo serão as adotadas por Becker (2011) em uma pesquisa onde se propôs avaliar a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária no município de Rio Branco – Acre. No referido estudo as seguintes dimensões da qualidade foram elencadas:

- a) Disponibilidade: relacionada ao volume e ao tipo de recursos e serviços oferecidos e às necessidades dos usuários, verificando, através do indicador de cobertura, a proporção das gestantes que se beneficiam do programa de prevenção à transmissão vertical da sífilis.
- b) Oportunidade: referente à existência de apoio diagnóstico e terapêutico que ocorre em momento oportuno, de acordo com as necessidades requeridas pelos usuários.
- c) Conformidade pondera se os recursos utilizados (físicos, humanos, materiais, etc.) e os organizacionais da atenção estão em concordância com a norma pré-estabelecida.

### *6.3.1 Matrizes de Informação*

As matrizes de informação utilizadas no presente estudo são compostas por indicadores que ressaltam as recomendações para prevenção da ocorrência de casos

de SC na assistência pré-natal abordadas no MLI desenvolvido para a presente pesquisa.

Além dos indicadores, as matrizes de informação possuem as fontes de onde os dados foram retirados, o modo como cada indicador foi calculado e as pontuações atribuídas a cada indicador para definir o grau de qualidade segundo o percentual observado a partir do estudo.

As matrizes de informação estão dispostas nos quadros 2, 3 e 4, apresentam o conjunto de indicadores selecionados para estabelecer o grau de qualidade, respectivamente, nas dimensões conformidade, oportunidade e disponibilidade. As dimensões da conformidade e oportunidade abrangem as atividades que devem ser desenvolvidas durante os cuidados pré-natais para a prevenção deste agravo, enquanto a dimensão da disponibilidade engloba os indicadores relacionados com os recursos humanos e materiais necessários para oferecer uma assistência pré-natal de qualidade para prevenção da sífilis congênita.

**Quadro 2 - Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão conformidade.**

(continua)

Dimensão da qualidade	Indicadores	Fonte de dados	Cálculo do Indicador	Pontuação
<b>CONFORMIDADE</b>	% de gestantes que realizaram consultas de pré-natal com enfermeiro e médico	Prontuário	$\text{N}^\circ$ de gestantes que realizaram consultas de pré-natal com enfermeiro e médico / Total de gestantes X 100	$\leq 54,9\% = 1$ 55 a 74,9% = 2 75 a 94,9% = 3 $\geq 95\% = 4$
	% de gestantes que iniciaram o pré-natal até 12ª semana de gestação	Prontuário	$\text{N}^\circ$ de gestantes que iniciaram o pré-natal até 12ª semana de gestação / Total de gestantes X 100	$\leq 54,9\% = 1$ 55 a 74,9% = 2 75 a 94,9% = 3 $\geq 95\% = 4$
	% de gestantes que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	Prontuário	$\text{N}^\circ$ de gestantes que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal / Total de gestantes X 100	$\leq 54,9\% = 1$ 55 a 74,9% = 2 75 a 94,9% = 3 $\geq 95\% = 4$
	% de gestantes que foram orientadas sobre a prevenção da sífilis congênita	Prontuário	$\text{N}^\circ$ de gestantes que foram orientadas sobre a prevenção da sífilis congênita / Total de gestantes X 100	$\leq 54,9\% = 1$ 55 a 74,9% = 2 75 a 94,9% = 3 $\geq 95\% = 4$
	% de gestantes que tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado no 1º trimestre de gestação	Prontuário	$\text{N}^\circ$ de gestantes que tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado no 1º trimestre de gestação / Total de gestantes X 100	$\leq 54,9\% = 1$ 55 a 74,9% = 2 75 a 94,9% = 3 $\geq 95\% = 4$



**Quadro 2 - Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão conformidade.**

(continuação)

Dimensão da qualidade	Indicadores	Fonte de dados	Cálculo do Indicador	Pontuação
<b>CONFORMIDADE</b>	% de gestantes que foram testadas para sífilis no 1º trimestre de gestação	Prontuário	Nº de gestantes que foram testadas para sífilis no 1º trimestre de gestação / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes que tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado no 3º trimestre de gestação	Prontuário	Nº de gestantes que tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado no 3º trimestre de gestação / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes que foram testadas para sífilis no 3º trimestre de gestação	Prontuário	Nº de gestantes que foram testadas para sífilis no 3º trimestre de gestação / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes que no pré-natal realizaram 2 testes (no 1º e 3º trimestre) para o diagnóstico de sífilis	Prontuário	Nº de gestantes que no pré-natal realizaram 2 testes (no 1º e 3º trimestre) para o diagnóstico de sífilis / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes que tiveram seus parceiros testados para sífilis	Prontuário	Nº de gestantes que tiveram seus parceiros testados para sífilis / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros testados	Prontuário	Nº de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros testados / Total de gestantes diagnosticadas com sífilis X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros tratados	Prontuário	Nº de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros tratados / Total de gestantes diagnosticadas com sífilis X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que foram orientadas sobre o tratamento	Prontuário	Nº de gestantes diagnosticadas com sífilis que foram orientadas sobre o tratamento / Total de gestantes diagnosticadas com sífilis X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4

**Quadro 2 - Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão conformidade.**

(conclusão)

Dimensão da qualidade	Indicadores	Fonte de dados	Cálculo do Indicador	Pontuação
<b>CONFORMIDADE</b>	% de gestantes diagnosticadas com sífilis cujo tratamento prescrito foi a penicilina benzatina	Prontuário	Nº de gestantes diagnosticadas com sífilis cujo tratamento prescrito foi a penicilina benzatina / Total de gestantes diagnosticadas com sífilis X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que receberam tratamento adequado	Prontuário	Nº de gestantes diagnosticadas com sífilis que receberam tratamento adequado / Total de gestantes diagnosticadas com sífilis X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes com sífilis que após o tratamento realizaram, mensalmente, acompanhamento para o controle de cura da doença	Prontuário	Nº de gestantes com sífilis que após o tratamento realizaram, mensalmente, acompanhamento para o controle de cura da doença / Total de gestantes diagnosticadas com sífilis X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4

Fonte: Autora.

**Quadro 3 - Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão oportunidade.**

(continua)

Dimensão da qualidade	Indicadores	Fonte de dados	Cálculo do Indicador	Pontuação
<b>OPORTUNIDADE</b>	% de enfermeiros que oferecem TR para sífilis a toda gestante	Entrevista com enfermeiro	Nº de enfermeiros que oferecem TR para sífilis a toda gestante / Total de enfermeiros X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de enfermeiros que testam as gestantes utilizando o TR para sífilis na consulta de pré-natal	Entrevista com enfermeiro	Nº enfermeiros que testam as gestantes utilizando o TR para sífilis na consulta de pré-natal / Total de enfermeiros X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes que realizaram o TR para sífilis na 1ª consulta de pré-natal	Prontuário	Nº de gestantes que realizaram o TR para sífilis na 1ª consulta de pré-natal / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4

**Quadro 3 - Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão oportunidade.**

(continuação)

Dimensão da qualidade	Indicadores	Fonte de dados	Cálculo do Indicador	Pontuação
<b>OPORTUNIDADE</b>	% de gestantes cujo teste solicitado na 1º consulta de pré-natal para diagnosticar sífilis foi o VDRL	Prontuário	Nº de gestantes cujo teste solicitado na 1º consulta de pré-natal para diagnosticar sífilis foi o VDRL / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 1º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização	Prontuário	Nº de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 1º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 3º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização	Prontuário	Nº de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 3º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização / Total de gestantes X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de gestantes cujo diagnóstico de sífilis foi feito com TR e que o tratamento foi iniciado após este resultado	Prontuário	Nº de gestantes cujo diagnóstico de sífilis foi feito com TR e que o tratamento foi iniciado após este resultado / Total de gestantes com diagnóstico de sífilis feito com TR X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de TR de sífilis	Prontuário	Nº de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de TR de sífilis / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de penicilina benzatina para tratamento da sífilis	Prontuário	Nº de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de penicilina benzatina para tratamento da sífilis / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4

**Quadro 3 - Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão oportunidade.**

(conclusão)

Dimensão da qualidade	Indicadores	Fonte de dados	Cálculo do Indicador	Pontuação
<b>OPORTUNIDADE</b>	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de insumos para administrar a penicilina benzatina para tratamento da sífilis	Prontuário	Nº de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de insumos para administrar a penicilina benzatina para tratamento da sífilis / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	$\leq 54,9\% = 1$ $55 \text{ a } 74,9\% = 2$ $75 \text{ a } 94,9\% = 3$ $\geq 95\% = 4$

Fonte: Autora

**Quadro 4 - Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão disponibilidade.**

(continua)

Dimensão da qualidade	Indicadores	Fonte de dados	Cálculo do Indicador	Pontuação
<b>DISPONIBILIDADE</b>	% de unidades de saúde que dispõem de sala de espera	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de sala de espera / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	$\leq 54,9\% = 1$ $55 \text{ a } 74,9\% = 2$ $75 \text{ a } 94,9\% = 3$ $\geq 95\% = 4$
	% de unidades de saúde que dispõem de consultório individual para as consultas do pré-natal	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de consultório individual para as consultas do pré-natal / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	$\leq 54,9\% = 1$ $55 \text{ a } 74,9\% = 2$ $75 \text{ a } 94,9\% = 3$ $\geq 95\% = 4$
	% de unidades de saúde que dispõem de caderneta ou cartão da gestante	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de caderneta ou cartão da gestante / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	$\leq 54,9\% = 1$ $55 \text{ a } 74,9\% = 2$ $75 \text{ a } 94,9\% = 3$ $\geq 95\% = 4$
	% de unidades de saúde que dispõem de material educativo sobre sífilis	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de material educativo sobre sífilis / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	$\leq 54,9\% = 1$ $55 \text{ a } 74,9\% = 2$ $75 \text{ a } 94,9\% = 3$ $\geq 95\% = 4$
	% de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar as consultas de pré-natal	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar as consultas de pré-natal / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	$\leq 54,9\% = 1$ $55 \text{ a } 74,9\% = 2$ $75 \text{ a } 94,9\% = 3$ $\geq 95\% = 4$

**Quadro 4 - Matriz de Informação – Indicadores de qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão disponibilidade.**

(conclusão)

Dimensão da qualidade	Indicadores	Fonte de dados	Cálculo do Indicador	Pontuação
<b>DISPONIBILIDADE</b>	% de unidades de saúde que dispõem de TR para sífilis	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de TR para sífilis /Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar o TR para sífilis	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar o TR para sífilis /Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de unidades de saúde que fazem coleta para a realização do VDRL	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que fazem coleta para a realização do VDRL / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de unidades de saúde que dispõem de penicilina benzatina	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de penicilina benzatina / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de unidades de saúde que possuem profissionais capacitados para administrar a penicilina benzatina	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que possuem profissionais capacitados para administrar a penicilina benzatina /Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de unidades de saúde que dispõem de insumos para administrar a penicilina benzatina	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de insumos para administrar a penicilina benzatina / Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4
	% de unidades de saúde que dispõem de preservativos	Entrevista com enfermeiro	Nº de unidades de saúde que dispõem de preservativos /Total de unidades de saúde avaliadas X 100	≤54,9%=1 55 a 74,9%=2 75 a 94,9%=3 ≥95%=4

Fonte: Autora.

### 6.3.2 Julgamento do Grau de Qualidade

O Julgamento de valor da qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, foco desta avaliação, foi elaborado conforme a relevância da SC

como um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade da assistência pré-natal (CARVALHO; BRITO, 2014).

O parâmetro adotado neste estudo para classificar o grau de qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita como “ótimo” foi definido com base no valor percentual recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o enfrentamento da SC, estabelecido em  $\geq 95\%$  para as gestantes admitidas no pré-natal serem testadas e tratadas adequadamente para sífilis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

O DS III do município de Recife-PE foi evidenciado no estudo de Melo *et al.* (2011) como o que possui o pior coeficiente de detecção de SC municipal, sendo este resultado influenciado, provavelmente, pela elevada vulnerabilidade social aferida por meio de indicadores da assistência pré-natal, condição de vida e escolaridade materna. Como o objetivo do presente estudo foi identificar fragilidades nas condutas assistenciais a fim de subsidiar ações de planejamento para prevenir a SC, foi considerado que os parâmetros subsequentes para classificar o grau de qualidade dos serviços de pré-natal para evitar a SC no referido DS, utilizando percentuais inferiores a cada 5%, seria bastante rígido para este momento, podendo desestimular os interessados nos resultados desta avaliação, adotando-se, por este motivo, percentuais regressivos estabelecidos a cada 20% (expostos no Quadro 5).

**Quadro 5 – Julgamento do grau de qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita.**

Percentual	Grau de qualidade
$\geq 95\%$	Ótima
75 a 94,9%	Boa
55 a 74,9%	Regular
$\leq 54,9\%$	Ruim

Fonte: Autora.

### 6.3.3 Matriz de Análise e Julgamento

As matrizes de análise e julgamento da qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, estão dispostas nos quadros 6, 7 e 8 onde os indicadores e as pontuações “máxima esperada” estão demonstradas, facultando a partir das pontuações “obtida” por meio deste estudo, classificar o grau de qualidade,

respectivamente, nas dimensões conformidade, oportunidade e disponibilidade. No quadro 9 demonstra-se os resultados globais, por dimensão desta avaliação

**Quadro 6 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão conformidade.**

Dimensão da qualidade	Indicadores	Pontuação		Grau de Qualidade
		Máxima Esperada	Obtida	
<b>CONFORMIDADE</b>	% de gestantes que realizaram consultas de pré-natal com enfermeiro e médico	4		
	% de gestantes que iniciaram o pré-natal até 12ª semana de gestação	4		
	% de gestantes que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	4		
	% de gestantes que foram orientadas sobre a prevenção da sífilis congênita	4		
	% de gestantes que tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado no 1º trimestre de gestação	4		
	% de gestantes que foram testadas para sífilis no 1º trimestre de gestação	4		
	% de gestantes que tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado no 3º trimestre de gestação	4		
	% de gestantes que foram testadas para sífilis no 3º trimestre de gestação	4		
	% de gestantes que no pré-natal realizaram 2 testes (no 1º e 3º trimestre) para o diagnóstico de sífilis	4		
	% de gestantes que tiveram seus parceiros testados para sífilis	4		
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros testados	4		
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros tratados	4		
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que foram orientadas sobre o tratamento	4		
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis cujo tratamento prescrito foi a penicilina benzatina	4		
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que receberam tratamento adequado	4		
	% de gestantes com sífilis que após o tratamento realizaram, mensalmente, acompanhamento para o controle de cura da doença	4		
	<b>Σ</b>		64	

Fonte: Autora.

**Quadro 7 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão oportunidade.**

Dimensão da Qualidade	Indicadores	Pontuação		Grau de Qualidade
		Máxima Esperada	Obtida	
OPORTUNIDADE	% de enfermeiros que oferecem TR para sífilis a toda gestante	4		
	% de enfermeiros que testam as gestantes utilizando o TR para sífilis na consulta de pré-natal	4		
	% de gestantes que realizaram o TR para sífilis na 1º consulta de pré-natal	4		
	% de gestantes cujo teste solicitado na 1º consulta de pré-natal para diagnosticar sífilis foi o VDRL	4		
	% de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 1º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização	4		
	% de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 3º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização	4		
	% de gestantes cujo diagnóstico de sífilis foi feito com TR e que o tratamento foi iniciado após este resultado	4		
	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de TR de sífilis	4		
	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de penicilina benzatina para tratamento da sífilis	4		
	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de insumos para administrar a penicilina benzatina para tratamento da sífilis	4		
	<b>Σ</b>	40		

Fonte: Autora



**Quadro 8 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão disponibilidade.**

Dimensão da Qualidade	Indicadores	Pontuação		Grau de Qualidade
		Máxima Esperada	Obtida	
DISPONIBILIDADE	% de unidades de saúde que dispõem de sala de espera	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de consultório individual para as consultas do pré-natal	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de caderneta ou cartão da gestante	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de material educativo sobre sífilis	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar as consultas de pré-natal	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de TR para sífilis	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar o TR para sífilis	4		
	% de unidades de saúde que fazem coleta para a realização do VDRL	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de penicilina benzatina	4		
	% de unidades de saúde que possuem profissionais capacitados para administrar a penicilina benzatina	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de insumos para administrar a penicilina benzatina	4		
	% de unidades de saúde que dispõem de preservativos	4		
	<b>Σ</b>	<b>48</b>		

Fonte: Autora

**Quadro 9 - Matriz de julgamento com resultados consolidados por dimensão da avaliação de qualidade da atenção pré-natal para a prevenção da sífilis congênita.**

Assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita	Dimensão	Pontuação				Grau de Qualidade
		Máxima Esperada		Obtida		
		N	%	N	%	
	Conformidade	56	100			
	Oportunidade	48	100			
	Disponibilidade	48	100			
<b>Σ Dimensões da Avaliação</b>		<b>152</b>	<b>100</b>			

Fonte: Autora

## 6.4 Local de estudo

As matrizes de análise e julgamento da qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, estão dispostas nos quadros 6, 7 e 8 onde os indicadores e as pontuações “máxima esperada” estão demonstradas, facultando a partir das pontuações “obtida” por meio deste estudo, classificar o grau de qualidade, respectivamente, nas dimensões conformidade, oportunidade e disponibilidade. No quadro 9 demonstra-se os resultados globais, por dimensão desta avaliação

A cidade do Recife está dividida em 94 bairros aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA) e, desde 2014, os Distritos Sanitários (DS) III e VI, considerados os mais populosos, foram divididos em dois novos DS, o DS VII e VIII, respectivamente, totalizando oito DS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015).

