**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI

**Fluxograma de acompanhamento e tratamento em gestante
com sífilis: construção de instrumento**

**RIBEIRÃO PRETO
2018**

JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI

**Fluxograma de acompanhamento e tratamento em gestante com
sífilis: construção de instrumento**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado em Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rosseti, Jaquelina Elvira Marques de Oliveira

Fluxograma de acompanhamento e tratamento em gestante com sífilis: construção de instrumento. Ribeirão Preto, 2018.

92 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Silvia Matumoto

1. Sífilis. 2. Cuidado Pré-Natal. 3.Cuidados de Enfermagem. 4.Atenção Primária à Saúde. 5.Fidelidade a Diretrizes.

ROSSETI, Jaquelina Elvira Marques de Oliveira

Fluxograma de acompanhamento e tratamento em gestante com sífilis: construção de instrumento

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*A minha mãe (in memoriam) **Emma Helena Pessutti de Oliveira** que me fez enxergar que, não é preciso saber ler e escrever, nem morar em palacetes para ser feliz, para se sentir realizado. Ela, analfabeta e roceira foi minha melhor MESTRA, com coragem e muita garra foi-me mostrando o caminho e como Deus vai agindo e nos guiando para uma missão.*

Seu exemplo de vida calou profundamente em minha alma e hoje sei que viver é doar-se, servir, estender a mão, dobrar os joelhos para “ser grande” e reconhecer Deus como autor da nossa vida e da nossa vocação e agradecê-lo pela sabedoria que todos os dias nos oferece.

A minha mãe minha eterna gratidão.

*Ao meu esposo **Valentim Donisete Rosseti** que durante este tempo de luta e preparação, muito me apoiou e incentivou, não me deixando desanimar.*

“Amar não é olhar um para o outro, e sim ambos na mesma direção”, minha luta foi também a dele; esta conquista foi nossa: mais um final feliz... Obrigado.

*Ao meu filho, **João Emílio de Oliveira Rosseti** quero ser como minha mãe foi para mim: exemplo de luta, de coragem, sem nunca desanimar. Mostrar-lhe que a vida é feita não só de vitórias, mas também de perdas, de quedas e são estas que medirão o esforço que fazemos para nos levantar.*

Ser feliz, sentir-se realizado não é orgulhar-se do lugar onde se vive, mas fazer que o lugar se orgulhe de nós.

Serei o que me propus a ser, por você meu filho, que muito amo e terá sempre minhas bênçãos, juntas com as de Deus.

AGRADECIMENTO

*Em primeiro lugar agradeço a **Deus** pelo dom da vida, e, por ter sido criada a sua imagem e semelhança me dotou de inteligência para que eu soubesse discernir o bem do mal e chegar, assim, até onde cheguei hoje, na certeza de que sempre poderei contar com sua proteção e bênçãos.*

*Agradeço a minha orientadora **Silvia Matumoto** que soube tão bem desempenhar seu papel, dando-me apoio, segurança para que eu seguisse confiante na certeza de atingir meu objetivo.*

*Profunda gratidão à **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** que sabiamente me esculpiu usando para isso vários meios, que foram verdadeiras fontes de sabedoria e de formação. Tais recursos foram oferecidos através de:*

*Um **Programa de Mestrado Profissional**, que não somente me elevou, mas me deu a certeza de que eu trilhei o caminho certo; encorajou-me a nunca desanimar, levantar a cabeça e os braços para no dia a dia, com amor e fé, não querer ficar no que sou, mas tornar-me naquilo que me propus a ser.*

*Dos (as) participantes da pesquisa, as (os) enfermeiras (os) **Ednéa Mendonça da Silva, Melissa Boa Sorte, Mônia Regina Lopes Men, Rosângela Antônia Vessoni, Débora Cristina dos Santos Milani, Claudenir Vieira da Silva, Denise Martins Bueno e Glaucia Stein** que de várias formas e com muita dedicação colaboraram para o meu bom resultado, e que me fizeram ver que sozinho nada se consegue, precisamos dar as mãos uns aos outros para um final certo e feliz.*

*Estes atributos também são extensivos às pesquisadoras: **Clarissa Leão Carneiro Batista, Luana Pinho de Mesquita e Maria Luísa Vilela Scarso** às quais sou eternamente grata e têm toda a minha admiração e respeito.*

*Meus sinceros agradecimentos à Ex-Secretária de Saúde **Sumaya Regina Presotto Pegorin Amarante Fernandes**, pois a pesquisa foi iniciada em sua gestão, ao atual Secretário **Moacir Donisete Bertolo**, ao Prefeito **Vladimir Antônio Adabo** e a Vice-Prefeita **Sheila Maria Gonçalves de Oliveira**.*

*Enfim, não poderia deixar de agradecer, profundamente, aos **colegas de Mestrado**, que hoje, posso dizer “amigos”, pois juntos, unidos no mesmo ideal, lutamos com todas as garras e vencemos mais esta etapa.*

*Mas sempre há, para cada um de nós alguém mais especial: a você **Polícardo Gonçalves**, “amigo especial”, meus mais especiais agradecimentos, aqueles que brotam da alma, bem lá do fundo do coração.*

*Aos meus amigos pessoais: **Ana Genedir Romanini**, **Cideis Romanini Polaco**, **Nilda Romanini** e **Rubenis de Carvalho**, obrigada por terem ficado na minha vida e todos os dias me provarem que são os melhores. A você, **Helen Patrícia do Valle**, que além de amiga particular também minha companheira desde quando cursamos o Técnico em Enfermagem e continuamos buscando nosso crescimento profissional. Que venha o doutorado!*

*Combati o bom combate... Acreditei... Venci. Que toda essa frase seja uma realidade em minha vida: para isso nasci... Para isso devo viver!
Sempre é tempo de agradecer... Muito obrigado!*

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Martin Luther King)

RESUMO

ROSSETI, Jaquelina Elvira Marques de Oliveira. **Fluxograma de acompanhamento e tratamento em gestante com sífilis: construção de instrumento**. Ribeirão Preto, 2018. 92p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Conhecida há mais de 500 anos, a sífilis ocorre na população em geral e apesar de possuir tratamento efetivo e de baixo custo, vem apresentando significativo aumento do número de casos. O presente estudo enfoca a ocorrência de sífilis em gestantes. A sífilis na gestação pode evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. O número de casos de sífilis congênita tem sido adotado como um importante indicador de avaliação da qualidade da saúde na atenção básica. Desse modo, cabe às equipes de saúde da atenção básica e da vigilância epidemiológica acompanhar a ocorrência de casos na população em geral e nas gestantes, assim como os casos de sífilis congênita, contribuindo com ações voltadas ao planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle. O interesse pelo tema de estudo advém da minha prática profissional em que ocorrem situações evitáveis como tratamentos inadequados de gestantes com teste reagente para sífilis e nascimentos de crianças com sífilis congênita. Assim, a pesquisa estabeleceu como objetivo construir um fluxograma para auxiliar os enfermeiros no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo metodológico destinado à produção tecnológica. A investigação foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa e foi desenvolvida em um município do interior do estado de São Paulo. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o grupo focal, realizado em dois encontros. Participaram da pesquisa seis enfermeiros que desenvolvem prática clínica com gestantes na ESF, Atenção Básica, Centro de Especialidades e Pronto Socorro e Hospital do município. Com o material do primeiro encontro foi elaborada a primeira versão do fluxograma. No segundo encontro, o instrumento foi apresentado e validado pelos enfermeiros. A versão final do fluxograma levou em consideração manual e normas técnicas oficiais. A análise de conteúdo, temática do material do grupo focal identificou três categorias: fluxo do pré-natal e investigação de sífilis; atuação dos enfermeiros; e, dificuldades no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis. Por meio dos trechos das falas apresentadas é possível identificar uma fragilidade na comunicação entre atenção básica e o hospital, sendo necessário criar um fluxo de informação entre os enfermeiros. O estudo possibilitou conhecer profundamente a organização da rede de atenção à gestante dentro do município e esperamos com seus resultados convidar outros municípios à reflexão e discussão sobre a organização da rede cegonha, as ações de investigação, diagnóstico, acompanhamento e controle de tratamento da sífilis, especialmente em gestantes, seus parceiros e nos recém-nascidos. Além disso, intenciona-se chamar atenção para as dificuldades enfrentadas por enfermeiros e demais membros das equipes de saúde na redução dos casos de sífilis e sífilis congênita, não ficando restritos à ocorrência na gestante.

Palavras Chaves: Sífilis. Pré-Natal. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Fidelidade a Diretrizes.

ABSTRACT

ROSSETI, Jaquelina Elvira Marques de Oliveira. **Follow up flow chart of the pregnant woman with syphilis treatment: tool building**. Ribeirão Preto, 2018. 92f Master Degree – Nursing school of Ribeirão Preto, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2018.

Syphilis, which has been known for more than 500 years, occurs in ordinary population and despite having a cheap and effective treatment, it has been presenting a significant increase in case numbers. The present study focus on the occurrence of syphilis in pregnant women. During the gestation, syphilis may develop to a spontaneous abortion, stillbirth and perinatal death. The number of congenital syphilis cases has been adopted as an important indicator of quality evaluation of health in basic attention. This way, it is held to the health teams of basic attention and epidemiologic vigilance to follow the cases occurrence in the ordinary population and in pregnant women, as well as the congenital syphilis, which contributes to actions related to the planning and evaluation of treatment ways, prevention and control. The interest by the study themes comes from my professional practice in which avoidable situations as inappropriate pregnant women treatment with tests reactive to syphilis and births of children with congenital syphilis. This way, the research has established as an objective constructing a flow chart to help nurses in the follow up and treatment of pregnant women with syphilis. It is a qualitative and methodological study, directed to the technological production. The investigation was approved by the Research Ethics Department and it was developed in a city of São Paulo state. The instrument used to the data collect was the focal group, made in two encounters. For the study, six nurses who develop clinical practice with pregnant women were needed. These nurses develop clinical practice with pregnant women in ESF, Basic Attention Specialty Center and Prompt Service and local Hospital. With the material collected on the first encounter it was possible to build the first version of the flow chart. On the second encounter, it was taken into consideration manual and official techniques. The content analysis, themes of the focal group material, identified three categories: prenatal flow and syphilis investigation, nursing action and, the difficulties in the follow up and treatment of pregnant women with syphilis. By pieces collected from the speeches presented, it is possible to observe a fragile communication between the basic attention and the hospital, being necessary the creation of an information flow among nurses. The study enabled to deeply know the net organization of pregnant women attention in the city and we hope with its result to invite other cities to think and discuss about the net pregnancy organization, investigative actions, diagnosis, following up and syphilis treatment control, especially during pregnancy, these women's partners and newborns. Besides, it's intended to call attention on the difficulties faced by nurses and other health professionals in the reduction of the cases of syphilis and congenital syphilis, not being restricted the occurrence during pregnancy.

Keywords: Syphilis, prenatal, nursing care, primary health attention, direction loyalty.

RESUMEN

ROSSETI, Jaqueline Elvira Marques de Oliveira. **Flujo de seguimiento y tratamiento en gestante con sífilis: construcción de instrumento.** De la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, de 2018, en la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. 92f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Conocido desde hace más de 500 años, la sífilis ocurre en la población en general ya pesar de poseer un tratamiento efectivo y de bajo costo, presenta un significativo aumento del número de casos. El presente estudio se centra en la presencia de sífilis en gestantes. La sífilis en la gestación puede evolucionar hacia el aborto espontáneo, el mortinato y la muerte perinatal. El número de casos de sífilis congénita ha sido adaptado como un importante indicador de evaluación de la calidad de la salud en la atención básica. De este modo, corresponde a los equipos de salud de la atención básica y de la vigilancia epidemiológica acompañar la ocurrencia de casos en la población en general y en las gestantes, así como los casos de sífilis congénita, contribuyendo con acciones dirigidas a la planificación y evaluación de las medidas de tratamiento, prevención y control. El interés por el tema de estudio viene de mi práctica profesional en que ocurren situaciones evitables como tratamientos inadecuados de gestantes con prueba reactiva para sífilis y nacimientos de niños con sífilis congénita. Así, la investigación estableció como objetivo construir un diagrama de flujo para auxiliar a los enfermeros en el seguimiento y tratamiento de la gestante con sífilis. Se trata de un estudio cualitativo del tipo metodológico destinado a la producción tecnológica. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación y fue desarrollada en un municipio del interior del estado de São Paulo. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el grupo focal, realizado en dos encuentros. Participaron de la investigación seis enfermeros que desarrollan práctica clínica con gestantes en la ESF, Atención Básica, Centro de Especialidades y Pronto Socorro y Hospital del municipio. Con el material del primer encuentro se elaboró la primera versión del diagrama de flujo. En el segundo encuentro, el instrumento fue presentado y validado por los enfermeros. La versión final del diagrama de flujo tomó en consideración manual y normas técnicas oficiales. El análisis de contenido, temática del material del grupo focal identificó tres categorías: flujo del prenatal e investigación de sífilis; actuación de los enfermeros; y dificultades en el seguimiento y tratamiento de la gestante con sífilis. Por medio de los fragmentos de las declaraciones presentadas es posible identificar una fragilidad en la comunicación entre atención básica y el hospital, siendo necesario crear un flujo de información entre los enfermeros. El estudio posibilitó conocer profundamente la organización de la red de atención a la gestante dentro del municipio y esperamos con sus resultados invitar a otros municipios a la reflexión y discusión sobre la organización de la red cigüeña, las acciones de investigación, diagnóstico, seguimiento y control de tratamiento de la sífilis, especialmente en gestantes, sus parejas y en los recién nacidos. Además, se pretende llamar la atención sobre las dificultades enfrentadas por enfermeros y demás miembros de los equipos de salud en la reducción de los casos de sífilis y sífilis congénita, no quedando restringidos a la ocurrencia en la gestante.

