

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ELUANA MARIA CRISTOFARO REIS

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS
SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

ALFENAS/MG

2022

ELUANA MARIA CRISTOFARO REIS

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS
SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: O Processo de Cuidar em Enfermagem.
Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Aparecida Silveira Monteiro

ALFENAS/MG

2022

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas Biblioteca Central

Reis, Eluana Maria Cristofaro.

Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da atenção primária à saúde / Eluana Maria Cristofaro Reis. - Alfenas, MG, 2022.

211 f. : il. –

Orientador(a): Patrícia Scotini Freitas.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2022.

Bibliografia.

1. Sífilis. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Enfermagem. I. Freitas, Patrícia Scotini, orient. II. Título.

ELUANA MARIA CRISTOFARO REIS

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 13 de dezembro de 2022

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Christianne Alves Pereira Calheiros
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Simone Albino da Silva
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Scotini Freitas, Professor do Magistério Superior**, em 13/12/2022, às 10:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Christianne Alves Pereira Calheiros, Professor do Magistério Superior**, em 13/12/2022, às 10:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Simone Albino da Silva, Professor do Magistério Superior**, em 13/12/2022, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0869639** e o código CRC **0903FEF5**.

Aos meus filhos, Julia e Kaio, que sempre foram minha motivação, minha alegria e minha força, sempre tudo será por vocês e para vocês. Amo vocês infinitamente.

Ao meu esposo Julio, pela paciência e companheirismo, pelo apoio a cada momento, abdicando muitas vezes de suas vontades para que eu pudesse concluir este sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que sempre esteve ao meu lado, que nunca me deixou perder a esperança, que me sustenta em todos os sentidos e me traz sabedoria e fé para driblar as dificuldades e conquistar meus objetivos.

Aos meus pais Carlos e Tereza, pela educação e princípios no qual me criaram, por sempre acreditarem em mim, vocês são fundamentais em todas as minhas conquistas, sou grata a Deus por ser filha de vocês.

Às tias Emília e Regina por terem me acolhido como filha por todos esses anos, com certeza, sem vocês eu não estaria aqui concluindo mais esse desafio, obrigada por todo apoio e amor incondicional aos meus filhos, sou grata por tudo e amo vocês infinitamente.

Aos meus filhos pela compreensão das minhas ausências, pelas noites de sábado e tardes de domingo que passei estudando, saibam que junto de vocês espero colher os frutos de todo este trabalho, pois nada seria possível sem o apoio e o amor de vocês.

A minha orientadora Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas, por toda paciência e conhecimento compartilhado, fui imensamente abençoada por tê-la comigo nesta caminhada. A você todo o meu respeito e gratidão. Você é o exemplo de pessoa e profissional que eu quero ser.

À Profa. Dra. Natalia da Silva Martins Fonseca e à Profa. Dra. Cristiane Aparecida Silveira Monteiro, obrigada pelo apoio, vocês foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

Aos professores e enfermeiros que participaram da validação do instrumento de coleta de dados e aos enfermeiros que participaram do teste-piloto, contribuindo para a melhoria do estudo.

Aos colegas enfermeiros que participaram da pesquisa, em meio a uma pandemia, em um dos momentos mais difíceis o qual já passaram, ainda conseguiram alguns minutos para contribuir com a pesquisa, a vocês toda a minha gratidão, consideração e orgulho, vocês são incríveis.

A minha amiga Milena, por sonhar comigo este sonho, por estar sempre ao meu lado me incentivando, me apoiando e me erguendo quando eu começo a cair, você foi essencial na construção deste trabalho.

A minha coordenadora Profa. Dra. Giovanna Vallim Jorgetto e minha colega de trabalho e amiga Profa. Dra. Sandra Soares Mendes, obrigada pelos conselhos e apoio. Vocês são uma inspiração para mim.

Aos meus queridos alunos que são minha inspiração de crescimento profissional, espero cada vez mais agregar conhecimentos e assim multiplicá-los e contribuir para que vocês possam trilhar uma carreira de sucesso.

Aos meus colegas do mestrado, por toda a partilha de conhecimentos e aflições, apesar da pandemia pudemos estabelecer laços que com certeza contribuiram diretamente para a conclusão deste trabalho e também na minha formação.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, pela excelência no qual compartilharam seus conhecimentos e pelo acolhimento que nos ofereceram mesmo que remotamente, com certeza cada um contribuiu de forma significativa para a minha formação.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

A todos, minha eterna gratidão!

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

"Os rios não bebem sua própria água; as árvores não comem seus próprios frutos. O sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham sua fragrância para si. Viver para os outros é uma regra da natureza. A vida é boa quando você está feliz; mas a vida é muito melhor quando os outros estão felizes por sua causa".

(Papa Francisco)

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar como ocorre a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, em uma regional de saúde do interior do Estado de São Paulo. Para alcançar o objetivo proposto, foi conduzida pesquisa de delineamento não experimental, transversal, do tipo correlacional descritiva e de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com os enfermeiros que atuavam na assistência pré-natal, na Atenção Primária à Saúde, em 18 das 20 cidades que compõem o Departamento Regional de Saúde XIV. A amostra foi composta por 89 enfermeiros que atuavam na Estratégia Saúde da Família e que eram responsáveis pelo primeiro atendimento pré-natal da gestante e pelo acompanhamento daquelas com diagnóstico de sífilis. Para a coleta de dados, foi elaborado e validado instrumento conforme a Técnica *Delphi* seguido de teste-piloto, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A coleta de dados foi realizada de forma não presencial por meio de formulário eletrônico (*Google forms*). Foram utilizados os testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis do estudo. Como resultados da análise descritiva, foi possível observar que 64,0% dos enfermeiros atuavam em Equipe Saúde da Família em tempo menor ou igual a cinco anos, 77,5% referiram basear sua assistência às gestantes com sífilis em protocolo municipal, 88,8% não realizavam consultas subseqüentes de pré-natal, 96,6% realizavam teste rápido na primeira consulta de pré-natal e 64,0% realizavam também no segundo e no terceiro trimestres gestacionais; 48,3% referiram tratar o parceiro concomitantemente à gestante independente do resultado do teste rápido; 36,0% referiram não administrar a benzilpenicilina na unidade sem a presença do médico e 30,4% não realizaram a prescrição de benzilpenicilina para as gestantes reagentes à sífilis. Nas análises inferenciais, identificaram-se várias associações como em relação aos enfermeiros que baseiam seu atendimento em protocolo municipal às gestantes com sífilis, observou-se que 63,6% ($p=0,000$) realizavam consultas subseqüentes de pré-natal, 56,8% ($p=0,008$) realizavam teste rápido na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, e 55,7% ($p=0,019$) administravam a benzilpenicilina na unidade, mesmo sem a presença do médico. Embora a opinião dos enfermeiros sobre sua assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis tenha tido maior relato de facilitadores do que barreiras, observaram-se algumas lacunas em relação à assistência prestada e aos protocolos existentes, como, por exemplo, a não prescrição de benzilpenicilina benzatina ou a sua não administração na unidade, a não realização de consultas subseqüentes e a realização de testes rápidos somente na primeira consulta por grande parte dos enfermeiros. Espera-se que as ações evidenciadas neste estudo contribuam para a prática dos enfermeiros e a sensibilização dos gestores, estimulando um processo reflexivo, o estabelecimento de fluxos e empoderamento dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal, para uma assistência humanizada, resolutiva e que contribua para atingir no Brasil a meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde de casos da sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis; Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of the present study is to analyse the antenatal care to pregnant women seropositive for syphilis, according to nurses who work at the Primary Health Care within the Regional Health in the countryside of Sao Paulo State. To reach the proposed objective, a non-experimental delineation, transversal, descriptive correlational and quantitative approach research was conducted. The study was performed with nurses working with the antenatal care at the Primary Health Care, in 18 out of 20 areas which comprises the Regional Health Department XIV. The sample consists of 89 nurses working within the Family Health Strategy who were responsible for the first antenatal care appointment as well as the monitoring of pregnant women seropositive for syphilis. For the data collection, the elaboration and validation were in accordance with the Delphi Technique, followed by the pilot-test after approval from the Ethics in Research Committee. The data collection was performed on a non-presential basis, with the use of electronic forms (Google forms). Statistical Chi Square Test and Fisher Exact were used to verify the relationship between the variables. As a result of the descriptive analysis, it is possible to perceive that 64.0% of nurses act in Family Health Strategy in less or equal period of 5 years, 77.5% stated to perform their antenatal care to seropositive pregnant women based on local protocol, 88.8% do not conduct subsequent antenatal appointment, 96.6% perform rapid test at the first antenatal appointment and 64.0% perform during the second and third quarters of the pregnancy; 48.3% mentioned having treated the pregnant women with their partners regardless of the rapid test results; 36.0% mentioned the non-administration of benzylpenicillin at the health establishment without the presence of a physician and 30.4% do not administer benzylpenicillin to seropositive pregnant women. For the inferential analysis, it was identified various associations in regards of how nurses base their care in local protocols to seropositive pregnant women, it was perceived that 63.6% ($p=0,000$) performed subsequent antenatal care appointment, 56.8% ($p=0.008$) performed rapid test in the first appointment and during the second and third quarters of the pregnancy and 55.7% ($p=0.019$) administered benzylpenicillin at the health establishment even in the absence of a physician. Although the nurses' opinion regarding the assistance to seropositive pregnant women have shown a greater participation rather than barriers, it is possible to identify some gaps in relation to the assistance offered and the existing protocols such as the non-prescription as well as non-administration of benzylpenicillin at the establishment, the absence of a subsequent appointment and the performance of rapid test only at the first appointment. It is expected that the actions highlighted in this study may contribute to improved practice and sensibility of nurses and managers respectively, by stimulating a reflexive process, the establishment of professional flows and empowerment for the antenatal care, to a humanized, resolute assistance that contributes to the achievement of the preconized congenital syphilis cases target from World Health Organization.

Keywords: Syphilis; Prenatal Care; Primary Health Care; Nursing Care; Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência das respostas de cada juiz (primeira rodada). Alfenas, MG. 2021.....	36
Tabela 2 -	Frequência absoluta das respostas dadas entre os juízes (primeira rodada). Alfenas, MG. 2021.....	36
Tabela 3 -	Frequência das respostas de cada juiz (segunda rodada). Alfenas, MG. 2021.....	37
Tabela 4 -	Frequência absoluta das respostas dadas entre os juízes (segunda rodada). Alfenas, MG. 2021.....	37
Tabela 5 -	Distribuição dos participantes segundo a cidade de atuação. DRS XIV, SP. 2022.....	46
Tabela 6 -	Distribuição dos participantes segundo o sexo e a idade. DRS XIV, SP. 2022.....	47
Tabela 7 -	Distribuição dos participantes segundo o tempo da graduação em enfermagem e o tempo total de atuação em eSF. DRS XIV, SP. 2022.....	47
Tabela 8 -	Distribuição dos participantes segundo a formação em relação à pós-graduação, atualização/aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos e ou capacitação/treinamento para realização de teste rápido. DRS XIV, SP. 2022	48
Tabela 9 -	Distribuição dos participantes segundo o protocolo de atendimento à gestante com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	49
Tabela 10 -	Distribuição dos participantes segundo a assistência do enfermeiro à gestante. DRS XIV, SP. 2022	50
Tabela 11 -	Distribuição dos participantes segundo a assistência do enfermeiro à gestante com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022	51
Tabela 12 -	Distribuição dos participantes segundo o conhecimento sobre a cicatriz sorológica e sobre a conduta mediante o teste	

	rápido reagente para sífilis da gestante, sem tratamento prévio documentado. DRS XIV, SP. 2022.....	52
Tabela 13 -	Distribuição dos participantes segundo o protocolo assistencial utilizado no tratamento de gestante com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	54
Tabela 14 -	Distribuição dos participantes segundo o seguimento de gestante com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022	56
Tabela 15 -	Distribuição dos participantes segundo a opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência do enfermeiro às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita. DRS XIV, SP. 2022.....	59
Tabela 16 -	Análise inferencial do tempo de atuação em eSF, tempo de graduação em Enfermagem, idade e se possui especialização e/ou mestrado e/ou doutorado. DRS XIV, SP. 2022.....	62
Tabela 17 -	Análise inferencial se possui capacitação/treinamento para realização de teste rápido para sífilis e idade. DRS XIV, SP. 2022	63
Tabela 18 -	Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e outras variáveis sobre a assistência pré-natal às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022	64
Tabela 19 -	Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e de variáveis sobre o protocolo de tratamento às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	66
Tabela 20 -	Análise inferencial da variável em que o enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes e o acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e a realização de testes rápidos para sífilis durante o pré-natal. DRS XIV, SP. 2022.....	70
Tabela 21 -	Análise inferencial de realização de teste rápido para sífilis no pré-natal e pré-natal do parceiro e acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis. DRS XIV, SP. 2022.	71

Tabela 22 - Análise inferencial do tratamento do parceiro e realização do pré-natal parceiro. DRS XIV, SP. 2022.....	72
Tabela 23 - Análise inferencial do acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e variáveis da assistência pré-natal pelo enfermeiro às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	73
Tabela 24 - Análise inferencial do acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e dos protocolos de tratamento para sífilis gestacional. DRS XIV, SP. 2022.....	75
Tabela 25 - Análise inferencial do conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência pré-natal às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	79
Tabela 26 - Análise inferencial do tempo de graduação em Enfermagem e se há discussão dos casos de SC no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil. DRS XIV, SP. 2022	80
Tabela 27 - Análise inferencial de atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos com as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	81
Tabela 28 - Análise inferencial do tempo de graduação em Enfermagem e apoio da Vigilância Epidemiológica no seguimento dos casos de SG. DRS XIV, SP. 2022.....	84
Tabela 29 - Análise inferencial de tempo de atuação em eSF e contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC. DRS XIV, SP. 2022.....	84
Tabela 30 - Análise inferencial das variáveis: possui especialização, mestrado e/ou doutorado e disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação. DRS XIV, SP. 2022...	85

Tabela 31 - Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e opiniões sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	86
Tabela 32 - Análise inferencial da variável em que enfermeiro realizou consultas pré-natais subsequentes no serviço em que atua e opiniões sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022	87
Tabela 33 - Análise inferencial de quando o enfermeiro realiza teste rápido para sífilis no pré-natal e opiniões sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	89
Tabela 34 - Análise inferencial de quem realiza a notificação compulsória em casos confirmados de sífilis e a adesão da gestante ao tratamento de sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	90
Tabela 35 - Análise inferencial do tratamento do parceiro e a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação. DRS XIV, SP. 2022.....	90
Tabela 36 - Análise inferencial da realização de pré-natal do parceiro e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	91
Tabela 37 - Análise inferencial da administração de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação mesmo sem a presença do médico e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	94
Tabela 38 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	96
Tabela 39 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta TR reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	98

Tabela 40 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	100
Tabela 41 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	102
Tabela 42 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante assintomática com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta TR reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022....	104
Tabela 43 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias que apresenta teste rápido reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022	106
Tabela 44 - Análise inferencial da busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento e disponibilidade de benzilpenicilina benzatina nas unidades. DRS XIV, SP. 2022.....	107
Tabela 45 - Análise inferencial do controle mensal com VDRL para monitoramento de cura e eficácia do tratamento de sífilis e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	108
Tabela 46 - Análise inferencial de discussão de casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	110
Tabela 47 - Análise inferencial das variáveis sobre se atualmente está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis e se	

	possui equipe completa na unidade de atuação. DRS XIV, SP. 2022	112
Tabela 48 -	Análise inferencial da variável sobre se as crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que atua e as variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência. DRS XIV, SP. 2022.....	113
Tabela 49 -	Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I – Caracterização do enfermeiro. DRS XIV, SP. 2022.....	179
Tabela 50 -	Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II – Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022.....	180
Tabela 51 -	Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte III – Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita. DRS XIV, SP. 2022.....	183
Tabela 52 -	Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP. 2022....	184
Tabela 53 -	Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022.....	193

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIMMFI	Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CTLN	Câmara Técnica de Legislação e Normas
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRSs	Departamentos Regionais de Saúde
ed.	Edição
ESF	Estratégia Saúde da Família
Esf	Equipe de Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FTA-ABS	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
n.	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	Página
PE	Pernambuco
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica

Profa.	Professora
PR	Paraná
RPR	Reagina Plasmática Rápido
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
SA	Sífilis Adquirida
SC	Sífilis Congênita
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SG	Sífilis Gestacional
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TRUST	<i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRG	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UI	Unidades Internacionais
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNIFAE	Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
UNIFEOB	Centro Universitário da Fundação de Ensino Octávio Bastos
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USR	<i>Unheated Serum Reagin</i>
v.	Volume
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

=	Igual
>	Maior
> =	Maior ou igual
<	Menor
< =	Menor ou igual
%	Porcentagem

APRESENTAÇÃO

No ano de 2004, meses antes de completar 20 anos fui admitida em uma clínica médica ginecológica para o cargo de secretária. A partir daí, fui me apaixonando pela área de saúde e pelo cuidar. Em 2006, ingressei na graduação de Enfermagem pela Fundação de Ensino Octávio Bastos (UNIFEOB), na cidade de São João da Boa Vista no Estado de São Paulo (SP). Era a primeira turma do curso em período noturno, trabalhava durante o dia e estudava à noite. Consegui o auxílio do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) no valor de 50%. No final do segundo ano da graduação, precisei trancar a matrícula por um ano, tive uma filha, e o trabalho mais os cuidados com a minha filha não me permitiam dedicação aos estudos como gostaria.

Concluí a graduação em dezembro de 2010 e em fevereiro de 2011 já estava registrada como enfermeira na clínica onde atuava. Os cuidados à saúde da mulher é uma grande paixão desde então. Em janeiro de 2013, ingressei como enfermeira em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e continuei em contato com as mulheres, agora portadoras de cânceres ginecológicos, onde realizava a assistência em todos os processos do seu tratamento. Em 2014, fui aprovada em dois concursos públicos em cidades no entorno de São João da Boa Vista, e optei pelo município de Vargem Grande do Sul/SP. Fui nomeada em janeiro de 2015, na função de enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), e no mesmo ano fui convidada a fazer parte da interlocução da saúde da mulher do município. Em setembro de 2018, iniciei a especialização em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) por meio do programa da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), com conclusão em março de 2019. Em abril do mesmo ano, fui convidada pela gestão municipal de Vargem Grande do Sul a ministrar a Formação de Agentes Comunitários de Saúde (1º Módulo) com carga horária de 200 horas, distribuídas em 8 horas semanais, oferecida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), como proposta do plano de capacitação aos agentes em todo o território nacional pactuada pelo Governo Federal. Não sabia até o momento o quanto adorava lecionar, os dias de curso eram os dias mais esperados por mim. Em outubro de 2019, foi aberto um concurso público na minha cidade para professor na graduação em Enfermagem no Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE) que é uma autarquia municipal. A minha pontuação na prova de títulos era bem menor em relação

aos candidatos que possuíam mestrado e doutorado, porém me inscrevi a fim de ter experiência. Para minha surpresa, fui aprovada em primeiro lugar, concorrendo com 17 profissionais.

Comecei a lecionar em fevereiro de 2020 no período noturno do primeiro Curso de Enfermagem da instituição, e daí comecei a buscar o ingresso no mestrado acadêmico. Entre as várias instituições pesquisadas, a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) sempre despertou mais a minha atenção e então comecei a estudar os meios para ingresso, havia uma grande barreira que era a questão do inglês. Então, em abril de 2020 comecei a fazer aulas particulares da língua inglesa. Em agosto de 2020, ingressei em duas disciplinas como aluna especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UNIFAL-MG. Ainda nesse mesmo ano, no mês de setembro, houve uma proposta da gestão do município de Vargem Grande do Sul, para assumir o Centro de Atendimento à Mulher, no qual iniciei no mesmo instante. Em novembro de 2020, participei do processo seletivo do PPGENF no programa de Mestrado na área de Processo de Cuidar em Enfermagem, onde consegui classificação em 5º lugar. Em seguida prestei a prova para proficiência em inglês do *Test of English for Academic Purposes* e consegui a pontuação necessária para concluir a matrícula no Programa. Em julho de 2021, recebo uma proposta da UNIFAE para ministrar aulas no curso de Medicina, em período vespertino. Assim solicitei exoneração e finalizei minha atuação na saúde pública de Vargem Grande do Sul.

Atualmente minha atuação profissional é exclusivamente na docência, ministrando aulas teóricas, preceptorias em campos de estágio, coordenando projetos de extensão e coordenando a Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde da Mulher da UNIFAE.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
2	JUSTIFICATIVA	29
3	OBJETIVOS	31
3.1	OBJETIVO GERAL	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4	MÉTODO	32
4.1	LOCAL DA PESQUISA	32
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	33
4.3	COLETA DE DADOS	33
4.3.1	Instrumento de coleta de dados	34
4.3.2	Etapas da coleta de dados	39
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	40
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	43
5	RESULTADOS	46
5.1	ANÁLISES DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS	47
5.1.1	Caracterização dos enfermeiros	47
5.1.2	Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis	49
5.1.3	Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita	58
5.2	ANÁLISES INFERENCIAIS DAS VARIÁVEIS	61
5.2.1	Caracterização dos enfermeiros	61
5.2.2	Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis.....	63
5.2.3	Opinião sobre facilitadores e barreiras na sua assistência à gestante com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita	78
5.2.4	Caracterização dos enfermeiros X Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis	79
5.2.5	Caracterização dos enfermeiros X Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita	83

5.2.6	Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis X Opinião sobre facilitadores e barreiras na sua assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congenita	85
6	DISCUSSÃO	114
6.1	DISCUSSÃO DAS ANÁLISES DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS	114
6.1.1	Caracterização dos enfermeiros	114
6.1.2	Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis	115
6.1.3	Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congenita	124
6.2	DISCUSSÃO DAS ANÁLISES INFERENCIAIS DAS VARIÁVEIS	129
6.2.1	Caracterização dos enfermeiros	129
6.2.2	Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis.....	130
6.2.3	Opinião sobre facilitadores e barreiras na sua assistência à gestante com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congenita	135
6.2.4	Caracterização dos enfermeiros X Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis	135
6.2.5	Caracterização dos enfermeiros X Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congenita	136
6.2.6	Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis X Opinião sobre facilitadores e barreiras na sua assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congenita	137
7	CONCLUSÃO	143
	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICES	160
	ANEXO	207

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença milenar causada pela bactéria *Treponema pallidum*, de contágio predominantemente por via sexual e vertical. A transmissão vertical é mais comum intraútero, mas também pode ocorrer durante o parto vaginal, se houver presença de lesões ativas. A taxa de transmissão da infecção aumenta quando há lesões sifilíticas mucocutâneas presentes nas fases primária e secundária da doença. Apesar de ser absolutamente tratável, vem causando enorme preocupação pelo número crescente de casos, e a incidência em gestantes é ainda mais preocupante pelo risco da transmissão vertical, ou seja, da sífilis congênita (SC) e suas graves intercorrências (ARAÚJO *et al.*, 2012; BRASIL, 2019; TSIMIS; SHEFFIELD, 2017).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer período da gestação e fase da doença, desde que a mulher não receba tratamento ou receba inadequadamente, com probabilidades de 70% a 100% nas fases primária, secundária e latente recente e aproximadamente 30% nas fases tardias (latente tardia e terciária). Após instalada a transmissão da SC, cerca de 40% dos casos podem evoluir para abortamento espontâneo, natimorto ou óbito perinatal (COOPER; SÁNCHEZ, 2018; SÃO PAULO, 2008; SÃO PAULO, 2016).