Segundo dados publicados pela Vigilância Epidemiológica da cidade do Recife, o número de casos de SC notificados entre os anos de 2001 e 2013 apresentou uma tendência crescente e um coeficiente de detecção  $\geq 5,0$  casos/1.000 nascidos vivos, denotando que o alcance da meta de eliminação deste agravo, como problema de saúde pública, está longe de ser alcançada (RECIFE, 2014).

Segundo uma pesquisa realizada por Silva *et al.* (2018), que buscou descrever a situação epidemiológica da SC e gestacional na cidade de Recife-PE entre o ano de 2001 e 2016, o DS III apresentou uma taxa de detecção de SC de 16,2/1000 nascidos vivos, correspondendo a terceira maior taxa de detecção.

Foram incluídas na presente pesquisa 10 unidades de saúde que prestam assistência pré-natal no DS III (Quadro 10). Dentre essas unidades de saúde sete são Unidades de Saúde da Família (USF) e três são Unidades Básicas de Saúde (UBS). Cada USF possui uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e nas UBS estão distribuídas seis equipes básicas de saúde, totalizando 13 equipes de saúde responsáveis pela prestação da assistência pré-natal.

**Quadro 10 – Unidades de saúde que prestam serviços de assistência pré-natal no DS III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2019.**

(continua)

UBS			
	Nome	Endereço	Nº de equipes de saúde
1	Professor Mário Ramos	Rua Oscar de Barros, 175 - Casa Amarela, Recife - PE, 52070-150	1

**Quadro 10 – Unidades de saúde que prestam serviços de assistência pré-natal no DS III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2019.**

(conclusão)

<b>UBS</b>			
	<b>Nome</b>	<b>Endereço</b>	<b>Nº de equipes de saúde</b>
2	Francisco Pignatari	Estrada do Arraial, 4155 - Casa Amarela, Recife - PE, 52070-230.	3
3	Joaquim Costa Carvalho	Rua Siriji, s/n - Alto do Mandu, Recife - PE, 52071-193	2
<b>USF</b>			
	<b>Nome</b>	<b>Endereço</b>	<b>Nº de equipes de saúde</b>
1	Poço da Panela	Rua Irmã Maria da Paz, 108 - Poço da Panela, Recife - PE, 52061-240	1
2	Apipucos/ São João	Rua Cel. João Batista do Rêgo Barros, 56 - Apipucos, Recife - PE, 52071-350	1
3	Santana	Rua Olegarina da Cunha, 333 - Santana, Recife - PE, 52060-530	1
4	Sítio dos Pintos	Rua Professor Agostinho Nunes Machado - s/n, Recife - PE	1
5	Sítio São Braz	Terceira Travessa da Rua São Braz, 60, Recife-PE.	1
6	Córrego da Fortuna	Rua Prof. Cláudio Selva, 49-83 - Sítio dos Pintos, Recife - PE, 52171-280	1
7	União das Vilas	Rua Gomes Pachêco, 198 - Espinheiro, Recife - PE, 52021-060	1
Fonte: Recife (2019).			<b>Total: 13</b>

## 6.5 Período do estudo

O presente estudo foi realizado de janeiro de 2016 a agosto de 2018. Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis, do Estado de Pernambuco, durante o referido período houve um aumento de 65% no número dos casos notificados de sífilis em gestantes. Esta elevação também foi evidenciada na região metropolitana do Recife, cujo aumento foi de aproximadamente 71% (BRASIL, 2019; PERNAMBUCO, 2018).

## 6.6 População do estudo

A população do estudo foi composta pelos prontuários das mulheres que iniciaram o pré-natal entre janeiro de 2016 e agosto de 2018 nas unidades de saúde do DS III. Este intervalo de tempo encontra justificativa no fato de, no período

estipulado para a realização da coleta de dados, todas as mulheres incluídas na pesquisa terem finalizado as consultas de pré-natal.

Em seguida, foram realizadas entrevistas com os(as) enfermeiros(as) que prestavam cuidados relacionados à assistência pré-natal nas unidades de saúde selecionadas para o estudo. A escolha desses profissionais foi justificada pelo fato de serem os profissionais de saúde responsáveis pela maior parte do acompanhamento da assistência pré-natal ofertada as gestantes na atenção básica à saúde.

Nas unidades de saúde que possuíam mais de uma equipe de saúde, foi realizado um sorteio para selecionar um(a) enfermeiro(a) para ser entrevistado(a), uma vez que essas equipes de saúde compartilhavam não apenas o mesmo espaço mas os mesmos recursos e insumos.

Caso a pessoa sorteada recusasse em participar da pesquisa novo sorteio era realizado até que um profissional interessado fosse selecionado.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser servidor ativo do quadro de pessoal; estar desempenhando atividades relacionadas aos cuidados pré-natais nas unidades de saúde incluídas no estudo, por mais de 12 meses; aceitar, voluntariamente, participar da pesquisa; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E, como critério de exclusão: estar em gozo de férias, afastado por motivo de doença, ou impossibilitado de responder ao questionário.

## **6.7 Amostra do estudo**

A amostra do presente estudo foram os prontuários das mulheres que realizaram o pré-natal nas unidades de saúde do DS III, além dos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados assistenciais a estas gestantes.

A amostra de prontuários das gestantes foi calculada baseada no número médio de gestantes que realizaram o pré-natal por equipe de saúde no período estipulado para o estudo. Sendo assim, tomou-se como base que as 13 equipes de saúde pertencentes ao referido DS, no período de 2016 a 2018, realizou, em média, o acompanhamento de 20 gestantes por ano. Baseado nestas informações, foi calculada a amostra de prontuários de gestantes através do programa Epi Info™ versão 6, considerando uma margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e uma prevalência esperada de 50% para a SC. A amostra mínima estimada foi de 258

prontuários de gestantes, porém, foi possível realizar a coleta de dados em 278 prontuários de gestantes.

Foram entrevistados 10 enfermeiros(as), sendo um profissional de saúde para representar cada unidade de saúde que prestava assistência pré-natal no DS III (sete enfermeiros vinculados às USF e três, às UBS).

## 6.8 Coleta dos dados

Os dados provenientes dos prontuários das gestantes foram coletados de junho e julho de 2019, e as entrevistas com os enfermeiros (as) responsáveis por prestar os cuidados pré-natais também foram realizadas nesse período.

Utilizou-se para a coleta de dados dos prontuários um formulário desenvolvido para esta pesquisa (APÊNDICE A), no qual contempla-se as ações que devem ser realizadas para a prevenção da sífilis congênita. Para as entrevistas com os enfermeiros(as), foi utilizado um questionário, também elaborado para esta pesquisa (APÊNDICE B), com perguntas que permitiram avaliar a estrutura das unidades de saúde e o conhecimento dos profissionais para desenvolver os cuidados preconizados para prevenção da sífilis congênita.

## 6.9 Análise dos dados

A partir dos dados coletados foram elaborados os indicadores que permitiam avaliar a qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita prestadas nas unidades de saúde do Distrito Sanitário III da cidade do Recife-PE. Em seguida, esses indicadores foram distribuídos nas três dimensões (conformidade, oportunidade e disponibilidade) da qualidade adotadas para este estudo (item 6.3) e analisadas utilizando as Matrizes de Análise e Julgamento (Quadro 6, 7, 8 e 9).

O respectivo grau de qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita foi imputado mediante aos parâmetros contidos no Quadro 5, e a fórmula a seguir foi utilizada para definir o grau de qualidade de cada indicador selecionado.

$$\text{Qualidade da assistência pré-natal} = \frac{\Sigma \text{Pontuação Observada}}{\Sigma \text{Pontuação Máxima Esperada}} \times 100$$

### **6.10 Considerações éticas**

O estudo foi desenvolvido em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Além disso, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ – PERNAMBUCO, possuindo número de CAAE 10119219.9.0000.5190.

Foi solicitada a carta de anuência à Prefeitura da Cidade do Recife para a utilização dos dados dos prontuários das gestantes que realizaram o pré-natal no Distrito Sanitário III da referida cidade, assim como aos enfermeiros(as) que aceitaram participar do estudo, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-lhes a confidencialidade dos dados e o anonimato das entrevistas por ocasião da divulgação dos resultados, minimizando assim, os riscos de causar constrangimento aos enfermeiros participantes.

Ao término deste estudo, os resultados estarão disponíveis para a Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Recife-PE, bem como para a Secretaria de Saúde de Pernambuco e para o Ministério da Saúde, para que possam subsidiar a melhoria da assistência pré-natal prestada as gestantes e possibilite a elaboração de medidas para a prevenção da sífilis congênita na assistência pré-natal.

## 7 RESULTADOS

Para atender aos objetivos do presente estudo inicialmente foi elaborado o Modelo Lógico da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita (Figura 1), no qual propiciou uma descrição detalhada da intervenção (assistência pré-natal para prevenção da SC), sendo um guia dos aspectos relevantes para o processo de implementação da intervenção. Além disso, possibilitou sistematizar os recursos pré-existent que compõem a estrutura, as atividades, os produtos e os resultados esperados que sinalizam o controle da sífilis gestacional.

Posteriormente foi realizado um estudo transversal sobre a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita através de análises de informações obtidas nos prontuários de gestantes e das entrevistas com os enfermeiros responsáveis pela assistência pré-natal nas unidades de saúde.

Foram utilizados 278 prontuários de mulheres que iniciaram o pré-natal entre os meses de janeiro de 2016 a agosto de 2018 nas unidades de saúde da atenção básica do DS III (Tabela 1).

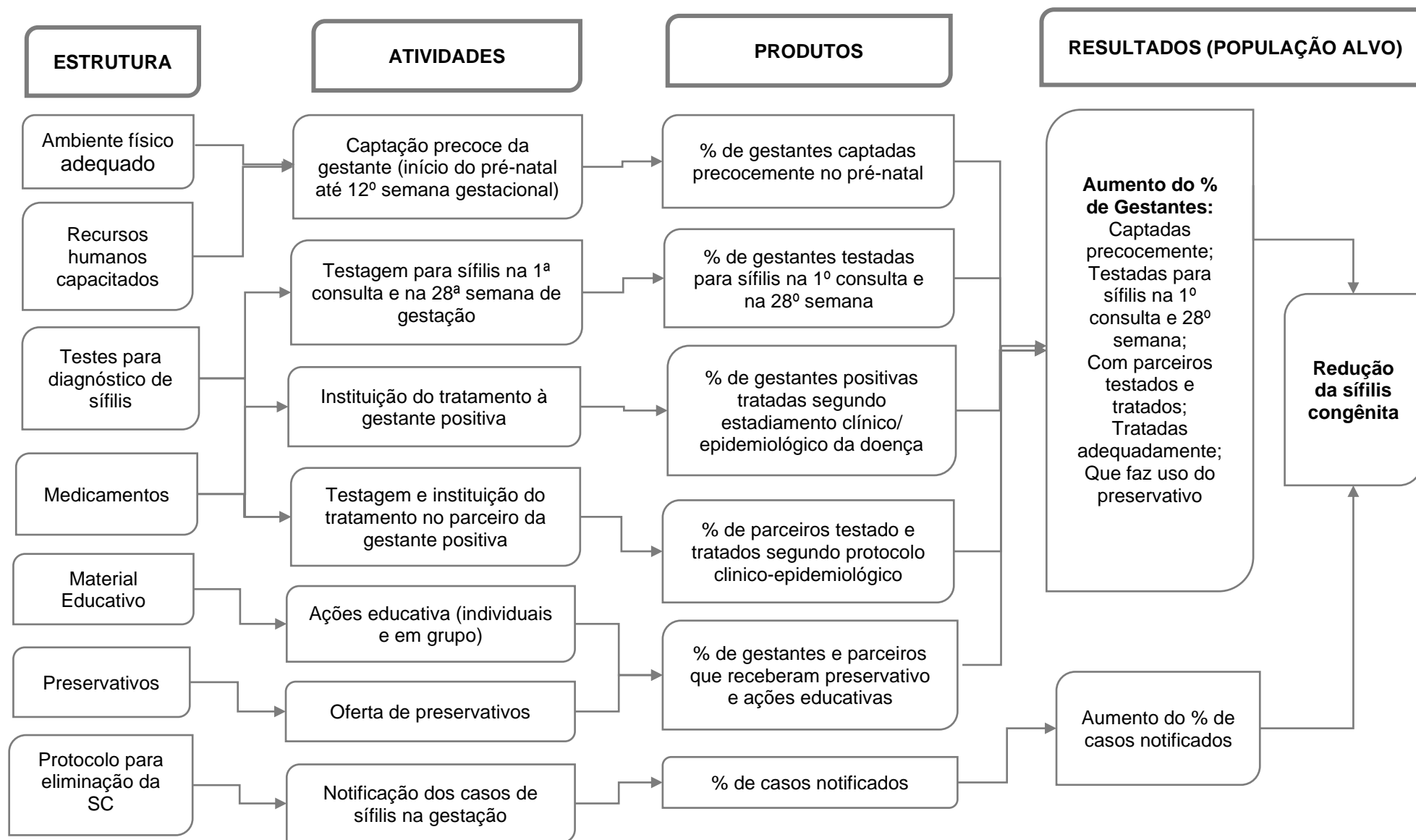
**Tabela 1 – Distribuição dos prontuários por Unidades de saúde do Distrito Sanitário III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.**

	<b>Estabelecimento de Saúde</b>	<b>Número de prontuários</b>	<b>%</b>
1	UBS Professor Mário Ramos	27	9,7
2	UBS Francisco Pignatari	36	13,0
3	UBS Joaquim Costa Carvalho	28	10,0
4	USF Poço da Panela	28	10,0
5	USF Apipucos	29	10,4
6	USF Santana	13	4,7
7	USF Sítio dos Pintos	31	11,2
8	USF Sítio São Braz	23	8,3
9	USF Córrego da Fortuna	29	10,4
10	USF União das Vilas	34	12,3
	<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autora.

As informações que possibilitaram avaliar as ações ofertadas as gestantes nas consultas de pré-natal para a prevenção da sífilis congênita estão disponíveis na Tabela 2 e nas matrizes de análise e julgamento das dimensões conformidade e oportunidade.

Figura 1 - Modelo Lógico da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita.



**Nota:** No município de Recife, dados do SINAN do ano de 2017, 57% dos casos de sífilis congênita correspondem a recém-nascidos de gestantes que realizaram consultas de pré-natal, porém, 54% destas receberam o diagnóstico nessa ocasião e apenas 20% destas tiveram seus parceiros devidamente tratados.