Palabras claves: Sífilis. Prenatal. Cuidados de Enfermería. Atención primaria a la Salud. Fidelidad a Directrices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016.....	20
Figura 2	Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo Unidade da Federação de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2016.....	21
Figura 3	Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016....	22
Figura 4	Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2016.....	23
Figura 5	Proporção de tratamentos a gestante com sífilis e seus parceiros no Brasil de 2000 a 2016.....	26
Figura 6	Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico.....	27
Figura 7	Fluxo do pré-natal e investigação de sífilis.....	44
Figura 8	Atuação dos Enfermeiros(as).....	48
Figura 9	Dificuldades no acompanhamento e tratamento de gestante com sífilis.....	51

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e segmento.....	25
----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integra à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SC	Sífilis Congênita
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no
WEB	Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Teste Rápido
TNT	Teste não Treponêmico
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
UFs	Unidades Federadas
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Sífilis em Gestante.....	16
1.2	Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante e Congênita.....	19
1.3	Rede Cegonha como rede de cuidados.....	27
1.4	Assistência de enfermagem à gestante com sífilis.....	30
2.	OBJETIVOS.....	35
2.1	Objetivo Geral.....	36
2.2	Objetivos Específico.....	36
3.	MATERIAL E MÉTODO.....	37
4.	RESULTADOS.....	42
4.1	Caracterização dos participantes.....	43
4.2	Análise dos grupos focais.....	43
4.3	Fluxo do pré-natal e investigação de sífilis.....	43
4.4	Atuação dos enfermeiros (as) diante dos casos de gestante com sífilis.....	48
4.5	Dificuldades no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis.....	50
4.6	Fluxograma e sua aplicabilidade.....	54
5.	DISCUSSÃO.....	58
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICES.....	83
	ANEXOS.....	87

1 INTRODUÇÃO

O presente projeto de pesquisa aborda um sério problema de saúde pública na atualidade, a sífilis em gestante (LAFETÁ et al., 2016; MAGALHÃES et al., 2013). Esta é uma doença muito antiga com mais de 500 anos de existência, possui tratamento efetivo e de baixo custo, ocorre na população em geral, na qual destacamos as gestantes e seus parceiros. O aumento de casos vem apresentando também um crescente número de casos de sífilis congênita (SC) nos últimos anos, tendo em vista que esse agravo é um importante indicador de avaliação da qualidade da saúde na atenção básica (CARDOSO; GRIEP, 2017). O fato demonstra que há necessidade de estratégias de prevenção mais efetivas, uma vez que ocasiona um grande impacto social relacionado às sequelas da doença, que quando ocorrem em gestantes, estas se estendem aos recém-nascidos, justificando a realização de pesquisas nesta área.

Para Leite et al. (2017), a sífilis na gestação pode evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal. Desse modo, cabe à vigilância epidemiológica acompanhar a ocorrência de casos na população em geral e nas gestantes, assim como os casos de sífilis congênita, contribuindo com ações voltadas ao planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle (BRASIL, 2016a).

A motivação para esse estudo advém de minha trajetória profissional como enfermeira, responsável pela Vigilância Epidemiológica e dos desafios vivenciados nas atividades de notificação, investigação e acompanhamento de doenças infectocontagiosas, principalmente às gestantes com sífilis e seus desfechos perinatais.

Uma das principais medidas de controle da sífilis em gestante consiste em uma assistência pré-natal adequada. Desse modo o profissional enfermeiro possui um papel fundamental para o manejo correto dos pacientes para controle do agravo, visto que não só ele (FIGUEIREDO et al., 2015; SILVA et al., 2015), mas todos os profissionais da área de saúde configuram uma relevante participação do pré-natal da gestante com sífilis. No entanto, o enfermeiro apresenta um vínculo mais próximo com a população, em razão de suas funções, que acabam por proporcionar ações de prevenção e diagnóstico o mais precoce possível, além de informar as gestantes o direito que elas têm de realizar os testes que detectam a sífilis e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Na minha prática profissional me deparo com situações evitáveis como tratamentos inadequados de gestantes com teste reagente para sífilis. Diante esta

situação surge a questão indagadora: como os enfermeiros prestam assistência às gestantes e de que forma está sendo realizado o tratamento e o acompanhamento das gestantes com os resultados reagentes para sífilis, seus parceiros e recém-nascidos até os dois anos de idade?

Dentro deste contexto destaca-se a problemática da pesquisa. Como enfermeira responsável pela vigilância epidemiológica posso contribuir com esse novo modelo de atenção à Rede Cegonha (RC) que se propõe a apresentar caráter de acolhimento e resolutividade na organização de uma rede de cuidados materno-infantil, para que a mulher passe a contar com assistência integral à saúde, desde a confirmação da gravidez e até o segundo ano de vida do filho e com a oportunidade de ser acompanhada integralmente. E, mais especificamente, possa contar com o acompanhamento adequado quando for o caso de diagnóstico de sífilis durante a gestação (BRASIL, 2011a).

Desta forma, juntamente com a equipe de saúde, desenvolveu-se um instrumento para acompanhar as gestantes com teste treponêmico reagente, com intuito de intervir na cadeia de transmissão da doença, possibilitar o nascimento do concepto livre do agravo, melhorar a qualidade de vida da gestante, seu filho e sua família, além de contribuir com a produção de conhecimentos para fomentar a discussão de questões ainda não solucionadas que acarretam dificuldades de promoção à saúde.

1.1 Sífilis em Gestante

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (BRASIL, 2017b), nos últimos anos, o aumento de gestante com sífilis apresenta-se constante e crescente, mesmo com tratamento eficaz e de baixo custo. Esta patologia acarreta intercorrências para a gestante e para o concepto quando não acompanhados de forma adequada, sendo o principal desdobramento da sífilis em gestante, a sífilis congênita (DOMINGUES et al, 2013b; MAGALHÃES et al, 2013). Nossa pesquisa se desenvolve com o foco no trabalho do enfermeiro relacionado ao diagnóstico e acompanhamento do tratamento da sífilis em gestante para que haja nascimento saudável.

A sífilis é uma infecção ou doença infecciosa sistêmica de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum* que deriva de uma bactéria, gram negativa, do

grupo das espiroquetas, de alta patogenicidade de ampla importância de saúde pública. A sífilis em gestante é uma condição clínica que apesar de ser conhecida há séculos, ainda se constitui em um grande problema no Brasil e no mundo (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015b; CHARLIER et al., 2015; BRASIL, a).

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde (SÃO PAULO, 2016), a sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, em gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada, para o seu conceito, predominantemente por via transplacentária. A sífilis congênita é prevenível quando se identificam oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2006b; BOWEN et al., 2015).

A contaminação da sífilis nas fases iniciais (primária, secundária e latente recente) é 60% maior através da transmissão sexual, reduzindo gradativamente com o passar do tempo. É classificada como latente recente, latente tardia e terciária. O aumento da transmissão se dá pela excessiva multiplicação do patógeno e pela abundância de treponemas nas lesões, que é comum nas sífilis primária e secundária. Essas lesões são raras ou inexistentes por volta do segundo ano da infecção (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2015b; BRASIL, 2017a).

Segundo Park et al. (2015), Fung et al. (2016), Moline e Smith (2016), a sífilis na gestação é uma ameaça, pois o número de casos novos tem aumentado nos últimos anos, implicando em sérios danos à saúde tanto da mãe como para o feto. Embora a sífilis congênita possa ser tratada e prevenida com eficácia, as consequências podem ser: morte neonatal, morte fetal, parto prematuro e malformações congênitas.

Uma forma de enfrentamento do problema é a organização de um sistema de saúde capaz de intervir tanto na prevenção quanto na assistência às gestantes com sífilis, para que as consequências acima referidas não persistam com os índices atuais.

Para entender este processo é importante resgatar um pouco da trajetória de como se configurou a assistência de saúde da mulher no sistema público no Brasil. Destacaremos alguns marcos importantes do processo de constituição da assistência à saúde da mulher.

No Brasil, a história das políticas públicas voltadas à saúde da mulher inicia-se nos anos de 1970 até meados de 1980, quando os programas relativos à saúde da mulher eram focados no ciclo gravídico-puerperal e a mulher somente era

vista como mãe e não na sua integralidade. Esses programas eram fortemente criticados pelo movimento de mulheres e feministas, uma vez que a mulher tinha acesso apenas a alguns cuidados de saúde, durante a gravidez e puerpério, ficando sem assistência na maior parte de sua vida (BRASIL, 2004; DEMARQUI, GOUVEA, 2009; JORGE et al., 2015; RAMOS et al., 2013; JORGE et al., 2015).

Em 1983, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo maior de atender a mulher na sua integralidade, em todas as fases da vida (BRASIL, 1983). O PAISM permaneceu desde sua implantação até 2004, quando em 28/05/2004 foi implantada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa, com o objetivo de melhorar as condições de vida e saúde das mulheres, contribuindo para diminuição da morbimortalidade feminina no Brasil e ampliar, qualificar e humanizar a saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Apesar do PAISM com uma política voltada à integralidade, com o enfoque de gênero, de raça e etnia e a promoção da saúde como princípios norteadores, para Freitas et al. (2009) alguns segmentos da população permaneciam excluídos dessa nova política como: as prostitutas que representam um grupo na sociedade muito vulnerável a ISTs e violência sexual. No entanto, para Medeiros e Guareschi (2009), o PAISM simboliza um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde.

Na busca por uma assistência de qualidade garantida à mulher, feto e neonato, em 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). Para Martinelli et al. (2014), o Programa visa melhorar os indicadores em todo o país, com objetivo principal de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e tendo como elemento estruturador respeitar os direitos da gestante (Costa et al., 2013). Para Amaral et al (2016), embora o PHPN estabeleça parâmetros de acesso e periodicidade na assistência obstétrica à gestante, os procedimentos clínico obstétricos não estão bem detalhados, podendo variar entre os serviços de saúde.

Andreucci e Cecatti (2011), em seu estudo, avaliaram a assistência de pré-natal em diversas regiões do país e verificaram que a humanização do cuidado com a gestante ainda está distante de ser alcançado, pois as mulheres relatam dificuldades

no acesso ao atendimento nas unidades básicas, desconhecem os objetivos e propostas do PHPN e não são informadas que também são corresponsáveis pelo cuidado, o qual elas deveriam ser integradas, pois é uma das diretrizes da humanização.

Dentre os esforços governamentais, percebe-se empenho para redução da morbimortalidade materna infantil e nessa direção, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) institui a Rede Cegonha como uma proposta inovadora que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (CARNEIRO, 2013; CAVALCANTI et al, 2013; OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

1.2 Situação Epidemiológica da Sífilis em Gestante e Congênita

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se no mundo mais de 1 milhão de casos novos de IST por dia (BRASIL, 2015b). No Brasil, na última década, observou-se um aumento de notificação de novos casos de sífilis em gestante que pode ser atribuído, em parte, ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e à ampliação da distribuição de testes rápidos, por meio da política de saúde denominada Rede Cegonha, cooperando para a ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis em gestante no país (BRASIL, 2016a; BONI; PAGLIARI, 2016; WAHAB, 2015).

A incidência de sífilis em gestantes é quatro vezes maior do que a infecção pelo Human Immunodeficiency Virus (HIV) no mesmo grupo. De acordo com o Boletim Epidemiológico da Sífilis (BRASIL, 2017b), no período de 2005 a junho de 2017, foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes. Este número representa um aumento de casos, possivelmente como consequência dos esforços pelo aumento da cobertura de testagem rápida, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017b).

Figura 1 – Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016.

Fonte: Brasil (2017b)

Na Figura 1 podemos observar a elevação do número de casos de sífilis no Brasil entre 2010 a 2017, conforme informações retiradas das notificações compulsórias dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, obtidas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e dos registros de óbitos perinatais relacionados à sífilis congênita, obtidos por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2017b).

Figura 2 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo Unidade da Federação de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2011-2016.

Fonte: Brasil (2017b)

A Figura 2 acima apresenta a taxa de detecção de sífilis em gestante no período de 2011 a 2016 em todo o país. O total de casos, no período de 2011 a 2016 foi de 200.256. Percebe-se que a unidade federada que apresentou o maior índice de casos entre o período supracitado foi o Estado do Mato Grosso do Sul com 23,7/1.000 nascidos vivos e a mais baixa é a Paraíba, com 4,8/1.000 nascidos vivos, agora, em relação à proporção de elevação das taxas os estados que apresentaram maiores índices foram o Amazonas e o Rio Grande do Sul.

Figura 3 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016.

Fonte: Brasil (2017b)

Observa-se acima, em 2016 (Figura 3), que a taxa de detecção em todo o país foi de 12,4 casos de sífilis em gestantes/mil nascidos vivos, taxa superada pelas regiões Sul (16,3 casos de sífilis em gestantes/mil nascidos vivos) e sudeste (14,7 casos de sífilis em gestantes/mil nascidos vivos). A taxa de detecção de acordo com Unidades Federadas (UFs) foi mais elevada no Mato Grosso do Sul (23,7 casos/mil nascidos vivos) e a mais baixa na Paraíba (4,8 casos/mil nascidos vivos). Seguindo o perfil nacional, a maior parte das UFs apresentou aumento na taxa de detecção de 2015 para 2016, sendo o Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Acre e Amazonas com exceções, os estados do Nordeste apresentaram taxas menores que a média nacional. Os maiores aumentos foram observados no Amazonas (15,4%), no Rio Grande do Sul (15,7%).

No Brasil, em 2016, 37% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no 1º trimestre de gestação, percentual maior nas regiões Sul e Sudeste 44,9% e 42,3% respectivamente (Figura 4).

Figura 4 - Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2016.

Fonte: Brasil (2017b)

Conforme a figura acima, é expressiva a quantidade de gestantes que tiveram o diagnóstico da sífilis no primeiro trimestre. Em comparação ao ano anterior, houve um aumento de 15,1%. Isso indica reflexos da ampliação do diagnóstico precoce, possivelmente decorrente de lacunas da assistência ao pré-natal, podendo haver consequências severas como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do Recém-Nascido (RN). Portanto, o tratamento não deve ser iniciado tardiamente, como descrito no caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica (AB) para a prevenção da sífilis congênita no Brasil (2015), porque a prevenção da transmissão da sífilis só é garantida quando o tratamento termina até um mês antes do nascimento do bebê. (BRASIL, 2015a).

Outro dado importante apresentado no Boletim Epidemiológico de Sífilis (BRASIL, 2017b) na série histórica de 2005 a 2017, é que 51,6% das gestantes com sífilis eram da faixa etária de 20 a 29 anos. Em 2016, dentre as gestantes com sífilis,

47,4% declararam ser da raça/cor parda e 53,6% não tinham ensino médio completo. Ressalta-se que em 28% dos casos a informação de escolaridade constava como ignorada.

Um estudo realizado no Reino Unido entre 2010 – 2011 descreve que a prevalência de sífilis em gestante, mais que duplicou. No referido estudo, foram selecionados 2162 relatórios, desses 223 foram excluídas, 1939 apresentavam triagem positiva para sífilis na gestação, 415 foram classificados como falsos positivos, 374 diagnosticado como infecção recente e 1010 tinham diagnóstico prévio. Dentre os diagnósticos identificados previamente, um terço tinha sido diagnosticado em pelo menos uma gestação anterior. Quarenta por cento das gestantes (570/1425) receberam tratamento para sífilis na gestação, 89% foram tratadas com penicilina benzatina. (TOWNSEND, 2017). Para Hubmuller, Fiori e Lago (2015) a falha no sistema de saúde pública é marcada pela presença de sífilis congênita, especialmente na assistência pré-natal, relacionando com a possibilidade do RN ser classificado com SC.