Desde o ano de 1986, a SC é uma doença instituída como de notificação compulsória, sendo incluída a sífilis gestacional (SG) em 2005 e a sífilis adquirida (SA) em 2010. Em 2017, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) publicou uma norma informativa atualizando os critérios para definição de casos para notificação de SA, SG e SC (BRASIL, 2005; BRASIL, 2017a).

A partir dessa normativa, a SC passa a seguir três situações para definição de diagnóstico, a saber: 1) todo recém-nascido (RN), natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada; 2) toda criança menor de 13 anos de idade com, pelo menos, uma das situações: - manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica da SC e teste não treponêmico reagente; - títulos de teste não treponêmico do lactente maiores do que os da mãe, em, pelo menos, duas diluições de amostra de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto; - títulos de testes não treponêmicos ascendentes em, pelo menos, duas diluições no seguimento da criança exposta; - títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade em crianças adequadamente tratadas no período neonatal; - testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio da

SC e; 3) por indícios de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto (BRASIL, 2017a).

De acordo com a World Health Organization (2016), estima-se que anualmente existam 357 milhões de novos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) curáveis entre pessoas de 15-49 anos de idade, dentre elas encontra-se a sífilis responsável por 6 milhões de casos por ano. A SG subnotificada ou maltratada leva a mais de 300.000 óbitos fetais e neonatais, a cada ano, e coloca ainda mais de 215.000 RN em risco para morte prematura. Estudo realizado nos Estados Unidos (TSAI *et al.*, 2019) registrou, entre os anos de 2013 a 2017, aumento dos números de casos de SC, foram 918 casos notificados somente em 2017, e que 50% a 80% das mulheres grávidas com sífilis apresentaram resultados de gravidez adversos, incluindo natimorto ou abortamento espontâneo.

O último boletim realizado no Brasil mostra aumento de casos de SG e mortes por SC e que podem ser ainda maiores pela possibilidade de subnotificação devido à pandemia do *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). Em 2020, foram notificados 115.371 casos de SA (54,5 casos por 100.000 habitantes), 61.441 casos de SG (21,6 casos por 1.000 nascidos vivos), 22.065 casos de SC (7,7 casos por 1.000 nascidos vivos) e 186 óbitos por SC (6,5 casos por 100.000 nascidos vivos). Em 2019, eram 152.915 casos de SA (72,8 casos por 100.000 habitantes), 61.127 casos de SG (20,8 por 1.000 nascidos vivos), 24.130 casos de SC (8,2 casos por 1.000 nascidos vivos) e 173 óbitos por SC (5,9 casos por 100.000 nascidos vivos). Apesar de uma possível queda nas taxas de SC, o Brasil ainda está muito distante da meta estipulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de que até 2030 tenha no máximo 0,5 caso de SC a cada 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021a; WHO, 2017).

No Estado de São Paulo, a situação não é diferente, em 2020 foram notificados 25.717 casos de SA (55,6 casos por 100.000 habitantes), 11.981 casos de SG (20,5 casos por 1.000 nascidos vivos), 3.242 casos de SC (5,6 casos por 1.000 nascidos vivos) e 26 óbitos por SC (4,5 casos por 100.000 nascidos vivos). Em 2019, foram notificados 34.140 de SA (74,3 casos por 100.000 habitantes), 11.440 casos de SG (18,9 casos por 1.000 nascidos vivos), 3.616 casos de SC (6,0 casos por 1.000 nascidos vivos) e 15 óbitos por SC (2,5 casos por 100.000 nascidos vivos). Observa-se que apesar das taxas de incidência serem menores em relação ao Brasil, ainda são altas e longe das preconizadas pela OMS (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2021a).

Estudos apontam que a elevação dos indicadores da SC está intimamente ligada à baixa escolaridade da gestante somada à assistência pré-natal inadequada, e que os esforços devem ser não somente em estratégia de melhoria da qualidade da assistência, mas também em identificar as mulheres com risco elevado e colocá-las em cuidados permanentes. Outros fatores são considerados como as desigualdades regionais e sociais de acesso aos serviços de saúde e também a ausência de tratamento do parceiro (BENZAKEN *et al.*, 2020; DOMINGUES *et al.*, 2014).

Os testes existentes para diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos ou em campo escuro e os testes imunológicos ou sorológicos que são classificados em treponêmicos e não treponêmicos. No primeiro caso, o material analisado é o exsudato presente nas lesões provenientes da fase primária e secundária da doença e no segundo caso mediante amostras sanguíneas (plasma e soro) e pelo líquido cefalorraquidiano (BRASIL, 2016a).

Os testes imunológicos ou sorológicos são os mais empregados para o diagnóstico de sífilis, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os testes treponêmicos detectam anticorpos antitreponêmicos, como os testes rápidos e o FTA-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test*) por exemplo, estes permanecem reagentes por longos períodos, mesmo após o tratamento efetivo da doença. Os testes não treponêmicos detectam anticorpos não treponêmicos, porém que estão presentes na sífilis e podem ser: qualitativos, rotineiramente são utilizados como testes de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não; ou quantitativos, utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo e também para o monitoramento da resposta ao tratamento. São metodologias não treponêmicas utilizadas no Brasil, segundo a Portaria 3.242 de 30 de novembro de 2011 do Ministério da Saúde (MS): *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL); Teste de Reagina Plasmática Rápido (RPR; *Unheated Serum Reagin* (USR) e *Toluidine Red Unheated Serum Test* (TRUST). A metodologia mais utilizada na saúde pública brasileira é o VDRL e o RPR, no qual o resultado se dá por meio de títulos, indicados pela última diluição da amostra que ainda apresenta reatividade ou floculação visível (BRASIL, 2011a, BRASIL, 2016a; BRASIL, 2020b; SÃO PAULO, 2016).

Em gestantes com testes treponêmicos reagentes para sífilis, deve-se atentar aos critérios para definição de cicatriz sorológica ou memória imunológica que deve ser definida quando há um teste treponêmico reagente, tratamento prévio adequado

e documentado e teste não treponêmico não reagente ou com queda de titulação em, pelo menos, duas diluições após tratamento (BRASIL, 2020b; SÃO PAULO, 2016).

Após determinado o diagnóstico, deve-se classificar o estágio da infecção, que pode ser: a) sífilis recente primária que é quando ocorre o aparecimento do cancro duro, geralmente nas partes genitais, mas também pode ocorrer nos lábios ou outra parte do corpo; b) recente secundária que é quando surgem as alterações dermatológicas, caracterizadas por lesões disseminadas em pele e mucosas; c) sífilis latente recente, que se caracteriza por ser assintomática e percorre até um ano da infecção; d) sífilis latente tardia que evolui há um ano ou mais da infecção, também assintomática; e) sífilis terciária que pode ocorrer de 1 a 40 anos, na qual ocorrem as lesões de órgãos como o coração e o sistema nervoso central, tais lesões são irreversíveis e; f) neurosífilis, quando há envolvimento do sistema nervoso central pelo treponema, podendo ocorrer em qualquer estágio de sífilis (BRASIL, 2020b).

O tratamento indicado e considerado adequado para gestante com diagnóstico de sífilis é a benzilpenicilina benzatina que deve ser administrada logo após um teste reagente, com a dose correspondente ao seu estágio e, pelo menos, 30 dias antes do parto. Outro fato importante a ser considerado é que quanto mais cedo for realizado, menor exposição e risco de infecção para o concepto. A benzilpenicilina benzatina é segura, disponível, e a melhor opção de tratamento da mãe e do feto, e não há evidências de resistência do *Treponema pallidum* à benzilpenicilina no Brasil e no mundo. Os profissionais de saúde devem garantir o tratamento em tempo oportuno, além de registrá-lo na caderneta da gestante, e assim prevenir que o RN seja submetido a intervenções desnecessárias e de risco (LIU *et al.*, 2021; BRASIL, 2020b; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL-UFRG, 2020).

É fundamental conhecer o estágio de sífilis para definir a dose correta para o tratamento com benzilpenicilina benzatina, pois há variações de doses de acordo com o seu estágio, e na impossibilidade de classificação, a infecção da gestante deve ser considerada como sífilis latente tardia e tratada com a maior dose preconizada, ou seja, três doses de 2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina por via intramuscular com intervalo entre as doses de sete dias, e não deve haver interrupção do tratamento, devendo ser reiniciado se o tempo de intervalo entre as doses for maior que 14 dias (SÃO PAULO, 2016; BRASIL, 2020b).

O diagnóstico e o estadiamento de sífilis se dão por meio da correlação da anamnese da gestante, dados clínicos, exame físico, resultados dos testes, histórico

de infecções prévias devidamente documentadas e tempo de exposição ao *Treponema*. Para correta prescrição das doses de benzilpenicilina benzatina, é necessária definição do estágio em sífilis recente (primária, secundária e latente recente) no qual serão indicados 2.400.000 UI de dose única, no momento da realização do teste rápido e ausência de tratamento documentado, e 7.200.000 UI (2.400.000 UI a cada sete dias) em estágios tardios (terciária, latente tardia ou latente com duração ignorada) (BRASIL, 2020b).

O parceiro deverá ser tratado independentemente do resultado do teste, treponêmico ou não treponêmico, que deverá seguir com a anamnese para definição de estágio, se assintomático e resultado do teste para sífilis negativo a dose prescrita deverá ser de 2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina dose única, se teste positivo, a prescrição se dará conforme classificação do estágio de sífilis (BRASIL, 2020b; SÃO PAULO, 2016).

Deve-se considerar a SG como uma emergência fetal, devido à elevada proporção de mortes fetais precoces ou tardias relacionadas à falta de tratamento. A sífilis não tratada ou tratada inadequadamente durante a gravidez, além dos desfechos descritos, também pode ocasionar distúrbios infantis, como surdez, comprometimento neurológico e deformidades ósseas. O tratamento deve ocorrer imediatamente, mesmo em gestante assintomática, após um teste reagente para sífilis. Independentemente de ser realizado o tratamento a seguir do teste rápido reagente, são necessárias a coleta ou a solicitação imediata do teste não treponêmico e repetir a cada 30 dias para controle de cura e eficácia do tratamento. O tratamento com benzilpenicilina benzatina, nos casos de SG, é 98% eficaz na prevenção da SC (BRASIL, 2020b; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION-CDC, 2015; DOMINGUES *et al.*, 2021).

A WHO vem lançando, desde 2007, metas globais para obter a diminuição da SC, e coloca sua incidência como uma ameaça à saúde pública até 2030, e também metas para outras ISTs com possibilidade de transmissão vertical como o HIV e a Hepatite B (WHO, 2017).

Como estratégia para melhoria da qualidade da assistência pré-natal no Brasil, em 2011 foi criada a Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e melhorar a qualidade da assistência, dentre as ações pactuadas encontram-se a prevenção e o tratamento das ISTs com financiamento de testes rápidos de sífilis e HIV pelo MS (BRASIL, 2011b).

Por meio da Rede Cegonha, outras portarias foram criadas a fim de aumentar autonomia e responsabilidade do enfermeiro da Atenção Básica (AB) na assistência pré-natal. Em 27 de dezembro de 2011, a Portaria 3.161 instituiu e reforçou a administração obrigatória da penicilina pelos profissionais da AB, por ser a única opção viável para o tratamento de SG e também instituiu a necessidade da prescrição nesses casos pelo profissional enfermeiro, porém estudos mostram que essa resistência ainda existe (ARAÚJO; SOUZA, 2020; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2015; BRASIL, 2020b).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), criada em 2012 e reformulada em 2017, inseriu a AB como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, a porta de entrada dos serviços de saúde, e determinada a ser resolutiva, utilizando-se de diversas tecnologias de cuidados individuais e coletivos e oferecendo uma clínica efetiva, capaz de criar vínculos afetivos e intervenções clínicas e sanitárias eficientes (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017b).

Diante desse contexto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) emitiu uma Nota Técnica, explanando a importância do profissional enfermeiro no manejo das ISTs nos serviços públicos, e defendeu a administração de benzilpenicilina benzatina em todas as unidades básicas de saúde (UBSs), mediante prescrição do profissional médico ou enfermeiro, em casos específicos, diante de protocolos municipais, estaduais ou federais (COFEN, 2017).

A consulta de Enfermagem, dentre outras atividades do enfermeiro como prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, está regulamentada pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. É uma atividade independente realizada privativamente pelo enfermeiro e no contexto da assistência pré-natal, tem como objetivo propiciar condições para a promoção de saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, com uma abordagem clara e participativa. O profissional enfermeiro está habilitado a acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde (BRASIL, 2013a; COFEN, 1986).

Apesar de ser um tema de grande relevância e preocupação para a saúde pública, não só brasileira como mundial, é preciso entender como uma doença tratável, com tratamento de baixo custo e fácil disponibilidade, ainda possui alta incidência e baixa efetividade no tratamento (CAVALCANTE; PEREIRA; CASTRO, 2017).

Ao contrário de muitas infecções neonatais, a SC é uma causa perinatal evitável, dependente apenas de diagnóstico oportuno e tratamento adequado, portanto seu controle está relacionado diretamente à qualidade da assistência pré-natal, justificando a necessidade de monitoramento e avaliação dessa assistência (CARDOSO *et al.*, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

A SC é uma doença infectocontagiosa evitável e que está intimamente ligada à assistência pré-natal de qualidade, que garanta o diagnóstico da SG precoce e ofereça tratamento adequado e oportuno. Entretanto, apesar dos esforços de todas as esferas de saúde, permanece ainda como um grave problema de saúde pública. Nos casos da SC, destacam-se as falhas na testagem durante o pré-natal ou do tratamento inadequado ou ausente de SG, o que reflete uma assistência pré-natal de má qualidade (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Estudo recente realizado no Brasil identificou que a taxa de SA apresentou um aumento substancial, de 12,3 por 100.000 habitantes em 2011 para 81,4 em 2017, o que significa uma taxa bruta de crescimento de 561%. A SG apresentou um aumento de 2,2 por 1.000 nascidos vivos em 2007 para 16,9 em 2017, o que significa uma taxa bruta de crescimento de 660%. A SC apresentou uma taxa de 2,00 casos por 1.000 nascidos vivos em 2007, saltando para 8,8 em 2017 (taxa de crescimento bruto de 338%). É preciso melhorar o acesso e a qualidade no atendimento pré-natal, principalmente com medidas focadas no treinamento de profissionais de saúde da atenção primária, para aumentar a oferta de testes treponêmicos (testes rápidos) na primeira consulta pré-natal e também no desenvolvimento de programas de intervenção direcionados aos grupos vulneráveis (SANTOS *et al.*, 2020).

No Estado de São Paulo, no ano de 2020, a taxa de incidência por mil nascidos vivos foi de 20,5 casos de SG e 5,6 casos da SC. A situação da regional de saúde do Estado de São Paulo, denominada Departamento Regional de Saúde (DRS) XIV, apesar de pouco mais favorável em relação a do Estado e do Brasil, as taxas da SC apresentam-se ainda longe da meta estipulada pela OMS de 0,5 caso por mil nascidos vivos. Em 2019 a taxa de incidência a cada mil nascidos vivos foi de 12,5 casos de SG e 4,6 casos da SC, desses casos observam-se ainda três abortamentos e três natimortos por consequência da doença (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b; WHO, 2017).

O MS e a SES-SP têm proporcionado aos profissionais de saúde vários Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas com atualizações em relação ao tratamento da gestante com sífilis, como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical

do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, e o Guia de Bolso para o Manejo de sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, esse último tem sido o protocolo norteador do Estado de São Paulo. Esses protocolos priorizam o tratamento com a benzilpenicilina benzatina, desde a primeira consulta pré-natal, e o tratamento do parceiro concomitantemente, independentemente de ter um teste reagente, para que seja considerado um tratamento adequado. Citam, ainda, que a cada semana que uma gestante com sífilis passa sem tratamento é mais tempo de exposição e risco de contaminação ao concepto (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2022; SÃO PAULO, 2016).

Apesar de políticas públicas claras e definidas, disponibilização de testes rápidos para detecção de sífilis e da indicação de disponibilização e administração de benzilpenicilina benzatina na atenção básica de saúde, a incidência da SC é crescente, como se pode observar nos textos sobrescritos.

Assim, a motivação para a condução do presente estudo é fruto da necessidade de entender como ocorre a assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) realizada pelos enfermeiros que atuam na primeira consulta e no acompanhamento daquelas gestantes com diagnóstico de sífilis. O enfermeiro é o principal responsável por essa assistência pré-natal no âmbito da saúde pública brasileira, ele é responsável pela captação precoce das gestantes, pelo diagnóstico através dos testes rápidos e pelo tratamento oportuno e adequado das gestantes e suas parcerias, ou seja, o enfermeiro está presente em todas as fases relacionadas ao acompanhamento da gestante com diagnóstico de sífilis e da criança exposta ou com sífilis após o seu nascimento. É preciso entender os fatos que levam as taxas de SC a continuarem crescentes e distantes da meta preconizada, e assim, contribuir para implementação de uma assistência pré-natal de qualidade, garantindo segurança e saúde para a gestante, feto e parceria.

3 OBJETIVOS

A seguir são apresentados os objetivos do presente estudo:

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como ocorre a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, em uma regional do interior do Estado de São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos da presente pesquisa:

- a) Caracterizar os enfermeiros que atuam na assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- b) Conhecer a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, realizada pelo enfermeiro, na ESF;
- c) Conhecer a opinião dos enfermeiros que atuam na assistência pré-natal na ESF sobre o diagnóstico e o tratamento de sífilis nas gestantes;
- d) Verificar existência de associação entre variáveis de caracterização do enfermeiro, entre variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis e entre variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita;
- e) Verificar existência de associação entre as variáveis de caracterização do enfermeiro com as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis e com as variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita;
- f) Verificar existência de associação entre as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis com as variáveis opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento não experimental, transversal, do tipo correlacional descritivo, com abordagem quantitativa.

O delineamento de pesquisa não experimental (observacional) é utilizado em situações na qual o pesquisador não deseja intervir ou mudar os resultados e sim construir um retrato do fenômeno, explorar eventos, pessoas ou situações de forma observacional, ou seja, o pesquisador não interfere por manipulação da variável independente (POLIT; BECK, 2019).

Ainda de acordo com as autoras sobrescritas, os modelos transversais envolvem a coleta de dados em um determinado ponto temporal, e as variáveis estudadas são contempladas em um único período com o intuito de descrever o estado ou relações entre elas.

A pesquisa descritiva tem como finalidade observar, descrever e registrar com precisão as características de determinada amostra, fenômeno ou relações entre variáveis. No modelo de estudo correlacional descritivo, os pesquisadores procuram descrever relações entre as variáveis, sem tentar inferir conexões causais (POLIT; BECK, 2019).

As autoras citam ainda, que a pesquisa quantitativa consiste na reprodução de informações numéricas resultantes de determinado tipo de medição formal e quantificação precisa, a qual necessita de técnicas estatísticas para avaliação dos resultados. A interpretação de resultados nesse tipo de pesquisa requer que o significado clínico dos achados do estudo seja considerado, assim como a significância estatística dos resultados.

4.1 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado nos serviços de APS, classificados em ESF dos municípios que compõem uma regional de saúde brasileira, situada no interior do Estado de São Paulo, denominada Departamento Regional de Saúde (DRS) XIV. A divisão administrativa da SES-SP se faz pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs), atendendo ao Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio desse Decreto, o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde que são

responsáveis por coordenar as atividades da SES em âmbito regional e promover a articulação com os municípios. A DRS em estudo possui seu departamento técnico na cidade de São João da Boa Vista/SP e é composta por 20 municípios: Aguai, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Estiva Gerbi, Itapira, Itobi, Mococa, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba e Vargem Grande do Sul (SÃO PAULO, 2006).

A referida regional, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conta atualmente com 113 Equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2021c).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população de estudo constituiu-se por todos os enfermeiros que atuavam nas 113 Equipes de Saúde da Família (eSFs) dos municípios que compõem a DRS XIV e que são responsáveis pela assistência pré-natal das gestantes na APS. Nesse sentido a população foi composta por 156 enfermeiros, de ambos os sexos.

Neste estudo, foram adotados como critérios de seleção enfermeiros que atuam na ESF e realizam a consulta pré-natal às gestantes, e que tenham pelo menos seis meses de atuação em ESF (pelo tempo de experiência na assistência pré-natal).

Dessa forma, respeitando os critérios de elegibilidade, a amostra do presente estudo constituiu-se de 89 enfermeiros de 18 municípios que abrangem a DRS XIV, visto que os enfermeiros das cidades de Caconde e Santa Cruz das Palmeiras não aderiram à pesquisa. Para o cálculo da amostra, foi utilizada a fórmula segundo Arango (2009), na qual há uma correção para quando o tamanho populacional é conhecido. Portanto, foi utilizado um tamanho de efeito de 0,5 com um poder de 80%.

4.3 COLETA DE DADOS

O período de coleta de dados foi realizado de 08 de novembro de 2021 a 20 de janeiro de 2022.