**Tabela 2 - Ações para prevenção da sífilis congênita em gestantes assistidas no Distrito Sanitário III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.**

<b>Indicadores</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
(Total de gestantes: 278 e Total de gestantes com sífilis: 14)		
% de gestantes que realizaram consultas de pré-natal com enfermeiro e médico	56	20,1
% de gestantes que iniciaram o pré-natal até 12ª semana de gestação	177	63,7%
% de gestantes que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	168	60,4%
% de gestantes que foram orientadas sobre a prevenção da sífilis congênita	2	0,7
% de gestantes que realizaram o TR para sífilis	71	25,5
% de gestantes que realizaram o TR para sífilis na 1º consulta de pré-natal	39	14,0
% de gestantes que realizaram exame de VDRL no pré-natal	229	82,4
% de gestantes que tiveram o exame para sífilis solicitado no 1º trimestre de gestação	186	60,4
% de gestantes cujo teste solicitado na 1º consulta de pré-natal para diagnosticar sífilis foi o VDRL	276	99,2
% de gestantes que foram testadas para sífilis no 1º trimestre de gestação	85	30,6
% de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 1º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação / realização	4	1,4
% de gestantes que tiveram o exame para sífilis solicitado no 3º trimestre de gestação	159	57,2
% de gestantes que foram testadas para sífilis no 3º trimestre de gestação	49	17,6
% de gestantes que no pré-natal realizaram 2 testes (no 1º e 3º trimestre) para o diagnóstico de sífilis	73	26,3
% de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 3º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização	2	0,7
% de gestantes cujo diagnóstico de sífilis foi feito com TR e que o tratamento foi iniciado após este resultado	2	14,2
% de gestantes diagnosticadas com sífilis cujo tratamento prescrito foi a penicilina benzatina	13	92,8
% de gestantes diagnosticadas com sífilis que receberam tratamento adequado	3	21,4
% de gestantes diagnosticadas com sífilis que foram orientadas sobre o tratamento	12	85,7
% de gestantes que tiveram seus parceiros testados para sífilis	5	1,8
% de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros testados	5	35,7
% de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros tratados	3	21,4
% de gestantes com sífilis que após o tratamento realizaram, mensalmente, acompanhamento para o controle de cura da doença	3	21,4
% de enfermeiros que testam as gestantes utilizando o TR para sífilis na consulta de pré-natal	6	60,0

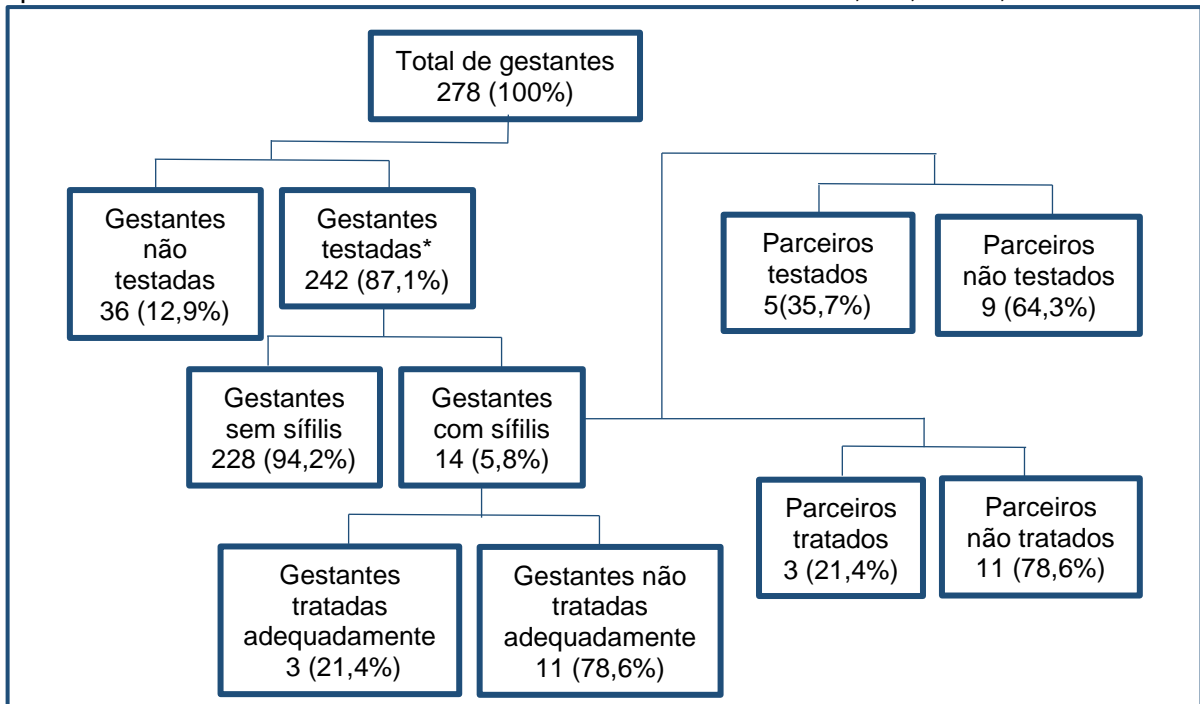
Fonte: Autora.

Conforme pode ser observado no Fluxograma (Figura 2), dos 278 prontuários analisados, 242 gestantes (87%) foram testadas para sífilis, sendo 14 diagnosticadas com a doença (prevalência de detecção = 5,8%).

Com relação ao diagnóstico, 36 (12,9%) gestantes não foram testadas para sífilis no pré-natal. Das 242 (87%) testadas, o TR foi utilizado em 71 (29,3%) gestantes, sendo 55 casos (“não reagentes” 50 casos e “reagentes” 5 casos) submetidos, também, ao VDRL e 16 firmado apenas com o TR (“não reagente” 15

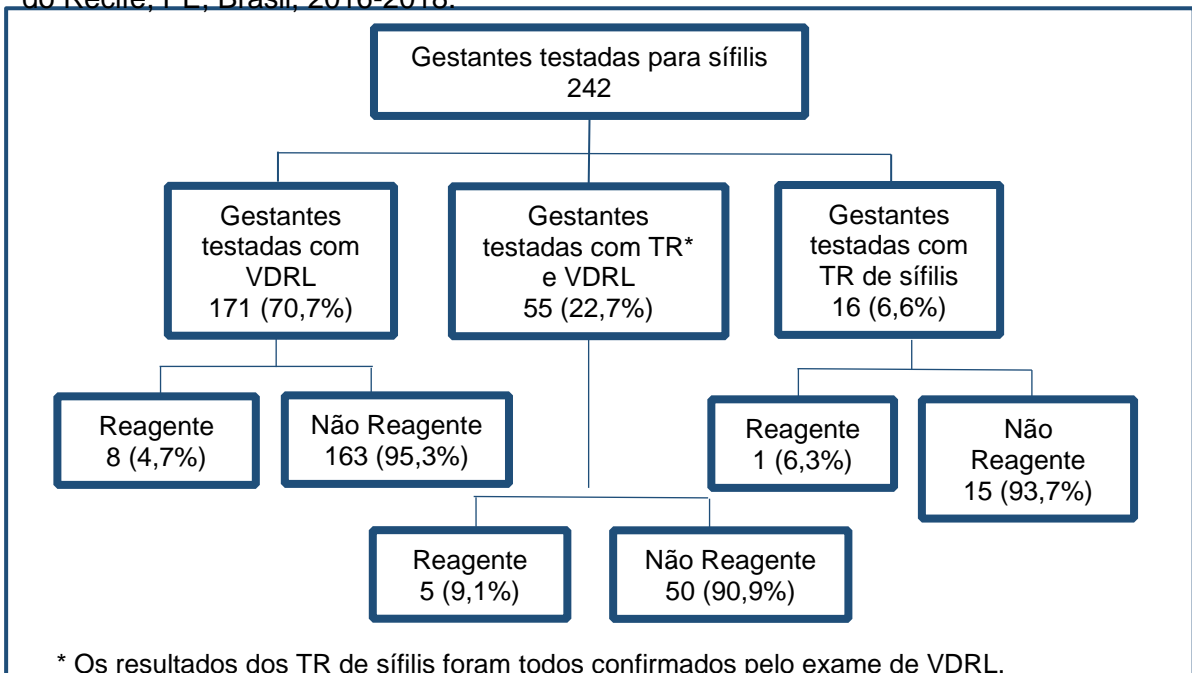
casos e “reagente” um caso). Todos os 55 casos testados com TR foram confirmados pelo VDRL (Figura 3).

**Figura 2** - Distribuição das gestantes e seus parceiros quanto ao rastreio e tratamento para sífilis nas unidades de saúde do DS III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.



Fonte: Autora

**Figura 3** - Distribuição das gestantes segundo o tipo de exame para diagnóstico de sífilis realizado durante as consultas de pré-natal nas unidades de saúde do DS III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.



\* Os resultados dos TR de sífilis foram todos confirmados pelo exame de VDRL.

Fonte: Autora

Destaca-se observando as informações disponíveis na Tabela 2 que 36,3% das gestantes estão iniciando o pré-natal após a 12ª semana, que 39,6% realizaram menos de seis consultas, que apenas 20,1% fizeram o pré-natal com enfermeiro e médico, e que menos de 1% foram orientadas sobre a prevenção da sífilis. Na 1ª consulta de pré-natal o exame para sífilis (VDRL) foi solicitado para 276 (99,2%) mulheres, e o TR foi realizado em 39 (14,0%).

Constatou-se que o teste para sífilis foi solicitado no 1º trimestre em 186 (60,4%) gestantes, mas que de fato foram testadas nesse período apenas 85 (30,6%). Apenas 4 mulheres (1,4%) receberam o resultado do 1º exame de VDRL, no intervalo de tempo de até 14 dias após a solicitação.

No que se refere a testagem no 3º trimestre, o exame foi solicitado para 159 gestantes (57,2%) e executados em apenas 49 (17,6%). O intervalo de tempo, de até 14 dias entre a solicitação e o resultado do 2º exame de VDRL, ocorreu em apenas 2 casos (0,7%). Pode ser observado, ainda, que embora o VDRL tenha sido realizado em 229 gestantes (82,4%), apenas 73 (26,3%) realizaram dois exames para sífilis no pré-natal.

Este estudo também evidenciou que dentre as seis gestantes diagnosticadas por meio do TR, apenas 2 (33,3%) iniciaram o tratamento a partir desse diagnóstico. E que, a gestante diagnosticada apenas com o TR foi tratada com três doses de penicilina, porém não há registro em seu prontuário, do tratamento do parceiro.

Com relação ao tratamento com a penicilina, embora 13 gestantes (92,8%) tenham sido tratadas com este medicamento, apenas 3 (21,4%) foi considerada tratada adequadamente.

Dentre as 14 gestantes com sífilis, 12 (85,7%) receberam orientação sobre o tratamento da doença, todavia, apenas 3 (21,4%) realizaram o acompanhamento mensal após o tratamento da doença.

Quanto ao parceiro, apenas 5 gestantes (1,8%) tiveram seus parceiros testados; e dentre as 14 mulheres diagnosticadas com sífilis gestacional, apenas 5 parceiros (35,7%) foram testados. E dentre esses, apenas 3 (21,4%) foram tratados para sífilis. Em virtude destes resultados, como pode ser visto no Quadro 11, dos 16 indicadores analisados na dimensão conformidade onze obtiveram grau de qualidade “ruim”, dois foram considerados “boa” e três “regular”.

**Quadro 11 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão conformidade da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.**

Dimensão da qualidade	Indicadores (Total de gestantes: 278 e Total de gestantes com sífilis: 14)	Pontuação		Grau de Qualidade
		Máxima Esperada	Obtida	
CONFORMIDADE	% de gestantes que realizaram consultas de pré-natal com enfermeiro e médico	4	1 (20,1%)	RUIM
	% de gestantes que iniciaram o pré-natal até 12ª semana de gestação	4	2 (63,7%)	REGULAR
	% de gestantes que realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal	4	2 (60,4%)	REGULAR
	% de gestantes que foram orientadas sobre a prevenção da sífilis congênita	4	1 (0,71%)	RUIM
	% de gestantes que tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado no 1º trimestre de gestação	4	2 (66,9%)	REGULAR
	% de gestantes que foram testadas para sífilis no 1º trimestre de gestação	4	1 (30,6%)	RUIM
	% de gestantes que tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado no 3º trimestre de gestação	4	1 (30,9%)	RUIM
	% de gestantes que foram testadas para sífilis no 3º trimestre de gestação	4	1 (17,6%)	RUIM
	% de gestantes que no pré-natal realizaram 2 testes (no 1º e 3º trimestre) para o diagnóstico de sífilis	4	1 (26,3%)	RUIM
	% de gestantes que tiveram seus parceiros testados para sífilis	4	1 (1,8%)	RUIM
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros testados	4	1 (35,7%)	RUIM
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que tiveram seus parceiros tratados	4	1 (21,4%)	RUIM
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que foram orientadas sobre o tratamento	4	3 (85,7%)	BOA
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis cujo tratamento prescrito foi a penicilina benzatina	4	3 (92,8%)	BOA
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que receberam tratamento adequado	4	1 (21,4%)	RUIM
	% de gestantes diagnosticadas com sífilis que após o tratamento realizaram, mensalmente, o acompanhamento para o controle de cura da doença	4	1 (21,4%)	RUIM
	<b>Σ</b>	<b>64</b>	<b>23 (35,9%)</b>	<b>RUIM</b>

Fonte: Autora

É importante destacar que nove dos onze indicadores evidenciados com desempenho “ruim”, são de alta relevância por se referir ao diagnóstico e tratamento

da sífilis no período gravídico. Quanto a estes indicadores, pode-se destacar aqueles relacionados a solicitação e a realização da testagem para sífilis na gestante, nos quais apresentaram comportamento regressivo à medida que ocorre o seguimento das consultas pré-natais.

Em relação ao 1º trimestre gestacional, apesar de 66,9% das gestantes terem recebido a solicitação para a testagem de sífilis, dando ao serviço o grau de qualidade “regular”, somente 30,6% desses exames foram realizados (caindo o grau de qualidade do serviço para “ruim”).

No 3º trimestre da gestação 30,9% das gestantes tiveram o referido teste solicitado e somente 17,6% desses exames foram realizados, reafirmando, assim, o grau de qualidade “ruim” para as ações de testagem para a sífilis nos serviços de pré-natal do DS III do Recife.

Além disso, outros indicadores relacionados ao diagnóstico da doença também apresentaram grau de qualidade “ruim”, ou seja, apenas 26,3% das gestantes realizaram dois exames de VDRL no pré-natal; apenas 1,8% das gestantes e 35,7% das gestantes com sífilis tiveram seus parceiros testados; e 21,4% das gestantes diagnosticadas com sífilis foram acompanhadas com realização do VDRL, mensalmente, após tratamento.

É oportuno observar que o indicador “gestantes com sífilis que tiveram a penicilina benzatina prescrita no tratamento” ter recebido grau de qualidade “boa (92,8%)” enquanto o indicador “gestantes diagnosticadas com sífilis tratadas adequadamente” recebeu grau de qualidade “ruim (21,4%)”.

Pode-se observar que 78,6% das gestantes deixaram de ser adequadamente tratada (considerando tratamento inadequado da gestante e/ou parceiro) e 7,2% não foi tratada com penicilina (considerando tratamento inadequado da gestante). Além disso, 14,3% das gestantes não foram orientadas sobre o tratamento, indicando a negligência do serviço.

Outros indicadores que apresentaram grau de qualidade classificado como “ruim” estão relacionados ao quantitativo das gestantes que não receberam orientações sobre a prevenção da sífilis durante as consultas de pré-natal, e ao número de gestantes cuja atenção foi dispensada por profissionais de enfermagem e de medicina.

Os indicadores referentes à idade gestacional do início do pré-natal e o número de consultas realizadas, obtiveram grau de qualidade “boa”. Esses indicadores,

embora sejam de menor relevância para prevenção da sífilis congênita, são considerados importantes para classificar o grau de qualidade do pré-natal. Na análise geral, a matriz da dimensão conformidade obteve grau de qualidade “ruim”. Considerando a dimensão oportunidade (Quadro 12), sete dos 10 indicadores avaliados obtiveram grau de qualidade “ruim”, um, apresentou qualidade “regular”, os demais obtiveram qualidade “ótima” e “boa”.

**Quadro 12 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão oportunidade da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.**

Dimensão da Qualidade	Indicadores (Total de gestantes: 278 e Total de gestantes com sífilis: 14)	Pontuação		Grau de Qualidade
		Máxima Esperada	Obtida	
OPORTUNIDADE	% de enfermeiros que oferecem TR para sífilis a toda gestante	4	3 (80%)	BOA
	% enfermeiros que testam as gestantes utilizando o TR para sífilis na consulta de pré-natal	4	2 (60%)	REGULAR
	% de gestantes que realizaram o TR para sífilis na 1º consulta de pré-natal	4	1 (14%)	RUIM
	% de gestantes cujo teste solicitado na 1º consulta de pré-natal para diagnosticar sífilis foi o VDRL	4	4 (99,2%)	ÓTIMA
	% de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 1º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização	4	1 (1,4%)	RUIM
	% de gestantes cujo resultado do VDRL, solicitado no 3º trimestre gestacional, foi recebido em até 14 dias de sua solicitação/realização	4	1 (0,7%)	RUIM
	% de gestantes cujo diagnóstico de sífilis foi feito com TR e que o tratamento foi iniciado após este resultado	4	1 (33,3%)	RUIM
	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de TR de sífilis	4	1 (20%)	RUIM
	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de penicilina benzatina para tratamento da sífilis.	4	1 (50%)	RUIM
	% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de insumos para administrar a penicilina benzatina para tratamento da sífilis	4	1 (50%)	RUIM
	<b>Σ</b>	40	16 (40,0%)	RUIM

Fonte: Autora

Os indicadores relacionados ao intervalo de tempo entre a solicitação, a realização e o recebimento do resultado do exame para testagem da sífilis, obtiveram grau de qualidade “ruim”, uma vez que, apenas 1,4% e 0,7% das gestantes tiveram, respectivamente, no 1º e 3º trimestre gestacional, período de tempo de até 14 dias entre a solicitação e o recebimento do resultado do referido exame.