Outro estudo, realizado na China, entre 2005 a 2012, mostrou que a sífilis em todas as fases aumentou drasticamente de 0,2/100.000 em 1993, para 5,7/100.000 habitantes em 2005 de sífilis primária e secundária. Em 2008, a cada hora nascia um bebê com sífilis congênita na China, totalizando 9480 casos, assim, a sífilis está entre as cinco doenças sexualmente transmissíveis mais notificadas. Além disso, esse mesmo estudo descreve que houve aumento nas infecções pelo HIV devido às lesões ulcerativas, ressaltando a importância do diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Outro ponto importante descrito no estudo é que a maior incidência da doença se dá no verão (junho, julho e agosto), pois os chineses são mais sexualmente ativos nesse período; já a sífilis congênita é mais prevalente de julho a novembro; por outro lado também há migração de trabalhadores rurais para as cidades no verão, no entanto, os chineses urbanos têm maior comportamento de risco em relação a prática sexual (ZHANG et al., 2016).

Segundo Cooper (2016), no Brasil, em 2010, a epidemia continua crescendo, aumentando a mortalidade neonatal e fetal e configurando um cenário preocupante. Em 2010, foram notificados 6.916 casos (2,27/1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita e em 2013, o número de casos aumentou para 13.705 (4,70/1.000 nascidos vivos); depois desse aumento drástico, em 2014, diminuiu para 6.793 casos. Todavia, temos que ter a consciência que apenas um caso de sífilis congênita

notificado significa que estamos falhando nas ações de prevenção, pois sífilis é uma doença evitável e curável.

Em 2010, a Pan American Health Organization (PAHO) juntamente com a Organização Mundial da Saúde (WHO) aprovaram o Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita, sendo estabelecidas metas para o ano de 2015. Para que esse objetivo seja atingido, devemos ter consciência da importância do tratamento das gestantes e seus parceiros e que seja realizado de forma integral e adequado.

O tratamento para sífilis mais eficaz, há 70 anos é Penicilina G benzatina e durante todo esse período não foi relatado nenhum caso de resistência ao *Treponema Pallidum* (LAGO, 2016). O esquema terapêutico, indicado para gestantes com sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano do contato) Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI (Unidades Internacionais) IM (Intramuscular), semanal, por duas semanas totalizando: 4,8 milhões UI IM (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2017a).

Quadro 1 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e seguimento.

Estádio Clínico	Esquema terapêutico	Alternativa
Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução): sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto gestantes) ou Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução): sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto gestantes) ou Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurossífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias

Fonte: Adaptado de BRASIL (2015a)

Após a conclusão do esquema terapêutico, o segmento deverá ser realizado através de exame clínico entre uma a duas semanas e após 30 dias mensais, com realização de testes não-treponêmico para verificação de titulação sorológica. É importante ressaltar que no caso de perda de qualquer dose, o esquema terapêutico preconizado deverá ser reiniciado, e quando a gestante é sabidamente alérgica ao tratamento pinicilínico, indica-se a dessensibilização em ambiente hospitalar (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2017b).

Figura 5 – Proporção de tratamentos à gestante com sífilis e seus parceiros no Brasil de 2000 a 2016.

Fonte: Brasil (2017)

Conforme demonstra a figura 5, observamos em 2016, 55,8% receberam tratamento inadequado, 27,4% não receberam tratamento e apenas 4,2% receberam tratamento adequado. Quanto ao tratamento dos parceiros, entre as gestantes que realizaram pré-natal em 61,4% dos casos o parceiro não foi tratado, 15,3% fizeram tratamento e para 23,3% dos casos essa informação é ignorada/em branco, conforme exposto na figura 6.

Figura 6 - Distribuição percentual de casos de sífilis congênita segundo informações sobre tratamento do parceiro da mãe por ano de diagnóstico.

Fonte: Brasil (2017b)

De acordo com a figura acima o trabalho dos parceiros, entre as gestantes que realizaram pré-natal em 61,4% dos casos o parceiro não foi tratado, 15,3% fizeram tratamento e para 23,3% dos casos essa informação é ignorada/em branco.

1.3 Rede Cegonha como rede de cuidados

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única. No Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção também tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2015).

No Brasil, a diretriz para a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde foi estabelecida através da Portaria GM nº 4.279/2010, que tem como objetivo promover a integração sistêmica por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado de forma integral, humanizada e com qualidade. Para Mendes (2011), atenção à saúde de acordo com as redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as

equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde.

Segundo Arruda et al. (2015), o Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe que seus objetivos devem estar voltados para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva da população. O SUS, durante os seus 25 anos, vem sendo reestruturado, por meio de leis, portarias e decretos continuamente para qualificar a assistência em saúde, e para Mendes (2011) a implantação das redes de atenção à saúde, em sua essência, corresponde à articulação entre os serviços e os sistemas de saúde, convocando mudanças radicais no modelo de atenção à saúde, praticado no SUS, indicando a necessidade de estabelecer novos modelos de atenção, racionalizando os gastos e aproveitando melhor a oferta assistencial disponível.

A proposta de trabalhar em rede com a gestante com sífilis é assegurar o acesso precoce com a unidade de saúde mais próxima, possibilitar acolhimento humanizado, garantir a resolutividade por meio de ações voltadas ao pré-natal, parto e nascimento, baseado nos princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011a; UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2015). O meu interesse consiste em trabalhar com sífilis em gestante com enfoque nas ações do pré-natal, com ações que possibilitem o diagnóstico precoce e o acompanhamento do tratamento.

No Brasil, o Manual Prático para implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b), sistematiza e institucionaliza um modelo de ações centrado na melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, fortalecendo o vínculo da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher, no momento parto. Essas práticas estão inseridas em quatro componentes: (1). Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha compõe um modelo de atenção à saúde da gestante definida como uma estratégia de enfrentamento à mortalidade materna, violência obstétrica e baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, apresentando ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério por meio de recomendações para reduzir a mortalidade de mulheres, crianças e recém-nascidos. Para que essa estratégia seja eficaz, a RC traz

como ponto forte a capacitação e qualificação dos trabalhadores, dentre os quais destacamos a equipe de enfermagem, que deve ser atuante nesse processo, para que possa prestar uma assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2014b; GONÇALVES et al., 2013; GUERRA, 2016).

Segundo Martinelli et al. (2014), os parâmetros de qualidade que compõem o PHPN permitem avaliar a qualidade da assistência do pré-natal na rede básica de saúde, por meio de indicadores distribuídos em três níveis: Nível 1: início de pré-natal até o 4º mês de gestação, número de consultas: seis ou mais, Nível 2: exames de rotina na primeira consulta Nível 3: compreende exames de repetição; atividades educativas, classificação de risco na gestação e encaminhamento das gestantes de alto risco para as maternidades de referência (BRASIL, 2014a). De acordo com o estudo realizado pelo autor, as baixas taxas de adequação do processo pré-natal nos vários níveis podem ter resultados indesejáveis como nascimento de crianças prematuras e de baixo peso, além de contribuir para mortalidade materna e perinatal.

Segundo Valente et al. (2013), a assistência de enfermagem durante o pré-natal deve ser qualificada e humanizada, independentemente do local de atendimento: quer seja no domicílio, no centro de saúde ou no hospital. A gestante e sua família devem receber o cuidado integral, tendo em vista a promoção de sua saúde, por meio da educação em saúde, do acolhimento, do vínculo de confiança, entre outras tecnologias, de forma a desenvolver a autonomia da mulher para o seu autocuidado (DUARTE, MAMEDE, 2013).

Durante a consulta do Pré-natal, o enfermeiro deve estar preparado para realizar a classificação de risco e o atendimento de gestação de baixo risco e encaminhamentos quando se fizer necessário. Desse modo, deve encontrar na Rede Cegonha o subsídio de capacitação e qualificação necessárias para a melhoria da qualidade da assistência, por meio de ações destinadas a habilitar os profissionais da Atenção Básica, oferecendo teste imunológico de gravidez (TIG), requisitando os exames de rotina do pré-natal, ofertando o teste rápido de sífilis, HIV, Hepatite B e C (BRASIL, 2010a; OLIVEIRA, CELENTO, 2016).

Dentre as ações realizadas pelos enfermeiros, como consta no Guia Orientações para a Implantação dos Testes Rápidos (TR) de HIV e Sífilis na Atenção Básica da Rede Cegonha, estão os testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2012d). Não se trata apenas da realização do teste como procedimento técnico, mais sim, como parte do cuidado

integral e humanizado que envolve acolhimento, fundamental para que o vínculo entre a gestante e o enfermeiro seja estabelecido (VASCONCELOS et al., 2014). Silva et al. (2015) ressalta a importância de uma escuta qualificada, valorizando as expressões não verbais e respeitar a individualidade de cada gestante (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011; BRASIL, 2012c).

A interação enfermeira-gestante na produção do cuidado integral e humanizado permitirá maior proximidade de modo a facilitar a abordagem para investigar outras lesões, oportunizando a intervenção precoce diante de certos sinais e sintomas como verrugas na região genital, anal ou dentro da boca, secreções vaginais, dor ao urinar, o que contribui de maneira significativa para que haja efetividade nos modelos preconizados pelo Ministério da Saúde. O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro tem a possibilidade de contribuir com a melhoria nos indicadores de morbimortalidade, atendendo aos princípios da equidade, integralidade da assistência e a universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a; DOMINGUES et al., 2013a).

Segundo Ramos et al. (2013), a prática clínica dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família pode ser entendida dentro de um conjunto integrado e articulado de atividades e ações que visam promover atenção integral à saúde. Esse o propósito deste estudo, como a autora também defendemos essas ações, tendo em vista os princípios do SUS, as proposições da RC que na prática tem sido muito dificultoso, pois o enfermeiro no seu cotidiano tem muitas atividades e diante dessas dificuldades é preciso criar novas ferramentas ou instrumentos para facilitar seu trabalho.

1.4 Assistência de enfermagem à gestante com sífilis

A assistência integral ao pré-natal deve ser desenvolvida por meio de práticas acolhedoras, com uma visão mais humanística, focada na melhoria dos desfechos perinatais (ALVES et al., 2015), voltada à integralidade do cuidado a partir de práticas como a escuta qualificada, contribuindo para o fortalecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades, de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2012a; DOMINGUES., et al., 2013a; DOMINGUES., et al., 2013b; VIELLAS et al., 2014).

O trabalho clínico do enfermeiro primeiramente deve ser pautado na Lei do Exercício Profissional Lei nº 7.498, de 25.06.86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem (BRASIL, 1986). Conforme Matumoto et al. (2011), a prática clínica dos enfermeiros que atuam na atenção básica os vem desafiando a enfrentar fatores intrínsecos como: seus medos, tensões e incertezas. Para Silva et al. (2015), apesar de o profissional ter o amparo legal, essa atividade ainda não é amplamente realizada como deveria, pois o modelo de assistência prestada à gestante ainda está vinculado no modelo biomédico.

Para Leite et al. (2017), o cuidado clínico dos profissionais enfermeiros é entendido como papel fundamental, pois desenvolvem ações na implementação e promoção de medidas que devem ser aplicadas de forma generalizada para o enfrentamento da sífilis em gestante durante o pré-natal.

Inserido no componente do pré-natal, o enfermeiro deve realizar o cadastro da gestante que se inicia com dados pessoais, em seguida deve ser elaborado acompanhamento da gestante. Esse momento é muito importante, pois o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem onde tem acesso a informações como: gestação atual, situação vacinal, testes rápidos, exames de rotina, exames adicionais entre outras.

Durante a consulta de enfermagem, devemos realizar os testes rápidos e preencher a ficha de acompanhamento da gestante, posteriormente realizar a digitação no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRENATAL WEB). No entanto, no decorrer de minha prática clínica, observei que o sistema apresenta uma lacuna no que diz respeito ao registro do tratamento de sífilis das gestantes. O campo para registro da informação no SISPRENATAL WEB apresenta limitação quanto à inserção do tratamento realizado, oferecendo apenas duas opções: tratada ou não tratada, não havendo possibilidade de registrar a inclusão das datas e doses de penicilina administradas e tratamento dos parceiros. Para Souza et al. (2017), a falha no preenchimento dos dados pode diminuir a qualidade da assistência materna infantil e contribuir para o aumento de intercorrências, com prejuízos muitas vezes irreparáveis.

Conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), o pré-natal deve ser realizado na rede básica de saúde, visando à captação precoce da gestante, principalmente com diagnóstico oportuno da Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) que deve ocorrer no primeiro trimestre de gestação, possibilitando a profilaxia

prévia para o HIV e o tratamento adequado das ISTs, contribuindo para a eliminação da sífilis congênita. Perante tal panorama, constata-se a necessidade de as equipes de saúde da atenção básica programarem os testes rápidos para o diagnóstico do HIV e a Triagem de Sífilis para a gestante e seus parceiros sexuais para que o diagnóstico e tratamento sejam eficazes (MASCARENHAS; ARAÚJO; GRAMACHO, 2016; MELLO; SANTOS, 2015).

Em um estudo realizado por Oliveira et al. (2012), verificou-se que as gestantes reconhecem a consulta de enfermagem como um espaço de acolhimento, pois facilita o diálogo quando elas podem expressar suas dúvidas, sentimentos e experiências livremente, aumentando o vínculo entre enfermeiro e paciente. Também foi verificado que ainda existem alguns entraves para o desenvolvimento de boa consulta de enfermagem, e nesse mesmo estudo, destaca-se a falta de estrutura física adequada, onde se possa realizar o acolhimento, com a finalidade de fortalecer as relações confiança entre enfermeiro e paciente; e, a falta de capacitação para elaboração e aplicação correta da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Entretanto, devemos estabelecer uma boa comunicação para fortalecer a relação de confiança entre o usuário e o enfermeiro.

Dentro do contexto da assistência prestada à gestante com sífilis, verifiquei uma lacuna no acompanhamento da grávida até os dois anos da criança, fazendo emergir a questão norteadora: como tem sido realizado o acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis em serviços de Atenção Primária à Saúde?

Para a construção de uma pesquisa precisamos desenvolver o aprofundamento do tema, dessa forma, foi essencial ampliar o conhecimento referente à assistência de enfermagem prestada à gestante com sífilis. Para tal, fez-se necessário verificar as evidências científicas que norteiam a temática por meio de métodos que possibilitassem a reunião e síntese de estudos e o aprofundamento sobre determinado tema.