4.3.1 Instrumento de coleta de dados

A partir de leituras de protocolos assistenciais às gestantes com diagnóstico de sífilis publicados pelo MS e SES-SP (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020b; SÃO PAULO, 2016) e baseando-se nos objetivos do estudo proposto, foi elaborado pelas pesquisadoras deste estudo um instrumento de coleta de dados semiestruturado de autorrelato quantitativo através de formulário eletrônico (*Google forms*). O instrumento continha 40 questões, sendo 39 de múltipla escolha e uma discursiva, estruturado em três partes: I - Caracterização do Enfermeiro, II - Assistência Pré-Natal às Gestantes com Diagnóstico de Sífilis e III - Opinião sobre Facilitadores e Barreiras na Assistência do Enfermeiro às Gestantes com Diagnóstico de Sífilis para Prevenção da Sífilis Congênita.

Para Polit e Beck (2019), os questionários por mídias virtuais são muito econômicos e um recurso importante para abrangência da pesquisa. Oferecem possibilidades de anonimato e privacidade notável, o que pode ser positivo sobre informações de comportamentos não convencionais. A ausência do entrevistador evita desvios de posturas influenciadas pela presença do autor.

Cabe destacar que esse instrumento foi submetido à validação de conteúdo, após aprovação do presente estudo no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO A), segundo a técnica *Delphi*, por sete juízes *expertises* na área de enfermagem na saúde da mulher e estratégia saúde da família, sendo quatro enfermeiros assistenciais e três enfermeiros docentes do ensino superior. Esses profissionais analisaram o instrumento quanto à forma de apresentação, ao conteúdo elaborado e a sua aplicabilidade, relacionando o instrumento com a sua capacidade de atingir os objetivos propostos na presente pesquisa.

Segundo Lindeman (1975 *apud* FARO, 1997), a técnica *Delphi* foi desenvolvida pelo matemático e filósofo Dr. Olav Helmer e surgiu como tentativa de poder fazer previsões a longo prazo, utilizando o uso sistemático de suposições intuitivas de um grande número de peritos, especialistas ou *experts*.

A técnica *Delphi* permite construir e validar informações pelo consenso de especialistas, através de método sistematizado de julgamento de informações sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos. No segundo ciclo, as questões são modificadas com base nas respostas obtidas e são novamente apresentadas aos especialistas. No terceiro ciclo, o pesquisador decidirá os pontos a

serem mantidos ou corrigidos, buscando um consenso. Esses julgamentos são realizados de forma coletiva por *expertises* da área em questão, chamados peritos ou juízes. O nível de consenso é reservado ao pesquisador e varia de 50% a 100%. A principal vantagem do uso dessa técnica se dá por não haver interação entre os especialistas, evitando influências, além das vantagens econômicas por dispensar transporte, tempo e outros (CASTRO; REZENDE, 2009; SILVA; MONTILHA, 2021; ZARILLI *et al.*, 2021).

O instrumento de coleta de dados circulou entre os juízes e foi avaliado até que um consenso fosse obtido. O nível de concordância utilizado como critério de corte para obtenção deste consenso ficou definido em 80%. Os dados numéricos obtidos das avaliações dos juízes foram tabulados por meio de frequências e teste Kappa® (CONGER, 1980).

Foi encaminhado para cada juiz um e-mail com uma instrução (APÊNDICE A), acompanhado do Termo de Compromisso (APÊNDICE B) que foi assinado e devolvido no prazo de até sete dias após o recebimento, também por e-mail. Concomitantemente a esse e-mail, iniciou-se a primeira rodada para validação, na qual foi enviado o instrumento para avaliação e devolvido com as sugestões pertinentes de cada um, sendo avaliada a concordância entre eles, com consenso de 69,6% (TABELAS 1 e 2). Foram acatadas 60% das sugestões dos juízes pelas pesquisadoras. Entre as sugestões acatadas estão acréscimo de oito questões sobre o detalhamento da assistência pré-natal ofertada, acréscimo de opções de algumas respostas para melhor elucidação do conhecimento do enfermeiro em relação à pergunta e adequações às descrições de questões para melhor entendimento. As sugestões que foram rejeitadas pelas pesquisadoras foram as que não se enquadravam aos objetivos da pesquisa.

Tabela 1 - Frequência das respostas de cada juiz (primeira rodada). Alfenas, MG. 2021

Juiz	Concordância		Total
	Sim	Não	
1	21 (52,5%)	19 (47,5%)	40 (100,0%)
2	31 (77,5%)	9 (22,5%)	40 (100,0%)
3	40 (100,0%)	0 (0,0%)	40 (100,0%)
4	33 (82,5%)	7 (17,5%)	40 (100,0%)
5	15 (37,5%)	25 (62,5%)	40 (100,0%)
6	40 (100,0%)	0 (0,0%)	40 (100,0%)
7	15 (37,5%)	25 (62,5%)	40 (100,0%)
Média	27,8 (69,6%)	12,2 (30,4%)	40 (100,0%)

Fonte: da autora (2022).

Por meio da Tabela 1 é possível notar que os juízes 3 e 6 disseram sim para todas as avaliações que fizeram. Dessa forma não há nenhuma variabilidade dentro das respostas desses juízes.

Tabela 2 - Frequência absoluta das respostas dadas entre os juízes (primeira rodada). Alfenas, MG. 2021

Juiz	n= 40					
	2	3	4	5	6	7
1	24 (60,0%)	21 (52,5%)	20 (50,0%)	28 (70,0%)	21 (52,5%)	14 (35,0%)
2	-	31 (77,5%)	32 (80,0%)	22 (55,0%)	31 (77,5%)	20 (50,0%)
3	-	-	33 (82,5%)	15 (37,5%)	40 (100,0%)	15 (37,5%)
4	-	-	-	18 (45,0%)	33 (82,5%)	12 (30,0%)
5	-	-	-	-	15 (37,5%)	18 (45,0%)
6	-	-	-	-	-	15 (37,5%)

Fonte: da autora (2022).

Observa-se, por meio da Tabela 2, que os juízes 3 e 6 apresentaram compatibilidade em todas as respostas, ou seja, deram a resposta igual para todas as avaliações.

Posteriormente à adequação das sugestões dos especialistas, iniciou-se a segunda rodada, novamente o instrumento circulou entre eles, onde foi acordado novamente uma devolutiva de até sete dias. Na segunda rodada, houve consenso de 97,3% de concordância entre os juízes, as sugestões foram em relação à descrição de algumas questões para facilitar o entendimento, e todas as sugestões dessa rodada foram acatadas. Com isso, foi concluída essa etapa de validação do instrumento (TABELAS 3 e 4).

Tabela 3 - Frequência das respostas de cada juiz (segunda rodada). Alfenas, MG. 2021

Juiz	Concordância		Total
	Sim	Não	
1	48 (100,0%)	0 (0,0%)	48 (100,0%)
2	48 (100,0%)	0 (0,0%)	48 (100,0%)
3	48 (100,0%)	0 (0,0%)	48 (100,0%)
4	45 (93,8%)	3 (6,2%)	48 (100,0%)
5	43 (89,6%)	5 (10,4%)	48 (100,0%)
6	48 (100,0%)	0 (0,0%)	48 (100,0%)
7	47 (97,9%)	1 (2,1%)	48 (100,0%)
Média	46,7 (97,3%)	1,3 (2,7%)	48 (100,0%)

Fonte: da autora (2022).

Por meio da Tabela 3 é possível notar que os juízes 1,2,3 e 6 disseram sim para todas as avaliações que fizeram. Dessa forma não há nenhuma variabilidade dentro das respostas desses juízes.

Tabela 4 - Frequência absoluta das respostas dadas entre os juízes (segunda rodada). Alfenas, MG. 2021

Juiz	n= 48					
	2	3	4	5	6	7
1	48(100,0%)	48(100,0%)	45(93,7%)	43(89,6%)	48(100,0%)	47(97,9%)
2	-	48(100,0%)	45(93,7%)	43(89,6%)	48(100,0%)	47(97,9%)
3	-	-	45(93,7%)	43(89,6%)	48(100,0%)	47(97,9%)
4	-	-	-	40(83,3%)	45(93,7%)	44(91,6%)
5	-	-	-	-	43(89,6%)	42(87,5%)
6	-	-	-	-	-	47(97,9%)

Fonte: da autora (2022).

Observa-se, por meio da Tabela 4, que os juízes 1 e 2, 1 e 3, 1 e 6, 2 e 3, 2 e 6, 3 e 6 apresentaram compatibilidade em todas as respostas, ou seja, deram a resposta igual para todas as avaliações.

Tendo em vista não variabilidade dentro e entre as respostas de alguns juízes, não foi possível obter um coeficiente kappa[®] múltiplo confiável, pois o cálculo desse envolve uma variabilidade que se apresentou nula/baixa. Porém, esses dados são satisfatórios para a pesquisa, considerando o alto grau de concordância entre os juízes participantes (CONGER, 1980; FLEISS; LEVIN; PAIK, 2003).

Após a conclusão da validação de conteúdo pela técnica *Delphi*, o instrumento foi encaminhado para realização de teste-piloto, com enfermeiros que prestam assistência pré-natal na ESF e que não fazem parte da população do estudo, no qual foi avaliado conforme entendimento e aplicabilidade. O número de enfermeiros para o teste-piloto foi de 10% do total da população de estudo. Esses enfermeiros foram orientados sobre a pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (POLIT; BECK, 2019).

O pré-teste ou teste-piloto é um recurso destinado a determinar se o instrumento é útil e capaz de atingir o objetivo, que é gerar informações desejadas. Outros autores corroboram e citam que a realização do teste-piloto é um item primordial na validação do instrumento de coleta de dados (POLIT; BECK, 2019; THOMAS; OENNING; GOULART, 2018).

Foi enviado e-mail com convite para os enfermeiros candidatos a participar do teste-piloto (APÊNDICE C), contendo texto com explicações sobre a pesquisa, os objetivos, o resumo do conteúdo do instrumento de coleta de dados (tópicos abordados), tempo previsto para participação (máximo 40 minutos), aspectos éticos e *link* para responder ao instrumento, sendo solicitada devolutiva em até sete dias. Ressalta-se que esses enfermeiros não fazem parte do DRS XIV, porém cumprem demais critérios de seleção do presente estudo. Foram enviados 28 convites, com retorno de 15 enfermeiros, que foi suficiente considerando que o teste-piloto deve ocorrer com 10% do total da população de estudo (n= 156). Após responderem ao instrumento de coleta de dados, esses enfermeiros foram indagados quanto ao entendimento das questões e dificuldades encontradas para responder ao questionário. O instrumento de coleta de dados foi de fácil entendimento para 86,5% dos enfermeiros (n=13), apresentou dificuldades em responder para 13,3% (n=2) e tiveram dificuldade em relação à falta de conhecimento dos protocolos descritos 33,3% (n=5). As sugestões apontadas pelos enfermeiros foram em relação à descrição das questões, e todas foram acatadas pelas pesquisadoras.

Finalmente, após o teste-piloto, o instrumento de coleta de dados foi finalizado e consta de 48 questões divididas em três partes (APÊNDICE D).

4.3.2 Etapas da coleta de dados

Após validação do instrumento de coleta de dados e realização do teste-piloto, iniciou-se a coleta de dados que ocorreu de forma não presencial, por meio de formulário eletrônico (*Google Forms*). Primeiramente, foi realizado contato telefônico com a coordenação da APS dos 20 municípios que integram a DRS XIV, para apresentação prévia da pesquisa e da pesquisadora. Após esse contato, foi enviado e-mail com as informações pertinentes sobre a pesquisa e a solicitação dos contatos dos enfermeiros que atuam na ESF do município. Adicionalmente a esse e-mail, foi solicitado à coordenação que fizesse um contato prévio com esses enfermeiros informando a ciência sobre a pesquisa e o envio dos contatos à pesquisadora.

Os coordenadores da APS retornaram o e-mail, de dois a 15 dias após envio, com os contatos dos enfermeiros: e-mail e número de *WhatsApp*. O contato com os enfermeiros se concretizou por ambas as maneiras com envio de convite aos participantes (APÊNDICE E), contendo texto com explicações sobre a pesquisa, os objetivos, o resumo do conteúdo do instrumento de coleta de dados (tópicos abordados), tempo previsto para participação (máximo 40 minutos), aspectos éticos e *link* para responder ao instrumento. Enfatiza-se que, nesse momento, foi esclarecido ao candidato à participante da pesquisa que antes de responder às perguntas disponibilizadas em ambiente virtual (formulário eletrônico de coleta de dados), seria apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F), no qual o consentimento se dará pela seleção da opção “() CONCORDO” no TCLE. Orientada ainda a importância de o participante da pesquisa guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico, o qual foi enviado automaticamente por e-mail, após o término da sua participação no estudo.

Ressalta-se que, para proteção, segurança e garantia dos direitos dos participantes da pesquisa, de acordo com as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, o convite para participação na pesquisa não constou da utilização de listas que permitam a identificação dos convidados nem a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone e outros) por terceiros, ou seja, os convites foram enviados de forma individual com apenas um remetente e um destinatário. O participante da pesquisa teve acesso às perguntas somente depois de dado o seu consentimento.

Foi solicitada a devolução do instrumento de coleta de dados preenchido em um período de sete dias, a contar do seu recebimento. Quando não houve retorno dos instrumentos preenchidos nesse prazo, foi realizado novo contato telefônico e/ou por e-mail com os enfermeiros para esclarecimentos de dúvidas, verificação do recebimento do convite para participação na pesquisa e *link* e o encorajamento da devolução do instrumento preenchido e foram dados mais sete dias. Essa etapa foi repetida até duas vezes, a fim de garantir os direitos dos participantes.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme a característica deste estudo, a análise dos dados foi realizada na forma descritiva e inferencial.

A estatística é uma ciência que promove os princípios e os métodos para coleta, organização, resumo, análise e interpretação de dados (VIEIRA, 2016).

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do *Microsoft Excel*, utilizada a técnica de dupla digitação, codificados os dados e analisados por meio do *software Statistical Analysis System (SAS)*, 2002-2012, versão 9.4.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva por meio de tabelas para melhor visualização e contextualização das informações obtidas. Os resultados foram apresentados em tabelas com valores absolutos e percentuais, e as variáveis numéricas resumidas por meio de medidas de posição e dispersão.

Posteriormente, foram utilizados os testes não paramétricos Qui-Quadrado e Exato de Fisher para verificar existência de associação entre algumas variáveis da Parte I do instrumento de coleta de dados (ano de conclusão da graduação em Enfermagem, tempo total de atuação em eSF, possui especialização e/ou mestrado e/ou doutorado e se sim qual(is), realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos e possui capacitação/treinamento para realização de teste rápido para sífilis), da Parte II (existe um protocolo municipal de atendimento do enfermeiro à gestante com diagnóstico de sífilis, se não há protocolo municipal o atendimento baseia-se no que o enfermeiro é responsável pelo primeiro atendimento pré-natal no serviço que atua, o enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço que atua, realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal, realiza teste rápido para sífilis no segundo e terceiro no trimestres gestacionais, o

parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante, é realizada administração de benzilpenicilina benzatina na unidade que atua mesmo sem a presença do médico, qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente, há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis, para que não haja interrupção do tratamento, se a gestante estiver em tratamento, com prescrição de 7.200.000 UI benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalos de sete dias e se não receber uma das doses qual é a conduta, se à gestante com diagnóstico de sífilis é solicitado após o tratamento o exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez, para monitoramento de cura e eficácia do tratamento, são discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município que atua, atualmente está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis, houve algum desfecho da sífilis congênita, durante sua assistência pré-natal) e da Parte III (acesso fácil e rápido ao exame VDRL pelo SUS para confirmação diagnóstica e controle de cura, conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis, acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis, contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita, contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita, contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento às gestantes com sífilis, apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional, adesão da gestante ao tratamento proposto, participação e colaboração do parceiro, tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal, autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis, colaboração da eSF no atendimento à gestante com sífilis).

Adicionalmente foram utilizados os mesmos testes sobrescritos para verificar existência de associação entre as variáveis de Caracterização do Enfermeiro (ano de conclusão da graduação em Enfermagem, tempo de atuação em eSF, possui especialização e/ou mestrado e/ou doutorado e se sim qual(is), realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos cinco anos e possui capacitação/treinamento para realização de teste rápido para sífilis) com as variáveis de Assistência Pré-Natal às Gestantes com Diagnóstico de Sífilis (existe protocolo municipal de atendimento do enfermeiro à gestante com diagnóstico de sífilis, se não há protocolo municipal o atendimento baseia-se no que, o enfermeiro é responsável pelo primeiro atendimento pré-natal no serviço onde atua, o enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço onde atua, realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal, realiza teste rápido para sífilis no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis, quando considera a cicatriz sorológica em um teste rápido para sífilis reagente, qual a conduta se teste rápido da gestante for reagente para sífilis e não tiver um tratamento prévio documentado, o parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante, é realizado o pré-natal do parceiro pelo enfermeiro no serviços em que atua, é realizada administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que atua mesmo sem a presença do médico, qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente, qual protocolo de tratamento indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente, há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis, para que não haja interrupção do tratamento, se a gestante estiver em tratamento, com prescrição de 7.200.000 UI benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalos de sete dias e se não receber uma das doses qual é a conduta, se à gestante com diagnóstico de sífilis é solicitado após o tratamento o exame de VDRL mensalmente

até o fim da gravidez, para monitoramento de cura e eficácia do tratamento, são discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que atua, atualmente está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis, houve algum desfecho da sífilis congênita durante sua assistência pré-natal, há acompanhamento com protocolo específico das crianças portadoras ou expostas à sífilis por dois anos na unidade em que atua) e com as variáveis de Opinião sobre Facilitadores e Barreiras na Assistência às Gestantes com Diagnóstico de Sífilis para Prevenção da Sífilis Congênita (disponibilidade de testes rápidos para sífilis, disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade, acesso fácil e rápido ao exame VDRL pelo SUS para confirmação diagnóstica e controle de cura, conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis, acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis, contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita, contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita, contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento às gestantes com sífilis, apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional, adesão da gestante ao tratamento proposto, participação e colaboração do parceiro, equipe completa na unidade de atuação, tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal, autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis, colaboração da eSF no atendimento à gestante com sífilis) e a associação entre as variáveis de Assistência Pré-Natal às Gestantes com Diagnóstico de Sífilis com as variáveis de Opinião sobre Facilitadores e Barreiras na Assistência às Gestantes com Diagnóstico de Sífilis para Prevenção da Sífilis Congênita. Para as análises, foram adotados nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Após elaboração do projeto de pesquisa e definição da população de estudo, foi solicitada autorização prévia ao diretor da DRS XIV (local do estudo). Para tanto, foi realizado contato via e-mail com o diretor da Regional para explicar os objetivos do estudo e solicitar a anuência para a condução da pesquisa (APÊNDICES G e H). Foi

assinado também pelo diretor e pelas pesquisadoras o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE I).

Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido para avaliação do CEP da Universidade Federal de Alfenas, Estado de Minas Gerais (UNIFAL-MG), atendendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 (BRASIL, 2013b), sendo aprovado em 09 de agosto de 2021, protocolo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 48576021.4.0000.5142 e com número de aprovação 4.893.857 (ANEXO A).

Após o parecer do CEP, o instrumento foi submetido à validação de conteúdo pela técnica *Delphi* e, após, houve realização do teste-piloto. Para os juízes que participaram da etapa de validação do instrumento de coleta de dados, foi entregue o Termo de Compromisso, e para os participantes do teste-piloto foi entregue o TCLE, em todas as fases foram garantidos o sigilo e o anonimato.

Posteriormente à validação do instrumento e antes do início da coleta de dados, foi solicitada ao diretor da DRS XIV, por meio de contato por e-mail, a Declaração de Instituição Coparticipante (APÊNDICE J) a qual consta com a concordância, com o parecer favorável do CEP pela instituição coparticipante, seguindo as normas éticas vigentes.

Em seguida, para iniciar a coleta de dados, foi realizado o contato com a coordenação da APS dos 20 municípios, e enviado e-mail com informações sobre a pesquisa e anexos, o parecer do CEP e declaração de anuência da instituição coparticipante. Destaca-se que também foram garantidos o sigilo e o anonimato dos participantes.

Foi informado a cada participante da pesquisa, no convite, que o consentimento seria previamente apresentado e, caso concordasse em participar, seria considerado aceite quando assinalasse o TCLE em concordo e respondesse ao instrumento de coleta de dados.

Os participantes foram informados sobre os riscos mínimos, de ordem não física, de sua participação na pesquisa, ou seja, foram informados que poderiam sentir algum tipo de desconforto e/ou constrangimento emocional ao responder ao instrumento de coleta de dados, como também aborrecimento quanto à disponibilidade de tempo para responder ao instrumento, sendo que, a qualquer momento, poderiam retirar seu consentimento, sem prejuízos. Como medidas preventivas e minimizadoras de tais riscos, previu-se: garantia ao sigilo em relação às

respostas, as quais foram tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins acadêmicos e abordagem cautelosa ao participante, considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; livre-arbítrio para escolher o melhor lugar e momento para responder às perguntas.

Consideraram-se ainda riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas, no qual há limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Como medidas minimizadoras dos riscos, foi realizado o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". O mesmo cuidado foi seguido para os registros de consentimento livre e esclarecido. Não haverá divulgação como nome, e-mail ou data de nascimento dos participantes, a fim de garantir o anonimato. Se mesmo diante dessas condutas preventivas e minimizadoras, o participante apresentasse algum tipo de desconforto/constrangimento, o mesmo foi lembrado da possibilidade de retirar o consentimento prévio e interromper a qualquer momento sua participação. Se preciso, o participante receberia uma assistência integral às complicações e aos danos decorrentes dos riscos previstos pela equipe de pesquisa. Foi garantido o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes de o participante responder às perguntas, para uma tomada de decisão informada.

Não houve relato de constrangimento, necessidade de oferta de aporte emocional ou necessidade de encaminhamento.