Outro indicador que contribuiu para a perda de oportunidade do diagnóstico e tratamento da doença na gestante foi aquele relacionado a realização do TR de sífilis, no qual, apenas 14% das gestantes realizaram o mencionado teste na 1ª consulta de pré-natal e destas, somente 33,3% das mulheres iniciaram o tratamento da doença após o resultado positivo deste teste.

Além disso, obtiveram grau de qualidade “ruim”, destacando a perda de oportunidade do diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, a falta de TR de sífilis para diagnóstico da doença, a ausência da penicilina benzatina e/ou dos insumos necessários para realizar esse tratamento nas unidades de saúde avaliadas.

Os demais indicadores evidenciaram que 99,2% das gestantes tiveram o exame para rastreio da sífilis solicitados na primeira consulta de pré-natal, e que 80% dos enfermeiros ofereceram o TR de sífilis a toda a gestante, mas, apenas 60% dos profissionais executavam o referido teste durante as consultas de pré-natal.

A dimensão oportunidade, alcançou grau de qualidade “ruim”, em virtude de 70% dos seus indicadores terem compactuados com este grau de qualidade.

Tem-se na Tabela 3 a disponibilidade de insumos e de estrutura para prevenção da sífilis congênita nas unidades de saúde do DS III segundo a opinião dos responsáveis pelos serviços de pré-natal do referido DS; e no Quadro 13 as pontuações com os respectivos graus de qualidade dos indicadores selecionados para compor a “Dimensão Disponibilidade” deste estudo.

Conforme pode ser observado na Tabela 3, no que se refere à estrutura e aos insumos disponíveis nas 10 unidades de saúde avaliadas, todos os serviços possuíam sala de espera, consultório individual, caderneta ou cartão da gestante e profissionais capacitados para prestar cuidados à mulher no ciclo gravídico. No entanto, 50% das unidades de saúde não possuíam material educativo sobre a prevenção da sífilis.

**Tabela 3 - Disponibilidade de insumos e estrutura para prevenção da sífilis congênita segundo a opinião dos responsáveis pelos serviços de pré-natal no Distrito Sanitário III da cidade do Recife, PE, Brasil, 2019.**

<b>Indicadores</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<i>(Total de entrevistados: 10 e Total de serviços de pré-natal: 10)</i>		
% de unidades de saúde que dispõem de sala de espera	10	100
% de unidades de saúde que dispõem de consultório individual	10	100
% de unidades de saúde que dispõem de caderneta ou cartão da gestante	10	100
% de unidades de saúde que dispõem de material educativo sobre sífilis	5	50
% de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar as consultas de pré-natal	10	100
% de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar o TR para sífilis	10	100
% de unidades de saúde que dispõem de TR para sífilis	10	100
% de enfermeiros que oferecem TR para sífilis a toda gestante.	8	80
% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de TR de sífilis	2	20
% de unidades de saúde que dispõem de coleta do exame de VDRL	8	80
% de unidades de saúde que dispõem de penicilina benzatina	10	100
% de unidades de saúde que possuem profissionais capacitados para administrar a penicilina benzatina	10	100
% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de penicilina benzatina para tratamento da sífilis.	5	50
% de unidades de saúde que dispõem de insumos para administrar penicilina benzatina	7	70
% de unidades de saúde que, nos últimos 12 meses, não apresentaram falta de insumos para administrar a penicilina benzatina para tratamento da sífilis.	5	50
% de unidades de saúde que dispõem de preservativos	10	100

Fonte: Autora

Quanto aos insumos necessários para realizar o diagnóstico da sífilis na gestante, todas as unidades de saúde possuíam TR de sífilis e profissionais capacitados para executá-los; porém, somente 8 destes profissionais (80%) ofereciam o referido teste as gestantes. Quanto a disponibilidade permanente desse insumo, não houve falta do TR para sífilis, nos últimos 12 meses, em apenas 2 serviços (20%). E, quanto a disponibilidade da coleta para o exame de VDRL, apenas 8 unidades de saúde (80%) ofereciam esse serviço as gestantes.

No que se refere ao tratamento da sífilis gestacional, todas as 10 unidades de saúde dispunham da penicilina benzatina e de profissionais habilitados para administrar esse medicamento. Todavia, os insumos para sua administração estavam disponíveis em 7 desses serviços (70%). Quanto a disponibilidade, nos últimos 12 meses, o referido medicamento e insumos para sua administração, encontrava-se permanentemente disponível em 5 (50%) das unidades de saúde avaliadas.



Como pode ser observado na Matriz de análise e julgamento, dimensão disponibilidade de insumos e estrutura para prevenção da sífilis congênita nos serviços de pré-natal do Distrito Sanitário III da cidade do Recife (Quadro 13), nove dos doze indicadores obtiveram grau de qualidade “ótima”, um, “boa”, um, “regular” e um, “ruim”.

**Quadro 13 - Matriz de análise e julgamento da qualidade da atenção pré-natal para prevenção da sífilis congênita da dimensão disponibilidade da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.**

Dimensão da Qualidade	Indicadores (Total de unidades de saúde: 10)	Pontuações		Grau de Qualidade
		Máxima Esperada	Obtida	
DISPONIBILIDADE	% de unidades de saúde que dispõem de sala de espera	4	4 (100%)	ÓTIMA
	% de unidades de saúde que dispõem de consultório individual para as consultas do pré-natal	4	4 (100%)	ÓTIMA
	% de unidades de saúde que dispõem de caderneta ou cartão da gestante	4	4 (100%)	ÓTIMA
	% de unidades de saúde que dispõem de material educativo sobre sífilis	4	1 (50%)	RUIM
	% de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar as consultas de pré-natal	4	4 (100%)	ÓTIMA
	% de unidades de saúde que dispõem de TR para sífilis	4	4 (100%)	ÓTIMA
	% de unidades de saúde que dispõem de profissionais capacitados para realizar o TR para sífilis	4	4 (100%)	ÓTIMA
	% de unidades de saúde que fazem coleta para a realização do VDRL	4	3 (80%)	BOA
	% de unidades de saúde que dispõem de penicilina benzatina	4	4 (100%)	ÓTIMA
	% de unidades de saúde que possuem profissionais capacitados para administrar a penicilina benzatina	4	4 (100%)	ÓTIMA
	% de unidades de saúde que dispõem de insumos para administrar penicilina benzatina	4	2 (70%)	REGULAR
	% de unidades de saúde que dispõem de preservativos	4	4 (100%)	ÓTIMA
	<b>Σ</b>	48	42 (87,5%)	BOA

Fonte: Autora

Todavia, apesar desta dimensão ter alcançado grau de qualidade “boa”, pode-se evidenciar a existência de fragilidades quanto a disponibilidade de insumos que

podem contribuir com a ocorrência de casos de sífilis congênita. Dentre eles, pode-se destacar a inexistência de material educativo sobre sífilis em 50% das unidades de saúde e de insumos para administrar a penicilina benzatina em 30% dessas unidades.

O Quadro 14 possibilita a visualização global da qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita nas unidades de saúde do DS III do Recife, por dimensão considerada nesta avaliação.

**Quadro 14 - Matriz de julgamento com resultados consolidados por dimensão da avaliação de qualidade da atenção pré-natal para a prevenção da sífilis congênita da cidade do Recife, PE, Brasil, 2016-2018.**

Assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita	Dimensão	Pontuação				Grau de Qualidade
		Máxima Esperada		Obtida		
		N	%	N	%	
	Conformidade	64	100	23	35,9	RUIM
	Oportunidade	40	100	16	40,0	RUIM
	Disponibilidade	48	100	42	87,5	BOA
Σ Dimensões da Avaliação		152	100	81	53,2	RUIM

Fonte: Autora

Conforme pode ser observado, a assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita nas unidades de saúde avaliadas obteve grau de qualidade “ruim”. Todavia, esta classificação é justificada por conta da fragilidade encontrada no processo da assistência prestada as gestantes (Dimensões Conformidade e Oportunidade), e, portanto, nas ações desempenhadas pelos profissionais responsáveis pela assistência pré-natal.

Para auxiliar os gestores e profissionais de saúde do DS III da cidade do Recife-PE a melhorar a qualidade da assistência pré-natal para prevenir a ocorrência de casos de sífilis congênita foi elaborada uma proposta intervenção que se encontra no Apêndice D deste trabalho.

## 8 DISCUSSÃO

A assistência pré-natal é fundamental para a identificação de possíveis intercorrências durante o período gravídico de forma precoce, possibilitando o diagnóstico e tratamento de intercorrências clínicas e obstétricas para reduzir os riscos à saúde do binômio gestante e feto (SILVA *et al.*, 2017).

Ao se levar em consideração o início do acompanhamento pré-natal, no presente estudo, 63,7% das gestantes iniciaram as consultas pré-natais até a 12<sup>o</sup> semana de gestação. Percentuais inferiores 56% e 46,2% foram encontrados, respectivamente, em pesquisas realizadas em Itapeva-SP e Fortaleza-CE. Em contrapartida, em estudo avaliativo da assistência pré-natal realizado no município de São Paulo-SP, 73,7% das gestantes iniciaram os cuidados pré-natais ainda no primeiro trimestre de gestação (BERTONCINI, 2014; SILVA NETO, 2017; TSUNECHIRO *et al.*, 2018).

Em estudo realizado em Nova York, entre os anos de 2010 a 2016, pode-se constatar que o início tardio da assistência pré-natal foi o principal fator que contribuiu com a ocorrência de um terço dos casos de sífilis congênita registrados neste período (SLUTSKER; HENNESSY; SCHILLINGER, 2018).

Segundo o MS (2019a) preconiza que toda gestante deve realizar, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal. No atual estudo, apenas 60,4% das gestantes tiveram acesso ao número adequado de consultas. Percentuais inferiores 43% e 53% foram encontrados, respectivamente, por Lafetá *et al.* (2016) Bertoncini (2014). Enquanto que num estudo realizado no Pará, Araújo *et al.* (2018), ao analisar prontuários de gestantes, assistidas em 2015, evidenciou que 73,1% tiveram acesso ao número de consultas recomendadas.

Segundo Gomes, Filha e Portela (2017) o número insuficiente de consultas pré-natais está diretamente correlacionado a ocorrência de mortalidade fetal e neonatal. Silva Neto (2017) e Magalhães *et al.* (2013) referem que a realização de um quantitativo mínimo de consultas de pré-natal, por si só não é parâmetro de qualidade suficiente para garantir o manejo adequado da gestante.

Todavia, segundo a realização de um quantitativo mínimo de consultas de pré-natal, embora não assegure que os cuidados ofertados sejam de qualidade, a mulher tem maiores chances de acesso aos cuidados indispensáveis durante o período gravídico (REZENDE; BARBOSA, 2015).

Além do número mínimo de consultas, o MS (2018) recomenda que as gestantes sejam acompanhadas por enfermeiro e médico durante todo o pré-natal. No presente estudo, apenas 20,1% das gestantes foram atendidas por ambos profissionais. Percentual superior foi encontrado em estudo realizado por Araújo *et al.* (2018), onde aproximadamente 70% das gestantes receberam cuidados de médicos e enfermeiros.

Quanto ao diagnóstico da sífilis na gestante, detectou-se no presente estudo que o percentual de exames solicitados e realizados, decresceu à medida que avançava a gestação, ou seja, embora na 1<sup>o</sup> consulta de pré-natal 99,2% das gestantes tiveram o VDRL solicitado, apenas 60,4% tiveram esse exame solicitado no 1<sup>o</sup> trimestre de gestação, sinalizando início tardio no pré-natal. Quanto a realização do referido exame, somente 30,6% das gestantes o realizaram. No que se refere ao 3<sup>o</sup> trimestre gestacional, 57,2% das gestantes tiveram o exame para diagnóstico da sífilis solicitado e apenas 17,6% conseguiram realizar o mesmo.

Resultados semelhantes foram observados em estudo desenvolvido no Estado do Espírito Santo, no qual evidenciou uma alta frequência (88,9%) nos exames de primeira rotina, e apresentou uma queda acentuada (32,7%) nos exames de segunda rotina, realizados no 3<sup>o</sup> trimestre gestacional (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Os resultados encontrados por Araújo *et al.* (2018) também corroboram com o padrão regressivo no quantitativo de exames para rastreio da sífilis ao longo da assistência pré-natal, no qual 60,9% das gestantes realizaram o referido exame no primeiro trimestre, e apenas 31,7% no terceiro trimestre.

Para Tsunehiro *et al.* (2018), é preocupante a ocorrência desse declínio no número de exames solicitados e realizados durante o pré-natal, uma vez que são importantes no rastreio (no início e mais adiante na gestação) e controle da remissão de doenças que podem ter consequências negativas a gestante e ao conceito, a exemplo das infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis. No atual estudo somente 26,3% das gestantes realizaram dois rastreios para sífilis. Percentual superior (41,1%) foi encontrado em estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos em 2011 e 2012 (DOMINGUES; LEAL, 2016).

O MS (2018) recomenda intervalo de tempo de até 14 dias entre a solicitação e a obtenção do resultado do VDRL em gestantes. Neste estudo, este intervalo de tempo foi observado para apenas 1,4% e 0,7%, respectivamente, das gestantes que realizaram o referido exame no 1<sup>o</sup> e no 3<sup>o</sup> trimestre.

O intervalo de tempo para obtenção dos resultados dos exames para diagnóstico de sífilis foi citado em estudo realizado no Município de Volta Redonda-RJ, no qual, o retorno dos resultados em tempo hábil foi evidenciado com fator facilitador para o diagnóstico e o tratamento da sífilis em gestantes (MACHADO *et al.*, 2018).

Para otimizar o diagnóstico e tratamento oportuno de enfermidades de transmissão sexual em gestantes, o MS introduziu os Testes Rápidos (TR) de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, os quais permitem a realização do diagnóstico no momento da consulta e instituição do tratamento oportuno e adequado da gestante prevenindo a transmissão vertical (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Os TR proporcionam acesso precoce ao diagnóstico, sendo de grande valia especialmente em locais com dificuldade para a realização de testes laboratoriais (SWARTZENDRUBER *et al.*, 2015).

Domingues e Leal (2016) referem que o TR para sífilis é de suma importância na atenção primária para captação e manejo precoce das gestantes com sífilis, uma vez que, permite a obtenção do resultado no momento de sua realização, diminuindo riscos de morbimortalidade materna e fetal através da instituição imediata do tratamento na gestante e seu parceiro.

No presente estudo, apesar de todas as unidades estudadas disponibilizarem o TR de sífilis, somente 80% dos enfermeiros declaram que ofereciam o referido teste a todas as gestantes. E apenas 60% desses profissionais disseram realizar o rastreamento da sífilis com o TR durante as consultas de pré-natal. Situação contrária foi encontrada numa pesquisa realizada por Machado *et al.*, (2018) no município de Volta Redonda no Rio de Janeiro, na qual evidenciou que a disponibilidade do teste rápido na unidade de saúde foi uma facilidade relatada pelos enfermeiros, os quais ofereciam o referido teste a todas as gestantes já na primeira consulta de pré-natal.

Segundo o MS, os TR para sífilis possuem elevada sensibilidade (94,5%), portanto é considerado uma tecnologia confiável e importante no rastreamento da sífilis (BRASIL, 2016c).

Para Jafari *et al.* (2013) e Kuznik *et al.* (2013) a utilização de testes com resultado imediato, na própria unidade de saúde, apresentam sensibilidade e especificidade semelhantes aos testes treponêmicos realizados em laboratório, e sua utilização em regiões com poucos recursos apresenta elevado custo-efetividade.

Apesar dessa evidência, no atual estudo, das 242 gestantes testadas para sífilis, o diagnóstico foi feito com TR em 71 (29,3%). Percentuais semelhantes foram encontrados em estudos realizados por Silva Neto (2017) e Martinelli *et al.* (2014), onde baixos percentuais de gestantes 31,5% e 13,4%, respectivamente, tiveram acesso ao TR para sífilis.

No presente estudo, dos 71 casos diagnosticados com TR, 55 (77,5%) foram submetidos também ao VDRL, sendo o diagnóstico confirmado em todos esses casos. Todavia, a falta de confiabilidade dos profissionais de saúde no resultado do referido TR, fez com que apenas 33,3% das gestantes diagnosticadas com sífilis por este exame tivessem seu tratamento instituído logo após o recebimento do resultado.