Dessa forma, foi escolhida a revisão da literatura por se tratar de uma abordagem mais ampla em relação às revisões disponíveis, permitindo a introdução de artigos que contemplem estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2011).

A assistência ao pré-natal é um dos pilares para redução da sífilis em gestante e conseqüentemente para o conceito. Para tanto, os enfermeiros devem

estar preparados para identificar os estágios da sífilis e interpretar os resultados dos exames (BRASIL, 2017b). Dentre as ações de enfermagem voltadas para a diminuição do número crescente de sífilis em gestantes destacam-se: notificação compulsória, busca ativa, realização de teste rápido na primeira consulta, solicitação de exames laboratoriais do parceiro no pré-natal.

Em um estudo realizado por Silva et al. (2015), os autores descrevem que 82% dos enfermeiros entrevistados sabem que a sífilis é uma doença de notificação compulsória, no entanto, são poucos os que fazem as notificações, caracterizando um cenário de subnotificação da doença.

Lazarini e Barbosa (2017), em um estudo realizado em Londrina PR, demonstraram que, após os enfermeiros terem participado de uma intervenção educacional, mostraram uma mudança significativa tanto nos diagnósticos como no manejo da sífilis nas gestantes, corroborando com a proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que incentiva a introdução de treinamento no local de trabalho.

Domingues et al. (2013a) em seu estudo descrevem que as estratégias de educação continuada são efetivas e fundamentais para mudar a prática dos profissionais que atuam na APS e consequentemente melhorar as ações de enfermagem voltadas para o manejo adequado da sífilis em gestante, desde o diagnóstico, tratamento e segmento do pré-natal até o puerpério, incluindo o parceiro nesse processo (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Um estudo qualitativo realizado por Rodrigues et al. (2017) mostrou que na ótica da gestante, as consultas de enfermagem se referem, principalmente, a procedimentos técnicos, pedido de exames de rotina do pré-natal e início da tomada das medicações ácido fólico e sulfato ferroso, orientação acerca da gestação, prevenção de acidentes, alimentação saudável, orientação quanto à importância do comparecimento nas consultas e realização dos exames.

No mesmo estudo de Vasconcelos et al. (2016), realizado no município de Sobral BA, analisou atuação dos enfermeiros na APS com objetivo de conhecer as condutas, dificuldades e estratégias realizadas para o acompanhamento da sífilis. Dentre as condutas os enfermeiros destacaram as notificações dos casos, orientação para o tratamento e segmento das pacientes. As maiores dificuldades apontadas foram o elevado número de casos novos, os usuários de drogas, os profissionais do sexo, pois eles não procuram as unidades de saúde quando aparecem algum sinal ou

sintoma da doença. Com relação às estratégias de segmento, os profissionais relatam o uso de instrumentos próprios para o controle de casos como: mapas, tabelas e planilhas como facilitador das condutas da assistência de enfermagem.

Bocoun et al. (2017), em seu estudo de intervenção realizado em Burkina Faso, na África, com objetivo de analisar a implementação dos testes rápidos para o rastreio de sífilis no pré-natal, relata que as enfermeiras e as parteiras foram treinadas para a execução dos testes. Apontou que as enfermeiras acharam fácil a realização do teste, pois era parecido com o teste de HIV, também destacou que essa ação desenvolvida por elas é uma importante oportunidade para abordar uma lacuna no serviço de atenção à saúde das gestantes, tendo em vista que é o momento de melhorar a qualidade da assistência prestada ao pré-natal da gestante com sífilis.

Mello e Santos (2015) evidenciaram, através de pesquisa de revisão integrativa, que as publicações voltadas à assistência de enfermagem para gestante com sífilis são reduzidas, pois na maioria dos estudos estão focados na patologia, tratamento, sequelas, diagnóstico e fatores de risco.

2.1 Objetivo

- Construir um fluxograma para auxiliar os enfermeiros no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis.

2.2 Objetivo específicos

- Caracterizar atuação dos enfermeiros no pré-natal para identificação e acompanhamento da gestante com sífilis;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis.

3 MATERIAL E MÉTODO

Natureza da pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo metodológico destinado à produção tecnológica para a elaboração de um protocolo para auxiliar no acompanhamento do tratamento para sífilis em gestante.

Segundo Polit (1995), a pesquisa metodológica é definida como aquela que se dedica à investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando de elaborar, validar e avaliar instrumento; é método de pesquisa.

Para Pimenta et al. (2015), a construção de protocolos assistenciais é considerada como importante instrumento para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços; deve estar pautada dentro dos aspectos éticos da profissão e de acordo com os preceitos da prática, baseada em evidências e das normas regimentais do sistema de saúde nacional, estadual e municipal.

Os protocolos assistenciais devem seguir um roteiro padronizado e sistematizado, pois dessa forma propicia maior segurança aos usuários, diminuindo a variação de ações e condutas durante a prática do cuidado, favorecendo o desenvolvimento de indicadores de qualidade da assistência prestada (PEIXOTO; BRITO, 2015; SANTANA, 2015; MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2016).

Cenário do estudo

A investigação foi desenvolvida no município de Borborema, interior do Estado de São Paulo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010 (IBGE), o município de Borborema pertence à Região de Governo de Araraquara, tem aproximadamente 15.000 habitantes, índice de mortalidade infantil de 6,13 por mil nascidos vivos, de acordo com o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança. Até a presente data temos 151 gestantes cadastradas, consulta realizada no SISPRENATAL WEB no dia 19/10/2016.

Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2015), atualmente, o município de Borborema tem 3910 mulheres em idade fértil que são aquelas que estão na faixa etária entre 15 a 49 anos. O sistema de saúde conta com quatro unidades de Estratégia Saúde da Família, sendo três na zona urbana e uma na zona rural, um centro com oito especialidades, vigilância epidemiológica,

vigilância sanitária, Pronto Socorro Municipal e um hospital geral que oferece atendimento de clínica médica e cirúrgica, pediatria e obstetrícia.

Sujeitos do estudo

Foram convidados a participar da pesquisa todos os enfermeiros que desenvolvem prática clínica com gestantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), Atenção Básica, Centro de Especialidades, Pronto Socorro e Hospital do município. O convite foi realizado através de e-mail, também foram abordados pessoalmente e individualmente.

Adotou-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro que realiza atendimento a gestantes nas Unidades de Saúde e Hospital do município; e, como critérios de exclusão: ser enfermeiro que estiver afastado para licença médica, aposentado, viajando, que não estiverem presentes nas unidades ou não aceitarem participar da pesquisa.

Coleta de dados

O instrumento utilizado foi o grupo focal, que é uma técnica que integra, discute, avalia o tema proposto, sendo flexível e dinâmico e com o propósito de obter informações de caráter qualitativo. Tem sido utilizado como metodologia de pesquisas sociais (SILVA; ASSIS, 2010). Para Minayo (2010), esse instrumento de coleta de dados constitui-se numa conversa em pequenos grupos homogêneos, com a finalidade de obter informações e aprofundar o diálogo entre os participantes, seja para gerar consenso ou para explícitas divergências (SILVA; ASSIS, 2010).

Para Silva e Assis (2010) e Trad (2009), a composição do grupo focal deve ter entre 06 a 15 participantes. Na presente pesquisa o grupo focal foi constituído sete enfermeiros, quatro enfermeiras da estratégia saúde da família, uma que atua na Atenção Básica, um no Centro de Especialidades e dois enfermeiros Pronto Socorro e no Hospital. Todo o participante tem em comum o fato de realizarem atendimento a gestantes, principalmente aquelas classificadas como de baixo risco. Segundo Trad (2009), as sessões de grupo focal devem ter uma variação de tempo entre 90 a 110 minutos para ter um bom emprego da técnica.

Para guiar o desenvolvimento do grupo focal foi utilizado um roteiro

semiestruturado (Apêndice A), pois tem função de conduzir e disparar as discussões a partir de questões propostas pelo moderador (TRAD, 2009). A escolha em adotar esta ferramenta foi facilitar a discussão do grupo focado e no tema específico da pesquisa (BATISTA, 2013).

Os grupos focais foram realizados na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde que permitiu privacidade aos participantes, observando, assim, as recomendações encontradas na literatura (RESSEL et al., 2008).

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, na primeira os participantes foram convidados a responder as seguintes questões: Como são desenvolvidas as práticas por vocês no cotidiano do trabalho? Quais ações vocês desenvolvem quando se deparam com uma gestante com sífilis? Estas questões norteadoras tiveram como objetivo conhecer as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros durante a prática clínica desenvolvida por eles na rede pública de saúde de Borborema-SP.

Após os participantes terminarem de redigir suas respostas foi realizada discussão para cada ação até que se esgotassem todas as intervenções, caso fosse necessário os participantes poderiam incluir alguma ação que tivesse esquecido previamente, no entanto os enfermeiros não sentiram a necessidade de acrescentar nenhum item ao já colocado.

Após esse primeiro encontro, o material gravado foi transcrito e analisado. Foi feito o levantamento das ações e elaborado a primeira versão do fluxograma.

No segundo encontro do grupo focal, o fluxograma foi apresentado às enfermeiras e foi analisado, sendo esta a etapa de validação do instrumento. Estiveram presentes cinco enfermeiras que tinham participado do primeiro encontro e um enfermeiro. A sessão foi gravada em mídia digital e posteriormente transcrita.

O instrumento foi validado pelo próprio grupo focal após apresentação da primeira versão do fluxograma, com a inclusão das sugestões e considerações. Segundo Virginio e Nobrega (2004), esta forma para realizar a validação do instrumento é adequada e produtiva, uma vez que as sessões representam um momento especial de reflexão sobre a elaboração de um protocolo que ajude na gestão do manejo clínico da sífilis na gestante.

Aspectos éticos

Inicialmente foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Borborema para realizar a investigação, tendo sido aprovada, como consta no Anexo A.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, sob o Protocolo CAAE 63947517.8.0000.5393 (ANEXO B), atendendo a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012e).

A orientação sobre a pesquisa para os participantes foi realizada individualmente, abordando-se os objetivos, a forma de sua realização, bem como os riscos envolvidos e benefícios. Foram feitos esclarecimentos sobre as dúvidas e quaisquer outras questões éticas, verificando a disponibilidade de horário, sendo também solicitadas que assinassem as duas vistas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidas (Apêndice B) e devolvendo-lhes uma delas.

A coleta foi realizada conforme data e horário agendados com as enfermeiras, de forma a não comprometer as atividades assistenciais que foram entregues por escrito às participantes.

Análise de dados

Os relatos dos enfermeiros nos grupos focais foram gravados em mídia digital e transcritos em sua íntegra. O material foi submetido a procedimentos de análise baseada na análise de conteúdo temática de Bardin (2009), foi subdividida em três etapas: 1) pré-análise através da leitura do material selecionado de forma exhaustiva; 2) exploração do material distribuindo trechos, frases e fragmentos de cada texto selecionado; e por fim, 3) elaborar uma síntese interpretativa do todo o material selecionado (BARDIN, 2009), apoiada nos conceitos que sustentam o estudo, a prática clínica da enfermeira na atenção básica, as atribuições da enfermeira no acompanhamento de gestantes no pré-natal de baixo risco e atenção a gestantes com sífilis e às normativas técnicas oficial nacional e estadual vigentes.

4.1 Caracterização dos participantes

Foram convidados para a pesquisa 11 enfermeiros que atuam no pré-natal à gestante com sífilis.

Destes, apenas sete participaram, porque dois enfermeiros estavam de férias, uma se aposentou e um estava de folga.

Em relação ao gênero, seis são do sexo feminino e um do sexo masculino. Quanto à idade, os participantes se distribuem em faixas etárias, sendo que um tem até 29 anos, três de 30 a 39 anos, dois de 40 a 49 anos e um de 50 a 59 anos. Quanto ao local de trabalho, quatro desenvolvem suas atividades laborais na Estratégia Saúde da Família, dois atuam no Hospital e em seu Pronto Socorro, simultaneamente e um no Centro de Especialidades III.

O tempo de formados dos participantes variou de dois a treze anos, sendo que além da graduação em enfermagem, cinco têm cursos de pós-graduação concluídos em Programa Saúde da Família, um em auditoria e uma está cursando a pós-graduação em obstetrícia e UTI Neonatal. Quanto ao tempo que os profissionais atuam nas unidades de saúde e realizam consultas de pré-natal tem-se variação entre um a treze anos.

4.2 Análise dos grupos focais

Na análise temática do material transcrito dos grupos focais emergiram núcleos de sentido que foram categorizados e seguem apresentados em três temáticas principais: fluxo do pré-natal e investigação de sífilis, atuação dos enfermeiros (as), dificuldades no acompanhamento da gestante com sífilis.

4.3 Fluxo do pré-natal e investigação de sífilis

Esta categoria temática aborda o pré-natal de baixo risco e a investigação de sífilis. Encontra-se subdividida em cinco subcategorias, apresentadas na figura abaixo e que serão detalhadas na sequência.

Figura 7 – Fluxo do pré-natal e investigação de sífilis

Demanda Espontânea

De acordo com os relatos dos participantes, a gestante dá entrada no serviço de saúde da atenção básica de duas maneiras: ou por meio da visita domiciliar do agente comunitário de saúde ou pela procura espontânea da gestante.

“A maioria das vezes é o agente comunitário ou ela mesmo procura a unidade” (g1. Enf.5).

Protocolo de Pré-Natal

Nas falas abaixo, destaca-se o protocolo de pré-natal dentro da atenção básica do município, pois a gestante faz o primeiro atendimento com a enfermeira da ESF, onde são realizados os testes rápidos e solicitados todos os exames laboratoriais de rotina. Em seguida, a próxima consulta é agendada com o ginecologista no centro de especialidades, e, além disso, ela fica vinculada na sua unidade de saúde para as consultas subsequentes que são intercaladas entre o médico e a enfermeira, sendo que nesse momento ela também é encaminhada para o pré-natal de alto risco que ocorre na cidade de Matão, e também onde acontecerá o parto.

“Sim, por que a 1ª consulta é com a Enfermeira da ESF, 2º no CSIII e a 3ª com o médico da ESF, depois vai intercalando” (G1.

Enf.5).

“Por que no CSIII a gestante somente é atendida após ter passado pela ESF, onde é feito os testes rápidos, solicitamos exames laboratoriais, cadastramos no sispre natal web, e já encaminhamos para o GO e retorno para unidade novamente e quando vai para Matão” (G1. Enf1).

Estratégia de busca do parceiro

Nas falas abaixo identificamos uma discussão entre os participantes para definir uma estratégia de busca do parceiro para incluí-lo no pré-natal, pois ao usar o termo convocar parece que eles se sentem obrigados a comparecer, enquanto que o termo solicitar tem uma representação de convite.