Sobre os benefícios relacionados com a participação na pesquisa, ressaltou-se que o estudo contribui com o levantamento de dados relevantes para implementação de ações de enfermagem que apoiem na diminuição da incidência da SC e que sirvam para superar a dificuldade de atender à meta da Organização Mundial de Saúde do acompanhamento pré-natal, prevenindo, assim, a morbimortalidade materna, fetal e neonatal.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 89 enfermeiros que atuavam na Estratégia Saúde da Família e no atendimento pré-natal, de 18 municípios que compõem a DRS XIV, considerando que os enfermeiros de dois municípios não participaram da pesquisa.

Os municípios da regional estudada possuem a seguinte estratificação: nove (45,0%) são considerados de pequeno porte, dez (50,0%) de médio porte e um (5,0%) de grande porte (SÃO PAULO, 2014).

Observa-se (TABELA 5) que a participação dos enfermeiros foi maior nas cidades de médio porte (n=69, 77,6%), seguida dos de pequeno porte (n=14, 15,7%) e de grande porte (n=6, 6,7%).

Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo a cidade de atuação. DRS XIV, SP. 2022

Municípios	n=89	Porcentagem (%)
Pequeno Porte	14	15,7
Águas da Prata	1	1,1
Caconde	0	0,0
Divinolândia	2	2,2
Estiva Gerbi	4	4,5
Itobi	1	1,1
Santo Antônio do Jardim	2	2,2
São Sebastião da Gramma	1	1,1
Tambaú	2	2,2
Tapiratiba	1	1,1
Médio Porte	69	77,6
Aguaí	3	3,4
Casa Branca	5	5,6
Espírito Santo do Pinhal	11	12,3
Itapira	3	3,4
Mococa	12	13,5
Mogi Mirim	1	1,1
Santa Cruz das Palmeiras	0	0,0
São João da Boa Vista	17	19,1
São José do Rio Prado	7	7,9
Vargem Grande do Sul	10	11,2
Grande Porte	6	6,7
Mogi Guaçu	6	6,7

Fonte: Da autora (2022).

5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS

Os resultados, a seguir, serão apresentados por meio da estatística descritiva.

5.1.1 Caracterização dos enfermeiros

Entre os 89 enfermeiros participantes da pesquisa, a maioria (n=85, 95,5%) era do sexo feminino (TABELA 6). Em relação à idade, a média foi de 37,6 anos (DP=7,7), a menor idade relatada foi de 23 e a maior de 61 anos.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo o sexo e a idade. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis	n=89	Porcentagem (%)
Sexo: Feminino	85	95,5
Masculino	4	4,5
Idade: 20-30 anos	15	16,8
31-40 anos	45	50,6
41-50 anos	25	28,0
Acima de 51 anos	4	45,5

Fonte: Da autora (2022).

Sobre a distribuição dos participantes, segundo o tempo da graduação em enfermagem e o tempo total de atuação em eSF (TABELA 7), a média de tempo da graduação em enfermagem foi 11,5 anos (DP=6,2), variando de um a 36 anos. Em relação ao tempo de atuação em ESF, a média foi de 5,6 anos (DP=5,5), sendo o menor tempo relatado de 6 meses e o maior de 21 anos.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo o tempo da graduação em enfermagem e o tempo total de atuação em eSF. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis	n=89	Porcentagem (%)
Tempo de Graduação: <= 10 anos	36	40,5
11-20 anos	47	52,8
21-30 anos	5	5,6
31-36 anos	1	1,1
Tempo de Atuação em eSF ¹ : <= 5 anos	57	64,0
6-10 anos	17	19,1
11-15 anos	7	7,9
16-21 anos	8	9,0

Fonte: Da autora (2022).

Nota: ¹eSF (Equipe de Saúde da Família)

Em relação à formação (especialização e/ou mestrado e/ou doutorado) 65 (73,0%) enfermeiros eram pós-graduados, sendo que 62 (95,0%) possuíam especialização *lato sensu*, dois (3,0%), modalidade residência e um (2,0%) possuía pós-graduação *stricto sensu* nível mestrado. Das áreas de especializações relatadas houve prevalência na área de saúde da mulher e saúde da família (TABELA 8). Sobre as áreas de formação descritas, considerando os 65 (100,0%) enfermeiros, 23 (35,4%) possuíam especializações em outras áreas, 21 (32,3%), especialização em Saúde Pública com ênfase em Estratégia Saúde da Família, nove (13,8%), especialização em Saúde da Mulher e Obstetrícia, seis (9,3%) não especificaram a área, quatro (6,2%) possuíam especializações em ambas (Saúde da Mulher e Obstetrícia e Saúde Pública), um (1,5%) possuía residência em Obstetrícia, e um (1,5%) possuía mestrado (não especificou área).

Realizaram atualização/aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos 82 (92,1%) enfermeiros. Possuíam capacitação/treinamento para realização de teste rápido 85 (95,5%) enfermeiros (TABELA 8).

Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo a formação em relação à pós-graduação, atualização/aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos e ou capacitação/treinamento para realização de teste rápido. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis	n=89	Porcentagem (%)
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado:		
Sim, em área de saúde da mulher e saúde da família	35	39,3
Sim, em outras áreas	30	33,7
Não	24	27,0
Realizou atualização/aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos:		
Sim	82	92,1
Não	7	7,9
Realizou capacitação/treinamento para realização de teste rápido para sífilis:		
Sim	85	95,5
Não	4	4,5

Fonte: Da autora (2022).

5.1.2 Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis

Em relação à existência de protocolo municipal de atendimento à gestante com diagnóstico de sífilis, 69 (77,5%) enfermeiros relatam que sim e 20 (22,5%) que não. Entre os 20 enfermeiros que relataram não existir protocolo municipal, afirmaram basear o seu atendimento nas diretrizes do MS (n=7, 35,0%), nas diretrizes da SES-SP (n=1, 5,0%) e em ambas as diretrizes (n=12, 60,0%) (TABELA 9).

Tabela 9 - Distribuição dos participantes segundo o protocolo de atendimento à gestante com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis	n=89	Porcentagem (%)
Existe um protocolo municipal de atendimento do enfermeiro à gestante com diagnóstico de sífilis:		
Sim	69	77,5
Não	20	22,5
Se não há protocolo municipal, seu atendimento baseia-se em: ¹		
Diretrizes do MS ²	7	35,0
Diretrizes da SES-SP ³	1	5,0
Diretrizes do MS e da SES-SP	12	60,0

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹n=20 considerando as respostas somente dos enfermeiros que relataram não existir um protocolo municipal de atendimento do enfermeiro à gestante com diagnóstico de sífilis. ²MS (Ministério da Saúde). ³SES-SP (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo)

Todos os enfermeiros participantes (n=89, 100,0%) realizaram o primeiro atendimento à gestante na unidade de atuação e em relação às consultas pré-natais subsequentes, a maioria (n=79, 88,8%) relatou que não realiza (TABELA 10).

Sobre a realização de testes rápidos para sífilis no pré-natal, 86 (96,6%) enfermeiros realizaram na primeira consulta, e três (3,4%) não realizaram. Dos enfermeiros que não realizaram, dois (66,6%) possuem capacitação para a realização do teste. Ainda sobre o teste rápido para sífilis, realizaram no segundo e no terceiro trimestres gestacionais 57 (64,0%) enfermeiros; somente no segundo trimestre quatro (4,5%) enfermeiros; somente no terceiro trimestre 10 (11,2%); e não realizaram teste rápido no segundo e terceiro trimestre 18 (20,3%) enfermeiros (TABELA 10).

Em relação à consulta pré-natal do parceiro, 73 (82,0%) enfermeiros realizaram (TABELA 10).

Tabela 10 - Distribuição dos participantes segundo a assistência do enfermeiro à gestante. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis	n=89	Porcentagem (%)
Realiza o primeiro atendimento à gestante:		
Sim	89	100,0
Realiza consultas pré-natais subsequentes:		
Sim	10	11,2
Não	79	88,8
Realiza teste rápido para sífilis na 1ª consulta pré-natal:		
Sim	86	96,6
Não	3	3,4
Realiza teste rápido para sífilis no 2º e no 3º trimestres gestacionais:		
Sim	57	64,0
Não	18	20,2
Somente no 2º trimestre	4	4,5
Somente no 3º trimestre	10	11,2
É realizado o pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro:		
Sim	73	82,0
Não	16	18,0

Fonte: Da autora (2022).

Quanto à notificação compulsória, a maioria dos participantes (n= 83 93,3%) afirmou que é realizada pelo enfermeiro (TABELA 11).

Em relação à testagem e ao tratamento do parceiro concomitantemente à gestante, 43 (48,3%) enfermeiros relataram tratar independentemente do resultado do teste rápido ou do VDRL, 27 (30,4%) mediante o resultado do teste rápido reagente, 17 (19,1%) após a verificação do VDRL reagente, e dois (2,2%) enfermeiros relataram que depende da vontade do parceiro (TABELA 11).

Quando questionados sobre a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, mesmo sem a presença do médico, a maioria, 57 (64,0%) enfermeiros responderam que sim (TABELA 11).

Tabela 11 - Distribuição dos participantes segundo a assistência do enfermeiro à gestante com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis	n=89	Porcentagem (%)
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis:		
Enfermeiro	83	93,3
Técnico de enfermagem	2	2,2
Qualquer profissional de saúde	4	4,5
O parceiro é testado e tratado concomitantemente à gestante:		
Sim, mediante resultado do teste rápido reagente	27	30,4
Sim, após a verificação do VDRL ¹ reagente	17	19,1
Sim, independentemente do resultado do teste rápido ou VDRL ¹	43	48,3
Depende da vontade do parceiro	2	2,2
É realizada a administração de BB ² na unidade de atuação, mesmo sem a presença do médico:		
Sim	57	64,0
Não	32	36,0

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*). ²BB (Benzilpenicilina Benzatina)

Em relação ao conhecimento sobre a cicatriz sorológica em um teste rápido para sífilis reagente, a maior porcentagem (n=27, 30,4%) referiu que se dá quando há documentação de tratamento prévio de sífilis. Sobre a conduta diante do teste rápido da gestante reagente para sífilis sem tratamento prévio documentado, as respostas mais frequentes (n=10,11,2%) foram: solicita exames para confirmação diagnóstica, encaminha para o atendimento médico para a prescrição, convoca o parceiro para a realização do teste; e igual porcentagem respondeu que: solicita exames para confirmação diagnóstica, prescreve e já realiza a primeira dose de benzilpenicilina benzatina, convoca o parceiro para a realização do teste, convoca o parceiro para o tratamento.

Pode-se identificar grande diversidade nessas respostas pelos enfermeiros, sendo o item "Outros" o agrupamento das respostas que apareceram apenas uma vez, conforme mostra a Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes segundo o conhecimento sobre a cicatriz sorológica e sobre a conduta mediante o teste rápido reagente para sífilis da gestante, sem tratamento prévio documentado. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis	n=89	Porcentagem (%)
Quando você considera a cicatriz sorológica em um TR ¹ para sífilis reagente?		
Quando a gestante relata que já foi tratada	5	5,6
Quando a gestante relata que já foi tratada; quando há documentação de tratamento prévio de sífilis	4	4,5
Quando a gestante relata que já foi tratada e quando o VDRL ² possui títulos não reagentes ou baixos	3	3,4
Quando a gestante relata que já foi tratada, quando o VDRL ² possui títulos não reagentes ou baixos e quando há documentação de tratamento prévio de sífilis	21	23,6
Quando há documentação de tratamento prévio de sífilis	27	30,4
Quando o VDRL ² possui títulos não reagentes ou baixos	13	14,6
Quando o VDRL ² possui títulos não reagentes ou baixos; quando há documentação de tratamento prévio de sífilis	11	12,4
Quando há documentação de tratamento prévio de sífilis e não tenho conhecimento	1	1,1
Não tenho conhecimento	4	4,5
Se o TR ¹ da gestante for reagente para sífilis e não tiver um tratamento prévio documentado, qual é a sua conduta:		
Encaminha para o atendimento médico para a prescrição	3	3,4
Encaminha para o atendimento médico para a prescrição e convoca o parceiro para a realização do teste	2	2,2
Encaminha para o atendimento médico para a prescrição, convoca o parceiro para a realização do teste e convoca o parceiro para o tratamento	2	2,2
Encaminha para o atendimento médico para a prescrição e convoca o parceiro para o tratamento	2	2,2
Prescreve e já realiza a primeira dose de BB ³	6	6,7
Prescreve e já realiza a primeira dose de BB ³ , convoca o parceiro para a realização do teste e convoca o parceiro para o tratamento	4	4,5
Prescreve e já realiza a primeira dose de BB ³ e convoca o parceiro para o tratamento	5	5,6
Prescreve e já realiza a primeira dose de BB ³ , encaminha para o atendimento médico para a prescrição, convoca o parceiro para a realização do teste e convoca o parceiro para o tratamento	3	3,4
Solicita exames para confirmação diagnóstica e convoca o parceiro para a realização do teste	4	4,5
Solicita exames para confirmação diagnóstica e encaminha para o atendimento médico para a prescrição	2	2,2
Solicita exames para confirmação diagnóstica, encaminha para o atendimento médico para a prescrição e convoca o parceiro para a realização do teste	10	11,2

Tabela 12 - Distribuição dos participantes segundo o conhecimento sobre a cicatriz sorológica e sobre a conduta mediante o teste rápido reagente para sífilis da gestante, sem tratamento prévio documentado. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis	n=89	Porcentagem (%)
Solicita exames para confirmação diagnóstica, encaminha para o atendimento médico para a prescrição, convoca o parceiro para a realização do teste e convoca o parceiro para o tratamento	9	10,1
Solicita exames para confirmação diagnóstica, encaminha para o atendimento médico para a prescrição e convoca o parceiro para o tratamento	4	4,5
Solicita exames para confirmação diagnóstica, prescreve e agenda a primeira dose de BB ³ , convoca o parceiro para a realização do teste e convoca o parceiro para o tratamento	3	3,4
Solicita exames para confirmação diagnóstica, prescreve e já realiza a primeira dose de BB ³ e convoca o parceiro para a realização do teste	4	4,5
Solicita exames para confirmação diagnóstica, prescreve e já realiza a primeira dose de BB, convoca o parceiro para a realização do teste e convoca o parceiro para o tratamento	10	11,2
Solicita exames para confirmação diagnóstica, prescreve e já realiza a primeira dose de BB, encaminha para o atendimento médico para a prescrição e convoca o parceiro para a realização do teste e convoca o parceiro para o tratamento	4	4,5
Solicita exames para confirmação diagnóstica, prescreve e já realiza a primeira dose de BB, prescreve e agenda a primeira dose de BB, encaminha para o atendimento médico para a prescrição e convoca o parceiro para a realização do teste e convoca o parceiro para o tratamento	2	2,2
Outros	10	11,2

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹TR (Teste Rápido). ²VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*). ³BB (Benzilpenicilina Benzatina)

Os dados sobre o conhecimento e a conduta dos enfermeiros participantes com relação aos protocolos assistenciais utilizados no tratamento de gestante com diagnóstico de sífilis, de acordo com os estágios de sífilis, são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos participantes segundo o protocolo assistencial utilizado no tratamento de gestante com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis	n= 89	Porcentagem (%)
Protocolo de tratamento para a gestante com lesões primárias e teste rápido reagente:		
2.400.000UI ¹ de BB ² em dose única	14	15,7
4.800.000UI ¹ de BB ² em duas doses de 2.400.000UI ¹ com intervalo de sete dias	9	10,1
7.200.000UI ¹ de BB ² em três doses de 2.400.000UI ¹ com intervalos de sete dias	36	40,5
Depende dos sintomas apresentados	2	2,2
Não realiza a prescrição de tratamento	28	31,5
Protocolo de tratamento para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente:		
2.400.000UI ¹ de BB ² em dose única	3	3,4
4.800.000UI ¹ de BB ² em duas doses de 2.400.000UI ¹ com intervalo de sete dias	22	24,7
7.200.000UI ¹ de BB ² em três doses de 2.400.000UI ¹ com intervalos de sete dias	36	40,5
Depende dos sintomas apresentados	1	1,1
Não realiza a prescrição de tratamento	27	30,4
Protocolo de tratamento para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de 1 ano e teste rápido reagente:		
2.400.000UI ¹ de BB ² em dose única	8	9,0
4.800.000UI ¹ de BB ² em duas doses de 2.400.000UI ¹ com intervalo de sete dias	11	12,4
7.200.000UI ¹ de BB ² em três doses de 2.400.000UI ¹ com intervalos de sete dias	41	46,0
Depende dos sintomas apresentados	2	2,2
Não realiza a prescrição de tratamento	27	30,4
Protocolo de tratamento para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de 1 ano e teste rápido reagente:		
2.400.000UI ¹ de BB ² em dose única	6	6,7
4.800.000UI ¹ de BB ² em duas doses de 2.400.000UI ¹ com intervalo de sete dias	5	5,6
7.200.000UI ¹ de BB ² em três doses de 2.400.000UI ¹ com intervalos de sete dias	49	55,0
Depende dos sintomas apresentados	2	2,2
Não realiza a prescrição de tratamento	27	30,4
Protocolo de tratamento para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e teste rápido reagente ³ :		
2.400.000UI ¹ de BB ² em dose única	1	1,1
4.800.000UI ¹ de BB ² em duas doses de 2.400.000UI ¹ com intervalo de sete dias	7	7,9

Tabela 13 - Distribuição dos participantes segundo o protocolo assistencial utilizado no tratamento de gestante com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis	n= 89	Porcentagem (%)
7.200.000UI ¹ de BB ² em três doses de 2.400.000UI ¹ com intervalos de sete dias	50	56,2
Depende dos sintomas apresentados	3	3,4
Não realiza a prescrição de tratamento	27	30,4
Protocolo de tratamento para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e teste rápido reagente:		
2.400.000UI ¹ de BB ² em dose única	12	13,5
4.800.000UI ¹ de BB ² em duas doses de 2.400.000UI ¹ com intervalo de sete dias	6	6,7
7.200.000UI ¹ de BB ² em três doses de 2.400.000UI ¹ com intervalos de sete dias	42	47,2
Depende dos sintomas apresentados	1	1,1
Não realiza a prescrição de tratamento	28	31,5

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹UI (Unidades Internacionais). ²BB (Benzilpenicilina Benzatina). ³n=88 considerando que um participante não respondeu referente ao protocolo de tratamento para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e teste rápido reagente

Sobre a realização de busca ativa de gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis, para que não haja interrupção do tratamento, a maioria (n=86, 96,6%) dos enfermeiros relatou que sim (TABELA 14).

Já com relação à conduta quando a gestante estiver em tratamento com a dose de 7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses, e não receber uma das doses, a maior parte (n=34, 38,2%) dos enfermeiros afirmou recomeçar todo o tratamento se o tempo de intervalo for maior ou igual a 14 dias (TABELA 14).

Quando os participantes foram questionados sobre se o monitoramento de cura e eficácia com a solicitação de VDRL mensal até o fim da gestação, após o tratamento da gestante com diagnóstico de sífilis era realizado, a maioria, 53 (59,5%) dos enfermeiros relataram que é solicitado o VDRL mensalmente até o parto, e esse acompanhamento foi realizado pelo médico e pelo enfermeiro; quatro (4,5%) relataram que não existe um protocolo de monitoramento, sendo cada caso conduzido individualmente e sete (7,9%) enfermeiros relataram não ter conhecimento (TABELA 14).

Sobre a existência de discussão de casos da SC no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (CIMMFI), do município de atuação, a maioria

(n=51, 57,3%) dos participantes relatou que sim, e 32 (36,0%) enfermeiros relatam não ter conhecimento (TABELA 14).

Quando perguntados se atualmente os participantes estavam acompanhando alguma gestante reagente para sífilis, 27 (30,4%) enfermeiros relataram que acompanham atualmente entre uma e cinco gestantes com diagnóstico de sífilis; um (1,1%) enfermeiro acompanhava entre seis e dez gestantes com diagnóstico de sífilis; e 61 (68,5%) enfermeiros relataram não estar acompanhando nenhuma gestante com diagnóstico para sífilis (TABELA 14).

Em relação a algum desfecho da SC, durante sua atuação na assistência pré-natal, 25 (28,0%) enfermeiros relataram que sim; 60 (67,5%) que não; e 4 (4,5%) enfermeiros relataram não ter conhecimento. Sobre se o acompanhamento de crianças portadoras ou expostas à sífilis na unidade de atuação seguiu o protocolo específico por dois anos, 64 (71,9%) enfermeiros relataram que sim; 11 (12,4%) que não; e 14 (15,7%) enfermeiros referiram não ter conhecimento (TABELA 14).

Tabela 14 - Distribuição dos participantes segundo o seguimento de gestante com diagnóstico de sífilis.
DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis	n= 89	Porcentagem (%)
Há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento:		
Sim	86	96,6
Não	3	3,4
Se a gestante estiver em tratamento com prescrição de 7.200.000UI ¹ BB ² em três doses de 2.400.000UI ¹ com intervalos de sete dias, e não receber uma das doses, qual a conduta:		
Administra apenas a dose faltante se o tempo é inferior a 14 dias	9	10,1
Administra apenas a dose faltante se o tempo é inferior a 14 dias e agenda consulta com o médico	5	5,6
Administra apenas a dose faltante se o tempo é inferior a 14 dias, pede um novo VDRL ³ para avaliar titulação e agenda consulta com o médico	8	9,0
Administra apenas a dose faltante se o tempo é inferior a 14 dias e recomeça todo o tratamento se o tempo é maior ou igual a 14 dias	7	7,8
Agenda consulta com o médico	7	7,8
Pede um novo VDRL ³ para avaliar titulação e agenda consulta com o médico	3	3,4
Recomeça todo o tratamento se o tempo é maior ou igual a 14 dias	34	38,2

Tabela 14 - Distribuição dos participantes segundo o seguimento de gestante com diagnóstico de sífilis.
DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis	n= 89	Porcentagem (%)
Recomeça todo o tratamento se o tempo é maior ou igual a 14 dias e agenda consulta com o médico	7	7,8
Recomeça todo o tratamento se o tempo é maior ou igual a 14 dias, pede um novo VDRL ³ para avaliar titulação e agenda consulta com o médico	6	6,7
Outros	3	3,4
À gestante com diagnóstico de sífilis é solicitado após o tratamento VDRL ³ mensal para monitoramento de cura e eficácia do tratamento:		
Sim, o enfermeiro realiza esse acompanhamento	17	19,1
Sim, o acompanhamento é realizado pelo médico	8	9,0
Sim, o acompanhamento é realizado pelo enfermeiro e pelo médico	53	59,5
Não existe um protocolo de monitoramento, cada caso é conduzido individualmente	4	4,5
Não tem conhecimento	7	7,9
São discutidos casos da SC ⁵ no CIMMFI ⁴ do município que atua:		
Sim	51	57,3
Não	6	6,7
Não tem conhecimento	32	36,0
Atualmente está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis:		
Sim, entre uma e cinco gestantes	27	30,4
Sim, entre seis e dez gestantes	1	1,1
Não	61	68,5
Durante assistência pré-natal, houve algum desfecho da SC ⁵ :		
Sim	25	28,0
Não	60	67,5
Não tem conhecimento	4	4,5
Há acompanhamento com protocolo específico por dois anos de crianças portadoras ou expostas à sífilis na unidade que atua:		
Sim	64	71,9
Não	11	12,4
Não tem conhecimento	14	15,7

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹UI (Unidades Internacionais). ²BB (Benzilpenicilina Benzatina). ³VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*). ⁴CIMMFI (Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil). ⁵SC (Sífilis Congênita)

5.1.3 Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita

Em relação à opinião dos enfermeiros sobre a assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis na APS para prevenção da SC, os participantes deste estudo foram orientados a responder utilizando os termos facilitador(a) ou barreira, segundo a sua opinião.