A confiabilidade no TR de sífilis também foi destaque em estudo realizado por Araújo (2019), o qual constatou que apesar de 94,6% dos profissionais considerarem o referido teste uma tecnologia confiável, 55,9% destes afirmaram não ter segurança para lidar com o resultado positivo do teste. Tal fato evidencia a existência de fragilidades relacionadas ao aconselhamento e ao encaminhamento dos casos após a realização do TR de sífilis.

É importante destacar que o aconselhamento é uma estratégia que proporciona a formação de vínculo entre o paciente e profissional promovendo a sensibilização para a prevenção, adesão ao tratamento e a redução do impacto do diagnóstico. Para tanto, é indispensável que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo do usuário, bem como a reação diante do resultado (ARAÚJO *et al.*, 2018a; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Além do aconselhamento, é necessária a existência de um fluxo de trabalho para auxiliar os profissionais de saúde no seguimento dos pacientes com resultados positivos ao TR de sífilis, uma vez que irá servir de orientação para a tomada de decisão relacionada ao encaminhamento destes pacientes e, conseqüentemente, a instituição do tratamento adequado da doença (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

No presente estudo, 14 gestantes, dentre 242 testadas, possuíam sífilis, correspondendo a uma prevalência detectada de sífilis gestacional de 5,8%. Essa prevalência é aproximadamente cinco vezes maior a obtida em estudo realizado no Brasil (1,02%) e superior a prevalência da Haiti (4,7%), República do Congo (4,2%), Cuba (0,03%) e Europa (0,15%) (DOMINGUES *et al.*, 2014; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2012; TAYLOR *et al.*, 2014;; WIJESORIYA *et al.*, 2016).

É considerado tratamento adequado da sífilis no período gravídico, aquele que é realizado apenas com penicilina benzatina; com esquema terapêutico conforme estágio clínico da doença; instituição do tratamento dentro do prazo de 30 dias anteriores ao parto com queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; e realização do tratamento do parceiro (risco de reinfecção da gestante) (BRASIL, 2019a).

Neste estudo, das 14 gestantes com sífilis, 13 (92,8%) foram tratadas com penicilina benzatina, todavia, apenas 3 (21,4%) tiveram o tratamento considerado adequado. Latefá *et al.* (2016); Ramos e Boni (2018) encontraram, respectivamente, 33,3% e 51,4%, que embora sejam percentuais superiores ao do presente estudo são muitos baixos principalmente considerando ser a sífilis congênita um evento sentinela.

Dentre as situações de inadequação do tratamento da sífilis gestacional, no presente estudo, 9,1% (1/11) das gestantes não tiveram a penicilina prescrita, nos demais casos (90,9%) o parceiro da gestante não recebeu o tratamento para a doença, e em 50% desses as gestantes receberam número de dose inadequadas da penicilina.

O tratamento inadequado da gestante associado ao não tratamento do parceiro são as principais causas de SC no Brasil, uma vez que o tratamento incompleto da gestante não protege o conceito da transmissão vertical, e a gestante é reinfecada por seu parceiro (LIMA; MOSELE; GAVINHO, 2018; SILVA *et al.*, 2019).

Com relação ao acompanhamento mensal das gestantes após o tratamento da doença, neste estudo apenas 21,4% das gestantes realizaram o exame de VDRL para acompanhar a redução da titulação. Percentual discretamente superior (31,7%) foi encontrado por Silva Neto (2017).

No que se refere ao rastreamento da sífilis nos parceiros, apenas 1,8% das gestantes tiveram seus parceiros testados para sífilis, evidenciando mais esta fragilidade assistencial. E, quanto ao rastreamento da sífilis nos parceiros das gestantes diagnosticada com a doença, apenas 35,7% (5/14 casos) dos companheiros foram testados, e apenas 21,4% (3/14 casos) foram tratados para a doença, ou seja, 78,6% dos casos deste estudo com sífilis gestacional diagnosticada no pré-natal resultaram em sífilis congênita.

Resultados semelhantes foram observados por outros autores brasileiros. Lima *et al.* (2017) referem em seu estudo, realizado no Ceará, que 79,9% dos parceiros não foram tratados; Silva *et al.* (2019) evidenciaram no Tocantins, que

71,1% dos parceiros não realizaram tratamento; Alves *et al.* (2016) observaram em Alagoas que 65,8% dos parceiros não receberam tratamento para a sífilis. E, situação, embora “aparentemente melhor”, foi referida por Favero *et al.* (2019) no Paraná, onde 45,6% dos parceiros não foram tratados, em outras palavras, a sífilis congênita foi evitada em apenas 54,4% dos casos.

Favero *et al.* (2019) alertam que o baixo percentual de parceiros com acesso ao rastreio e tratamento da sífilis, favorece a ocorrência de casos de sífilis congênita, mesmo que o tratamento da gestante tenha sido feito conforme o preconizado, em virtude do risco de reinfecção.

No presente estudo, o baixo percentual (0,7%) de gestantes que foram orientadas sobre a prevenção da sífilis durante os cuidados pré-natais, principalmente no que se refere a realização do rastreio oportuno e tratamento adequado da sífilis, evidencia a precariedade das atividades educacionais no território estudado.

Essa conclusão torna-se mais evidente na constatação de que dentre as gestantes diagnosticadas com sífilis, 85,7% (12/14 casos) foram orientadas sobre o tratamento da doença, porém, as informações fornecidas as gestantes não foram suficientes para impedir o desfecho de sífilis congênita, uma vez que 78,6% das gestantes (11/14 casos) não foram devidamente tratadas. Tal fato demonstra a necessidade de utilização de metodologias ativas nos processos de educação em saúde direcionados as gestantes e parceiros (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Segundo Leal *et al.* (2018) a não adesão aos cuidados prestados na assistência pré-natal pode ser reflexo da falta de informações. Contudo, vale destacar a importância das ações de educação em saúde de qualidade, reforçando a importância do acompanhamento de pré-natal para a identificação e tratamento de possíveis intercorrências que possam acometer a saúde da mulher e do concepto.

A disponibilização de conhecimento sobre sífilis configura-se uma estratégia de fortalecimento da adesão das gestantes e seus parceiros aos cuidados voltados à prevenção e ao tratamento da doença, enquanto que a carência de informações, favorece a atitudes que dificultam o processo de prevenção e cura (LEAL *et al.*, 2018; VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Além disso, vale destacar o papel dos profissionais de saúde, nos quais são componentes indispensáveis nesse processo de educação em saúde, e, portanto, necessitam ser frequentemente capacitados para garantir-lhes maior segurança no desempenho correto e eficaz de sua função (TSUNECHIRO *et al.*, 2018).



Para Soares *et al.* (2017), é imprescindível que os profissionais de saúde se sensibilizem com a dimensão das complicações causadas pela sífilis gestacional e se apropriem de todos os meios e ferramentas disponíveis nas unidades de saúde para a realização de ações de prevenção, principalmente no que se refere a utilização de TR para o rastreio de sífilis, como também a instituição do tratamento e acompanhamento das gestantes e seus parceiros.

Com base nos resultados do presente estudo, o processo das ações da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, avaliados através das dimensões conformidade e oportunidade, evidenciaram que os cuidados prestados às gestantes e aos seus parceiros obtiveram grau de qualidade “ruim”, em decorrência da existência de fragilidades relacionadas ao processo de trabalho, destacando, principalmente, aquelas falhas relacionadas ao diagnóstico e tratamento da doença.

A existência de baixas taxas de adequação do processo da assistência pré-natal para prevenção de casos de sífilis congênita favorece a ocorrência de desfechos indesejáveis como o nascimento de crianças acometidas pela doença (Martinelli *et al.*, 2014).

Para Tomasi *et al.* (2018) a maioria dos estudos que abordam os aspectos relacionados à assistência pré-natal limitam-se a análise da conformidade das ações destinadas ao cuidado clínico e laboratorial prestadas as gestantes, sendo considerada um componente fundamental para proporcionar uma assistência pré-natal de qualidade.

Além das dimensões da conformidade e disponibilidade, o presente estudo também analisou a dimensão disponibilidade de insumos e estrutura recursos para prevenção da sífilis congênita nas unidades de saúde, na qual obteve grau de qualidade “boa”.

Contudo, é oportuno observar, que embora a dimensão disponibilidade tenha obtido o mencionado grau de qualidade, a referida dimensão também evidenciou que as unidades de saúde apresentaram fragilidades relacionadas à disponibilidade de material educativo para prevenção da sífilis, coleta de sangue para realização do exame de VDRL, como também falta dos insumos necessários para a administração da penicilina benzatina.

Este último indicador possui alta relevância para prevenção da sífilis congênita, porém, no presente estudo pode-se observar que 3/10 unidades de saúde avaliadas não possuíam os insumos necessários para administrar essa medicação. Tal fato

pode ter influenciado, negativamente, os indicadores de processo da dimensão conformidade, como por exemplo, 78,6% das gestantes (11/14) foram tratadas inadequadamente; e da dimensão oportunidade, onde por exemplo, 50% das unidades de saúde, nos últimos doze meses, apresentaram falta da penicilina e/ou de insumos para sua administração.

Segundo Larazini e Barbosa (2017), a falta da penicilina e dos insumos nas unidades de saúde configura-se um dos maiores obstáculos para a prevenção da sífilis congênita, uma vez que a penicilina é a única droga capaz de evitar a transmissão vertical da doença.

Segundo Bousquat *et al.* (2017), os resultados produzidos pelo cuidado estão interligados à estrutura das unidades de saúde, por tanto, esta configura-se um critério indispensável para a melhoria e qualidade da prestação de serviços.

## 9 CONCLUSÃO

A assistência pré-natal é um cuidado indispensável para a identificação precoce de possíveis intercorrências no período gravídico, possibilitando o diagnóstico e tratamento de intercorrências, como a sífilis. A existência de casos de sífilis congênita reflete o perfil de saúde de determinado local ou região, uma vez que a sua ocorrência está atrelada à falta ou à precários cuidados pré-natais prestados à comunidade.

A sífilis congênita como evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal pode ser amplamente demonstrada nos resultados do presente estudo, no qual evidenciou a existência de fragilidades associadas à conformidade e oportunidade das ações, principalmente aquelas relacionadas ao início precoce do pré-natal desenvolvimento de ações educativas, diagnóstico e tratamento adequado da sífilis na gestante e no seu parceiro.

Além disso, apesar da dimensão disponibilidade, de maneira geral, ter obtido um bom grau de qualidade, a análise da referida dimensão evidenciou a falta de material educativo sobre sífilis e de insumos para administrar a penicilina benzatina para o tratamento da doença em algumas unidades de saúde avaliadas.

A existência de baixas taxas de adequação do processo da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita favorece a ocorrência de desfechos indesejáveis como o nascimento de crianças acometidas pela doença.

Sendo assim, é necessário maior investimento para a capacitação dos profissionais e, conseqüentemente, sensibilização quanto a importância do início precoce do pré-natal, utilização do TR de sífilis para otimizar o diagnóstico da doença na gestante e no parceiro, como também, iniciar imediatamente o tratamento dos casos positivo. Além disso, é preciso o desenvolvimento de medidas que impliquem no suprimento dos materiais necessários para conduzir a assistência pré-natal, principalmente na disponibilização de materiais educativos sobre sífilis, otimização da realização e o recebimento do exame de VDRL, como também a disponibilidade da Penicilina G. benzatina e dos insumos necessários para a sua administração.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, K. M. *et al.* Um novo modelo de governança em saúde para o Recife avançar. *In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA*, 8, 2015, Brasília. [**Trabalho apresentado**]. Brasília: CONSAD, 2015. Painel 32. Disponível em:  
<http://banco.consad.org.br/bitstream/123456789/1327/1/UM%20NOVO%20MODELO%20DE%20GOVERNAN%C3%87A.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- ALMEIDA, F. C. M. **Transmissão vertical da sífilis: análise dos fatores intervenientes na morbimortalidade**. 2012. 74f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.
- ALVES, W. A. *et al.* Sífilis Congênita: epidemiologia dos casos notificados em Alagoas, Brasil, 2007 a 2011. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Alagoas, v. 1, n. 1, p. 27-41, 2016.
- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 52-55, 2012.
- ANDRADE, A. L. M. B. *et al.* Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 376-381, 2018.
- ARAÚO, T. C. V. **Adesão dos serviços de atenção básica ao teste rápido para as infecções sexualmente transmissíveis**. 2019. 114f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde e Sociedade) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.
- ARAÚJO, 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.
- ARAÚJO W. J., *et al.* Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, suppl. 1, p. 676-681, 2018a.
- ARAÚJO, R. E. **Análise exploratória dos indicadores de resultado dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF): A experiência de Belo Horizonte**. 2014. 121f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- ARAÚJO C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012.

AVELLEIRA, J. C. R; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, mar./abr. 2006.

AZEVEDO, A.C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. **Informativo de Compromisso de Qualidade Hospitalar**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 49-54, 1993.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-Natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 269-276, abr./jun. 2012.

BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.

BECKER, M. E. L. **Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária no município de Rio Branco – Acre**. 2011. 94f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

BERTONCINI P. M. R. P. **Desfechos desfavoráveis e fatores sociais relacionados a assistência pré-natal em parturientes com sífilis em maternidades públicas de Fortaleza – Ceará**. 2014. 59f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Ceará, 2014.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G; ALVES, C. K. A. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. *In*: Samico, I. *et al.* **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BLENCOWE, H. *et al.* Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BioMed Central Public Health**, London, v. 13, n. 11, suppl. 3. apr. 2011.

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS**. Pernambuco: Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 1, n. 8, out. 2018.

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 36, 2017.

**BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: Sífilis**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 4, n. 1, 2015.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde. Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestantepe.def>. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 2, de 19 de setembro de 2017**. Definição de caso de sífilis congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms>. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 34p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS E Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016b. 55p.

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

BRASIL. Ministério da 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, 2015a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica da Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria Nº 33, de 14 de julho de 2005**. Diário Oficial da União. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BOUSQUAT A. E. M. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00037316, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037316.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2019.

BOWEN, V. et al. Increase in incidence of congenital syphilis—United States, 2012–2014. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Weekly, v. 64, n. 44, p. 1241-1245, nov. 2015.

CAVALCANTI, P. C. S., et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, out./dez. 2013.

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

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE et al (Org.) **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz. 2011. p.61-74.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COOPER, J. M., et al. 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, july./setp. 2016.

COSTA, C. V., et al. Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, 46, n. 3, p. 194-202, jul./set. 2017.

COSTA C. C., et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 47, n. 1, p.152-159, fev. 2013.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, Ruben Araújo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Caminhos para análise de políticas de saúde**, p. 181-198, 2011. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=435>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CUNHA, A. R. C. **Sífilis em parturientes do Brasil: prevalência e fatores associados**, 2012-2011. 2015. 82p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CUNNINGHAM et al. **Obstetrícia de Williams**. 23. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. 1385p.

DAMASCENO, A. B. A., et al. Sífilis na gravidez. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 88-94, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo *Nascer no Brasil*. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, jun. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M., et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, p. 766-774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M., et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 147-157, fev. 2013.

DOMINGUES R. M. S. M., et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: Un texto introductorio**. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Archives of Pathology Laboratory Medicine, 114: 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. vol. 1, p. 77-125, 1980.

FARIAS, N. L. L. **Sífilis congênita em Pernambuco: influência dos fatores sociodemográficos e assistenciais**. 2017. 40f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva), Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.



FAVERO, M. L. D. C. et al. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Archives Health Sciences**, São José do Rio Preto, v. 26, n. 1, p. 2-8, jan./mar. 2019.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 24-29, jul./set. 2004.

FERREIRA, C. et al. Desafio da Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 184-186, 2007.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas Instituições. In: Samico, I.; Felisberto, E.; Figueiró, A. C.; Frias, P. G., organizadores. **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro, 2010. p. 01-13.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FURTADO, J. P.; VIEIRA DA SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.12, p. 2643-2655, 2014.

FURTADO J. P. et al. Avaliação de uma rede de serviços de saúde mental. Efeitos de pesquisa. In: CAMPOS, Rosana Onoko; FURTADO, Juarez Pereira orgs. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. p. 223-235.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110417, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000505001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505001). Acesso em: 06 mar. 2019.

GOMES, R. N. S.; FILHA, F. S. S. C.; PORTELA, N. L. C. Avaliação da influência do abandono da assistência pré-natal na mortalidade fetal e neonatal. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 416-421, abr./jun. 2017.

GOMES, W. S.; BEZERRA, A. F. B. Programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica: reflexões sobre o papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde. **Novas Edições Acadêmicas**, 2014.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA, S. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador/RJ: Editora Fiocruz, 2005.