“Vamos colocar assim solicitar o comparecimento do parceiro, ao invés de colocar convocar, pois aí que eles não vêm mesmo, se der positivo na gestante peça que ela traga o parceiro para a testagem rápida”. (G2. Enf.6).

Abaixo podemos observar que as participantes usam o momento da anamnese da gestante para solicitar a presença do parceiro.

“(…), e todas nós durante a anamnese chamamos o parceiro, se o resultado for o parceiro positivo e a gestante negativa faz o tratamento nos dois (G1. Enf.1)”.

“Pedimos para própria gestante avisar os comunicantes atuais e os parceiros dos últimos doze meses”. (G1. Enf.4).

“Geralmente pedimos para as gestantes trazer os parceiros na próxima consulta para realizar o teste rápido, só que se ele trabalha nós agendamos outro dia para que possa comparecer na unidade”. (G1. Enf.1).

Inclusão do parceiro no pré-natal

Nesse momento da discussão emerge a questão de que é importante existir um protocolo de enfermagem, no município, voltado ao pré-natal do parceiro que é um dos eixos prioritários da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pois é um instrumento que facilita o processo de enfermagem para uniformizar e padronizar a assistência prestada.

“Então é por isso que hoje tem o pré-natal do homem, nós ainda não temos aqui no município”. (G2. Enf.3).

“É assim no protocolo do pré-natal do homem ele entra no primeiro trimestre faz alguns exames laboratoriais e todos os testes rápidos”. (G2. Enf.3).

“Também não é obrigatório, nós temos que oferecer, participa aquele que quiser”. (G2. Enf.1).

“Mas o homem é mais difícil de participar em geral tanto no acompanhamento no hospital na unidade de saúde, o homem não é muito frequente”. (G2. Enf.5).

Relato da participante abaixo demonstra a dificuldade do parceiro que é trabalhador rural em participar do pré-natal da gestante.

“Lá a gente tem alguns que vão os que trabalham na cidade, por exemplo, eles têm aquele tempo de sair do serviço e acompanhar a mulher, tudo bem, mas aquele que trabalha na lavoura sai de manhã e volta à tarde, isso que eu falei para eles perder um dia de serviço é mais difícil”. (G2. Enf.1).

Comunicação entre os enfermeiros da rede

Por meio dos trechos das falas apresentadas é possível identificar uma fragilidade na comunicação entre Atenção Básica e o Hospital, sendo necessário criar um fluxo de informação entre os enfermeiros.

“Não só no momento da alta e sim no período de internação”. (G2. Enf.2).

“Após o parto a enfermeira do hospital faz contato via telefone com a enfermeira da rede”. (G2. Enf.2).

“Por que muitas vezes não é o enfermeiro que faz esse contato, é a recepção do hospital acaba avisando a recepção ou ACS da unidade, por isso que seria interessante essa comunicação ser de enfermeiro para enfermeiro”. (G1. Enf.1).

Controle

Nesse momento, surge a questão de quem e quando deverá ser feito o controle da aplicação conforme esquema terapêutico de três doses. Na discussão, a enfermeira destaca que o Pronto Socorro administra as doses e a Unidade de Saúde faz o controle, justificando ser difícil para o PS ficar com esta responsabilidade, tendo em vista o fluxo de atendimentos.

“Penso que o PS faz o tratamento e ESF faz o acompanhamento se tomou todas as doses. Por que a enfermeira pronto socorro administra e quem faz o controle se tomou ou não corretamente é a enfermeira da unidade”. (G 2. Enf.5).

Vale ressaltar que o controle do tratamento deve estar disponível para a gestante, parceiros e também para o recém-nascido.

“Penso que deve ficar assim nos dias subsequente o ACS deve fazer a busca ativa”. (G 2. Enf. 3).

“Após o parto enfermeira do hospital faz contato via telefone com

a enfermeira da rede”. (G 2. Enf. 2)

“Achei bastante interessante a criação da planilha para o segmento do RN” (G 2. Enf. 1).

4.4 Atuação dos enfermeiros (as) diante dos casos de gestante com sífilis

Esse tema concentram-se as respostas à pergunta disparadora que norteou discussão do grupo focal, a qual tratava da atuação dos enfermeiros diante de caso confirmado de sífilis na gestante, sendo caracterizado por quatro subcategorias como mostra a Figura 8.

Figura 8 – Atuação dos Enfermeiros (as)

Realização do teste rápido

Foi descrito que a primeira ação dos enfermeiros, voltada para a investigação de sífilis durante a consulta de enfermagem, após a confirmação da gravidez, são realizados os testes rápidos, pois o TR é entendido como uma ferramenta que possibilita o rastreamento de IST durante a gestação, bem como a exposição prévia à sífilis.

“Nós começamos com o teste rápido que é o primeiro exame realizado na gestante, acredito que todas nós perguntamos à gestante se já tiveram sífilis no passado por conta da cicatriz

sorológica". (G1. Enf. 1).

O teste rápido também é realizado no hospital quando a gestante chega a trabalho de parto, conforme se verifica no diálogo entre as enfermeiras no grupo focal:

"Sim fazemos, pois, quando a gestante dá entrada em trabalho de parto ou cesárea é feito teste rápido". (G1. Enf.3).

"São feitos três testes durante a gravidez 1º trimestre, depois na 28ª de gestação e o 3º no momento da internação para o parto". (G1. Enf. 1).

Confirmação sorológica com TNT

No conjunto de ações direcionadas ao pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde estão incluídos: a consulta da enfermagem, a realização do teste rápido e a solicitação dos exames laboratoriais de rotina na atenção básica. As participantes relatam que após a realização do teste rápido se o resultado for reagente para sífilis, imediatamente é solicitada a coleta do Teste não Treponêmico (TNT), para verificação da titulação sorológica.

"Automaticamente pedimos o VDRL". (G1. Enf.1).

Quando o teste rápido é feito no hospital e o resultado é reagente, as enfermeiras relatam que também solicitam o TNT e encaminham para ESF a fim de realizar o acompanhamento.

"Se o teste rápido for positivo imediatamente pedimos o VDRL e depois encaminhamos para o ESF realizar o acompanhamento". (G1. Enf. 3).

Encaminhamento

Apesar de a sífilis ser uma IST com tratamento previsto para o âmbito da

APS, uma vez confirmada, as participantes que trabalham na atenção básica referiram que a gestante é encaminhada para o pré-natal de alto risco na cidade Matão, cidade que atende as gestantes de alto risco do município de Borborema. No entanto, ela tem assegurado no município o acompanhamento, pois é orientada e estimulada a não perder o vínculo com a rede básica de saúde.

“Depois encaminhamos para Matão que é onde faz o pré-natal de alto risco e acompanhamos também na unidade, pedimos novos exames, passa pelo médico da ESF e também pelo GO do município também, porém o pré-natal dela é feito em Matão.” (G1. Enf. 1).

O encaminhamento para o hospital de referência também é feito quando a gestante tem sífilis confirmada no hospital local:

“Pois quando a gestante chega lá em trabalho de parto e teve a sífilis também encaminhamos para o parto em Matão porque é o hospital de referência”. (G1. Enf. 3).

4.5 Dificuldades no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis

Nesta categoria temática os(as) enfermeiras(os) destacaram algumas dificuldades para que o acompanhamento e tratamento da gestante fossem desenvolvidos de maneira satisfatória no município. Estas foram agrupadas em cinco subcategorias apresentadas na Figura 09.

Figura 9 – Dificuldades no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis

Dificuldades com a estrutura

Durante a discussão sobre as dificuldades que mais afetam as ações de acompanhamento das gestantes com sífilis, realizadas pelas enfermeiras, foram destacados alguns problemas estruturais como a questão dos recursos humanos, o número insuficiente de ginecologista na rede.

“No CSIII tem dois ginecologistas um só para atender as gestantes e outro que faz ultrassom”. (G1. Enf. 6).

Nesse momento emerge uma discussão sobre a falta do medicamento para tratamento da sífilis. Os enfermeiros discutem a situação da suspensão temporária no fornecimento do medicamento, por falta de matéria prima no mercado.

“Porque agora com a falta da benzectazil no mercado tem que ser feito o tratamento alternativo e não sabemos qual será nosso protocolo agora”. (G1. Enf. 1).

Outra dificuldade estrutural encontrada pelas enfermeiras diz respeito à aplicação da penicilina nas Unidades Básicas. Sabe-se que é necessário ter o carrinho de emergência e um médico presente para possíveis intercorrências e elas

não têm.

“Foi liberado para fazer nas unidades, porém temos que ver o caderno 28 Atenção Básica, pois está escrito que para fazer a penicilina nas UBSs temos que ter suporte de emergência para caso aconteça alguma intercorrência, deve ter um médico presente e principalmente o carrinho de urgência e nós não temos” (G1. Enf. 1).

Consequentemente, a aplicação do tratamento se faz no Pronto Socorro, fazendo emergiu outra dificuldade, o tempo de espera neste local, para que seja aplicada a medicação, pois a gestante e seu parceiro ficam expostos a situações desagradáveis.

“Outra dificuldade é o tempo de espera, pois, às vezes tem urgência sendo atendida, então a pessoa fica esperando. Depois de a medicação ser feita também tem que esperar uns 20 minutos. Não querem esperar e também eles ficam perguntados se não vai realizar teste” (G1. Enf.2).

A moderadora do grupo sugere que a unidade seja aberta à noite, a fim de contemplar trabalhadores que não conseguem chegar no horário comercial.

“Na gestão passada todos os ESF abriam uma noite por semana para fazer o hiperdia e Papanicolau atender essa população, mas depois parou, talvez possa ser estudada essa possibilidade”. (G1. Enf.1).

Protocolo de tratamento

A falta de protocolo de tratamento da sífilis do município de Borborema/SP dificulta o acompanhamento adequado dessa gestante, já que os enfermeiros não têm respaldo e nem suporte para aplicar a medicação nos serviços de saúde, constituindo uma dificuldade organizacional.

“Nós não administramos a medicação na unidade por falta de

protocolo não temos respaldo nenhum”. (G1. Enf. 5).

“Sim, melhor no PS, pois não temos suporte nas unidades e nem protocolo”. (G2. Enf.3).

Tratar o parceiro

Ao realizar o grupo focal, percebemos uma fragmentação na busca ativa dos parceiros, pois a comunicação feita pelos enfermeiros da rede se dá com as gestantes, a quem é feita a solicitação de trazerem seus parceiros para o serviço de saúde. No entanto, além da dificuldade de depender da comunicação das gestantes com seus parceiros, existe a dificuldade do horário de trabalho destes, o que os dificultam e muitas vezes impedem de acompanharem as consultas das gestantes e de receberem o tratamento medicamentoso.

“Pedimos para própria gestante avisar os comunicantes atuais e os parceiros dos últimos doze meses”. (G1. Enf. 4).

“Eu acho principalmente incluir o parceiro quando der positivo, esse sim devemos realizar todos os testes”. (G2. Enf. 1).

“Geralmente pedimos para as gestantes trazer os parceiros na próxima consulta para realizar o teste rápido, só que se ele trabalha nós agendamos outro dia para que possa comparecer na unidade” (G1. Enf. 1).

“Quando o parceiro é fixo é fácil tratar, porém quando não é o parceiro não é tratado”. (G. Enf. 7).

Resistência ao tratamento

A resistência ao tratamento parece estar relacionada à falta de informação sobre a doença, o que acaba criando certas barreiras que dificultam tanto na identificação da doença, quanto no tratamento. A orientação inadequada, por parte da equipe de saúde, pode interferir diretamente no tratamento, pois tendo um resultado

negativo ele acredita que está isento de fazer qualquer tipo de segmento.

“Parceiro estava junto, eu perguntei se ia fazer o tratamento. Ele disse que não, pois não precisava, por que o teste dele estava negativo. Percebi um equívoco de informação, orientei para ir à unidade de saúde e passar novamente com o médico. Aí, no mesmo dia, ele apareceu lá com a receita para tomar a medicação”. (G1. Enf. 2).

“Outra dificuldade é que você orienta, porém não podemos obrigar a fazer o tratamento, pois eles podem recusar e muitos têm resistência ao tratamento”. (G1. Enf. 3).

Estigma da doença

No decorrer da discussão sobre o tratamento da sífilis foi possível perceber que o estigma da doença é um grande obstáculo porque causa o medo da discriminação, já que o paciente sente-se exposto a indagações desnecessárias por parte da equipe de enfermagem do Pronto Socorro.

“Você tem que pensar que o paciente que iniciar o tratamento na unidade não vai querer ir ao pronto socorro também, por conta da exposição do paciente muitas vezes ele pode estar com uma infecção de garganta, por que lá no pronto socorro, eles perguntam por que você está tomando benzectazil? Você de novo aqui? E o paciente não fala”. (G2. Enf.4).

4.6 Fluxograma e sua aplicabilidade

O presente estudo tem como objetivo principal a construção do fluxograma para nortear os enfermeiros no acompanhamento da gestante com sífilis, de acordo com Merhy (2007), o fluxograma é um diagrama empregado em diferentes ramos do

conhecimento, com a perspectiva de ilustrar o roteiro dos processos de trabalho, permitindo analisar os serviços de saúde pelo olhar da política, da organização e da produção do cuidado.

A construção do fluxograma se deu de forma coletiva, por meio da técnica de grupo focal com o propósito de conhecer como os (as) enfermeiros (as) atendem as gestantes no pré-natal, indagando a relatarem suas vivências durante o atendimento a gestante com TR reagente, qual o fluxo dessa mulher dentro da rede. A metodologia empregada, por meio da construção coletiva, é uma ferramenta muito rica. É constituído por múltiplos saberes, tem como resultado a formação de opiniões entre os trabalhadores em torno da realidade, uma consciência na equipe dos problemas enfrentados pelo usuário e como consequência da organização do processo de trabalho (MERHY, 1997).

Usualmente a aplicabilidade dos produtos resultantes de pesquisa é demorada, sendo que a enfermagem tem a capacidade de produzir conhecimentos científicos para melhorar os resultados de saúde e para avançar em tecnologias inovadoras no cuidado. No Brasil, como em outros países, persistem as lacunas entre a aplicação dos conhecimentos de pesquisas, transformando prática e as políticas públicas. Busca-se então, a translação do conhecimento que é um conceito amplo, novo e pouco usado no Brasil. No entanto, traz benefícios, pois abrange todas as etapas entre a criação do conhecimento e sua aplicação para produzir resultados benéficos para a sociedade (OELKE, LIMA e COSTA, 2015). A translação do conhecimento na presente pesquisa se deu de forma integrada, pois como dito acima, a construção do fluxograma ocorreu com a participação dos enfermeiros, e assim, o conhecimento foi ali compartilhado.