De todos os itens das opiniões relatadas pelos enfermeiros sobre a assistência pré-natal às gestante com diagnóstico de sífilis, demonstrados na Tabela 15, as variáveis que tiveram maior percentual (maioria) como facilitador foram: disponibilidade de testes rápidos para sífilis (n=88, 98,9%); disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade (n=80, 89,9%); acesso fácil e rápido ao exame de VDRL pelo SUS para confirmação diagnóstica e controle de cura (n=87, 97,8%); conhecimento sobre o manejo da gestante com sífilis (n=81, 91,0%); acesso aos cursos e treinamentos sobre protocolos assistenciais de sífilis (n=70, 78,6%); contrarreferência das unidades hospitalares do SUS em relação aos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC (n=63, 72,0%), aos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC (n=60, 67,4%) e aos casos de atendimento à gestante com sífilis (n=65, 73,1%); apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG (n=82, 92,1%); adesão da gestante ao tratamento proposto (n=83, 93,3%); equipe completa na unidade de atuação (n=79, 88,8%); tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal (n=78, 87,6%); autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis (n=73, 82%); e colaboração da eSF no atendimento à gestante com sífilis (n=87, 97,8%).

O item mais indicado como barreira foi participação e colaboração do parceiro (n=80, 89,9%).

Tabela 15 - Distribuição dos participantes segundo a opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência do enfermeiro às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis	n= 89	Porcentagem (%)
Disponibilidade de testes rápidos para sífilis:		
Facilitadora	88	98,9
Barreira	1	1,1
Disponibilidade de BB ¹ na unidade:		
Facilitadora	80	89,9
Barreira	9	10,1
Acesso fácil e rápido ao exame de VDRL ² pelo SUS ³ para confirmação diagnóstica e controle de cura:		
Facilitador	82	97,8
Barreira	2	2,2
Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis:		
Facilitador	81	91,0
Barreira	8	9,0
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:		
Facilitador	70	78,6
Barreira	19	21,4
Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita:		
Facilitadora	64	72,0
Barreira	25	28,0
Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita:		
Facilitadora	60	67,4
Barreira	29	32,6
Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis:		
Facilitadora	65	73,1
Barreira	24	26,9
Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional:		
Facilitador	82	92,1
Barreira	7	7,9

Tabela 15 - Distribuição dos participantes segundo a opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência do enfermeiro às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis	n= 89	Porcentagem (%)
Adesão da gestante ao tratamento proposto:		
Facilitadora	83	93,3
Barreira	6	6,7
Participação e colaboração do parceiro:		
Facilitadora	9	10,1
Barreira	80	89,9
Equipe completa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) na unidade de atuação:		
Facilitadora	79	88,8
Barreira	10	11,2
Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal:		
Facilitador	78	87,6
Barreira	11	12,4
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis:		
Facilitadora	73	82,0
Barreira	16	18,0
Colaboração da eSF ⁴ no atendimento à gestante com sífilis:		
Facilitadora	87	97,8
Barreira	2	2,2

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹BB (Benzilpenicilina Benzatina). ²VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*). ³SUS (Sistema Único de Saúde). ⁴eSF (Equipe de Saúde da Família)

A última questão (48) do instrumento de coleta de dados tratou de um espaço para que, se necessário, o enfermeiro fizesse considerações importantes sobre a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis na unidade onde atuava. Assim, 40 (44,9%) dos 89 enfermeiros que participaram da pesquisa relataram, a saber: nove (22,5%) pontuaram a falta de adesão ao tratamento por parte das gestantes e seus parceiros, principalmente em relação à população vulnerável; oito (20,0%) relataram encontrar dificuldades na adesão aos protocolos por profissionais de toda a rede de atenção às gestantes com diagnósticos de sífilis; seis (15,0%) afirmaram a importância do diagnóstico precoce de sífilis e da captação precoce da gestante; cinco (12,5%) relataram não ter autonomia na assistência às gestantes com

sífilis bem como na prescrição de benzilpenicilina benzatina; quatro (10,0%) relataram considerar importante a realização da busca ativa e o acompanhamento dos casos reagentes para sífilis; quatro (10,0%) pontuaram que o vínculo entre o enfermeiro e a gestante contribuiu para a adesão ao tratamento; um (2,5%) referiu dificuldade de armazenar os testes rápidos na unidade; um (2,5%) apontou que tratar todas as gestantes como sífilis latente é uma estratégia eficaz para o tratamento; um (2,5%) afirmou considerar importante o grupo educativo de gestantes e um (2,5%) referiu a falta de oferta de capacitações para o manejo de sífilis e manter a equipe mínima completa nas unidades.

5.2 ANÁLISES INFERENCIAIS DAS VARIÁVEIS

Nesta seção foram abordadas as análises inferenciais realizadas para atender a alguns dos objetivos específicos do presente estudo que é a verificação da existência de associação entre as variáveis. Após a aplicação dos Testes Estatísticos Exato de Fisher e Qui-quadrado, obteve-se valor de p significativo nas variáveis descritas nas Tabelas de 16 a 48, ou seja, o valor de $P < 0,05$ com nível de significância de 5%.

Algumas questões da Parte II (questões 9, 10, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 27) e da Parte III (questões 33, 35 e 47) (APÊNDICE D) não puderam ser analisadas devido à multiplicidade das categorias de respostas ou pela baixa frequência, assim foram excluídas para a análise inferencial. As questões 3, 14 e 30 tiveram categorias reagrupadas para análise inferencial (CONOVER, 1999).

5.2.1 Caracterização dos enfermeiros

Dentre as variáveis referentes à caracterização do enfermeiro, apresentaram associações significativas com o tempo total de atuação do enfermeiro em eSF, o tempo de graduação em Enfermagem, a idade e se possui especialização e/ou mestrado e/ou doutorado.

Observou-se que a maior parte dos enfermeiros (33,7%) possuía tempo de atuação em eSF menor ou igual a cinco anos e tempo de graduação em enfermagem

menor ou igual a 10 anos ($p=0,000$). Identificou-se que a maior parte dos enfermeiros (28,1%) que atuava na eSF em tempo menor ou igual a cinco anos, tinha entre 31 e 40 anos de idade ($p=0,006$). Em relação ao tempo de atuação em eSF e se possui especialização, mestrado e/ou doutorado, observou-se que a maior parte dos enfermeiros (23,6%) atuava na eSF há tempo menor ou igual a cinco anos e não possuíam especialização, mestrado ou doutorado ($p=0,030$) (TABELA 16).

Tabela 16 - Análise inferencial do tempo de atuação em eSF, tempo de graduação em Enfermagem, idade e se possui especialização e/ou mestrado e/ou doutorado. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de caracterização do enfermeiro	Tempo total de atuação em eSF ²				Total	p-valor
	<=5 anos	6-10 anos	11-15 anos	16-21 anos		
Tempo de graduação em Enfermagem:						
<= 10 anos	30(33,7%)	6(6,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	36(40,4%)	0,000 ¹
11-20 anos	25(28,1%)	11(12,3%)	6(6,7%)	5(5,6%)	47(52,8%)	
21-36 anos	2(2,2%)	0(0,0%)	1(1,1%)	3(2,2%)	6(6,7%)	
Total	57(64,0%)	17(19,1%)	7(7,9%)	8(9,0%)	89(100,0%)	
Idade:						
20 - 30 anos	14(15,7%)	1(1,1%)	0(0,0%)	0(0,0%)	15(16,8%)	0,006 ¹
31 - 40 anos	25(28,1%)	13(14,6%)	6(6,7%)	1(1,1%)	45(50,6%)	
41 - 50 anos	16(18,0%)	2(2,2%)	1(1,1%)	6(6,7%)	25(28,1%)	
=> 51 anos	2(2,2%)	1(1,1%)	0(0,0%)	1(1,1%)	4(4,5%)	
Total	57(64,0%)	17(19,1%)	7(7,9%)	8(9,0%)	89(100,0%)	
Possui especialização e/ou mestrado e/ou doutorado?						
Sim, em saúde da mulher, ou saúde da família	16(17,8%)	8(9,0%)	5(5,6%)	6(6,7%)	35(39,3%)	0,030 ¹
Sim, em outras áreas	20(22,5%)	7(7,9%)	2(2,2%)	1(1,1%)	30(33,7%)	
Não	21(23,6%)	2(2,2%)	0(0,0%)	1(1,1%)	24(27,0%)	
Total	57(64,0%)	17(19,1%)	7(7,9%)	8(9,0%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste de Fisher. ²eSF (Equipe de Saúde da Família)

Ainda sobre as variáveis de caracterização dos enfermeiros, houve associação em relação às variáveis se possuem capacitação/treinamento para realização de teste rápido para sífilis e a idade, em que a maioria dos enfermeiros (50,6%) possui

capacitação/treinamento para realização de teste rápido para sífilis e idade entre 31 e 40 anos ($p=0,018$) (TABELA 17).

Tabela 17 - Análise inferencial se possui capacitação/treinamento para realização de teste rápido para sífilis e idade. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de caracterização do enfermeiro	Possui capacitação/treinamento para realização de TR ² para sífilis?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Idade:				
20 - 30 anos	13 (14,6%)	2 (2,2%)	15(16,8%)	0,018 ¹
31 - 40 anos	45 (50,6%)	0 (0,0%)	45(50,6%)	
41 - 50 anos	24 (26,9%)	1 (1,1%)	25(28,1%)	
=> 51 anos	3 (3,4%)	1 (1,1%)	4 (4,5%)	
Total	85(95,5%)	4(4,5%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²TR (Teste Rápido)

5.2.2 Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis

Dentre as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, houve associações significativas importantes entre as variáveis analisadas.

Houve associações significativas importantes com as variáveis de como baseou a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, se realizou consultas subsequentes de pré-natal no serviço que atua, se realizou e quando realizou teste rápido para sífilis durante a sua assistência pré-natal, se realizou pré-natal do parceiro, se administrou a benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação mesmo sem a presença do médico, se realizou monitoramento pós-tratamento de sífilis e se houve discussão dos casos da SC no CIMMFI do município de atuação.

Constatou-se que 63,6% dos enfermeiros relataram basear sua assistência pré-natal às gestantes com sífilis no protocolo municipal e realizaram consultas pré-natais subsequentes ($p=0,000$). A maioria dos enfermeiros (56,8%) relatou basear sua assistência em protocolo municipal e realizou o teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal e no segundo e no terceiro trimestres gestacionais ($p=0,008$). A maioria (72,7%) dos participantes informou que baseia a referida assistência em protocolo municipal e realizou o pré-natal do parceiro na unidade de atuação ($P<0,000$). A maioria (55,7%) afirmou basear sua assistência em protocolo municipal e administrar a benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, mesmo sem a

presença do médico ($p=0,019$). A maioria (52,3%) afirmou basear sua assistência pré-natal em protocolo municipal e realizou o monitoramento com VDRL mensal após o tratamento para controle de cura e eficácia do tratamento e que esse acompanhamento foi realizado pelo enfermeiro e pelo médico ($p=0,001$). A mesma porcentagem de respondentes (52,3%) referiu basear sua assistência pré-natal em protocolo municipal e que foram discutidos casos da SC no CIMMFI do município em que atuou ($p=0,001$) (TABELA 18).

Tabela 18 - Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e outras variáveis sobre a assistência pré-natal às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis da assistência pré-natal	Baseia seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em:			Total ²	p-valor
	Protocolo Municipal	Diretrizes MS ³	Diretrizes MS e SES-SP ⁴		
O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço que você atua?					
Sim					
Não	56 (63,6%)	2 (2,3%)	4 (4,5%)	62 (70,4%)	0,000 ¹
Total	13 (14,8%)	5 (5,7%)	8 (9,1%)	26 (29,6%)	
	69 (78,4%)	7 (8,0%)	12 (13,6%)	88(100,0%)	
Na assistência pré-natal quando você realizou TR ⁵ para sífilis?					
Somente na 1 ^a consulta					
Na 1 ^a consulta e no 2 ^o trimestre	7 (7,9%)	4 (4,5%)	4 (4,5%)	15 (17,0%)	0,008 ¹
Na 1 ^a consulta e no 3 ^o trimestre	2 (2,3%)	0 (0,0%)	2 (2,3%)	4 (4,5%)	
Na 1 ^a consulta, no 2 ^o e no 3 ^o trimestres	8 (9,1%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	9 (10,2%)	
Não realizou TR ⁵	50 (56,8%)	3 (3,4%)	4 (4,5%)	57 (64,8%)	
Total	2 (2,3%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	3 (3,5%)	
	69 (78,4%)	7 (8,0%)	12 (13,6%)	88 (100,0%)	
Foi realizada administração de BB ⁶ na unidade que você atuou mesmo sem a presença do médico?					
Sim					0,019 ¹
Não	49 (55,7%)	2 (2,3%)	5 (5,7%)	56 (63,6%)	
Total	20 (22,7%)	5 (5,7%)	7 (7,9%)	32 (36,4%)	
	69 (78,4%)	7(8,0%)	12 (13,6%)	88 (100,0%)	

Tabela 18 - Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e outras variáveis sobre a assistência pré-natal às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis da assistência pré-natal	Baseia seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em:			Total ²	p-valor
	Protocolo Municipal	Diretrizes MS ³	Diretrizes MS e SES-SP ⁴		
À gestante com diagnóstico de sífilis foi solicitado após o tratamento exame de VDRL ⁷ mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento?					
Sim, pelo enfermeiro					
Sim, pelo médico					
Sim, pelo enfermeiro e pelo médico	14 (15,9%)	1 (1,1%)	2 (2,3%)	17 (19,3%)	
Não existe um protocolo de monitoramento, cada caso é conduzido individualmente	3 (3,4%)	1 (1,1%)	4 (4,5%)	8 (9,1%)	
Não tenho conhecimento	46 (52,3%)	2 (2,3%)	4 (4,5%)	52 (59,1%)	0,001 ¹
Total	2 (2,3%)	0 (0,0%)	2 (2,3%)	4 (4,5%)	
	4 (4,5%)	3 (3,4%)	0 (0,0%)	7 (8,0%)	
	69 (78,4%)	7 (8,0%)	12 (13,6%)	88 (100,0%)	
São discutidos casos da SC ⁸ no CIMMFI ⁹ do município que você atua?					
Sim					
Não	46 (52,3%)	1 (1,1%)	3 (3,4%)	50 (56,8%)	0,001 ¹
Não tenho conhecimento	2 (2,3%)	2 (2,3%)	2 (2,3%)	6 (6,8%)	
Total	21 (23,8%)	4 (4,5%)	7 (8,0%)	32 (36,4%)	
	69 (78,4%)	7 (8,0%)	12 (13,6%)	88 (100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Nas diretrizes da SES-SP" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada). ³MS (Ministério da Saúde). ⁴SES/SP (Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo). ⁵TR (Teste Rápido). ⁶BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁷VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). ⁸SC (Sífilis Congênita). ⁹CIMMFI (Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil)

Houve outra associação entre as variáveis da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis e as variáveis de protocolos de

tratamento indicados para as gestantes em cada caso, conforme descrito na Tabela 19.

Observou-se que a maior parte ou a maioria dos enfermeiros que referiram basear sua assistência em protocolo municipal considera para tratamento (TABELA 19): 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses para a gestante com lesões primárias e que apresentou teste rápido reagente (38,4%, $p=0,001$), 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses para a gestante com lesões secundárias e que apresentou teste rápido reagente (40,2%, $P<0,000$), 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses para a gestante com lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresentou teste rápido reagente (46,5%, $P<0,000$), 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses para a gestante com lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresentou teste rápido reagente (54,6%, $P<0,000$), 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresentou teste rápido reagente (53,5%, $p=0,000$), e 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses para a gestante assintomática sem histórico de lesões primária e/ou secundárias e que apresentou teste rápido reagente (44,8 %, $p=0,000$).

Tabela 19 - Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e de variáveis sobre o protocolo de tratamento às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis de Assistência pré-natal - Protocolo	Baseia seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em:			Total	p-valor
	Protocolo Municipal	Diretrizes MS ⁴	Diretrizes MS e SES-SP ⁵		
Qual protocolo de tratamento indicou para gestante com lesões primárias e que apresentou TR ⁶ reagente: 2.400.000UI ⁷ BB ⁸ em dose única	12 (13,9%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	14 (16,3%)	

Tabela 19 - Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e de variáveis sobre o protocolo de tratamento às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variáveis de Assistência pré-natal – Protocolo	Baseia seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em:			Total	p-valor
	Protocolo Municipal	Diretrizes MS ⁴	Diretrizes MS e SES-SP ⁵		
4.800.000UI ⁷ BB ⁸ em 2 doses com intervalos de 7 dias	8 (9,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (9,3%)	0,001 ¹
7.200.000 UI ⁷ BB ⁸ em 3 doses com intervalos de 7 dias	33 (38,4%)	2 (2,3%)	1 (1,2%)	36 (41,9%)	
Não realizou prescrição de tratamento	14 (16,3%)	4 (4,6%)	10 (11,6%)	28 (32,5%)	
Total	67 (77,9%)	7 (8,1%)	12 (13,9%)	86²(100,0%)	
Qual protocolo de tratamento indicou para gestante com lesões secundárias e que apresentou TR ⁶ reagente?					
2.400.000UI ⁷ BB ⁸ em dose única	2 (2,3%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	3 (3,4%)	<0,000 ¹
4.800.000UI ⁷ BB ⁸ em 2 doses com intervalos de 7 dias	18 (20,7%)	3 (3,4%)	0 (0,0%)	21 (24,1%)	
7.200.000UI ⁷ BB ⁸ em 3 doses com intervalos de 7 dias	35 (40,2%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	36 (41,4%)	
Não realizou prescrição de tratamento	13 (14,9%)	4 (4,6%)	10 (11,5%)	27 (31,0%)	
Total	68 (78,2%)	7 (8,0%)	12 (13,8%)	87³(100,0%)	
Qual protocolo de tratamento você indicou para gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresentou TR ⁶ reagente?					
2.400.000 UI ⁷ BB ⁸ em dose única	3 (3,5%)	3 (3,5%)	1 (1,1%)	7 (8,1%)	

Tabela 19 - Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e de variáveis sobre o protocolo de tratamento às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variáveis de Assistência pré-natal – Protocolo	Baseia seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em:			Total	p-valor
	Protocolo Municipal	Diretrizes MS ⁴	Diretrizes MS e SES-SP ⁵		
4.800.000UI ⁷ BB ⁸ em 2 doses com intervalos de 7 dias	11 (12,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11 (12,8%)	
7.200.000UI ⁷ BB ⁸ em 3 doses com intervalos de 7 dias	40 (46,5%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)	41 (47,6%)	<0,000 ¹
Não realizou prescrição de tratamento	13 (15,1%)	4 (4,6%)	10 (11,6%)	27 (31,4%)	
Total	67 (77,9%)	7 (8,1%)	12 (13,9%)	86²(100,0%)	
Qual protocolo de tratamento você indicou para gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresentou TR ⁶ reagente?					
2.400.000UI ⁷ BB ⁸ em dose única	3 (3,5%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)	5 (5,8%)	
4.800.000UI ⁷ BB ⁸ em 2 doses com intervalos de 7 dias	4 (4,6%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	5 (5,8%)	<0,000 ¹
7.200.000UI ⁷ BB ⁸ em 3 doses com intervalos de 7 dias	47 (54,6%)	0 (0,0%)	2 (2,3%)	49 (57,0%)	
Não realizou prescrição de tratamento	13 (15,1%)	4 (4,6%)	10 (11,6%)	27 (31,4%)	
Total	67(77,9%)	7 (8,1%)	12 (14,0%)	86²(100,0%)	

Qual protocolo de tratamento indicou para gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresentou TR⁶ reagente?