JAFARI, Y. et al. Are Treponema pallidum specific rapid and point-of-care tests for syphilis accurate enough for screening in resource limited settings? Evidence from a meta-analysis. **Public Library of Science One**, San Francisco, v. 8, n. 2, e54695,

2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3582640/>. Acesso em: 09 jun. 2019.

KUZNIK, A. et al. Antenatal syphilis screening using point-of-care testing in Sub-Saharan African countries: a cost-effectiveness analysis. **Public Library of Science Medicine, San Francisco**, v. 10, e1001545, nov. 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001545>. Acesso em: 10 jun. 2019.

LAFETÁ, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, jan./mar. 2016.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, e2845, 2017. Disponível em: <https://www.academicoo.com/artigo/intervencao-educacional-na-atencao-basica-para-prevencao-da-sifilis-congenita>. Acesso em: 10 jun. 2019.

LARSEN, S. A.; STEINER, B. M.; RUDOLPH, A. H. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. **Clinical Microbiology Reviews**, Washington, v. 8, n. 1, p. 1-21, jan. 1995.

LEAL, N. J. et al. Assistência ao pré-natal: depoimento de enfermeiras. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 113-122, jan./mar. 2018.

LIMA, V. C. et al. Perfil epidemiológico dos casos de SC em um município de médio porte do nordeste brasileiro. **Journal Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 56-61, 2017.

LIMA, B. C. F.; MOSELE, T. M. W.; GAVINHO, B. Incidência de Sífilis no Município de Almirante Tamandaré, nos anos de 2010-2018. **Revista Uniandrade**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 133-138, 2018.

LIMA, M. G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.

LIMA, A. F. C.; KURGANCT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 234-239, abr. 2009.

LINS C. D. M. **Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia**. 2014. 72p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, 2014.

- LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 111-126, out. 2018.
- MACHADO, I. *et al.* Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras? **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 249-255, mai./ago. 2018.
- MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013.
- MALTA, D. C.; MERHY, M. E. A avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2004.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MARTNELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.
- MELO, N. G. D. O.; FILHO, D. A. M.; FERREIRA, L. O. C. F. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 213-222, abr./jun. 2011.
- MESQUITA, K. O. *et al.* Perfil Epidemiológico dos casos de Sífilis em Gestante no município de Sobral, Ceará, de 2006 a 2010. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 11, n. 1, p. 13-17, jan./jun. 2013.
- MESQUITA, K. O. *et al.* Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 20-27, 2012.
- MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n. 3, p. 02-11, 2011;
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos**. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; Mercado, Francisco Javier (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Vozes, Rio de Janeiro, 2006. p. 163-190.
- MOREIRA, E.; ABREU, D. **Células operacionais**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Mimeografado. 2014.

MORSHED, M. G.; SINGH, A. E. Recent Trends in the Serologic Diagnosis of Syphilis. **Clinical Vaccine Immunology**, Washington, v. 22, n. 2, p. 137-147, feb. 2015.

NASCIMENTO, D. S. F. et al. 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 de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p.1-8, 2018.

NETO, S. E. S. **Investigação de sífilis congênita no município de Itapeva (SP): fatores que podem interferir no diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação.** 2017.122f. Dissertação (Mestrado em doenças infecciosas e parasitárias) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

NEWMAN, L. *et al.* Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **Public Library of Science Medicine**, San Francisco, v. 10, n. 2, p. 1-10, feb. 2013.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

NOVAES, H. M., PAGANINI, J. M.; **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais.** Washington: Organização Panamericana de Saúde. 1994. p. 109.

OBLADEN, M. Curse on two generations: a history of congenital syphilis. **Sources of Neonatal Medicine**, v. 103, n. 4, p. 274-280, mar. 2013.

OLIVEIRA, F. L.; SILVEIRA, L. K. C. B.; NERY, J. A. C. As diversas apresentações da sífilis secundária, relato de casos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 550-553, nov./dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana.** Tradução de Nazle Mendonça Collaço Veras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Orientação global sobre critérios e processos de validação:** eliminação da transmissão de mãe para filho (a eliminação da transmissão de mãe para filho) do HIV e sífilis. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2012.** Geneva: World Health Organization. 2013. 69 p.

PALADINI, E. P.; **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços.** São Paulo: Atlas. 1995. 286 p.

PATTON, M. Q. **Practical evaluation**. Beverly Hill: Sage; 1982.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-31, dez. 2010.

PINTO, V. M. et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 341-354, abr./jun. 2014.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., **Fundamentos da Vigilância Sanitária**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 259-269.

RAMOS, M. G., BONI, S. M. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do município de Maringá – PR. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 517-526, set./dez. 2018.

RAMOS, A. N. *et al.* Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, suppl. 3, p. 370-378, 2007.

RECIFE. Prefeitura da Cidade do Recife. **Equipamentos de Saúde**. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/servico/localizacao-das-usf?op=MTMz>. Acesso em: 24 de janeiro de 2019.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife**. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Recife: Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.

REZENDE, E. M. A. **A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás**. 2013. 82f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) - Centro Universitário de Anápolis, Goiás, 2013.

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

ROCHA, A. F. B. *et al.* Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. **BioMed Central Health Services Research**, London, v. 19, n. 65, p. 1-9, 2019.

ROMANELLI, R. M. C. *et.al.* Perfil das gestantes infectadas pelo HIV atendidas em pré-natal de alto risco de referência de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p. 329-334, jul./set. 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SAMICO *et al.* Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: **Medbook**. 2010. 196p.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. In: Barreto ML, Almeida Filho N, organizadores. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2011. p. 186-93.

SARACENI, V. *et al.* Avaliação das campanhas para a eliminação da sífilis congênita, no município do Rio de Janeiro, a partir de um modelo teórico lógico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, suppl. 1, p. 33-41, dez. 2005.

SILVA, L. L. D. *et al.* Sífilis congênita no estado do Tocantins 2007-2017: uma análise epidemiológica. **Revista de Patologia do Tocantins**, Tocantins, v. 6, n. 2, p. 15-19, 2019.

SILVA, F. B. **Dimensionamento controle e armazenamento de materiais de consumo no setor público estudo exploratório em uma IFES**. 2019. 159p. Dissertação (Mestrado - Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública - PROFIAP) - Universidade Federal de São João del Rei, 2019a

SILVA, A. E. O. M. *et al.* Sífilis congênita e na gestação no Recife, breve perfil de 2001 a 2016. In: **Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 54. 2018, Olinda-PE. Resumos, 2018. Disponível em: <http://www.adaltech.com.br/anais/medtrop2018/resumos/PDF-eposter-trab-aceito-2751-1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

SILVA, L. C. V. G. *et al.* Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. **Journal Health NPEPS**. v. 2, n. 2, p. 380-390, 2017.

SILVA, L. M. V. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância Sanitária. In: COSTA, E. A. org. **Vigilância Sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA, p. 237, 2009.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, 1994.

SLUTSKER, J. S.; HENNESSY, R. R.; SCHILLINGER, J. A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases — New York City, 2010–2016. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 67, n. 39, p. 1088-1093, oct. 2018.

SOARES, L. G. *et al.* Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, n. 4, p. 791-799, out./dez. 2017.

SONDA, E. C. *et al.* Sífilis congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 3 n. 1, p. 28-30, 2013.

- SOUZA, J. G. N. *et al.* Análise epidemiológica da sífilis congênita no sertão central cearense de 2006 a 2015. **Revista Expressão Católica Saúde**, Quixadá, v. 3, n. 2, p. 18-23, jul./dez. 2018.
- SOUZA, C. N. P. *et al.* Regressão logística aplicada aos casos de sífilis congênita no estado do Pará. **Revista da Estatística UFOP**, Ouro Preto, v. 3, n. 3, p. 714- 718, 2014.
- STEFFEN, N. *et al.* Sífilis primária de tonsila mimetizando linfoma. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 67-68, 2011.
- SWARTZENDRUBER, A. *et al.* Introduction of rapid syphilis testing in antenatal care: A systematic review of the impact on HIV and syphilis testing uptake and coverage. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, Baltimore, suppl. 1, p. 15-21, apr. 2015.
- TANAKA, O. Y.; TANAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 221-228, 2012.
- TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011.
- TANAKA, O. Y, MELO C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 113-28, ago. 2000.
- TAYLOR, M. M. *et al.* Correlates of syphilis seropositivity and risk for syphilis-associated adverse pregnancy outcomes among women attending antenatal care clinics in the Democratic Republic of Congo. **International Journal of STD and AIDS**, London, v. 25, p. 716-725, 2014.
- TOMASI *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 1-11, 2017.
- TSIMIS, M. E.; SHEFFIELD, J. S. Update on syphilis and pregnancy. **Birth Defects Research**, New Jersey, v. 109, n. 5, p. 347-352, mar. 2017.
- TSUNECHIRO, M. A. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 4, p. 781-790, out./dez. 2018.
- UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.
- VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Revista Brasileira em Promoção e Saúde**, Fortaleza, suppl. 29, p. 85-92, dez. 2016.

VUORI, H. A. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 1, n. 3, p. 17-25, 1991.

WIJESOORIVA, N. S. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **Lancet Glob Health**, Elsevier, v. 4, n. 8, p. 525-533, aug. 2016.

WORKOWSKI, K. A.; BERMAN, S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. Centers for Disease C, Prevention. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 59, n. 12, p. 1-110, dec. 2010.

ZAMBENEDETTI, G. SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016.



## APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO DA GESTANTE



### AVALIAÇÃO NORMATIVA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

#### FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO DA GESTANTE

Nome da Unidade de Saúde:		Nº do formulário:	
Nome da gestante:			
Microárea de residência:	Data da coleta dos dados: ____/____/____	Prontuário:	
<b>Nº</b>			
<b>PERGUNTA</b>		<b>RESPOSTAS</b>	
1	<b>Ano da realização do pré-natal</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	____	
2	<b>Número de consultas pré-natais realizadas.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	____ 99 __  Sem registro	
3	<b>Data da primeira consulta de pré-natal</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	____/____/____ 99 __  Sem registro.	
4	<b>Número de semanas gestacionais na primeira consulta de pré-natal</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	____ semanas 99 __  Sem registro.	
5	<b>A gestante foi orientada sobre a prevenção da sífilis?</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 99 __  Sem registro	
6	<b>Registro de teste rápido de sífilis</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se "NÃO", siga para a pergunta 11.	1 __  Sim 2 __  Não	
7	<b>Data da realização do teste rápido de sífilis</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	____/____/____ 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro	

8	<b>Teste rápido de sífilis realizado na 1ª consulta de pré-natal.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica
9	<b>Resultado do teste rápido de sífilis</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se “NÃO REAGENTE ou NÃO SE APLICA ou SEM REGISTRO”, siga para a pergunta 11.	1 __  Reagente 2 __  Não reagente 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro
10	<b>Iniciou tratamento após teste rápido de sífilis?</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro
11	<b>Registro de resultado do exame VDRL</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se “NÃO”, siga para a pergunta 24.	1 __  Sim 2 __  Não
12	<b>Registro de quantos exames de VDRL?</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se “NENHUM”, siga para a pergunta 24.	1 __  Um 2 __  Dois 3 __  Mais de dois. 4 __  Nenhum
13	<b>Exame de VDRL solicitado na 1ª consulta de pré-natal?</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro
14	<b>Exame de VDRL solicitado no 1º trimestre da gestação?</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se “NÃO” ou “SEM REGISTRO”, siga para a pergunta 18.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro
15	<b>Data da solicitação do VDRL no 1º trimestre da gestação.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	____/____/____ 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro.
16	<b>Realizou o exame de VDRL no 1º trimestre da gestação?</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se “NÃO” ou “NÃO SE APLICA”, siga para a pergunta 24.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica
17	<b>Data da realização do exame de VDRL no 1º trimestre da gestação.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	____/____/____ 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro.

18	<p><b>Número de semanas gestacionais na realização exame de VDRL no 1º trimestre da gestação.</b></p> <p>Registre a informação presente no prontuário da gestante.</p>	<p>_____ semanas</p> <p>98 ___  Não se aplica 99 ___  Sem registro</p>	
19	<p><b>Resultado do exame de VDRL solicitado no 1º trimestre de gestação.</b></p> <p>Assinale a opção correspondente a informação presente no prontuário da gestante. Se “NÃO REAGENTE” ou “INCONCLUSIVO”, siga para a pergunta 21.</p>	<p>1 ___  Reagente/Positivo 2 ___  Não reagente/Negativo 3 ___  Inconclusivo 4 ___  Sem registro 98 ___  Não se aplica</p>	
20	<p><b>Qual a titulação do exame de VDRL solicitado no 1º trimestre da gestação?</b></p> <p>Assinale a opção correspondente a informação presente no prontuário da gestante.</p>	<p>1 ___  ≤ 1:4 2 ___  ≥ 1:8 3 ___  Sem registro 98 ___  Não se aplica</p>	
21	<p><b>Intervalo de tempo entre a solicitação do exame de VDRL do 1º trimestre e a realização do mesmo.</b></p> <p>Registre a informação presente no prontuário da gestante.</p>	<p>_____ dias</p> <p>98 ___  Não se aplica</p>	
22	<p><b>Intervalo de tempo entre a realização do exame de VDRL do 1º trimestre e o resultado do mesmo.</b></p> <p>Registre a informação presente no prontuário da gestante.</p>	<p>_____ dias</p> <p>98 ___  Não se aplica</p>	
23	<p><b>Intervalo de tempo entre a solicitação do exame de VDRL do 1º trimestre e o resultado do mesmo.</b></p> <p>Registre a informação presente no prontuário da gestante.</p>	<p>_____ dias</p> <p>98 ___  Não se aplica</p>	
24	<p><b>Exame de VDRL solicitado no 3º trimestre?</b></p> <p>Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se “NÃO” OU “SEM REGISTRO”, siga para a pergunta 34.</p>	<p>1 ___  Sim 2 ___  Não 98 ___  Não se aplica 99 ___  Sem registro</p>	
25	<p><b>Data da solicitação do VDRL no 3º trimestre da gestação.</b></p> <p>Registre a informação presente no prontuário da gestante.</p>	<p>___/___/___</p> <p>98 ___  Não se aplica 99 ___  Sem registro.</p>	
26	<p><b>Realizou o exame de VDRL no 3º trimestre da gestação?</b></p> <p>Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se “NÃO” ou “NÃO SE APLICA”, siga para a pergunta 18.</p>	<p>1 ___  Sim 2 ___  Não 98 ___  Não se aplica</p>	

27	<b>Data da realização do exame de VDRL no 3º trimestre da gestação.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	____/____/____ 98 ____  Não se aplica 99 ____  Sem registro.
28	<b>Número de semanas gestacionais na realização do exame de VDRL no 3º trimestre da gestação.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	_____ semanas 98 ____  Não se aplica 99 ____  Sem registro.
29	<b>Resultado do exame de VDRL solicitado no 3º trimestre de gestação.</b> Assinale a opção correspondente a informação presente no prontuário da gestante. Se "NÃO REAGENTE" ou "INCONCLUSIVO", siga para a pergunta 31.	1 ____  Reagente/Positivo 2 ____  Não reagente/Negativo 3 ____  Inconclusivo 98 ____  Não se aplica 99 ____  Sem registro
30	<b>Qual a titulação do exame de VDRL solicitado no 3º trimestre da gestação?</b> Assinale a opção correspondente a informação presente no prontuário da gestante.	1 ____  $\leq 1:4$ 2 ____  $\geq 1:8$ 98 ____  Não se aplica 99 ____  Sem registro.
31	<b>Intervalo de tempo entre a solicitação do exame de VDRL do 3º trimestre e a realização do mesmo.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	_____ dias 98 ____  Não se aplica
32	<b>Intervalo de tempo entre a realização do exame de VDRL do 3º trimestre e o resultado do mesmo.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	_____ dias 98 ____  Não se aplica
33	<b>Intervalo de tempo entre a solicitação do exame de VDRL do 3º trimestre e o resultado do mesmo.</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	_____ dias 98 ____  Não se aplica
34	<b>Gestante diagnosticada com sífilis?</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante. Se "NÃO", siga para a pergunta 45.	1 ____  Sim 2 ____  Não
35	<b>Qual o estágio clínico da doença a gestante foi diagnosticada?</b> Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 ____  Sífilis Primária 2 ____  Sífilis Secundária 3 ____  Sífilis Terciária 4 ____  Latente recente 5 ____  Latente tardia