A construção da representação gráfica revelou a síntese ilustrada da proposta de organização do acompanhamento da gestante com sífilis na rede básica. O fluxograma está apresentado por meio de símbolos padronizados para uma sequência lógica das etapas de realização do processo de trabalho dos enfermeiros durante o acompanhamento da gestante com sífilis. Crê-se que este instrumento possui potencial para contribuir na organização da Assistência de Enfermagem à gestante em toda Rede da Atenção Básica do município, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e incentivo para que os profissionais enfermeiros se mobilizem para a busca permanente da qualidade da Atenção à Saúde.

Durante o primeiro encontro do grupo focal os participantes discutiram temas como: quais as ações que eles desenvolvem diante de um caso positivo de sífilis em gestantes; as dificuldades enfrentadas no acompanhamento da gestante e do parceiro; as barreiras em administrar a penicilina na unidade básica; as estratégias para o monitoramento do tratamento da gestante, do parceiro e do RN até os dois anos de idade. Após a transcrição das falas foi possível elaborar a primeira versão do instrumento para que fosse apresentado e discutido no próximo encontro, etapa que se considerou como de validação.

Esta pesquisa buscou intermediar o saber-ser e o saber-fazer dos enfermeiros, caracterizando as ações cotidianas, por meio da construção coletiva e troca de experiências.

Considerando o conhecimento produzido nas categorias de análise apresentadas no capítulo 4 dos resultados, apresentamos a seguir o produto elaborado – o Fluxograma de Acompanhamento e Tratamento da gestante com sífilis.

Fluxograma de acompanhamento das gestantes com Sífilis

*Interromper o acompanhamento do RN após dois exames consecutivos de VDRL negativos.

A sífilis corresponde a um processo patológico causado pela bactéria *Treponema Pallidum* transmitida por contato sexual e manifestada em três fases: a sífilis primária, secundária e terciária. A vigilância de sífilis em gestantes é muito importante, principalmente para evitar a transmissão vertical. O não acompanhamento da sífilis pode resultar na sífilis congênita (SC) (Nunes et al., 2017).

De acordo com os resultados obtidos pela coleta de dados, foi possível identificar categorias, a fim de responder aos objetivos do presente estudo.

A primeira categoria é sobre o fluxo do pré-natal e a investigação de sífilis. Nesta, destaca-se o debate sobre a *demanda espontânea* que se configurou como uma subcategoria. Por demanda espontânea define-se qualquer atendimento não programado na Unidade de Saúde e que corresponde a necessidade imediata do usuário (INOJOSA, 2005).

Segundo Starfield (2011), a atenção primária é a porta de entrada preferencial no sistema de todos os pacientes, e no caso específico, das gestantes.

Na APS, a porta de entrada se faz na ESF e em unidades tradicionais nas quais há oferta do pré-natal. Em relação à gestante na porta de entrada, os enfermeiros relataram que realizam a captação desta por meio da demanda espontânea e da busca ativa dos ACS.

Conforme defendido no caderno de atenção básica, o zelo à demanda espontânea deve se basear nos princípios da escuta qualificada e do acolhimento, juntamente às boas práticas de atenção, a fim de gerar um atendimento humanizado, resolutivo e que permita a criação de vínculo entre a equipe e as pessoas, garantindo o acesso de saúde no SUS (BRASIL, 2012b).

Após o acolhimento, o primeiro exame a ser realizado é o teste rápido, que é o primeiro exame que identifica a presença ou não de infecções sexualmente transmissíveis e uma delas é a sífilis. Quando uma gestante tem seu teste rápido reagente para sífilis, é necessário solicitar o VDRL, um exame não treponêmico que visa quantificar o título de anticorpos presentes e com esse valor é preciso investigar a história pregressa da paciente para tratá-la (BRASIL, 2010a).

Para que haja um atendimento de qualidade que proporcione à gestante a construção de vínculo e garanta a mesma o acesso à saúde com qualidade, é necessário o trabalho da equipe, a organização da demanda espontânea, uma infraestrutura adequada, além da avaliação de risco e de vulnerabilidade (BRASIL, 2012b).

Com relação à investigação de sífilis na gestante, Figueiredo et al. (2015) descrevem a importância da investigação dos parceiros, pois a AB deve investigar, acompanhar e tratar adequadamente a gestante e o parceiro. Fabio (2016) trouxe, em suas pesquisas, que a inclusão dos parceiros no pré-natal traz benefícios tanto para o homem como para a gestante.

Uma vez feito o acolhimento da gestante, os enfermeiros realizam o cadastro no SISPRENATAL WEB para seu acompanhamento. Destaca-se que a alimentação desse sistema é uma atividade que deve ser desenvolvida em todos os níveis de atenção, mesmo quando a gestante é encaminhada ao pré-natal de alto risco e no hospital. Desta forma, todas as informações da gestante ficam ao alcance dos profissionais da rede que a atendem e o enfermeiro da rede básica tem apoio para não pode perder o vínculo até o fim da gestação.

O atendimento da gestante segue o *Protocolo de Pré-natal* que norteia as ações de cuidado na APS.

Para Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011), os protocolos são ferramentas importantes criadas para reestruturar o processo de trabalho, valorizando os conhecimentos dos enfermeiros, proporcionando uma assistência de qualidade e humanizada à gestante. As condutas devem ser anotadas na ficha do pré-natal e no cartão da gestante.

O protocolo prevê a realização de exames de rotina deve direcionar a gestante para atualização da carteira de vacinas, acolhendo a gestante, realizando acompanhamento periódico, desenvolver práticas educativas entre outros (BRASIL, 2013).

Um estudo realizado por Brito et al. (2017) na cidade de Quixadá-CE, mostrou que o fluxo de atendimento das gestantes inclui: teste rápido (TR), sorologia para VDRL, Papanicolau e anamnese. Destacando a importância de investigar a sífilis, bem como outras infecções sexualmente transmissíveis aos quais se dão pela falta do uso de preservativos.

Dentre essas avaliações de risco, faz-se necessário existir um tipo de avaliação que reconheça as necessidades da gestante e os caminhos que ela deve percorrer dentro dos serviços de saúde. Diante da confirmação da gravidez, a gestante é direcionada dentro do serviço de saúde, a fim de dar segmento ao pré-natal, sendo ele de baixo risco ou de alto risco (BRASIL, 2013). Em caso de gestação de alto risco a gestante é encaminhada para o serviço de referência que se localiza

em outro município.

O protocolo também prevê a inclusão do parceiro nos atendimentos a esta gestante (BRASIL, 2013), que idealmente deveria ser em conjunto. Entretanto, os resultados revelaram que existem algumas dificuldades em trazer este parceiro ao serviço de saúde, configurando a subcategoria relacionada à *busca e inclusão do parceiro no pré-natal*.

Para Vianna et al. (2017), a participação do parceiro no período gestacional é uma ferramenta importante para se alcançar a cura da mãe e reduzir recidivas deste agravo. No entanto, há de se pensar nas dificuldades em se trazer o parceiro para os serviços de saúde, já que muitas vezes estes parceiros julgam sua participação cansativa, pois consideram que as consultas ficam centradas na gestante (CARVALHO et al., 2016).

Uma pesquisa realizada com enfermeiros da atenção básica, no município de João Pessoa, levantou as dificuldades que esses profissionais apresentaram ao trabalhar com o público masculino. A pesquisa revela que os parceiros têm uma tendência maior a procurar o pronto atendimento, farmácias e prontos-socorros, que respondem mais rápido às suas demandas. Portanto, há uma dificuldade em inserir o homem em atividades de prevenção e promoção em saúde na atenção básica (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014).

Diante desse problema, o Ministério da Saúde recomenda que se deva ter um olhar da equipe de saúde durante o pré-natal da gestante para cuidar dos parceiros (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016b). No entanto, muitas vezes estes parceiros julgam sua participação cansativa, pois consideram que as consultas ficam centradas na gestante (CARVALHO et al., 2016). De fato, o volume de informações e procedimentos envolvendo diretamente a gestante ocupa a maior parte do tempo da consulta, além disso, não se tem nenhum registro específico do pré-natal do homem, o que poderia proporcionar a integração do parceiro.

O que dificulta trazer o parceiro para o serviço de saúde, como apresentado pelos enfermeiros participantes do estudo, além de ser o horário de atendimento que restringe a possibilidade dos que trabalham participarem do pré-natal da gestante e também de fazer os exames, especialmente quando o parceiro não é fixo, fica difícil entrar em contato e trazê-lo ao serviço de saúde.

Um estudo transversal realizado com 102 profissionais pré-natalistas da rede SUS no município do Rio de Janeiro, apontou que a abordagem da equipe de

saúde com os parceiros das gestantes era incorreta ou inadequada já que 35% dos profissionais relataram que a abordagem era realizada pelo próprio pré-natalista, enquanto alguns não abordaram o parceiro (0,3%) ou enviaram o pedido de exames pela gestante (44,6%). Os profissionais indicaram outras dificuldades para o segmento da gestante, como, o início tardio do pré-natal (75,2%), e o não comparecimento dos parceiros nos serviços de saúde (53%) (DOMINGUES et al., 2013a).

Dentro dessa categoria que trata do fluxo e da investigação da sífilis, o *controle* do acompanhamento do tratamento constitui aspecto relevante como preocupação das enfermeiras para que todas as doses sejam efetivamente administradas. Para Figueiredo et al. (2015), a comprovação da administração da penicilina na gestante e parceiros, deve ser assegurada por meio do registro no cartão da gestante, independente da unidade de saúde em que esta foi aplicada.

Outro aspecto do controle refere-se à responsabilidade deste como da atenção básica e não do pronto socorro, onde a penicilina é aplicada naquele município. A organização dos serviços de saúde, de não aplicação da penicilina nas unidades da atenção básica, configura uma barreira para a efetivação do tratamento das pessoas com sífilis; perde-se uma oportunidade de construir vínculo e confirmar a realização adequada do tratamento (FIGUEIREDO et al., 2015).

Medeiros (2016) trouxe em seus estudos a elaboração de um formulário eletrônico com os dados pessoais da pessoa portadora de sífilis, sendo gestante ou não, para o controle das aplicações das doses da penicilina benzatina G. Essa ferramenta tecnológica envia os dados para uma planilha que informa data e horário dos atendimentos. Esta estratégia foi interessante, pois pode promover interação entre os membros da equipe e pode ser considerada positiva no acompanhamento da sífilis na gestante.

Domingues et al. (2013a) destacam que estas ferramentas têm sido usadas com regularidade para a melhoria da qualidade dos serviços e maior efetividade da assistência.

Destaca-se que o controle do tratamento deve ser de todos, gestante, parceiro e RN e não apenas da gestante.

Os dados revelaram a importância de dar *seguimento aos recém-nascidos* (RN) expostos à sífilis materna, aspecto também apontado na literatura (FIGUEIREDO et al., 2015). Para a Sociedade de Pediatria do Estado de São Paulo (SPSP) o seguimento deve ser realizado até os dois anos de vida, pois 70% dos RN nascem

assintomáticos podendo desenvolver complicação após esse período, o seguimento deve acontecer preferencialmente na rede básica de saúde (SÃO PAULO, 2017).

Para Feliz et al. (2016), a maioria dos bebês não apresentam manifestações clínicas ao nascer, fato que dificulta a investigação e o acompanhamento da criança. Este mesmo estudo, realizado no Paraná, pode identificar uma dimensão alarmante de abandono do seguimento dos RN expostos à sífilis na gestação, com 63,8% dos casos de acompanhamento não realizado. Desta maneira, é necessário traçar estratégias para realizar o segmento do recém-nascido para permitir o efetivo acompanhamento para um crescimento e desenvolvimento saudável.

A segunda categoria trouxe informações importantes para definir a *atuação dos enfermeiros*, envolvendo a realização do teste rápido para triagem para sífilis, solicitação de TNT para confirmação sorológica e encaminhamento da gestante para o pré-natal de alto risco.

Nos discursos, os participantes destacaram a importância da *realização dos testes rápido*; diante o resultado reagente no TR, imediatamente solicitam o TNT.

A testagem rápida para sífilis e HIV dever ser oferecida nas unidades básicas, desde que os profissionais de saúde estejam devidamente capacitados e treinados para executar o procedimento, realizar a leitura, interpretar os resultados e emitir os laudos (LOPES., et al, 2016). Para Silva et al., (2017) realização TR constitui-se em um momento voltado para o esclarecimento das dúvidas, identificando e reduzindo os riscos de vulnerabilidade.

O rastreio sorológico é primordial para *confirmação diagnóstica* de sífilis, em especial, para as gestantes cujo teste rápido foi reagente. Conforme São Paulo (2016), usar apenas um método para confirmação da sífilis em gestante é caracterizado como insatisfatório, pois eles apresentam limitações, podendo ocorrer falsos positivos. Desse modo, destaca-se a importância da solicitação da confirmação sorológica (VDRL), por meio de coleta de sangue periférico, sendo este o recurso regularmente utilizado para a identificação de anticorpos não-treponêmico, usualmente utilizado para determinar a titulação dos anticorpos presentes nas amostras das gestantes que tiveram o resultado reagente no TR para sífilis e também para o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2010a; NADAL; FRAMIL, 2007; SANTANA et al., 2006).

Neste contexto, o papel do enfermeiro é de suma importância em todos os

níveis de atenção à saúde, como defende Matos, Rodrigues e Rodrigues (2016), ao afirmarem que este profissional exerce um papel acolhedor junto às gestantes, mesmo que sua função seja administrativa ou assistencial. A interação, favorecendo o acolhimento, estabelecendo vínculo, momento esse destinado para orientar a gestante sobre a importância do pré-natal, vacinação, aleitamento, realização dos TRs, solicitação de exames de rotina, prescrição de suplementos vitamínicos, dentre outras ações (RIBEIRO et al., 2016).

Podemos observar que o trabalho dos enfermeiros está pautado nas orientações técnicas contidas nos protocolos assistenciais do Ministério da Saúde voltados ao diagnóstico da sífilis, o mais precocemente. Na abordagem de investigação, obter informações quanto possíveis contaminações anteriores com alguma ISTs é fundamental. De acordo com Vasconcelos et al. (2016) na atenção ao pré-natal os protocolos de triagem de sífilis foram introduzidos como ferramentas para enfrentamento dos problemas no processo saúde-doença para promover a prevenção desse agravamento na gestante e seu parceiro.

Os participantes do presente estudo trouxeram, em seus depoimentos, como funciona a consulta de enfermagem nos serviços de saúde em questão. Primeiro, é realizado o teste rápido e durante o acolhimento investigam a história clínica pregressa para identificar contato anterior com a sífilis, em seguida é solicitada a sorologia não treponêmica, o VDRL, para confirmação sorológica.