Tabela 19 - Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e de variáveis sobre o protocolo de tratamento às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis de Assistência pré-natal – Protocolo	Baseia seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em:			Total	p-valor
	Protocolo Municipal	Diretrizes MS ⁴	Diretrizes MS e SES-SP ⁵		
4.800.000UI ⁷ BB ⁸ em 2 doses com intervalos de 7 dias	6 (6,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (6,9%)	
7.200.000UI ⁷ BB ⁸ em 3 doses com intervalos de 7 dias	46 (53,5%)	2 (2,3%)	2 (2,3%)	50 (58,1%)	
Dependeu dos sintomas apresentados	2 (2,3%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	3 (3,5%)	0,000 ¹
Não realizou prescrição de tratamento	13 (15,1%)	4 (4,6%)	10 (11,6%)	27 (31,4%)	
Total	67(77,9%)	7 (8,1%)	12 (14,0%)	86²(100,0%)	
Qual protocolo de tratamento indicou para gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresentou TR ⁶ reagente:					
2.400.000UI ⁷ BB ⁸ em dose única	10 (11,5%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)	12 (13,8%)	
4.800.000UI ⁷ BB ⁸ em 2 doses com intervalos de 7 dias	5 (5,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (5,7%)	0,000 ¹
7.200.000 UI ⁷ BB ⁸ em 3 doses com intervalos de 7 dias	39 (44,8%)	1 (1,1%)	2 (2,3%)	42 (48,3%)	
Não realizou prescrição de tratamento	14 (16,1%)	4 (4,6%)	10 (11,5%)	28 (32,2%)	
Total	68 (78,2%)	7 (8,0%)	12 (13,8%)	87³(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²As questões respondidas: “Nas diretrizes da SES-SP” e “Depende dos sintomas apresentados”, foram excluídas das comparações devido à baixa frequência e que não puderam ser reagrupadas. ³As questões respondidas: “Nas diretrizes da SES-SP” e “2.400.000UI de BB em dose única”, foram excluídas das comparações devido à baixa frequência e que não puderam ser reagrupadas. ⁴MS (Ministério da Saúde). ⁵ SES/SP (Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo). ⁶TR (Teste Rápido). ⁷UI (Unidades Internacionais). ⁸BB (Benzilpenicilina Benzatina)

Ainda no que tange às variáveis sobre a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, houve associações significativas em relação às variáveis se o

enfermeiro realizou consultas subsequentes de pré-natal, se as crianças portadoras ou expostas à sífilis foram acompanhadas com protocolos específicos por dois anos e a realização de teste rápido para sífilis durante o pré-natal, descritos na Tabela 20.

Constatou-se que a maioria dos enfermeiros afirmou realizar consultas subsequentes onde atuou, sendo que 58,4% informaram que há acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e 55,0% referiram realizar testes rápidos para sífilis na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, ambas associações com o mesmo valor de p ($p=0,000$) (TABELA 20).

Tabela 20 - Análise inferencial da variável em que o enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes e o acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e a realização de testes rápidos para sífilis durante o pré-natal. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de assistência pré-natal	O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço em que atua?		Total	p-valor
	Sim	Não		
As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolos específicos por dois anos na unidade em que atuou?				
Sim	52 (58,4%)	12 (13,5%)	64 (71,9%)	0,000 ¹
Não	3 (3,4%)	8 (9,0%)	11 (12,4%)	
Não tenho conhecimento	8 (9,0%)	6 (6,7%)	14 (15,7%)	
Total	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)	
Durante o pré-natal, quando você realizou o TR ² para sífilis?				
1 ^a consulta	4 (4,5%)	11 (12,4%)	15 (16,8%)	0,000 ¹
1 ^a consulta e no 2 ^o trimestre	2 (2,2%)	2 (2,2%)	4 (4,5%)	
1 ^a consulta e no 3 ^o trimestre	7 (7,9%)	3 (3,4%)	10 (11,2%)	
1 ^a consulta, no 2 ^o e no 3 ^o trimestres	49 (55,0%)	8 (9,0%)	57 (64,0%)	
Não realiza TR ²	1 (1,1%)	2 (2,2%)	3 (3,4%)	
Total	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²TR (Teste Rápido)

Na Tabela 21, são apresentados a associação com as variáveis de realização de teste rápido para sífilis durante o pré-natal, a realização do pré-natal do parceiro e o acompanhamento das crianças expostas ou diagnosticadas com sífilis.

Observou-se que a maioria dos enfermeiros relatou realizar o teste rápido para sífilis na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, sendo que 58,4% realizaram o pré-natal do parceiro na unidade de atuação ($p=0,006$), e 56,2% realizaram o acompanhamento das crianças portadoras e expostas à sífilis na unidade de atuação por dois anos ($P<0,000$) (TABELA 21).

Tabela 21 - Análise inferencial de realização de teste rápido para sífilis no pré-natal e pré-natal do parceiro e acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de assistência pré-natal	Durante o pré-natal quando você realiza o TR ² para sífilis?					Total	p-valor
	1ª consulta	1ª consulta e 2º trimestre	1ª consulta e 3º trimestre	1ª consulta, 2º e 3º trimestres	Não realiza TR		
É realizado pré-natal do parceiro pelo enfermeiro no serviço em que atuou?							0,006 ¹
Sim	11(12,4%)	2(2,2%)	7(7,9%)	52(58,4%)	1(1,1%)	73(82,0%)	
Não	4(4,5%)	2(2,2%)	3(3,4%)	5(5,6%)	2(2,2%)	16(18,0%)	
Total	15(16,9%)	4(4,5%)	10(11,2%)	57(64,0%)	3(3,4%)	89(100,0%)	
As crianças portadoras ou expostas à sífilis foram acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atuou?							<0,000 ¹
Sim	7(7,9%)	1(1,1%)	5(5,6%)	50(56,2%)	1(1,1%)	64(71,9%)	
Não	5(5,6%)	1(1,1%)	0(0,0%)	4(4,5%)	1(1,1%)	11(12,4%)	
Não tenho conhecimento	3(3,4%)	2(2,2%)	5(5,6%)	3(3,4%)	1(1,1%)	14(15,7%)	
Total	15(16,9%)	4(4,5%)	10(11,2%)	57(64,0%)	3(3,4%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste de Fisher. ²TR (Teste Rápido)

Houve associação entre as variáveis o parceiro foi testado e tratado concomitante com a gestante e se foi realizado o pré-natal do parceiro na unidade de atuação. Observou-se que 46,0% dos enfermeiros afirmaram testar e tratar o parceiro independentemente do resultado do teste rápido e do VDRL e que realizou o pré-natal do parceiro na unidade de atuação ($p=0,018$) (TABELA 22).

Tabela 22 - Análise inferencial do tratamento do parceiro e realização do pré-natal parceiro. DRS XIV, SP. 2022

Variável de assistência pré-natal	O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante?			Total ²	p-valor
	Sim, mediante o TR ³ reagente	Sim, após a verificação do VDRL ⁴ reagente	Sim, independente do resultado do TR ³ e do VDRL ⁴		
É realizado pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço em que você atuou?					0,018 ¹
Sim	11 (12,6%)	21 (24,1%)	40 (46,0%)	72(82,8%)	
Não	6 (6,9%)	6 (6,9%)	3 (3,4%)	15(17,2%)	
Total	17 (19,5%)	27 (31,0%)	43 (49,4%)	87(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Depende dos sintomas apresentados" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³TR (Teste Rápido). ⁴VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*).

Na Tabela 23 são apresentadas as associações entre as variáveis se as crianças portadoras ou expostas à sífilis foram acompanhadas com protocolo específico por dois anos, se realizou o pré-natal do parceiro, se foi realizado o monitoramento com VDRL mensal pós-tratamento da gestante com sífilis, se houve discussão de casos de SC no CIMMFI do município que atuou e se foi realizada a administração de benzilpenicilina benzatina mesmo sem a presença do médico na unidade de atuação.

Observou-se que a maioria dos enfermeiros referiu realizar o acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis com protocolo específico por dois anos na unidade em que atuou e: realizou o pré-natal do parceiro no serviço em que atuou (66,3%, $P<0,000$), monitorou a gestante após o tratamento de sífilis, e esse acompanhamento foi realizado pelo enfermeiro e pelo médico (51,7%, $P<0,000$),

informou que houve discussão dos casos de SC no CIMMFI do município (52,8%, $P < 0,000$), administrada a benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, mesmo sem a presença do médico (52,8%, $p = 0,001$) (TABELA 23).

Tabela 23 - Análise inferencial do acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e variáveis da assistência pré-natal pelo enfermeiro às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022

(continua)

Variáveis de assistência pré-natal	As crianças portadoras ou expostas à sífilis foram acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua?			Total	p-valor
	Sim	Não	Não tenho conhecimento		
É realizado pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço em que você atua?					
Sim	59(66,3%)	9(10,1%)	5(5,6%)	73(82,8%)	<0,000 ¹
Não	5(5,6%)	2(2,2%)	9(10,1%)	16(17,2%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	
À gestante com diagnóstico de sífilis foi solicitado após o tratamento exame de VDRL ³ mensalmente até o fim da gravidez, para monitoramento de cura e eficácia do tratamento:					
Sim, pelo enfermeiro	12(13,5%)	4(4,5%)	1(1,1%)	17(19,1%)	<0,000 ¹
Sim, pelo médico	4(4,5%)	1(1,1%)	3(3,4%)	8(9,0%)	
Sim, pelo enfermeiro e pelo médico	46(51,7%)	4(4,5%)	3(3,4%)	53(59,6%)	
Não existe protocolo, cada caso foi conduzido de forma individual	2(2,2%)	0(0,0%)	2(2,2%)	4(4,5%)	
Não tenho conhecimento	0(0,0%)	2(2,2%)	5(5,6%)	7(7,9%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	
Foram discutidos casos da SC ⁴ no CIMMFI ⁵ do município em que você atua:					
Sim	47(52,8%)	3(3,4%)	1(1,1%)	51(57,3%)	<0,000 ¹
Não	1(1,1%)	2(2,2%)	3(3,4%)	6(6,7%)	

Tabela 23 - Análise inferencial do acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e variáveis da assistência pré-natal pelo enfermeiro às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022
(conclusão)

Variáveis de assistência pré-natal	As crianças portadoras ou expostas à sífilis foram acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua?			Total	p-valor
	Sim	Não	Não tenho conhecimento		
Não tenho conhecimento	16(18,0%)	6(6,7%)	10(11,2%)	32(36,0%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	
Foi realizada a administração de BB ⁶ na unidade em que você atua mesmo sem a presença do médico?					0,001 ²
Sim	47(52,8%)	7(7,9%)	3 (3,4%)	57(64,0%)	
Não	17 (19,1%)	4(4,5%)	11(12,4%)	32(36,0%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste de Fisher. ²Teste. Qui-Quadrado. ³VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). ⁴SC (Sífilis Congênita). ⁵CIMMFI (Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil). ⁶BB (Benzilpenicilina Benzatina)

Ainda sobre a assistência às gestantes com diagnósticos de sífilis, houve associações significativas entre as variáveis se houve acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis por dois anos na unidade de atuação e as variáveis de protocolos de tratamento indicados para as gestantes em cada caso, conforme descritos na Tabela 24.

Observou-se que no total de enfermeiros que referiu haver acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis na unidade de atuação com protocolos específicos, eles indicam o mesmo protocolo de tratamento, ou seja, 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses, para as seguintes situações: 37,9% indicam o protocolo para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente ($p=0,002$), 37,5% para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente ($p=0,001$), 41,4% para a gestante com lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresentou teste rápido reagente ($p=0,000$), 47,1% para a gestante com lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresentou teste rápido reagente ($p=0,016$), 50,6% para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresentou teste rápido reagente ($p=0,001$), e 39,8% referiram indicar

o tratamento para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresentaram teste rápido reagente ($p=0,032$) (TABELA 24).

Tabela 24 - Análise inferencial do acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e dos protocolos de tratamento para sífilis gestacional. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis de assistência pré-natal - Protocolos de tratamento	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua?			Total	p-valor
	Sim	Não	Não tenho conhecimento		
Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante com lesões primárias e que apresentou TR ⁴ reagente?					
2.400.000UI ⁵ BB ⁶ em dose única	9(10,3%)	3(3,4%)	2 (2,3%)	14(16,1%)	
4.800.000UI ⁵ BB ⁶ em duas doses	6(6,9%)	3(3,4%)	0(0,0%)	9(10,3%)	0,002 ¹
7.200.000UI ⁵ BB ⁶ em três doses	33(37,9%)	1(1,1%)	2(2,3%)	36(41,4%)	
Não realizou a prescrição	15(17,2%)	4(4,6%)	9(10,3%)	28(32,2%)	
Total	63(72,4%)	11(12,6%)	13 (15,0%)	87²(100,0%)	
Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante com lesões secundárias e que apresentou TR ⁴ reagente?					
2.400.000UI ⁵ BB ⁶ em dose única	1(1,1%)	1(1,1%)	1(1,1%)	3 (3,4%)	
4.800.000UI ⁵ BB ⁶ em duas doses	16(18,2%)	4(4,5%)	2(2,3%)	22 (25,0%)	0,001 ¹
7.200.000UI ⁵ BB ⁶ em três doses	33(37,5%)	2(2,3%)	1(1,1%)	36(40,9%)	
Não realizou a prescrição	14(15,9%)	4(4,5%)	9(10,2%)	27(30,7%)	
Total	64(72,7%)	11(12,5%)	13 (14,8%)	88³(100,0%)	

Tabela 24 - Análise inferencial do acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e dos protocolos de tratamento para sífilis gestacional. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variáveis de assistência pré-natal – Protocolos de tratamento	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua?			Total	p-valor
	Sim	Não	Não tenho conhecimento		
Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresentou TR ⁴ reagente?					
2.400.000UI ⁵ BB ⁶ em dose única	6(6,9%)	2(2,3%)	0 (0,0%)	8(9,2%)	
4.800.000UI ⁵ BB ⁶ em duas doses	7(8,0%)	4(4,6%)	0(0,0%)	11(12,6%)	0,000 ¹
7.200.000UI ⁵ BB ⁶ em três doses	36(41,4%)	1(1,1%)	4(4,6%)	41(47,1%)	
Não realizou a prescrição	14(16,1%)	4(4,6%)	9(10,3%)	27(31,1%)	
Total	63(72,4%)	11(12,6%)	13(14,9%)	87²(100,0%)	
Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresentou TR ⁴ reagente?					
2.400.000 UI ⁵ BB ⁶ em dose única	5 (5,7%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	6 (6,7%)	
4.800.000UI ⁵ BB ⁶ em duas doses	3(3,4%)	2(2,3%)	0(0,0%)	5(5,7%)	0,016 ¹
7.200.000 UI ⁵ BB ⁶ em três doses	41(47,1%)	4(4,6%)	4(4,6%)	49(56,3%)	
Não realizou a prescrição	14(16,1%)	4(4,6%)	9(10,3%)	27(31,1%)	
Total	63(72,4%)	11(12,6%)	13(14,9%)	87²(100,0%)	

Tabela 24 - Análise inferencial do acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e dos protocolos de tratamento para sífilis gestacional. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis de assistência pré-natal – Protocolos de tratamento	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua?			Total	p-valor
	Sim	Não	Não tenho conhecimento		
Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresentou TR ⁴ reagente?					
4.800.000UI ⁵ BB ⁶ em duas doses	5(5,7%)	2(2,3%)	0 (0,0%)	7(8,0%)	0,001 ¹
7.200.000UI ⁵ BB ⁶ em três doses	44(50,6%)	3(3,4%)	3(3,4%)	50(57,5%)	
Dependeu dos sintomas	1(1,1%)	1(1,1%)	1(1,1%)	3(3,4%)	
Não realizou a prescrição	14(16,1%)	4(4,6%)	9(10,3%)	27(31,1%)	
Total	64(73,6%)	10(11,5%)	13(14,9%)	87²(100,0%)	
Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresentou TR ⁴ reagente?					
2.400.000UI ⁵ BB ⁶ em dose única	9(10,2%)	2(2,3%)	1 (1,1%)	12(13,6%)	0,032 ¹
4.800.000UI ⁵ BB ⁶ em duas doses	5(5,7%)	1(1,1%)	0(0,0%)	6(6,8%)	
7.200.000UI BB em três doses	35(39,8%)	4(4,5%)	3(3,4%)	42(47,7%)	
Não realizou a prescrição	14(15,9%)	4(4,5%)	10(11,4%)	28(31,8%)	
Total	63(71,6%)	11(12,5%)	14(15,9%)	88³(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: “Depende dos sintomas apresentados” foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³A questão respondida: “2.400.000UI de BB em dose única” foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ⁴TR (Teste Rápido). ⁵UI (Unidades Internacionais). ⁶BB (Benzilpenicilina Benzatina)

5.2.3 Opinião sobre facilitadores e barreiras na sua assistência à gestante com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita

Dentre as variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da SC, houve associação significativa entre as variáveis de conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis, acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis, contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico de SC, apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG e equipe completa na unidade de atuação, descritas na Tabela 25.

Observou-se que do total de enfermeiros que referiram como facilitador o conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis, também afirmaram ser facilitador(a): 76,4% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,001$), 68,5% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ($p=0,036$), 85,4% o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG ($p=0,003$), e 83,1% equipe completa na unidade de atuação ($p=0,043$) (TABELA 25).

Tabela 25 - Análise inferencial do conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência pré-natal às gestantes com sífilis. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis:		Total	p-valor
	Facilitador	Barreira		
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:				
Facilitador	68(76,4%)	2(2,2%)	70(78,6%)	0,001 ¹
Barreira	13(14,6%)	6(6,7%)	19(21,4%)	
Total	81(91,0%)	8(9,0%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS ² dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ³ :				
Facilitadora	61(68,5%)	3(3,4%)	64(71,9%)	0,036 ¹
Barreira	20(22,5%)	5(5,6%)	25(28,1%)	
Total	81(91,0%)	8(9,0%)	89(100,0%)	
Apoio da VE ⁴ municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG ⁵ :				
Facilitador	76(85,4%)	4(4,5%)	80(89,9%)	0,003 ¹
Barreira	5(5,6%)	4(4,5%)	9(10,1%)	
Total	81(91,0%)	8(9,0%)	89(100,0%)	
Equipe completa na unidade de atuação:				
Facilitador	74(83,1%)	5(5,6%)	79(88,8%)	0,043 ¹
Barreira	7(7,9%)	3(3,4%)	10(11,2%)	
Total	81(91,0%)	8(9,0%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²SUS (Sistema Único de Saúde). ³SC (Sífilis Congênita). ⁴VE (Vigilância Epidemiológica). ⁵SG (Sífilis Gestacional)

5.2.4 Caracterização dos enfermeiros X Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis

Dentre as variáveis de caracterização dos enfermeiros e da assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis também houve associações significativas importantes entre as variáveis analisadas.

Observou-se que 37,1% dos enfermeiros possuíam entre 11 e 20 anos de graduação em enfermagem e informaram discutir casos da SC no CIMMFI do município de atuação ($p=0,001$) (TABELA 26).

Tabela 26 - Análise inferencial do tempo de graduação em Enfermagem e se há discussão dos casos de SC no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil. DRS XIV, SP. 2022

Variável de assistência ao pré-natal	Tempo de graduação em Enfermagem			Total	p-valor
	≤ 10 anos	11-20 anos	21-36 anos		
Foram discutidos casos da SC ² no CIMMFI ³ do município em que você atua?					
Sim	13 (14,6%)	33(37,1%)	5(5,6%)	51(57,3%)	0,001 ¹
Não	2(2,2%)	3(3,4%)	0(0,0%)	5(5,6%)	
Não tenho conhecimento	21(23,6%)	11(12,3%)	1(1,1%)	33(37,1%)	
Total	36(40,4%)	47(52,8%)	6(6,7%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²SC (Sífilis Congênita). ³CIMMFI (Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil)

Ainda sobre a caracterização dos enfermeiros e a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, na Tabela 27 foram descritas as associações com as variáveis: atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos, qual protocolo baseou sua assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis, se realizou consultas pré-natais subsequentes, quando realizou TR para sífilis durante a assistência pré-natal, se realizou o pré-natal do parceiro da unidade de atuação, se realizou monitoramento com VDRL mensalmente após o tratamento da gestante com sífilis, se houve discussão dos casos da SC no CIMMFI do município de atuação e se houve acompanhamento das crianças portadoras e expostas à sífilis com protocolo específico por dois anos na unidade de atuação.

Constatou-se que do total de enfermeiros que referiram ter realizado atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos, eles basearam seu atendimento em protocolo municipal (61,4%, $p=0,009$), realizaram consultas pré-natais subsequentes no serviço em que atuavam (55,0%, $p=0,024$), realizaram o TR para sífilis na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais (53,9%, $p=0,000$), realizaram o pré-natal do parceiro no serviço em que atuavam (62,9%, $p=0,014$), realizaram o monitoramento mensal com VDRL para controle de

cura e eficácia do tratamento de sífilis na gestante, e esse controle foi realizado pelo enfermeiro e pelo médico (41,6%, $p=0,035$), discutiram os casos da SC no CIMMFI do município em que atuavam (49,4%, $p=0,000$), e realizaram o acompanhamento às crianças portadoras e expostas à sífilis com protocolo específico por dois anos na unidade de atuação (57,3%, $p=0,012$) (TABELA 27).

Tabela 27 - Análise inferencial de atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos com as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis de assistência pré-natal	Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Baseou seu atendimento em qual protocolo:				
Municipal	54(61,4%)	15(17,0%)	69(78,4%)	0,009 ¹
MS ⁴	2(2,3%)	5(5,7%)	7(7,9%)	
MS e SES/SP ⁵	7(7,9%)	5(5,7%)	12(13,6%)	
Total	63(71,6%)	25(28,4%)	88³(100,0%)	
O enfermeiro realizou consultas pré-natais subsequentes no serviço em que você atua?				
Sim	49 (55,0%)	14 (15,7%)	63 (70,8%)	0,024 ²
Não	14 (15,7%)	12(13,5%)	26 (29,2%)	
Total	63(70,8%)	26(29,2%)	89(100,0%)	
Quando você realizou TR ⁶ para sífilis nas consultas pré-natais?				
1ª consulta	6 (6,7%)	9 (10,1%)	15 (16,8%)	0,000 ¹
1ª consulta e 2º trimestre	3 (3,4%)	1 (1,1%)	4 (4,5%)	
1ª consulta e 3º trimestre	6 (6,7%)	4 (4,5%)	10 (11,2%)	
1ª consulta, 2º e 3º trimestres	48 (53,9%)	9 (10,1%)	57 (64,0%)	
Não realizou TR ⁶	0 (0,0%)	3 (3,4%)	3 (3,4%)	
Total	63(70,8%)	26(29,2%)	89(100,0%)	

Tabela 27 - Análise inferencial de atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos com as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variáveis de assistência pré-natal	Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Foi realizado pré-natal do parceiro pelo enfermeiro no serviço em que você atua?				
Sim	56 (62,9%)	17 (19,1)	73 (82,0%)	0,014 ¹
Não	7 (7,9%)	9 (10,1%)	16 (18,0%)	
Total	63(70,8%)	26(29,2%)	89(100,0%)	
À gestante com diagnóstico de sífilis foi solicitado após o tratamento exame de VDRL ⁷ mensalmente, para monitoramento de cura e eficácia do tratamento?				
Sim, pelo enfermeiro	15 (16,9%)	2 (2,2%)	17 (19,1%)	0,035 ¹
Sim, pelo médico	5 (5,6%)	3 (3,4%)	8 (9,0%)	
Sim, pelo enfermeiro e pelo médico	37 (41,6%)	16 (18,0%)	53 (56,6%)	
Não existiu um protocolo de monitoramento, cada caso é conduzido individualmente	4 (4,5%)	0 (0,0%)	4 (4,5%)	
Não tenho conhecimento	2 (2,2%)	5 (5,6%)	7 (7,9%)	
Total	63(70,8)	26(29,2%)	89(100,0%)	
Foram discutidos casos da SC ⁸ no CIMMFI ⁹ do município em que você atua?				
Sim	44 (49,4%)	7 (7,9%)	51 (57,3%)	0,000 ¹
Não	2 (2,2%)	4 (4,5%)	6 (6,7%)	
Não tenho conhecimento	17 (19,1%)	15 (16,8%)	32 (36,0%)	
Total	63(70,8%)	26(29,2%)	89(100,0%)	

Tabela 27 - Análise inferencial de atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos com as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis de assistência pré-natal	Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos?		Total	p-valor
	Sim	Não		
As crianças portadoras ou expostas à sífilis foram acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua?				
Sim	51(57,3%)	13(14,6%)	64(71,9%)	
Não	5(5,6%)	6(6,7%)	11(12,3%)	
Não tenho conhecimento	7(7,9%)	7(7,9%)	14(15,7%)	0,012 ¹
Total	63(70,8%)	26(29,2%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²Teste Qui-Quadrado. ³A questão respondida: "Diretrizes do SES/SP" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ⁴MS (Ministério da Saúde). ⁵SES/SP (Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo). ⁶TR (Teste Rápido). ⁷VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). ⁸SC (Sífilis Congênita). ⁹CIMMFI (Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil)

5.2.5 Caracterização dos enfermeiros X Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita

No que se refere à associação entre as variáveis de caracterização dos enfermeiros e de opinião sobre os facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita, observaram-se associações que serão descritas e apresentadas nas Tabelas de 28 a 30.