		6 __  Não definida 98 __  Não se aplica	
36	<b>A gestante diagnosticada com sífilis foi orientada sobre o tratamento?</b>  Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro	
37	<b>A gestante foi tratada com Penicilina benzatina?</b>  Assinale a opção correspondente a informação presente no prontuário da gestante. Se “NÃO”, siga para a pergunta 40.	1 __  Sim 2 __  Não 3 __  Não, tratada com outra droga. Qual?  98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro	
38	<b>Número de dose (s) de penicilina benzatina realizadas.</b>  Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Uma 2 __  Duas 3 __  Três 4 __  Mais que três 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro	
39	<b>Qual a data de realização das doses de penicilina benzatina?</b>  Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1º dose: __/__/____ 2º dose: __/__/____ 3º dose: __/__/____ 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro	
40	<b>A gestante realizou o monitoramento mensal do tratamento da sífilis?</b>  Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro.	
41	<b>O parceiro da gestante diagnosticada com sífilis realizou o exame para testagem da sífilis?</b>  Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro	
42	<b>O parceiro da gestante foi diagnosticado com sífilis?</b>  Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica  __  Sem registro	
43	<b>O parceiro da gestante diagnosticada com sífilis recebeu o tratamento para sífilis?</b>  Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica 99 __  Sem registro	
44	<b>A gestante recebeu o tratamento adequado para sífilis?</b>	1 __  Sim 2 __  Não 98 __  Não se aplica	

	Registre a informação presente no prontuário da gestante.		
45	<b>Prontuário da gestante preenchido adequadamente?</b>	1  <input type="checkbox"/>   Sim 2  <input type="checkbox"/>   Não	
46	<b>Qual profissional realizou as consultas de pré-natal?</b>  Registre a informação presente no prontuário da gestante.	1  <input type="checkbox"/>   Enfermeiro 2  <input type="checkbox"/>   Médico 3  <input type="checkbox"/>   Enfermeiro e Médico	

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM O ENFERMEIRO



### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA PRESTADA NAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO III DA CIDADE DO RECIFE-PE

#### QUESTIONÁRIO – ENFERMEIRO

Data da entrevista:		Nº do questionário:	
Nome da Unidade de Saúde:			
Endereço:			
<b>ASPECTOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO</b>			
Nº	PERGUNTA	RESPOSTAS	
1	<b>Qual o grau de formação?</b> Registre a informação relatada pelo enfermeiro(a).	1 ___ Graduação 2 ___ Especialização 3 ___ Mestrado 4 ___ Doutorado	
2	<b>Possui formação voltada para conduzir a assistência pré-natal?</b> Registre a informação relatada pelo enfermeiro(a).	1 ___  Sim, qual? _____ 2 ___  Não	
3	<b>Qual o tempo (anos e meses) de experiência em prestar assistência pré-natal?</b> Registre a informação relatada pelo enfermeiro(a).	_____	
4	<b>Há quanto tempo (anos e meses) trabalha na unidade de saúde?</b> Registre a informação relatada pelo enfermeiro(a).	_____	
5	<b>Possui capacitação para realizar o TR para sífilis?</b> Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).	1 ___  Sim 2 ___  Não	
6	<b>Há quanto tempo (anos/meses) fez a capacitação para realizar TR para sífilis?</b> Registre a informação relatada pelo enfermeiro(a).	_____	
7	<b>Enfrenta dificuldade para a realização das ações para a prevenção da sífilis congênita na assistência pré-natal?</b>	1 ___  Sim 2 ___  Não	

	Registre a informação relatada pelo enfermeiro(a).		
8	<p><b>Qual a principal dificuldade enfrentada para a realização das ações para a prevenção da sífilis congênita na assistência pré-natal?</b></p> <p>Registre a informação relatada pelo enfermeiro(a).</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>ASPECTOS RELACIONADOS À ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE</b>			
<b>Nº</b>	<b>PERGUNTA</b>	<b>RESPOSTAS</b>	
9	<p><b>A unidade de saúde dispõe de sala de espera?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim</p> <p>2 ___  Não</p>	
10	<p><b>A unidade de saúde dispõe de consultório individual para realização do pré-natal?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim</p> <p>2 ___  Não</p>	
11	<p><b>A unidade de saúde dispõe de caderneta ou cartão da gestante?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim</p> <p>2 ___  Não</p>	
12	<p><b>A unidade de saúde dispõe de material educativo sobre sífilis?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim</p> <p>2 ___  Não</p>	
13	<p><b>O material educativo fica exposto na unidade de saúde?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim</p> <p>2 ___  Não</p>	
14	<p><b>As gestantes possuem acesso ao material educativo?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim</p> <p>2 ___  Não</p>	
15	<p><b>A unidade de saúde dispõe de teste rápido (TR) para sífilis?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim</p> <p>2 ___  Não</p>	
16	<p><b>Os profissionais da unidade de saúde estão capacitados para realizar o TR?</b></p>	<p>1 ___  Sim</p> <p>2 ___  Não</p>	



	Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).		
17	<p><b>Quais dos profissionais da unidade de saúde estão capacitados para realizar o TR para sífilis?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Enfermeiro  2 ___  Médico  3 ___  Técnico de enfermagem  4 ___  Dentista  5 ___  Auxiliar de saúde bucal  6 ___  Agente comunitário de saúde</p>	
18	<p><b>O enfermeiro realiza o TR para sífilis?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim  2 ___  Não</p>	
19	<p><b>O TR oferecido a todas as gestantes?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim  2 ___  Não</p>	
20	<p><b>O TR é realizado na consulta de pré-natal?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim  2 ___  Não</p>	
21	<p><b>O TR é realizado em qual trimestre da gestação?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Primeiro  2 ___  Segundo  3 ___  Terceiro  4 ___  Todos  5 ___  1º consulta</p>	
22	<p><b>O profissional de saúde realiza o aconselhamento pré-teste e pós-teste do TR para sífilis?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim  2 ___  Não</p>	
23	<p><b>Nos últimos 12 meses, houve falta de material para realizar o TR para sífilis?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Nunca  2 ___  Sim, algumas vezes  3 ___  Sim, quase sempre</p>	
24	<p><b>A unidade de saúde que dispõe de exames de VDRL?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim  2 ___  Não</p>	
25	<p><b>O exame de VDRL é realizado na unidade de saúde?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim  2 ___  Não</p>	
26	<p><b>A unidade de saúde dispõe de Penicilina Benzatina para tratamento da sífilis?</b></p>	<p>1 ___  Sim  2 ___  Não</p>	

	Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).		
27	<p><b>Nos últimos 12 meses, houve falta de Penicilina Benzatina para o tratamento da sífilis na unidade de saúde?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___ Nunca 2 ___ Sim, algumas vezes 3 ___ Quase sempre</p>	
28	<p><b>A unidade de saúde dispõe dos insumos necessários para administrar a penicilina benzatina?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim 2 ___  Não</p>	
29	<p><b>Nos últimos 12 meses, houve falta dos insumos necessários para administrar a Penicilina Benzatina na unidade de saúde?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___ Nunca 2 ___ Sim, algumas vezes 3 ___ Quase sempre</p>	
30	<p><b>Qual o profissional que administra a penicilina benzatina para tratamento da sífilis?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Enfermeiro 2 ___  Médico 3 ___  Técnico de enfermagem 4 ___ Outros</p>	
31	<p><b>A unidade de saúde dispõe de preservativos?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sempre 2 ___  Às vezes 3 ___  Nunca</p>	
32	<p><b>As gestantes e seus parceiros possuem acesso aos preservativos?</b></p> <p>Assinale a resposta indicada pelo enfermeiro(a).</p>	<p>1 ___  Sim 2 ___  Não</p>	

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

Convido o senhor(a), enfermeiro(a) que presta cuidados de assistência pré-natal nas unidades de saúde pertencentes ao Distrito Sanitário (DS) III da cidade do Recife-PE, a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“Avaliação normativa da qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita”**, vinculada ao Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães - IAM/FIOCRUZ, sob a responsabilidade da pesquisadora Kadja de Fatima Pinheiro Freitas da Silva e orientação das Prof. Dra. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos e Prof. Dra. Aletheia Soares Sampaio.

O objetivo desta pesquisa é avaliar qual a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita (SC) prestada nas unidades de saúde do DS III da cidade do Recife-PE.

O senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e a sua participação consistirá em responder a um questionário previamente elaborado para o presente estudo, no qual conterà perguntas referentes à estrutura e aos recursos disponíveis na unidade de saúde para prestar cuidados de assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita.

O presente estudo tem como benefício avaliar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da SC prestada às gestantes na atenção básica do referido DS, propiciando a identificação de fragilidades nas condutas de assistenciais e possibilitará a elaboração de estratégias para prevenção da sífilis congênita na assistência pré-natal.

Em relação aos riscos, poderão causar constrangimento em responder a alguma das questões presentes no questionário formulado para a pesquisa, entretanto, salienta-se que serão tomados os devidos cuidados para garantir a privacidade, o sigilo das informações e todos os resultados da pesquisa serão apresentados na forma de dados agregados.

Ao participar o (a) senhor (a) terá garantido os seguintes direitos: receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa; liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa; segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada. Além

disso, não terá nenhum ônus financeiro, uma vez que, a pesquisa será financiada pela própria pesquisadora e a sua participação é completamente voluntária.

Informamos que o processo de coleta de dados obedecerá aos preceitos éticos preconizados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que cria normas para pesquisas envolvendo seres humanos e que poderá apresentar riscos mínimos à sua integridade psicológica e social, previstos como constrangimento por não saber responder alguma pergunta do questionário, participando assim, apenas, os profissionais que concordarem por livre e espontânea vontade.

Os resultados da pesquisa serão utilizados essencialmente para fins científicos. Será elaborado um relatório final da pesquisa, no formato de dissertação de mestrado e artigos para publicação em eventos científicos. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora principal por um prazo mínimo de cinco anos.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Kadja de Fatima Pinheiro Freitas da Silva, pelo telefone: (081) 98823-0415 ou pelo email: [kadja@oi.com.br](mailto:kadja@oi.com.br). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM/Fiocruz) que fica localizado no Campus da UFPE, na Av. Professor Moraes Rego s/n, Térreo, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-420, Tel.: (81) 2101-2639 – email: [comiteetica@cpqam.fiocruz.br](mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br).

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que recebi uma via deste termo de consentimento, que tive a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas, que estou ciente dos meus direitos relacionados e que aceito participar desse estudo.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura da pesquisadora**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) enfermeiro(a)  
convidado(a)**

## **APÊNDICE D - PROPOSTA INTERVENÇÃO PARA AUXILIAR GESTORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA TOMADA DE DECISÃO PARA MELHORAR A QUALIDADE DA ASSISTENCIA PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**

A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica de evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, que é transmitida, principalmente, por via sexual ou vertical (DAMASCENO *et al.*, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2013).

A sífilis na gestação é uma doença de abrangência mundial e estima-se que cerca de 1 milhão de gestantes estejam infectadas pela doença, mesmo em países com elevado desenvolvimento econômico e social, a infecção por sífilis durante a gestação continua a ser uma causa significativa de natimortalidade e morbidade infantil (TSIMIS e SHEFFIELD, 2017; WIJESOORIYA *et al.*, 2016; NEWMAN *et al.*, 2013).

A sífilis congênita (SC) é resultante da transmissão vertical do agente patogênico da sífilis da gestante para o concepto, podendo ocorrer em qualquer período da gestação (MORSHEED e SINGH, 2015).

Newman *et al.* (2013) estimaram para 2008 cerca de 1,36 milhão de gestantes com sífilis ativa no mundo, e que destas, mais de meio milhão apresentaram desfechos negativos na gestação.

O Brasil enfrenta uma elevação da taxa de incidência de SC onde aumentou cerca de três vezes entre os anos de 2010 e 2016, passando de 2,4 para 6,8 casos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2017), ou seja, um aumento de 183,3% em seis anos.

O aumento da incidência da SC também foi observado na pesquisa realizada por Bowen *et al.* (2015), onde concluiu que a taxa de incidência de SC no território brasileiro, entre os anos de 2011 e 2013, passou de 3,3 para 4,8 por mil nascidos vivos.

Segundo estudo realizado por Domingues e Leal (2016) no Brasil, a incidência de sífilis congênita foi estimada em 3,5 por mil nascidos vivos, sendo a Região Nordeste, a responsável pela maior taxa com 4,03 por mil nascidos vivo (4,03 por mil nascidos vivos).

Uma outra problemática destacada foi a subnotificação dos casos de SC no Brasil, na qual pode atingir até 67% dos casos ao ano. Tal fato sugere que os

indicadores da sífilis podem ser ainda maiores do que o notificado (BOWEN *et al.*, 2015).

Uma breve comparação entre o número de casos notificados de sífilis em gestante e de SC, no ano de 2016 nas 10 capitais brasileiras, dentre elas Recife–PE, pode-se perceber que o número de casos de SC foi superior ao da sífilis gestacional, o que reforça a suposta ocorrência de falhas no diagnóstico durante a gestação ou no processo de notificação (BRASIL, 2017).

Em uma pesquisa realizada por Farias (2017) sobre os casos de SC no Estado de Pernambuco, pode-se identificar um crescimento de 162,8% no número de casos entre os anos de 2010 e 2014. Além disso, 74,36% dos casos de SC correspondem a filhos de mulheres que realizaram o pré-natal, porém, apenas 46,61% tiveram o diagnóstico de sífilis nessa ocasião, e destas, apenas 6,6% receberam tratamento adequado para a doença.

A assistência pré-natal desenvolve um papel de grande importância na redução da morbimortalidade materna e infantil, uma vez que possibilita o monitoramento da gravidez, além do diagnóstico e tratamento de intercorrências clínicas e obstétricas (TOMASI *et al.*, 2017; BOWEN *et al.*, 2015), e dentre elas as causadas pelas infecções sexualmente transmissíveis.

Para Slutsker, Hennessy e Schillinger (2018), em estudo realizado em Nova York, aproximadamente 88% das infecções por sífilis entre as mulheres que estavam grávidas durante 2010-2016 não resultaram em SC por causa do rastreamento e tratamento precoces durante a assistência pré-natal.

A efetivação da prevenção da SC depende do compromisso da atenção básica em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo que seja realizado o diagnóstico precoce e feito o tratamento oportuno e adequado da gestante e do seu parceiro para evitar a transmissão vertical da doença e a reinfecção da mulher (MESQUITA *et al.*, 2013).

Diante da magnitude do problema da transmissão vertical da sífilis no contexto da saúde pública, e baseado na dissertação de mestrado profissional em saúde pública intitulada como avaliação normativa da qualidade da assistência pré-natal para prevenção da SC no Distrito Sanitário III da cidade do Recife-PE buscou-se elaborar uma proposta intervenção para o enfrentamento dos problemas evidenciados na mencionada pesquisa.

A referida dissertação tem como objetivo geral avaliar a qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, e dentre os objetivos específicos podemos destacar: elaborar o modelo lógico da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita; analisar a assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita considerando as seguintes dimensões de qualidade: conformidade, oportunidade e disponibilidade; classificar a assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita; elaborar uma proposta de intervenção para auxiliar os gestores/profissionais do Distrito Sanitário III na tomada de decisão a melhorar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita nessa regional de saúde do Recife-PE.

A avaliação da qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita, na qual foi a pesquisa norteadora do projeto intervenção, trata-se de uma avaliação normativa (estrutura e processo) obtida através de um estudo transversal com abordagem quantitativa para qualificar a assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita ofertada às mulheres nas unidades de saúde do Distrito Sanitário III da cidade do Recife-PE.

A pesquisa foi desenvolvida nos meses de junho e julho de 2019, na qual analisou 278 prontuários de gestantes que iniciaram a assistência pré-natal entre o mês de janeiro de 2016 a agosto de 2018 com a finalidade de obter informações referentes ao processo dos cuidados pré-natais que foram prestados a estas gestantes. Além dos prontuários, também foram realizadas entrevistas com os enfermeiros responsáveis pela prestação da assistência pré-natal nas 10 unidades de saúde que prestam estes cuidados no DS III da cidade do Recife-PE. Estas entrevistas possibilitaram realizar uma análise da estrutura dos serviços de saúde para a prevenção da sífilis congênita.

A partir das informações coletadas nos prontuários e nas entrevistas, foram calculados os indicadores presentes nas matrizes de análise e julgamento e definido o grau de qualidade de cada indicador, dimensão e a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita.

Baseado nos resultados da pesquisa pode-se evidenciar a existência de fragilidades associadas à conformidade e oportunidade das ações, principalmente aquelas relacionadas ao início de pré-natal precoce, desenvolvimento de ações educativas, diagnóstico e tratamento adequado da sífilis na gestante e no seu respectivo parceiro durante consultas pré-natais.

Além disso, apesar da dimensão disponibilidade, de maneira geral, apresentar uma boa qualidade, a análise da referida dimensão evidenciou a falta de material educativo sobre sífilis e de insumos para administrar a penicilina benzatina para o tratamento da doença.