O enfermeiro deve realizar a classificação de risco em todas as consultas durante o pré-natal visando à detecção de agravos e à conduta pertinente (BRASIL, 2012a). Dentre essas condutas destaca-se o encaminhamento, uma ação referida pelos enfermeiros do estudo. Sabe-se que cabe ao município manter um fluxo contínuo de *encaminhamento* quando for necessário transferir a gestante de alto risco, disponibilizando transporte e equipe para a remoção, para assistir adequadamente a gestante e estar preparado para qualquer intercorrência durante o percurso; ações pertinentes à rede cegonha (BRASIL, 2011a).

De acordo com o discurso dos participantes, a terceira categoria abordou as *dificuldades no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis*.

Como problema mais abordado, destacaram-se as deficiências na *estrutura* da atenção ao pré-natal no município. Existem apenas dois médicos ginecologistas para realizar o atendimento das gestantes no município, pois está estabelecido que as consultas a elas fossem intercaladas entre enfermeiro, médico

da ESF e ginecologista.

Outra dificuldade que compromete esses atendimentos é que o ginecologista do centro de especialidades atende duas vezes por semana e, por isso, caso aconteça alguma intercorrência com a gestante será encaminhada ao pronto socorro.

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado pelos profissionais da estratégia saúde da família e a o acesso à ginecologista, enquanto especialista, poderia ser nos casos em que a equipe da atenção básica tenha alguma dificuldade, e não para todas as gestantes como ocorre naquele município.

Segundo Fogaça et al. (2017), uma infraestrutura adequada assegura a qualidade do serviço de saúde. Para isso são necessários profissionais capacitados, equipamentos, materiais e insumos suficientes. Quando isso não é oferecido, os profissionais da saúde tendem a justificar tais deficiências como barreiras pelas limitações encontradas para oferecer os serviços na atenção básica.

O desabastecimento nacional de penicilina é outro problema importante para o enfrentamento da sífilis em gestante (RODRIGUES; OLIVEIRA; AFONSO, 2017), tendo em vista que os antibióticos de segunda escolha (Doxiciclina e Ceftriaxona) prejudicam ainda mais a adesão ao tratamento, pois o tempo de duração do tratamento é maior, variando de oito a quinze dias, dificultando que o esquema terapêutico seja completado. Dessa maneira, a situação favorece o aumento de resistência do agente causador, o *Treponema pallidum*, o que pode resultar em consequentes reinfecções.

Outro entrave para o tratamento da SG na unidade de saúde é a falta de *protocolo* de enfermagem para que a administração de penicilina seja realizada na unidade. Além disso, os participantes relatam que o serviço não dispõe das condições mínimas para o atendimento de anafilaxia descrito no Caderno de Atenção Básica nº 28, tais como os equipamentos e insumos para atendimento de urgência em caso de reação à penicilina (BRASIL, 2013), razão pela qual a penicilina não tem sido aplicada nas unidades da atenção básica.

O fato aponta a necessidade do município em se adequar às recomendações quanto às boas práticas para o uso da penicilina na atenção básica (BRASIL, 2015a)

De acordo com o Pimenta et al. (2015), a utilização de protocolos assistenciais é primordial para nortear e apoiar a qualidade da assistência,

impactando e melhorando a segurança do profissional e usuário, diminui a variação nos cuidados prestados, melhora a tomada de decisão, sendo eficaz no processo de mudança da prática (BRASIL, 2016c; MACHADO et al., 2017; VARGAS e LUZ, 2010; PAES et al., 2014).

Nunes et al. (2017) destacam vários aspectos que dificultam a efetividade do tratamento da sífilis em gestante como, por exemplo, a difícil adesão do parceiro ao tratamento, a falta temporária de penicilina G benzatina na UBS e a interrupção do tratamento por parte de algumas gestantes. Outros obstáculos ainda interferem no sucesso da terapia medicamentosa como: tratamento concomitante, resistência ao tratamento e estigma da doença, corroborando com os discursos dos participantes durante o grupo focal.

Tratar o parceiro foi outra dificuldade trazida pelos enfermeiros em seus discursos. Vasconcelos et al. (2016) corroboram com este resultado. Descrevem em sua pesquisa as dificuldades e estratégias dos enfermeiros para adesão dos parceiros das gestantes com sífilis ao tratamento simultâneo. Constataram que as estratégias usadas pelas entrevistadas estão pautadas na construção de vínculo, em educação em saúde, sendo que as dificuldades permeiam entre a falta de conhecimento, formas de prevenção (VASCONCELOS et al., 2017).

Estudo realizado por Rezende e Barbosa (2016) objetivou analisar a incidência de sífilis congênita como indicador da assistência no estado de Goiás. Foram incluídas na amostra populacional gestantes com registro de triagem pré-natal e os casos notificados no SINAN de 2009 a 2012. Foram diagnosticados 3382 casos de sífilis em gestantes, porém apenas 1622 foram notificados. Em relação ao tratamento do parceiro, apenas 18% foram tratados, enquanto que 53,6% não foram tratados, contribuindo para o aumento dos casos de sífilis em gestante. Um percentual significativo de informação ignorada dificultou a análise dos dados, caracterizando registros de informações inconsistentes. A condição de parceiros -não tratados- caracteriza um tratamento materno inadequado (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Outra dificuldade para o acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis refere-se à resistência ao tratamento.

O presente estudo evidenciou que a terapia medicamentosa intramuscular e a quantidade de doses contribuem para a *resistência ao tratamento* devido à dor na administração. Autores recomendam buscar alternativas com outras drogas ou que o esquema seja administrado em dose única, visto que a penicilina Benzatina G, é

reconhecida por produzir reação local e dor intensa, fato que aumenta a probabilidade de resistência ao tratamento (FRÓES et al., 2017).

Fróes et al. (2017) em seu estudo, evidenciam que o local mais utilizado para aplicação de qualquer medicamento é a região dorso glútea, porém é a região associada à dor intensa e com maior risco de lesão neural e vascular, devido a sua localização. Portanto, o profissional no momento da aplicação deve selecionar a região que ofereça conforto ao paciente. A resistência ao tratamento também se dá pela falta de informação sobre a doença.

Outro ponto importante é o *estigma da doença*, como é trazido no estudo. O fato de o indivíduo infectado sentir-se exposto ao realizar o tratamento na unidade de saúde, na comunidade em que vive e é conhecido pode constituir uma barreira para realização do tratamento. Esses aspectos geram ansiedade, o medo do preconceito, o medo de perder o parceiro e outros conflitos (MARTINS et al., 2016).

A resistência ao tratamento também se dá pela falta de informação sobre a doença. Figueiredo et al. (2015) nos resultados de sua pesquisa evidenciou que dentre as barreiras que levam a resistência ao tratamento para a sífilis é a falta de conhecimento sobre a doença e suas consequências.

Outro ponto importante é o *estigma da doença*, como é traduzido no estudo. O fato de o indivíduo infectado sentir-se exposto ao realizar o tratamento na unidade de saúde, na comunidade em que vivem e são conhecidos pode se construir uma barreira para a realização do tratamento. Esses aspectos geram ansiedade, o medo do preconceito, o medo de perder o parceiro e outros conflitos (MARINS et al., 2016).

Os resultados do presente estudo demonstram importantes considerações a serem feitas no que tange ao tratamento da gestante com sífilis, seus parceiros e recém-nascidos. Os resultados também forneceram importantes elementos para a construção do fluxograma. Este pode contribuir para o tratamento e segmento destes usuários, pois se trata de uma ferramenta importante para os serviços de saúde, que pode facilitar o trabalho da enfermagem e da equipe como um todo, auxiliando na unificação das ações que buscam atender as necessidades das gestantes e guiando-as dentro da rede de atenção à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a construção coletiva de um fluxograma para auxiliar os enfermeiros no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis, apresentando um produto que pode auxiliar no enfrentamento de um problema identificado na prática assistencial durante o pré-natal, qual seja, a necessidade de ter um instrumento no município para sistematizar atuação dos enfermeiros diante de casos de gestantes com sífilis.

O estudo adotou método em que os enfermeiros foram envolvidos e incentivados a usar o próprio conhecimento para a construção do fluxograma, de modo a se apropriar desse instrumento no ato de sua construção, favorecendo a melhora do acompanhamento da gestante e efetivando a translação do conhecimento. Ao analisar os discursos dos enfermeiros foi possível identificar as ações destes, caracterizando o trabalho por eles realizado nos diferentes pontos da Rede de Atenção, Estratégia, Saúde da Família, Centro de Saúde III e Hospital do Município.

O grupo focal possibilitou a mudança de compreensão dos enfermeiros quanto ao segmento da gestante de alto risco, entendendo que é atribuição da atenção básica, o acompanhamento dessa gestante, mesmo quando da necessidade de encaminhamento para outro nível de atenção, pois, anteriormente à pesquisa, uma vez a gestante sendo encaminhada para a referência de alto risco, localizada em outro município, ela não voltava mais a ser atendida na unidade de saúde a qual pertencia. Dessa maneira, o estudo possibilitou o resgate do acompanhamento da gestante pela equipe mais próxima de sua residência, contribuindo para o fortalecimento de vínculo entre usuários e unidades de saúde.

A construção do fluxograma considerou as informações provenientes dos enfermeiros e também foi adaptado conforme os protocolos preconizados e normas técnicas nacionais e estaduais para o contexto do município.

Esta pesquisa também apresenta limites, pois o fluxograma foi construído em função da realidade e da organização do sistema de saúde de um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo, inserido no Departamento Regional de Saúde de Araraquara-SP.

O estudo possibilitou conhecer, profundamente, a organização da rede de atenção à gestante dentro do município, e esperamos, com seus resultados, convidar outros municípios à reflexão e discussão sobre a organização da Rede Cegonha, as ações de investigação, diagnóstico, acompanhamento e controle de tratamento da sífilis, especialmente em gestantes, seus parceiros e nos recém-nascidos. Além disso,

intenciona-se chamar atenção para as dificuldades enfrentadas por enfermeiros e demais membros das equipes de saúde na redução dos casos de sífilis e sífilis congênita, não ficando restritos à ocorrência na gestante.

A construção tecnológica do fluxograma representa uma contribuição da enfermagem com impacto na equipe, e, assim, passa a ter uma visão geral de cada caso, de onde eles estão qualificando o cuidado em saúde e com informação a toda equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ALVES, C. N. et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-271, 2015.

AMARAL, F. E. et al. Qualidade do pré-natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. **Clinical & Biomedical Research**, v. 36, n. 3, p. 124-134, 2016.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.

BATISTA, M. P. P. **Reflexões sobre o processo de trabalho de acompanhante de idosos do Programa Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil)**. 2013. 157 f. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: normas e manuais técnicos**. Secretaria de Política Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/2000**. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS**. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010a. 100 p. (Série TELELAB).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 302 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Acolhimento a demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Volume II.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012c.html>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica**. Brasília, 2012d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientador_capacitacao.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012e.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 773 p.

_____. Ministério da Saúde. Guia do Pré-Natal do Parceiro para os Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016c. 230 p..

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 252 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2017**, Brasília, v. 48, n. 36, p. 1-42, 2017b.

BOCOUM, F. Y. et al. Introducing onsite antenatal syphilis screening in Burkina Faso: implementation and evaluation of a feasibility intervention tailored to a local context. **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n. 1, p. 378, 2017.

BONI, S. M. PAGLIARI, P. B. Incidência de sífilis congênita e sua prevalência em gestantes em um município do noroeste do Paraná. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 517-524, 2016.

BOWEN, V. et al. Increase in Incidence of Congenital Syphilis — United States, 2012–2014 **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Washington, v. 66, n. 44, p. 1241-1245, 2015.

BRITO, A. S. et al. Cartilha com informações de saúde sobre a sífilis gestacional: elaboração e implementação. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, Quixadá, v. 2, n. 1, 2016.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CARVALHO, I. et al. O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 70-77, 2016.

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, 2013.

CHALIER, C.; BENHADDOU, N.; DUPIN, N. **Syphilis and pregnancy**, Issy-les-Moulineaux, v. 44, n. 6, p. 631-638, 2016. (Part 1).

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

CARDOSO, A.; GRIEP, R. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Cascavel/PR no ano de 2015. **Revista Thêma et Scientia**, Cascavel, v. 7, n. 1, p. 143-155, 2017.

CARVALHO, I. S. et al. O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 70-77, 2016.

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, 2016.

DEMARQUI, D. L.; GOUVÊA, V.N. **Trajetória histórica das políticas de saúde para a mulher na fase do climatério**. Cascavel: Unioeste, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 1341-1351, Rio de Janeiro, 2013a.

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, n. 1, p. 147-157, 2013b.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00082415. 2016.

DUARTE, J. H. S.; MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 19, n. 1, p. 117-129, 2013.

- FABIO, S. V. **Pré-natal do parceiro como estratégia para redução da transmissão vertical das doenças sexualmente transmissíveis e melhora dos indicadores de saúde perinatal**. 2016. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17145/tde-05012017-112640/>>. Acesso em: 9 dez. 2017.
- FELIZ, M. C. et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016.
- FIGUEIREDO, M. S. N. et al. Perception of nurses on the adhesion of partners of pregnant women with syphilis to the treatment. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 345-354, 2015.
- FOGAÇA, N. R. et al. Operacionalização de grupos de pré-natal: percepção dos profissionais do serviço da atenção primária à saúde. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [s. l.], v. 5, n. 7, p. 128-142, 2017.
- FREITAS, G. L. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.
- FRÓES, G. R. S. et al. O Uso da Penicilina G Benzatina e a Segurança do Paciente na Atenção Primária. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 1., 2017, Aracaju. **Anais...** Aracaju: UNIT, 2017.
- FUNDAÇÃO SEADE. **Informações dos Municípios Paulistas – IMP**. Disponível em: <<https://www.seade.gov.br/produtos/imp/>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- FUNG, W.; ROBLES, O. Effects of antenatal testing laws on infant mortality. **Journal of Health Economics**, Amsterdam, v. 45, p. 77-90, 2016.
- GONÇALVES, I. T. J. P. et al. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 620-629, 2013.
- GUERRA, H. S. et al. Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. **Iniciação Científica Cesumar**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016.
- HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E. G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2867-2878, 2015.
- INOJOSA, R. M. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. 10., 2005, Santiago. **Anais...** Santiago: CLAD, 2005. p. 1-13.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

JORGE, H. M. F. et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 140-148, 2015.

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, 2016.

LAGO, E. G. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. **Cureus**, v. 8, n. 3, e525, 2016.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervención educacional en la Atención Básica para prevención de la sífilis congénita. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2845, 2017.