Detectou-se que a maioria dos enfermeiros (51,7%) possuía entre 11 e 20 anos de graduação em Enfermagem e referiu como facilitador o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfechos dos casos de SG ($p=0,011$) (TABELA 28).

Tabela 28 - Análise inferencial do tempo de graduação em enfermagem e apoio da vigilância epidemiológica no seguimento dos casos de SG. DRS XIV, SP. 2022

Opinião sobre facilitadores e barreiras	Tempo de graduação em Enfermagem:			Total	p-valor
	<= 10 anos	11-20 anos	21-36 anos		
Apoio da VE ² municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG ³ :					
Facilitador	30(33,7%)	46(51,7%)	4(4,5%)	80 (89,9%)	0,011 ¹
Barreira	6(6,7%)	1(1,1%)	2(2,2%)	9(10,1%)	
Total	36(40,5%)	47(52,8%)	6(6,7%)	89 (100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²VE (Vigilância Epidemiológica). ³SG (Sífilis Gestacional)

Na Tabela 29 foi descrita a associação entre o tempo de atuação em eSF e a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS, na qual 49,4% dos enfermeiros possuíam tempo de atuação em eSF menor ou igual a cinco anos e relataram como facilitadora a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC (p=0,011).

Tabela 29 - Análise inferencial de tempo de atuação em eSF e contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC. DRS XIV, SP. 2022

Opinião sobre facilitadores e barreiras	Tempo de atuação em eSF ² :				Total	p-valor
	<= 5 anos	6 -10 anos	11-15 anos	16-21 anos		
Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS ³ dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ⁴ :						0,011 ¹
Facilitadora	44(49,4%)	6(6,7%)	5(5,6%)	5(5,6%)	60(67,4%)	
Barreira	13(14,6%)	11(12,3%)	2(2,2%)	3(3,4%)	29(32,6%)	
Total	57(64,0%)	17(19,1%)	7(7,9%)	8(9,0%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²eSF (Equipe de Saúde da Família). ³SUS (Sistema Único de Saúde). ⁴SC (Sífilis Congênita)

Ainda sobre a associação entre as variáveis de caracterização dos enfermeiros e da opinião sobre os facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com

diagnóstico de sífilis, houve associação entre as variáveis se possui pós-graduação e disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, onde observou-se que 39,3% dos enfermeiros possuíam especialização ou mestrado em áreas de saúde da mulher ou saúde da família e definiram como facilitadora a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação ($p=0,002$) (TABELA 30).

Tabela 30 - Análise inferencial das variáveis: possui especialização, mestrado e/ou doutorado e disponibilidade de Benzilpenicilina na unidade de atuação. DRS XIV, SP. 2022

Opinião sobre facilitadores e barreiras	Possui especialização, mestrado e/ou doutorado?			Total	p-valor
	Sim, em SM ² ou SF ³	Sim, em outras áreas	Não		
Disponibilidade de BB ⁴ na unidade:					
Facilitadora	35(39,3%)	27(30,3%)	18(20,2%)	80(89,9%)	0,002 ¹
Barreira	0(0,0%)	3(3,4%)	6(6,7%)	9(10,1%)	
Total	35(39,3%)	30(33,7%)	24(27,0%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²SM (Saúde da Mulher). ³SF (Saúde da Família). ⁴BB (Benzilpenicilina Benzatina)

5.2.6 Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis X Opinião sobre facilitadores e barreiras na sua assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita

Dentre as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis e da opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da SC, houve associações significativas importantes que serão apresentadas abaixo e nas Tabelas de 31 a 48.

Houve associações significativas entre as variáveis qual protocolo baseou seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis, disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade e autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG (TABELA 31).

Observou-se que a maioria dos enfermeiros afirmou basear seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em protocolo municipal e descreveu como facilitadoras a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação

(73,9%, $p=0,021$) e a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG (71,6%, $P<0,000$) (TABELA 31).

Tabela 31 - Análise inferencial da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com sífilis e opiniões sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Baseou seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em:			Total ²	p-valor
	Protocolo Municipal	Diretrizes MS ³	Diretrizes MS e SES-SP ⁴		
Disponibilidade de BB ⁵ na unidade:					
Facilitadora	65 (73,9%)	5 (5,7%)	9 (10,2%)	79 (89,8%)	0,021 ¹
Barreira	4 (4,5%)	2 (2,3%)	3 (3,4%)	9 (10,2)	
Total	69 (78,4%)	7 (8,0%)	12 (13,6%)	88(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ⁶ :					<0,000 ¹
Facilitadora	63 (71,6%)	5 (5,7%)	4 (4,5%)	72 (81,8%)	<0,000 ¹
Barreira	6 (6,8%)	2 (2,3%)	8 (9,1%)	16 (18,2%)	
Total	69 (78,4%)	7 (8,0%)	12 (13,6%)	88(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Diretrizes do SES/SP" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³MS (Ministério da Saúde). ⁴SES- SP (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo). ⁵BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁶SG (Sífilis Gestacional).

Ainda, no que tange às variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis e da opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis, houve associação entre as variáveis: o enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço que atua, disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis, contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC, dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC, e dos casos de atendimento à gestante com sífilis; e autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG, conforme está descrito na Tabela 32.

Do total de enfermeiros que referiram realizar consulta pré-natais subsequentes no serviço em que atuam, afirmaram ser facilitador(a): 68,5% a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação ($p=0,002$), 62,9% o acesso aos

cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,000$), 56,2% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ($p=0,014$), 55,1% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ($p=0,001$), 58,4% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis ($p=0,001$), e 62,9% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ($p=0,014$) (TABELA 32).

Tabela 32 - Análise inferencial da variável em que o enfermeiro realizou consultas pré-natais subsequentes no serviço em que atua e opiniões sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022

(continua)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço em que você atua?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Disponibilidade de BB ³ na unidade:				
Facilitadora	61 (68,5%)	19 (21,3%)	80 (89,9%)	0,002 ¹
Barreira	2 (2,2%)	7 (7,9%)	9 (10,1%)	
Total	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:				0,000 ²
Facilitador	56 (62,9%)	14 (15,7%)	70 (78,6%)	0,000 ²
Barreira	7 (7,9%)	12 (13,5%)	19 (21,4%)	
Total	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ⁶ :				0,014 ²
Facilitadora	50 (56,2%)	14 (15,7%)	64 (71,9%)	0,014 ²
Barreira	13 (14,6%)	12 (13,5%)	25 (28,1%)	
Total	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)	

Tabela 32 - Análise inferencial da variável em que o enfermeiro realizou consultas pré-natais subsequentes no serviço em que atua e opiniões sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço em que você atua?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ⁶ :				0,001 ²
Facilitadora	49 (55,1%)	11 (12,4%)	60 (67,4%)	
Barreira	14 (15,7%)	15 (16,8%)	29 (32,6%)	
Total	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de atendimento à gestante com sífilis:				0,001 ²
Facilitadora	52 (58,4%)	13 (14,6%)	65 (73,0%)	
Barreira	11 (12,4%)	13 (14,6%)	24 (27,0%)	
Total	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ⁷ :				0,014 ¹
Facilitadora	56 (62,9%)	17 (19,1%)	73 (82,0%)	
Barreira	7 (7,9%)	9 (10,1%)	16 (18,0%)	
Total	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²Teste. Qui-Quadrado. ³BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁴UH (Unidades Hospitalares). ⁵SUS (Sistema Único de Saúde). ⁶SC (Sífilis Congênita). ⁷SG (Sífilis Gestacional)

Houve associação entre a variável de assistência pré-natal às gestantes com sífilis, realização de teste rápido durante o pré-natal com as variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras, disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC e equipe completa na unidade de atuação (TABELA 33).

Observou-se que do total de enfermeiros que afirmaram realizar o teste rápido para sífilis na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, os mesmos referiram como facilitadora: 64,0% a disponibilidade de benzilpenicilina

benzatina na unidade de atuação ($P < 0,000$), 51,6% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ($p = 0,024$) e 60,6% equipe completa na unidade de atuação ($P < 0,044$) (TABELA 33).

Tabela 33 - Análise inferencial de quando o enfermeiro realiza teste rápido para sífilis no pré-natal e opiniões sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Durante a consulta pré-natal quando você realiza o TR ² para sífilis?					Total	p-valor
	1ª consulta	1ª consulta e 2º trimestre	1ª consulta e 3º trimestre	1ª consulta, 2º e 3º trimestres	Não realiza TR		
Disponibilidade de BB ³ na unidade:							
Facilitadora	11(12,4%)	2(2,2%)	9(10,1%)	57(64,0%)	1(1,1%)	80(89,9%)	<0,000 ¹
Barreira	4(4,5%)	2(2,2%)	1(1,1%)	0(0,0%)	2(2,2%)	9(10,1%)	
Total	15(16,9%)	4(4,5%)	10(11,2%)	57(64,0%)	3(3,4%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ⁶ :							
Facilitadora	8(9,0%)	3(3,4%)	4(4,5%)	46(51,6%)	3(3,4%)	64(71,9%)	0,024 ¹
Barreira	7(7,9%)	1(1,1%)	6(6,7%)	11(12,4%)	0(0,0%)	25(28,1%)	
Total	15(16,9%)	4(4,5%)	10(11,2%)	57(64,0%)	3(3,4%)	89(100,0%)	
Equipe completa na unidade de atuação:							
Facilitadora	11(12,4%)	4(4,5%)	8(9,0%)	54(60,6%)	2(2,2%)	79(88,8%)	0,044 ¹
Barreira	4(4,5%)	0(0,0%)	2(2,2%)	3(3,4%)	1(1,1%)	10(11,2%)	
Total	15(16,9%)	4(4,5%)	10(11,2%)	57(64,0%)	3(3,4%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²TR (Teste Rápido). ³BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁴UH (Unidades Hospitalares). ⁵SUS (Sistema Único de Saúde). ⁶SC (Sífilis Congênita)

Constatou-se ainda associação entre a realização de notificação compulsória dos casos de sífilis e a adesão da gestante ao tratamento proposto, onde 65,1% dos participantes que afirmaram ser os enfermeiros e os técnicos de enfermagem que realizaram a notificação compulsória dos casos confirmados de sífilis referiram como facilitadora a adesão da gestante ao tratamento proposto ($p = 0,034$) (TABELA 34).

Tabela 34 - Análise inferencial de quem realiza a notificação compulsória em casos confirmados de sífilis e a adesão da gestante ao tratamento de sífilis. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Quem realiza a NC ² nos casos confirmados de sífilis?		Total	p-valor
	Enfermeiro e TE ³	Qualquer profissional de saúde		
Adesão da gestante ao tratamento proposto:				
Facilitadora	58 (65,1%)	2 (2,2%)	60 (67,4%)	0,034 ¹
Barreira	24 (27,0%)	5 (5,6%)	29 (32,6%)	
Total	82 (92,1%)	7 (7,9%)	89 (100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²NC (Notificação Compulsória). ³TE (Técnico De Enfermagem)

Na Tabela 35 foi descrita a associação entre o tratamento do parceiro e a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina, na qual 49,4% dos enfermeiros, que referiram tratar o parceiro independentemente do resultado do teste rápido e do resultado do exame de VDRL, consideraram facilitadora a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação ($p=0,000$).

Tabela 35 - Análise inferencial do tratamento do parceiro e a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante?			Total ²	p-valor
	Sim, mediante o TR ³ reagente	Sim, após a verificação do VDRL ⁴ reagente	Sim, independente do resultado do TR ³ e do VDRL ⁴		
Disponibilidade de BB ⁵ na unidade:					
Facilitadora	11 (12,6%)	25 (28,7%)	43 (49,4%)	79(90,8%)	0,000 ¹
Barreira	6 (6,9%)	2 (2,3%)	0 (0,0%)	8(9,2%)	
Total	17 (19,5%)	27 (31,0%)	43 (49,4%)	87(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Depende dos sintomas apresentados" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³TR (Teste Rápido). ⁴VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). ⁵BB (Benzilpenicilina Benzatina).

Ainda no que tange à associação das variáveis de assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis e de opinião do enfermeiro sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis, houve associações entre as

variáveis realização do pré-natal do parceiro, disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis, contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC, dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC e dos casos de atendimento à gestante com sífilis, apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos de SG, equipe completa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) na unidade de atuação e a autonomia do enfermeiro na assistência, nos casos de gestantes com sífilis (TABELA 36).

Observou-se que do total de enfermeiros que afirmaram realizar o pré-natal do parceiro na unidade de atuação, os mesmos consideraram como facilitador(a): 79,8% a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação ($P<0,000$), 69,7% acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,004$), 65,2% contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ($p=0,001$), 61,8% contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ($p=0,000$), 66,3% contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis ($p=0,001$), 77,5% apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos de SG ($p=0,008$), 76,4% de equipe completa na unidade de atuação ($p=0,014$), e 71,9% autonomia do enfermeiro na assistência, nos casos de gestantes com sífilis ($p=0,007$) (TABELA 36).

Tabela 36 - Análise inferencial da realização de pré-natal do parceiro e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	É realizado pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço em que você atua?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Disponibilidade de BB ³ na unidade:				
Facilitadora	71 (79,8%)	9 (10,1%)	80 (89,9%)	<0,000 ¹
Barreira	2 (2,2%)	7 (7,9%)	9 (10,1%)	
Total	73 (82,0%)	16 (18,0%)	89 (100,0%)	

Tabela 36 - Análise inferencial da realização de pré-natal do parceiro e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	É realizado pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço em que você atua?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:				
Facilitador	62 (69,7%)	8 (9,0%)	70 (78,7%)	0,004 ¹
Barreira	11 (12,3%)	8 (9,0%)	19 (21,3%)	
Total	73 (82,0%)	16 (18,0%)	89 (100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ⁶ :				0,001 ¹
Facilitadora	58(65,2%)	6 (6,8%)	64 (71,9%)	0,001 ¹
Barreira	15 (16,8%)	10 (11,2%)	25 (28,1%)	
Total	73 (82,0%)	16 (18,0%)	89 (100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC:				0,000 ²
Facilitadora	55 (61,8%)	5 (5,6%)	60 (67,4%)	0,000 ²
Barreira	18 (20,2%)	11 (12,4%)	29 (32,6%)	
Total	73 (82,0%)	16 (18,0%)	89 (100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis:				0,001 ¹
Facilitadora	59 (66,3%)	6 (6,8%)	65 (73,0%)	0,001 ¹
Barreira	14 (15,7%)	10 (11,2%)	24 (27,0%)	
Total	73 (82,0%)	16 (18,0%)	89 (100,0%)	
Apoio da VE ⁷ municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG ⁸ :				0,008 ¹
Facilitador	69 (77,5%)	11 (12,4%)	80 (89,9%)	0,008 ¹
Barreira	4 (4,5%)	5 (5,6%)	9 (10,1%)	
Total	73 (82,0%)	16 (18,0%)	89 (100,0%)	

Tabela 36 - Análise inferencial da realização de pré-natal do parceiro e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	É realizado pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço em que você atua?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Equipe completa na unidade de atuação:				
Facilitadora	68 (76,4%)	11 (12,4%)	79 (88,8%)	0,014 ¹
Barreira	5 (5,6%)	5 (5,6%)	10 (11,2%)	
Total	73 (82,0%)	16 (18,0%)	89 (100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis:				
Facilitadora	64 (71,9%)	9 (10,1%)	73 (82,0%)	0,007 ¹
Barreira	9 (10,1%)	7 (7,9%)	16 (18,0%)	
Total	73 (82,0%)	16 (18,0%)	89 (100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²Teste Qui-Quadrado. ³BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁴UH (Unidades Hospitalares). ⁵SUS (Sistema Único de Saúde). ⁶SC (Sífilis Congênita). ⁷VE (Vigilância Epidemiológica). ⁸SG (Sífilis Gestacional)

Na Tabela 37 foi descrita a associação entre as variáveis administração de benzilpenicilina na unidade de atuação mesmo sem a presença do médico com disponibilidade benzilpenicilina benzatina na unidade, contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC e dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC e adesão da gestante ao tratamento proposto.

Dentre os enfermeiros que referiram administrar a benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação mesmo sem a presença do médico, os mesmos consideraram como facilitadora: 64,0% a disponibilidade benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação ($P < 0,000$), 51,7% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ($p = 0,013$), 47,4% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ($p = 0,008$) e 38,2% a adesão da gestante ao tratamento proposto ($p = 0,036$) (TABELA 37).

Tabela 37 - Análise inferencial da administração de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação mesmo sem a presença do médico e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	É realizada administração de BB ³ na unidade em que você atua mesmo sem a presença do médico?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Disponibilidade de BB ³ na unidade:				
Facilitadora	57 (64,0%)	23(25,9%)	80 (89,9%)	<0,000 ¹
Barreira	0 (0,0%)	9 (10,1%)	9 (10,1%)	
Total	57 (64,0%)	32 (36,0%)	89 (100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ⁶ :				0,013 ²
Facilitadora	46 (51,7%)	18 (20,2%)	64 (71,9%)	0,013 ²
Barreira	11 (12,4%)	14 (15,7%)	25 (28,1%)	
Total	57 (64,0%)	32 (36,0%)	89 (100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ⁶ :				0,008 ²
Facilitadora	44 (47,4%)	16 (18,0%)	60 (67,4%)	0,008 ²
Barreira	13 (14,6%)	16 (18,0%)	29 (32,6%)	
Total	57 (64,0%)	32 (36,0%)	89 (100,0%)	
Adesão da gestante ao tratamento proposto:				
Facilitadora	34 (38,2%)	26 (29,2%)	60 (67,4%)	0,036 ²
Barreira	23 (25,8%)	6 (6,8%)	29 (32,6%)	
Total	57 (64,0%)	32 (36,0%)	89 (100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²Teste Qui-Quadrado. ³BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁴UH (Unidades Hospitalares). ⁵SUS (Sistema Único de Saúde). ⁶SC (Sífilis Congênita)

Em relação à associação entre as variáveis de tratamento da gestante com diagnóstico de sífilis em seus diferentes estágios e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência, obteve-se significância em todos os protocolos de tratamento questionados (TABELAS 38 a 43).

Observou-se que os enfermeiros que referiram indicar 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido

reagente para sífilis, consideraram como facilitador(a): 41,4% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação ($p=0,000$), 36,8% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,048$), e 39,1% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis ($P<0,000$) (TABELA 38).

Destacou-se que 23,0% e 19,5% dos enfermeiros informaram não realizar prescrição de tratamento para sífilis e indicaram como facilitadores a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação ($p=0,000$) e o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,048$) respectivamente; e 16,1% dos participantes referiram indicar 2.400.000UI de benzilpenicilina benzatina em dose única no tratamento de gestantes com lesões primárias e que apresentaram teste rápido reagente para sífilis e referiram como facilitadora a autonomia do enfermeiro na assistência, nos casos de gestante com sífilis (TABELA 38).

Tabela 38 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta TR ³ reagente?				Total ²	p-valor
	2.400.000 UI ⁴ de BB ⁵ em dose única	4.800.000 UI ⁴ de BB ⁵ em duas doses	7.200.000 UI ⁴ de BB ⁵ em três doses	Não realiza prescrição		
Disponibilidade de BB ⁵ na unidade:						
Facilitadora	14(16,1%)	9(10,3%)	36(41,4%)	20(23,0%)	79(90,8%)	0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	8(9,2%)	8(9,2%)	
Total	14(16,1%)	9(10,3%)	36(41,4%)	28(32,2%)	87(100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:						
Facilitador	12(13,8%)	7(8,0%)	32(36,8%)	17(19,5%)	68(78,2%)	0,048 ¹
Barreira	2(2,3%)	2(2,3%)	4(4,6%)	11(12,6%)	19(21,8%)	
Total	14(16,1%)	9(10,3%)	36(41,4%)	28(32,2%)	87(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis:						
Facilitadora	14(16,1%)	9(10,3%)	34(39,1%)	14(16,1%)	71(81,6%)	<0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	2(2,3%)	14(16,1%)	16(18,4%)	
Total	14(16,1%)	9(10,3%)	36(41,4%)	28(32,2%)	87(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Depende dos sintomas apresentados" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³TR (Teste Rápido). ⁴UI (Unidades Internacionais). ⁵BB (Benzilpenicilina Benzatina)

Observou-se que os enfermeiros que referiram indicar para a gestante com lesões secundárias e que apresentou teste rápido reagente 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI, com intervalo de sete dias entre as doses, classificaram como facilitador(a): 40,9% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação (p=0,000), 34,1% acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis (p=0,039), 32,9%

contrarreferência das unidades hospitalares do SUS nos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ($p=0,047$) e 38,6% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis. Ademais, destacou-se que os enfermeiros que referiram indicar para a gestante com lesões secundárias e que apresentou teste rápido reagente 4.800.000UI de benzilpenicilina benzatina, em duas doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses, classificaram como facilitadores os mesmos itens supracitados na porcentagem de 25,0%, 22,7%, 17,0% e 25,0% respectivamente (TABELA 39).