Sendo assim, os principais problemas encontrados na pesquisa relacionadas à prestação de cuidados pré-natais para prevenção de casos de sífilis foram:

- a) Baixo percentual de consultas de pré-natal realizadas por enfermeiro e médico;
- b) Baixo percentual de gestantes que receberam orientação sobre a prevenção da sífilis;
- c) Baixo percentual de gestantes que tiveram acesso ao rastreio da sífilis no 1º trimestre de gestação;
- d) Baixo percentual de gestantes que tiveram acesso ao rastreio da sífilis no 3º trimestre de gestação
- e) Elevado intervalo de tempo entre a solicitação e a obtenção do resultado do VDRL;
- f) Baixo percentual de gestantes acompanhadas mensalmente após o tratamento;
- g) Baixo percentual de gestantes que realizaram o TR de sífilis;
- h) Baixo percentual de gestantes que tiveram o tratamento iniciado após o resultado reagente do TR de sífilis;
- i) Baixo percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis que foram tratadas adequadamente;
- j) Baixo percentual de gestantes cujos parceiros realizaram o rastreio e o tratamento da sífilis;
- k) Baixo percentual de unidades de saúde que possuíam material educativo, insumos para realizar o diagnóstico e o tratamento da sífilis

A proposta intervenção elaborada corresponde ao último objetivo específico da referida pesquisa. Esta proposta utilizou a ferramenta 5W3H e objetivou de auxiliar gestores/profissionais de saúde desenvolverem estratégias para superar as dificuldades e os problemas relacionados à prestação de cuidados assistenciais desenvolvidos nas consultas pré-natais às gestantes e aos seus respectivos parceiros, conforme foram evidenciados na pesquisa.



Segundo Silva (2019), a 5W3H, exposta no Quadro 15, trata-se de uma ferramenta de gestão da qualidade capaz de organizar os pensamentos para auxiliar as tomadas de decisões na implementação de um plano de ação para solucionar os problemas detectados.

Na ferramenta 5W3H são propostas oito perguntas, na língua inglesa, que devem ser respondidas para a criação do plano de ação (MENDONÇA; SELIG, 2006). As traduções das perguntas estão expostas no quadro a seguir.

**Quadro 15 – Significado da sigla 5W3H.**

<b>SIGLA</b>	<b>TRADUÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Why</b>	Por quê?	Por que deve ser executada a atividade (justificativa)?
<b>What</b>	O quê?	O que será feito (fases, etapas, passos)?
<b>Who</b>	Onde?	Onde será realizada?
<b>Where</b>	Quando?	Quando cada uma das atividades deverá ser executada (tempo)?
<b>When</b>	Quem?	Quem realizará as atividades (responsabilidade)?
<b>How</b>	Como?	Como deverá ser realizada cada atividade/fase?
<b>How much</b>	Quanto?	Quanto vai custar?
<b>How measure</b>	Como medir?	Como medir ou avaliar a meta?

Fonte: Mendonça e Selig, 2006.

A proposta intervenção para melhorar a qualidade da assistência pré-natal para a prevenção da sífilis congênita no DS III da cidade do Recife-PE (Quadro 16) preconiza que sejam realizadas reuniões na sede do referido DS com os gestores e os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados pré-natais.

Recomenda-se que nestas reuniões os atores envolvidos cumpram as etapas/metapas preconizadas, como também elaborem e pactuem estratégias para o enfrentamento dos principais problemas elencados.

Os custos desta proposta limitam-se aos gastos com as capacitações dos gestores e profissionais de saúde, além daqueles relacionados à aquisição de materiais educativos, insumos necessários para realizar o diagnóstico oportuno e tratamento adequado da sífilis nas gestantes e seus respectivos parceiros.

**Quadro 16 – Proposta de Intervenção para melhorar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita no DS III da cidade do Recife – PE.**

(continua)

Por quê?	O quê?	Onde?	Quando?	Quem?	Como?	Quanto?	Como medir?
<b>PROBLEMAS ENCONTRADOS</b>	<b>ETAPAS (METAS)</b>	<b>LOCAL</b>	<b>TEMPO</b>	<b>ATORES</b>	<b>AÇÕES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>META</b>
<b>Baixo percentual de consultas de pré-natal realizadas por enfermeiro e médico.</b>	I. Ao final do 1º mês, deverão ser elaboradas estratégias para que todas as gestantes sejam acompanhadas pelo enfermeiro e médico; II. Ao final do 3º mês deverão ter implementado os cuidados pré-natais com equipe multidisciplinar.	Sede do DS III da cidade do Recife-PE	3 meses (fevereiro a abril de 2020)	Gestores e profissionais de saúde do DS III	Reunião entre os atores envolvidos	Sem custo	3 reuniões (1vez/ mês)
<b>Baixo percentual de gestantes que receberam orientação sobre a prevenção da sífilis (adquirida e congênita)</b>	III. Ao final do 1º mês, deverão ser realizadas reuniões para definir as estratégias de atividades educativas (tipo rodas de conversas) com as gestantes e seus parceiros, incluindo-se o incentivo ao rastreio da sífilis; IV. Ao final do 3º mês, deverão ser iniciadas as atividades educativas mencionadas.	Sede do DS III da cidade do Recife-PE	3 meses (fevereiro a abril de 2020)	Gestores e profissionais de saúde do DS III	Reunião entre os atores envolvidos	Sem custo	3 reuniões (1vez/mês)
<b>Baixo percentual de gestantes que tiveram acesso ao rastreio da sífilis no 1º e 3º trimestre de gestação</b>	V. Ao final do 1º mês, deverão ter realizadas discussões para elaborar estratégias de captação precoce e busca ativa da gestante para o rastreio de sífilis; VI. Ao final do 1º mês, deverão ter realizado discussões quanto a necessidade de oferecer o diagnóstico da sífilis conforme estabelecido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde; VII. Ao final do 3º mês, deverão ter sido iniciadas as estratégias objeto das discussões acima, incluindo a necessidade de capacitação dos profissionais pré-natalistas;	Sede do DS III da cidade do Recife-PE	6 meses (fevereiro a julho de 2020)	Gestores e profissionais de saúde do DS III	Reunião entre os atores envolvidos	Custo com capacitação dos profissionais de saúde	6 reuniões (2 vezes / mês)

**Quadro 16 – Proposta de Intervenção para melhorar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita no DS III da cidade do Recife – PE.**

(continuação)

Por quê?	O quê?	Onde?	Quando?	Quem?	Como?	Quanto?	Como medir?
<b>PROBLEMAS ENCONTRADOS</b>	<b>ETAPAS (METAS)</b>	<b>LOCAL</b>	<b>TEMPO</b>	<b>ATORES</b>	<b>AÇÕES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>META</b>
<b>Elevado intervalo de tempo entre a solicitação e a obtenção do resultado do VDRL; e baixo percentual de gestantes acompanhadas mensalmente após o tratamento</b>	VIII. Até o final do 3º mês deverão ser definidas as estratégias (com os profissionais das unidades de saúde e do laboratório) para otimizar a realização e obtenção do resultado do VDRL (segmento de cura da sífilis gestacional).	Sede do DS III da cidade do Recife-PE	3 meses (fevereiro a abril de 2020)	Gestores e profissionais de saúde e laboratório de análises clínicas do DS III	Reunião entre os atores envolvidos	Sem custo	6 reuniões (2 vezes / mês)
<b>Baixo percentual de gestantes que realizaram o TR de sífilis, e dentre os casos reagentes que tiveram seu tratamento iniciado após o resultado</b>	IX. Ao final do 1º mês, deverão ser identificadas as principais dificuldades relacionadas ao manejo do TR de sífilis; X. Ao final do 3º mês, os profissionais de saúde deverão ser capacitados para utilização do TR no rastreio da sífilis; XI. Ao final do 4º mês, deverá ser discutido/elaborado o plano de cuidados para o enfrentamento das dificuldades elencadas.	Sede do DS III da cidade do Recife-PE	6 meses (fevereiro a julho de 2020)	Gestores e profissionais de saúde do DS III	Reunião entre os atores envolvidos	Custo com capacitação dos profissionais de saúde	8 reuniões (2 vezes / mês)
<b>Baixo percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis que foram tratadas adequadamente</b>	XII. Ao final do 1º mês, deverão ser identificadas as principais dificuldades relacionadas ao não tratamento adequado da sífilis gestacional; XIII. Ao final do 3º mês os profissionais de saúde deverão ser capacitados para conduzir corretamente o tratamento das gestantes e parceiros; XIV. Ao final do 4º mês deverá ser discutido/elaborado o plano para o enfrentamento das dificuldades relacionadas ao tratamento das gestantes e parceiros.	Sede do DS III da cidade do Recife-PE	6 meses (fevereiro a julho de 2020)	Gestores e profissionais de saúde do DS III	Reunião entre os atores envolvidos	Custo com o tratamento da sífilis	8 reuniões (2 vezes / mês)

**Quadro 16 – Proposta de Intervenção para melhorar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita no DS III da cidade do Recife – PE.**

Por quê?	O quê?	Onde?	Quando?	Quem?	Como?	Quanto?	Como medir?
<b>PROBLEMAS ENCONTRADOS</b>	<b>ETAPAS (METAS)</b>	<b>LOCAL</b>	<b>TEMPO</b>	<b>ATORES</b>	<b>AÇÕES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>META</b>
<b>Baixo percentual de gestantes cujos parceiros realizaram o rastreo e o tratamento da sífilis</b>	XV. Ao final do 2º, mês deverá ter sido definidas estratégias para o desenvolvimento de ações para adesão dos parceiros das gestantes ao rastreo e tratamento da sífilis.	Sede do DS III da cidade do Recife-PE	6 meses (fevereiro a julho de 2020)	Gestores e profissionais de saúde do DS III	Reunião entre os atores envolvidos	Custo com a disponibilização de métodos de rastreo	4 reuniões (2 vezes / mês)
<b>Baixo percentual de unidades de saúde que possuíam material educativo, insumos para realizar o diagnóstico e o tratamento da sífilis</b>	XVI. Ao final do 2º, mês deverá ter sido revisada/implementada a logística de aquisição e distribuição de insumos para realizar o diagnóstico e o tratamento da sífilis gestacional nas unidades de saúde; XVII. Ao final do 6º mês, deverá ter sido elaborado material educativo para auxiliar no desenvolvimento de atividades educacionais.	Sede do DS III da cidade do Recife-PE	6 meses (fevereiro a julho de 2020)	Gestores e profissionais de saúde do DS III	Reunião entre os atores envolvidos	Custos com a produção de material educativo e aquisição de insumos	6 reuniões (1 vez/mês)

Nota: Ao final do 6º mês deverá ser realizada a avaliação das metas acordadas entre os gestores, profissionais das unidades de saúde e laboratório do DS III da cidade do Recife – PE, para solução dos problemas elencados nesta proposta de intervenção.

Fonte: Autora.

Espera-se com a realização das reuniões que os gestores e profissionais de saúde adquiram e atualizem seus conhecimentos referentes à assistência pré-natal de qualidade, uma vez que, é um cuidado indispensável para a identificação de possíveis intercorrências durante o período gravídico de forma precoce, como a sífilis.

Para tanto, a ocorrência de casos de sífilis congênita configura-se um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a qualidade da assistência dispensada no pré-natal, visto que a sua ocorrência está atrelada à falta ou à precários cuidados pré-natais prestados à comunidade.

Além disso, almeja-se que estes atores envolvidos no projeto intervenção sejam sensibilizados quanto a problemática da ocorrência de casos de sífilis congênita no DS III a fim de propiciar o desenvolvimento de estratégias viáveis a serem implantadas nas unidades de saúde para oferecer cuidados assistências de qualidade, como também incentivem a adesão das gestantes e de seus parceiros aos cuidados pré-natais.

## ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE

### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Kadja de Fatima Pinheiro Freitas da Silva**, pesquisadora do Mestrado Profissional Em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães- IAM/Fiocruz, a desenvolver pesquisa na PACS FCO Pignatari, PACS Francisco Pignatari, PACS Joaquim da Costa Carvalho/Alto do Mandu, USF Apipucos / São Joao, USF Córrego da Fortuna, USF Poço da Panela, USF Santana, USF Sitio dos Pintos / Dr Antônio da Silva, USF Sitio São Braz e USF União das Vilas, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Avaliação da qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita prestada nas unidades de saúde do Distrito Sanitário III do município de Recife-PE**" sendo orientada por Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos e coordenação de Aletheia Soares Sampaio.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

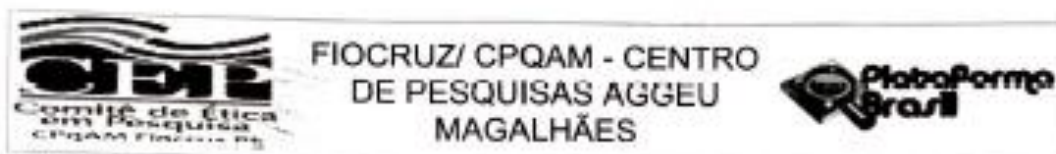
Recife, 13 de maio de 2019.

Atenciosamente,

  
Tullio Romero Lopes Quirino  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tullio Romero Lopes Quirino  
Chefe da Div. de Educação na Saúde  
L. 10.565.000/0001-92

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 3.266.230

regional de saúde do Recife-PE.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Diante das questões levantadas nesse estudo, há riscos de causar constrangimento aos enfermeiros participantes da pesquisa. Dessa forma, serão tomados os devidos cuidados para garantir a privacidade e o sigilo das informações obtidas por meio das entrevistas com os enfermeiros e da coleta de dados dos prontuários das mulheres incluídas no estudo, além do respeito aos preceitos éticos.

Através deste estudo, irá possibilitar avaliar a qualidade da assistência pré-natal para prevenção da sífilis congênita prestada às gestantes na atenção básica desse Distrito Sanitário, propiciando a identificação de fragilidades nas condutas de assistenciais a fim de subsidiar ações de planejamento para prevenir essa ocorrência.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Pesquisa pertinente, com total condições de execução.

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

Foram apresentados os termos e demais documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

### **Recomendações:**

Deverá apresentar ao CEP/IAM/Fiocruz, assim que obtiver, a carta de anuência da Secretaria de Saúde. Protocolo anexo.

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

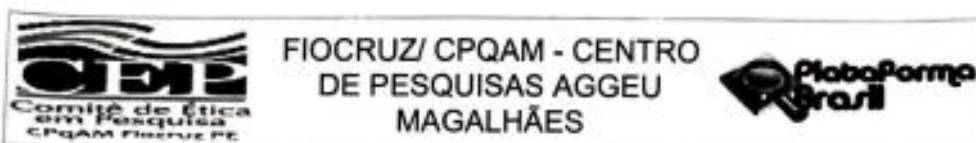
O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Foram, da mesma forma, anexadas à Plataforma Brasil toda documentação exigida pelo sistema CEP/CONEP. Projeto considerado aprovado para sua execução.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê avaliou e considerará que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
 51220-970 - BRASÍLIA - DF  
 UF: PE Município: RECIFE OCF: 00.0704620  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.265.230

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	protocolo_anuencia.docx	15/04/2019 10:10:29	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	15/04/2019 10:10:14	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1302916.pdf	20/03/2019 15:09:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Kadja_Pinheiro.docx	20/03/2019 15:08:41	KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	20/03/2019 15:08:22	KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/03/2019 23:48:18	KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_participacao.pdf	14/03/2019 23:27:31	KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_compromisso.pdf	14/03/2019 23:26:17	KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA	Aceito
Outros	CURRICULUM_lattes.pdf	13/03/2019 13:43:01	KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	13/03/2019 00:04:15	KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	13/03/2019 00:04:03	KADJA DE FATIMA PINHEIRO FREITAS DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

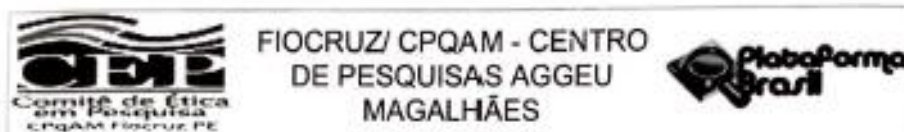
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

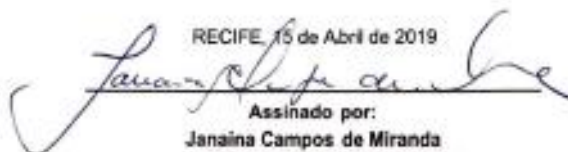
Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br





Continuação do Parecer: 3.265.230

RECIFE, 15 de Abril de 2019



Assinado por:  
Janaina Campos de Miranda  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br