LEITE, I. A. et al. Assistência De Enfermagem Na Sífilis Na Gravidez: Uma Revisão Integrativa. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, Maceió, v. 3, n. 3, p. 165, 2017.

LOPES, A. C. M. U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza-Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 54-58, 2016.

MACHADO, R. C. et al. Protocolo de cuidados de enfermagem a pacientes com dispositivo de assistência ventricular. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 353-259, 2017.

MAGALHAES, D. M. S. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MATOS, D. S.; RODRIGUES, M. S.; RODRIGUES, T. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 18-33, 2016.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequacy process of prenatal care according to the criteria of Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program and Stork Network. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MARTINS, K. et al. O discurso dos enfermeiros sobre assistência pré-natal de gestantes com sífilis. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO

QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Atas...** Porto: CIAIQ, 2016. p. 1426-1435.

MASCARENHAS, L. E. F.; ARAÚJO, M. S. S.; GRAMACHO, R. C. C. V. **Desafios no tratamento da sífilis gestacional**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2016. Disponível em:

<<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/735>>. Acesso em: 07. Jan. 2018.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2011.

MEDEIROS, L. C. S. Acompanhamento farmacêutico de pacientes em tratamento de sífilis com penicilina benzatina em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. **Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 55-60, 2016.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MELLO, V. S.; SANTOS, R. S. A sífilis congênita no olhar da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 699-704, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

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

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R.(org.) **Agir em saúde** - um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINE H. R.; SMITH, J. F. Jr. The Continuing Threat of Syphilis in Pregnancy. **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**, Philadelphia, v. 28, n. 2, p. 101-104, 2016.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 615-621, 2014.

NADAL, S. R.; FRAMIL, V. M. S. Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 479-482, 2007.

NUNES, J. T. et al. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 4875-4884, 2017

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista**

Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 36,, n. 3, p. 113-117, 2015.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Themes addressed in nursing consultation: integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 155-161, 2012.

OLIVEIRA, E. M.; CELENTO, D. D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, Vassouras, v. 7, n. 1, p. 33-38, 2016.

PAES, G. O. et al. Care protocol for clients with respiratory disorder: tool for decision making in nursing. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 303-310, 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas**. 2015. Washington, DC: PAHO, 2015.

PARK, J. Y. et al. Prenatal diagnosis of congenital syphilis presenting with transient pleural effusion in the fetus: a case report and rising incidence of congenital syphilis in South Korea. **Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology**. Montreal, v. 42, n. 6, p. 822-824, 2015.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1053-1064, 2015.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo, SP: Conselho Regional do Estado de São Paulo, 2015. 51 p.

POLIT, D.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995

RAMOS, L. H. et al. **Prática clínica do enfermeiro**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.unasus.unifesp.br>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

REZENDE, E. M. A.; BARBOSA, N. B. A sífilis congênita como indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 220-232, 2016.

RIBEIRO, J. F. et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 1, p. 161-170, 2016.

RESSEL, L. B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

RODRIGUES, I. R. et al. Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 6, p. 774-781, 2017.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAUJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

RODRIGUES, V. L. R.; OLIVEIRA, F. M.; AFONSO, T. M. Sífilis Congênita na Perspectiva de um Desafio para a Saúde Pública. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 1., 2017, Aracaju. **Anais...** Aracaju: UNIT, 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim epidemiológico - DST/AIDS**. São Paulo, 2013.

_____. **Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita**. 2ª ed. São Paulo: SES-SP, 2016. 112 p.

SANTANA, L. R. et al. Teste VDRL para o diagnóstico da sífilis: avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 71-73, 2006.

SANTANA, C. **Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: protocolo para segurança do paciente**. 2015. 130 f. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2015.

SILVA, S. J. R., Assis B. S. M. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 146-152, 2010.

SILVA, T. C. A. et al. Prevenção da sífilis congênita pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 1, p. 174-182, 2015.

SILVA, T. et al. Cartografia da implementação do teste rápido anti-HIV na Estratégia Saúde da Família: perspectiva de enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170019, 2017.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Pediatra Atualize-se**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 1-10, 2017.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 10, p. 15, 2011.

SOUZA, I. S. et al. Compatibilidade entre os dados do cartão da gestante e o sistema informatizado da web sis prenatal. **PRISMA.COM**, Porto, n. 32, p. 127-147, 2017.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TOWNSEND, C. L. et al. Syphilis screening in pregnancy in the United Kingdom, 2010–2011: a national surveillance study. **BJOG**, Oxford, v. 124, n. 1, p. 79-86, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: EDUFMA, 2015. 42 p.

VALENTE, M. M. Q. P. et al. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 280-289, 2013.

VARGAS M. A. O.; LUZ A. M. H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 23-27, 2010.

VASCONCELOS, M. A. et al. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. **Aquichán**, Chía, v. 14, n. 2, p. 196-206, 2014.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Estratégias e Desafios dos Enfermeiros da Atenção Básica para o Tratamento Simultâneo da Sífilis. CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5., 2016, Porto. **Atas...** Porto: CIAIQ, 2016. p. 1584-1592.

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 da Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 85-92, 2017.

VIANNA, P. V. C. et al. Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 23, n. 42, p. 35-50, 2017.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S85-S100, 2014. (Suplemento 1).

VIRGINIO, N. A.; NOBREGA, M. M. L. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 53-56, 2004.

VIRGINIO, B. C. A. E. **Gerência do cuidado de enfermagem no processo de notificação de morte encefálica em uma unidade de terapia intensiva: a construção de um fluxograma gerencial**. 2012. 139 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

WAHAB, A. A. et al. Sífilis na gravidez. **Revista paquistanesa de ciências médicas**, v. 31, n. 1, p. 217, 2015.

ZHANG, X. et al. Time series modelling of syphilis incidence in China from 2005 to 2012. **PLoS One**, San Francisco, v. 11, n. 2, e0149401, 2016.

APÊNDICE A - Roteiro norteador

A primeira parte deste instrumento visa caracterizar os participantes do estudo.

Na segunda parte é composto por perguntas sobre o conhecimento e as condutas profissionais diante de uma gestante com sífilis.

Como são desenvolvidas as práticas por vocês no cotidiano do trabalho? Quais ações vocês desenvolvem quando se deparam com uma gestante com sífilis? Estas questões norteadoras tiveram como objetivo conhecer as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros durante a prática clínica desenvolvida por eles na rede pública de saúde

1ª Parte: Caracterização dos sujeitos

Sexo _____

Idade _____

Profissão _____

Local de trabalho _____

Tempo de formado _____

Possui pós-graduação _____

Quais? _____

Tempo que realiza consulta de pré-natal:

Tempo que atuação na Unidade de Saúde: ESF, AB, PS/Hospital e no CSIII:

2ª Parte Conhecimento e condutas sobre a Sífilis na gestação.

Quais suas ações diante do caso que você acaba de confirmar a sífilis positiva?

Quais dificuldades enfrentadas por vocês no acompanhamento da gestante e do parceiro, desde o diagnóstico inicial até o momento do parto?

Qual a dificuldade em administrar a penicilina na sua unidade, sendo que existe a Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011

Quais estratégias você utiliza para monitorar o tratamento da gestante e seus parceiros?

Como faz o monitoramento do recém-nascido até os 02 (dois) anos de idade?

APÊNDICE B - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-USP

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Mestrado Profissional de Tecnologia e Inovação em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Enfermeiros)

Prezado (a) senhor (a),

Por meio deste documento, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Fluxograma de acompanhamento e tratamento em gestante com sífilis: construção de instrumento”. Meu nome é Jaqueline Elvira Marques de Oliveira Rosseti, sou enfermeira e mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP - EERP/USP, do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em enfermagem e sou responsável por este estudo, sob a orientação da Profa. Silvia Matumoto.

O objetivo geral que se pretende alcançar com esta pesquisa é construir um fluxograma para auxiliar os enfermeiros no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis. Caracterizar atuação dos enfermeiros no pré-natal para identificação e acompanhamento da gestante com sífilis; Identificar as dificuldades dos enfermeiros no acompanhamento e tratamento da gestante com sífilis.

No caso de o (a) senhor (a) concordar em participar, será necessário que nos encontremos, ao menos, duas vezes no Centro de Saúde III, situado à Rua Benjamin Constant 195, Centro, onde serão realizados encontros, nos quais utilizaremos a Técnica de Grupo Focal. Estes encontros poderão durar, aproximadamente, 110 minutos e serão realizados em horários pré-agendados considerando a disponibilidade de horário em comum dos participantes. Além do (a) senhor (a) serão convidados para participar da pesquisa outros (as) enfermeiros (as) que desenvolvem prática clínica com gestantes na Estratégia da Saúde da Família (ESF), atenção básica, centro de especialidades pronto socorro e hospital do município. No primeiro encontro, se o (a) senhor (a) aceitar participar, pediremos que assine duas vias deste documento após os esclarecimentos de dúvidas e em seguida iniciaremos o grupo focal no qual o senhor (a) deverá relatar sobre seu trabalho de atendimento a gestantes com sífilis. Posteriormente, um segundo encontro será programado, momento em que será apresentada uma primeira versão do instrumento de acompanhamento do tratamento da gestante com sífilis que será construído a partir das informações do primeiro encontro do grupo focal e da revisão de literatura sobre o tema.

Sua participação é voluntária, ou seja, o (a) senhor (a) não receberá qualquer tipo de auxílio financeiro, bem como também não terá nenhum gasto. O (A) senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isso.

Caso o (a) senhor (a) concorde, durante os encontros, será realizado a gravação em áudio e todas as informações fornecidas serão mantidas guardadas em local seguro, sob a minha responsabilidade e apenas serão utilizadas para essa pesquisa, com divulgação em eventos e periódicos científicos, sendo garantido que em nenhum momento, será revelado o seu nome.

Sobre os riscos envolvidos na sua participação, informamos que ao responder as perguntas feitas pelo moderador os participantes poderão sentir algum desconforto. Nesse sentido, serão orientados que se em algum momento, situações parecidas acontecerem e o (a) senhor (a) vier a sentir algum desconforto com qualquer pergunta,

terá total liberdade de não responder e receberá apoio dos pesquisadores.

Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos a (o) senhor(a), mas terá reconhecido o seu trabalho como importante para construção do conhecimento e esperamos auxiliar, enfermeiros(as) e gestores da rede municipal de saúde a conhecerem mais aspectos relacionados às ações do acompanhamento do pré-natal da gestante com sífilis e contribuir para a discussão de questões ainda não solucionadas, as quais podem acarretar dificuldades nas ações de promoção à saúde.

O (A) senhor (a) tem direito à indenização caso ocorram danos decorrentes de sua participação nessa pesquisa, por parte das pesquisadoras e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme a Resolução 466/2012, item IV.3-h.

Esta pesquisa foi apresentada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CEP-EERP/USP, que tem como objetivo proteger os interesses e direitos dos participantes da pesquisa de forma íntegra e digna. Este CEP fica localizado no prédio da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Av. Bandeirantes, 3900, sala 9, (16) 3315.9197, e-mail: cep@eerp.usp.br, horário de funcionamento: das 8 às 17 horas em dias úteis.

Caso queira entrar em contato com as pesquisadoras, nossos contatos estão descritos abaixo. Este contato poderá ser feito, também, por meio do seguinte endereço: EERP/USP, Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902.

Contatos para dúvidas:

Jaquelina Elvira Marques de Oliveira Rosseti (Pesquisadora)

E-mail: jaquelina-rossetti@bol.com.br - tel. (16) 997175738

Silvia Matumoto (Pesquisadora Responsável) **E-mail:** smatumoto@eerp.usp.br – tel (16) 991659742

Endereço das pesquisadoras:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida: Bandeirantes, 3900, Bairro: Vila Monte Alegre - Ribeirão Preto-São Paulo - CEP: 14040-902

Jaquelina Elvira Marques de Oliveira

Rosseti

Pesquisadora nº USP 9669826

Prof.^a Dr.^a Silvia Matumoto

Orientadora

ANEXO A - Consentimento do Município de Borborema

Prefeitura do Município de Borborema

ESTADO DE SÃO PAULO

Praça José Augusto Perotta, s/nº - CEP 14955-000 - Tel.: (16) 3266 9200
www.borborema.sp.gov.br • administracao@borborema.sp.gov.br
CNPJ: 46.737.219/0001-79

Ofício SMS. Nº 240/2016

Borborema 28 de novembro de 2016

Ilmo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Prezada orientadoraSílvia MatumotoPrezada PesquisadoraJaquelina Elvira Marques de Oliveira Rosseti

A Secretária Municipal de Saúde Borborema, Sumaya Regina Presotto Pegorin Amarante Fernandes, manifestou a concordância para a coleta de dados do projeto de pesquisa *“Fluxograma de acompanhamento do tratamento em gestante com sífilis: construção de instrumento”*, nas dependências desta Secretaria de Saúde.

Como seu campo de pesquisa se trata o Centro de Saúde III, ressaltamos que vossa senhoria se apresente a coordenação desta com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista à rotina deste estabelecimento de saúde, e que ao término do estudo seja disponibilizado uma cópia do estudo.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta de dados ocorrerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Instituição proponente.

Dr.ª Sumaya Regina Presotto Pegorin Amarante Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Borborema SP

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 083/2017, de 03.05.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 25 de abril de 2017.

Protocolo CAAE: 63947517.8.0000.5393

Projeto: Fluxograma de acompanhamento do tratamento em gestante com sífilis: construção de instrumento

Pesquisadores: Jaquelina Elvira Marques de Oliveira Rosseti
Sílvia Matumoto (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Sílvia Matumoto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C - Parecer com substanciado

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fluxograma de acompanhamento do tratamento em gestante com sífilis: construção de instrumento

Pesquisador: JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63947517.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.032.160

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas às pendências

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora informou que não possui relação hierárquica com os participantes da pesquisa, porém, para evitar qualquer possibilidade de constrangimento, não participará da coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 2.032.160

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_848775.pdf	03/04/2017 21:44:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Versao_3.pdf	03/04/2017 21:41:56	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
Outros	Of_CEP_versao_3.pdf	03/04/2017 21:40:46	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto2.pdf	08/03/2017 20:33:32	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
Outros	oficioCEP.pdf	06/03/2017 21:48:09	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/03/2017 21:44:24	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
Outros	DeclaracaodoHospital.pdf	19/01/2017 15:51:21	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	18/01/2017 14:01:36	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	06/01/2017 13:23:18	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/01/2017 13:22:59	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	06/01/2017 13:22:44	JAQUELINA ELVIRA MARQUES DE OLIVEIRA ROSSETI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.032.160

RIBEIRAO PRETO, 25 de Abril de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br