Tabela 39 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta TR reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante com lesões secundárias e que apresentou TR ³ reagente?				Total ²	p-valor
	2.400.000 UI ⁴ de BB ⁵ em dose única	4.800.000 UI ⁴ de BB ⁵ em duas doses	7.200.000 UI ⁴ de BB ⁵ em três doses	Não realiza prescrição		
Disponibilidade de BB ⁵ na unidade:						
Facilitadora	3(3,4%)	22(25,0%)	36(40,9%)	19(21,6%)	80(90,9%)	0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	8(9,1%)	8(9,1%)	
Total	3(3,4%)	22 (25,0%)	36(40,9%)	27(30,7%)	88(100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:						
Facilitador	3(3,4%)	20(22,7%)	30(34,1%)	16(18,2%)	69(78,4%)	0,039 ¹
Barreira	0(0,0%)	2(2,3%)	6(6,8%)	11(12,5%)	19(21,6%)	
Total	3(3,4%)	22 (25,0%)	36(40,9%)	27(30,7%)	88(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁶ do SUS ⁷ dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ⁸ :						0,047 ¹
Facilitadora	1(1,1%)	15(17,0%)	29(32,9%)	14(15,9%)	59(67,0%)	
Barreira	2(2,3%)	7(8,0%)	7(8,0%)	13(14,8%)	29(33,0%)	
Total	3(3,4%)	22 (25,0%)	36(40,9%)	27(30,7%)	88(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis:						<0,000 ¹
Facilitadora	3(3,4%)	22(25,0%)	34(38,6%)	13(14,8%)	72(81,8%)	
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	2(2,3%)	14(15,9%)	16(18,2%)	
Total	3(3,4%)	22(25,0%)	36(40,9%)	27(30,7%)	88(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas:¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Depende dos sintomas apresentados" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³TR (Teste Rápido). ⁴UI (Unidades Internacionais). ⁵BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁶UH (Unidades Hospitalares). ⁷SUS (Sistema Único de Saúde). ⁸SC (Sífilis Congênita)

Constatou-se que os enfermeiros que declararam indicar 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses, para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresentou teste rápido reagente, referiram como facilitador(a): 47,1% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação ($p=0,000$), 41,4% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,015$), 40,2% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS nos casos de atendimento à gestante com sífilis ($p=0,017$), e 44,8% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis ($P<0,000$). Destacou-se que os enfermeiros que referiram não realizar prescrição de tratamento para sífilis classificaram como facilitadores os mesmos itens supracitados na porcentagem de 21,8%, 18,4% e 17,2,0%, respectivamente. Ademais, desses enfermeiros que referiram não realizar a prescrição de tratamento para sífilis, 16,1% classificaram como barreira a autonomia do enfermeiro na assistência, nos casos de gestantes com sífilis ($P<0,000$) (TABELA 40).

Tabela 40 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP, 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresentou TR ³ reagente?				Total ²	p-valor
	2.400.000 UI ⁴ de BB ⁵ em dose única	4.800.000 UI ⁴ de BB ⁵ em duas doses	7.200.000 UI ⁴ de BB ⁵ em três doses	Não realizou prescrição		
Disponibilidade de BB ⁵ na unidade:						
Facilitadora	8(9,2%)	11(12,6%)	41(47,1%)	19(21,8%)	79(90,8%)	0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	8(9,2%)	8(9,2%)	
Total	8(9,2%)	11(12,6%)	41(47,1%)	27(31,1%)	87(100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:						0,015 ¹
Facilitador	8(9,2%)	8(9,2%)	36(41,4%)	16(18,4%)	68(78,2%)	0,017 ¹
Barreira	0(0,0%)	3(3,4%)	5 (5,7%)	11(12,6%)	19(21,8%)	
Total	8(9,2%)	11(12,6%)	41(47,1%)	27(31,1%)	87(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁶ do SUS ⁷ dos casos de atendimento à SG ⁸ :						0,017 ¹
Facilitadora	4(4,6%)	9(10,3%)	35(40,2%)	15(17,2%)	63(72,4%)	0,017 ¹
Barreira	4(4,6%)	2(2,3%)	6(6,9%)	12(13,8%)	24(27,6%)	
Total	8(9,2%)	11(12,6%)	41(47,1%)	27 (31,0%)	87(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ⁸ :						<0,000 ¹
Facilitadora	8(9,2%)	11(12,6%)	39(44,8%)	13(14,9%)	71(81,6%)	<0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	2(2,3%)	14(16,1%)	16(18,4%)	
Total	8(9,2%)	11(12,6%)	41(47,1%)	27 (31,0%)	87(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Depende dos sintomas apresentados" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³TR (Teste Rápido). ⁴UI (Unidades Internacionais). ⁵BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁶UH (Unidades Hospitalares). ⁷SUS (Sistema Único de Saúde). ⁸SG (Sífilis Gestacional)

Observou-se, ainda, que os enfermeiros que referiram indicar 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses, para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresentou teste rápido reagente para sífilis, classificaram como facilitador(a): 56,3% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação ($p=0,000$), 49,4% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,029$), 54,0% o apoio da Vigilância Epidemiológica para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG ($p=0,043$) e 54,0% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis ($P<0,000$). Destacou-se que 18,4% dos participantes que informaram não realizar a prescrição de tratamento para sífilis classificaram como facilitador o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,029$) (TABELA 41).

Tabela 41 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresentou TR ³ reagente?				Total ²	p-valor
	2.400.000 UI ⁴ de BB ⁵ em dose única	4.800.000 UI ⁴ de BB ⁵ em duas doses	7.200.000 UI ⁴ de BB ⁵ em três doses	Não realizou prescrição		
Disponibilidade de BB ⁵ na unidade:						
Facilitadora	6(6,9%)	5(5,7%)	49(56,3%)	19(21,8%)	79(90,8%)	0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	8(9,2%)	8(9,2%)	
Total	6(6,9%)	5(5,7%)	49(56,3%)	27(31,0%)	87(100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:						0,029 ¹
Facilitador	5(5,7%)	4(4,6%)	43(49,4%)	16(18,4%)	68(78,2%)	0,043 ¹
Barreira	1(1,1%)	1(1,1%)	6(6,9%)	11(12,6%)	19(21,8%)	
Total	6(6,9%)	5(5,7%)	49(56,3%)	27(31,0%)	87(100,0%)	
Apoio da VE ⁶ municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG ⁷ :						0,043 ¹
Facilitadora	4(4,6%)	5(5,7%)	47(54,0%)	22(25,3%)	63(72,4%)	0,043 ¹
Barreira	2(2,3%)	0(0,0%)	2(2,3%)	5(5,7%)	24(27,6%)	
Total	6(6,9%)	5(5,7%)	49(56,3%)	27(31,0%)	87(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ⁷ :						<0,000 ¹
Facilitadora	6(6,9%)	5(5,7%)	47(54,0%)	13(14,9%)	71(81,6%)	<0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	2(2,3%)	14(16,1%)	16(18,4%)	
Total	6(6,9%)	5(5,7%)	49(56,3%)	27(31,0%)	87(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Depende dos sintomas apresentados" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³TR (Teste Rápido). ⁴UI (Unidades Internacionais). ⁵BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁶VE (Vigilância Epidemiológica). ⁷SG (Sífilis Gestacional)

Observou-se que os enfermeiros que referiram indicar 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI, com intervalo de sete dias entre as doses, para a gestante com lesões em órgãos e tecidos e que apresentou teste rápido reagente para sífilis, classificaram como facilitador (a): 57,5% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação ($p=0,000$), 49,4% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,042$) e 55,2% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis ($P<0,000$). Destacou-se que 18,4% dos participantes que informaram não realizar a prescrição de tratamento para sífilis classificaram como facilitador o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p=0,042$) (TABELA 42).

Tabela 42 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante assintomática com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta TR reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022.

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresentou TR ³ reagente?				Total ²	p-valor
	4.800.000 UI ⁴ de BB ⁵ em duas doses	7.200.000 UI ⁴ de BB ⁵ em três doses	Dependeu dos sintomas	Não realizou prescrição		
Disponibilidade de BB ⁵ na unidade:						
Facilitadora	7(8,0%)	50(57,5%)	2(2,3%)	19(21,8%)	78(90,8%)	0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	1(1,1%)	8(9,2%)	9(9,2%)	
Total	7(8,0%)	50(57,5%)	3(3,4%)	27(31,0%)	87(100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:						
Facilitador	6(6,9%)	43(49,4%)	3(3,4%)	16(18,4%)	68(78,2%)	0,042 ¹
Barreira	1(1,1%)	7(8,0%)	0(0,0%)	11(12,6%)	19(21,8%)	
Total	7(8,0%)	50(57,5%)	3(3,4%)	27(31,0%)	87(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ⁶ :						
Facilitadora	7(8,0%)	48(55,2%)	3(3,4%)	13(14,9%)	71(81,6%)	<0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	2(2,3%)	0(0,0%)	14(16,1%)	16(18,4%)	
Total	7(8,0%)	50(57,5%)	3(3,4%)	27(31,0%)	87(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "2.400.000UI de BB em dose única" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³TR (Teste Rápido). ⁴UI (Unidades Internacionais). ⁵BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁶SG (Sífilis Gestacional)

Os enfermeiros que referiram indicar 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses, para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresentou teste rápido reagente, classificaram como facilitador(a): 46,6 a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação (p=0,004), 40,9% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis (p=0,049), 39,8% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimentos às

gestantes com sífilis ($p=0,019$) e 45,4% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis ($P<0,000$). Destacou-se que 22,7%, 19,3%, 17,0% e 15,9% dos participantes, que informaram não realizar a prescrição de tratamento para sífilis, classificaram como facilitadores os mesmos supracitados. Ademais, desses enfermeiros que referiram não realizar a prescrição de tratamento para sífilis, 15,9% classificaram como barreira a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes ($P<0,000$) (TABELA 43).

Tabela 43 - Análise inferencial do protocolo que indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias que apresenta teste rápido reagente e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	Qual protocolo de tratamento você indicou para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresentou TR ³ reagente?				Total ²	p-valor
	2.400.000 UI ⁴ de BB ⁵ em dose única	4.800.000 UI ⁴ de BB ⁵ em duas doses	7.200.000 UI ⁴ de BB ⁵ em três doses	Não realizou prescrição		
Disponibilidade de BB ⁵ na unidade:						
Facilitadora	12(13,6%)	6(6,8%)	41(46,6%)	20(22,7%)	79(89,8%)	0,004 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	1(1,1%)	8(9,1%)	9(10,2%)	
Total	12(13,6%)	6(6,8%)	42(47,7%)	28(31,8%)	88(100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:						
Facilitador	10(11,4%)	6(6,8%)	36(40,9%)	17(19,3%)	69(78,4%)	0,049 ¹
Barreira	2(2,2%)	0(0,0%)	6(6,8%)	11(12,5%)	19(21,6%)	
Total	12(13,6%)	6(6,8%)	42(47,7%)	28(31,8%)	88(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁶ do SUS ⁷ dos casos de atendimento à SG ⁸ :						
Facilitadora	8(9,1%)	6(6,8%)	35(39,8%)	15(17,0%)	64(72,7%)	0,019 ¹
Barreira	4(4,5%)	0(0,0%)	7(7,9%)	13(14,8%)	24(27,3%)	
Total	12(13,6%)	6(6,8%)	42(47,7%)	28(31,8%)	88(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ⁸ :						
Facilitadora	12(13,6%)	6(6,8%)	40(45,4%)	14(15,9%)	72(81,8%)	<0,000 ¹
Barreira	0(0,0%)	0(0,0%)	2(2,3%)	14(15,9%)	16(18,2%)	
Total	12(13,6%)	6(6,8%)	42(47,7%)	28(31,8%)	88(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²A questão respondida: "Depende dos sintomas apresentados" foi excluída das comparações devido à baixa frequência e que não pode ser reagrupada. ³TR (Teste Rápido). ⁴UI (Unidades Internacionais). ⁵BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁶UH (Unidades Hospitalares). ⁷SUS (Sistema Unico de Saúde). ⁸SG (Sífilis Gestacional)

Ainda de acordo com as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis e de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às

gestantes com diagnóstico de sífilis, houve associação significativa entre as variáveis “realiza busca ativa de gestantes faltosas” e “a disponibilidade de benzilpenicilina”, onde a maioria dos enfermeiros (88,8%) afirmou realizar a busca ativa das gestantes faltosas para que não haja interrupção do tratamento e classificaram como facilitadora a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação ($p=0,026$) (TABELA 44).

Tabela 44 - Análise inferencial da busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento e disponibilidade de benzilpenicilina benzatina nas unidades. DRS XIV, SP. 2022

Variável de opinião sobre facilitador e barreira	Há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento?		Total	p-valor
	Sim	Não		
Disponibilidade de BB ² na unidade:				
Facilitadora	79 (88,8%)	1 (1,1%)	80 (89,9%)	0,026 ¹
Barreira	7 (7,9%)	2 (2,2%)	9 (10,1%)	
Total	86 (96,7%)	3 (3,3%)	89 (100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²BB (Benzilpenicilina Benzatina)

Observou-se que os enfermeiros que referiram realizar o monitoramento das gestantes pós-tratamento de sífilis com VDRL mensalmente, e que esse controle era realizado pelo médico e pelo enfermeiro, também classificaram como facilitador(a) na sua assistência: 58,4% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação ($P<0,000$), 46,0% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ($p=0,044$), 43,8% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ($p=0,021$), 47,2% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis ($p=0,008$), 56,2% o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos de SG ($p=0,005$) e 51,7% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis ($p=0,004$) (TABELA 45).

Tabela 45 - Análise inferencial do controle mensal com VDRL para monitoramento de cura e eficácia do tratamento de sífilis e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência. DRS XIV, SP. 2022

(continua)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	À gestante com diagnóstico de sífilis é solicitado após o tratamento exame de VDRL ² mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento?					Total	p-valor
	Sim, pelo enfermeiro	Sim, pelo médico	Sim, pelo enfermeiro e pelo médico	Não existe protocolo	Não tem conhecimento		
Disponibilidade de BB ³ na unidade:							
Facilitadora	17(19,1%)	5(5,6%)	52(58,4%)	3(3,4%)	3(3,4%)	80(89,9%)	
Barreira	0(0,0%)	3(3,4%)	1(1,1%)	1(1,1%)	4(4,5%)	9(10,1%)	<0,000 ¹
Total	17(19,1%)	8(9,0%)	53(59,5%)	4(4,5%)	7(7,9%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ⁶ :							
Facilitadora	14(15,7%)	5(5,6%)	41(46,0%)	2(2,2%)	5(5,6%)	64(71,9%)	0,044 ¹
Barreira	3(3,4%)	3(3,4%)	12(13,5%)	2(2,2%)	2(2,2%)	25(28,1%)	
Total	17(19,1%)	8(9,0%)	53(59,5%)	4(4,5%)	7(7,9%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ⁶ :							
Facilitadora	14(15,7%)	3(3,4%)	39(43,8%)	1(1,1%)	3(3,4%)	60(67,4%)	
Barreira	3(3,4%)	5(5,6%)	14(15,7%)	3(3,4%)	4(4,5%)	29(32,6%)	0,021 ¹
Total	17(19,1%)	8(9,0%)	53(59,5%)	4(4,5%)	7(7,9%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁴ do SUS ⁵ dos casos de atendimento à SG ⁷ :							

Tabela 45 - Análise inferencial do controle mensal com VDRL para monitoramento de cura e eficácia do tratamento de sífilis e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	À gestante com diagnóstico de sífilis é solicitado após o tratamento exame de VDRL ² mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento?					Total	p-valor
	Sim, pelo enfermeiro	Sim, pelo médico	Sim, pelo enfermeiro e pelo médico	Não existe protocolo	Não tem conhecimento		
Facilitadora	15(16,9%)	4(4,5%)	42(47,2%)	1(1,1%)	3(3,4%)	65(73,0%)	0,008 ¹
Barreira	2(2,2%)	4(4,5%)	11(12,3%)	3(3,4%)	4(4,5%)	24(27,0%)	
Total	17(19,1%)	8(9,0%)	53(59,5%)	4(4,5%)	7(7,9%)	89(100,0%)	
Apoio da VE ⁸ municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG ⁷ :							
Facilitador	17(19,1%)	6(6,7%)	50(56,2%)	2(2,2%)	5(5,6%)	80(89,9%)	0,005 ¹
Barreira	0(0,0%)	2(2,2%)	3(3,4%)	2(2,2%)	2(2,2%)	9(10,1%)	
Total	17(19,1%)	8(9,0%)	53(59,5%)	4(4,5%)	7(7,9%)	89(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ⁷ :							
Facilitadora	15(16,9%)	4(4,5%)	46(51,7%)	1(1,1%)	7(7,9%)	73(82,0%)	0,004 ¹
Barreira	2(2,2%)	4(4,5%)	7(7,9%)	3(3,4%)	0(0,0%)	16(18,0%)	
Total	17(19,1%)	8(9,0%)	53(59,5%)	4(4,5%)	7(7,9%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*). ³BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁴UH (Unidades Hospitalares). ⁵SUS (Sistema Único de Saúde). ⁶SC (Sífilis Congênita). ⁷SG (Sífilis Gestacional). ⁸VE (Vigilância Epidemiológica)

Constatou-se que os enfermeiros que referiram haver discussão de casos da SC, no CIMMFI do município, classificaram como facilitador(a): 56,2% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação (p=0,003), 49,4% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis (p=0,049), 47,2% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC (p=0,027), 44,9% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de aborto ou natimorto por consequência de sífilis (p=0,019), 47,2%

a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimentos às gestantes com sífilis ($p=0,023$) e 51,7% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis ($p=0,024$) (TABELA 46).

Tabela 46 - Análise inferencial de discussão de casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	São discutidos casos da SC ² no CMMFI ³ do município em que você atua?			Total	p-valor
	Sim	Não	Não tenho conhecimento		
Disponibilidade de BB ⁴ na unidade:					
Facilitadora	50 (56,2%)	4(4,5%)	26(29,2%)	80(89,9%)	0,003 ¹
Barreira	1(1,1%)	2(2,2%)	6(6,7%)	9(10,1%)	
Total	51(57,3%)	6(6,7%)	32(36,0%)	89(100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:					
Facilitador	44(49,4%)	3(3,4%)	23(25,8%)	70(78,7%)	0,049 ¹
Barreira	7(7,9%)	3(3,4%)	9(10,1%)	19(21,3%)	
Total	51(57,3%)	6(6,7%)	32 (36,0%)	89(100,0%)	
Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG ⁵ :					
Facilitadora	46(51,7%)	3(3,4%)	24(27,0%)	73(82,0%)	0,024 ¹
Barreira	5(5,6%)	3(3,4%)	8(9,0%)	16(18,0%)	
Total	51(57,3%)	6(6,7%)	32 (36,0%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁶ do SUS ⁷ dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ² :					
Facilitadora	42(47,2%)	4(4,5%)	18(20,2%)	64(71,9%)	0,027 ¹
Barreira	9(10,1%)	2(2,2%)	14(15,7%)	25(28,1%)	
Total	51(57,3%)	6(6,7%)	32 (36,0%)	89(100,0%)	

Tabela 46 - Análise inferencial de discussão de casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil e variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	São discutidos casos da SC ² no CMMFI ³ do município em que você atua?			Total	p-valor
	Sim	Não	Não tenho conhecimento		
Contrarreferência das UH ⁶ do SUS ⁷ dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC ² :					0,019 ¹
Facilitadora	40(44,9%)	4(4,5%)	16(18,0%)	60(67,4%)	
Barreira	11(12,4%)	2(2,2%)	16(18,0%)	29(32,6%)	
Total	51(57,3%)	6(6,7%)	32 (36,0%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das UH ⁶ do SUS ⁷ dos casos de atendimento à SG ⁵ :					0,023 ¹
Facilitadora	42(47,2%)	5(5,6%)	18(20,2%)	65(73,0%)	
Barreira	9(10,1%)	1(1,1%)	14(15,7%)	24(27,0%)	
Total	51(57,3%)	6(6,7%)	32 (36,0%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²SC (Sífilis Congênita). ³CIMMFI (Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil). ⁴BB (Benzilpenicilina Benzatina). ⁵SG (Sífilis Gestacional). ⁶UH (Unidades Hospitalares). ⁷SUS (Sistema Único de Saúde).

Na Tabela 47, foi apresentada a associação entre variável de acompanhamento atual de gestantes com sífilis e equipe completa na unidade de atuação, em que a maioria dos enfermeiros (65,2%) afirmou que não estava acompanhando gestante com diagnóstico de sífilis no momento da coleta de dados e classificou como facilitadora a equipe completa na unidade de atuação ($p=0,009$).

Tabela 47 - Análise inferencial das variáveis sobre se atualmente está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis e se possui equipe completa na unidade de atuação. DRS XIV, SP. 2022

Variável de opinião sobre facilitador e barreira	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis?		Total	p-valor
	Sim, entre uma e 10 gestantes	Não		
Equipe completa na unidade de atuação:				
Facilitadora	21(23,6%)	58 (65,2%)	79(88,8%)	0,009 ¹
Barreira	7(7,9%)	3 (3,4%)	10(11,2%)	
Total	28 (31,5%)	61 (68,5%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Nota: ¹Teste Exato de Fisher

Observou-se que os enfermeiros que afirmaram haver acompanhamento de crianças portadoras ou expostas à sífilis com protocolo específico, por dois anos na unidade de atuação, classificaram como facilitador(a): 69,7% a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade ($P < 0,000$), 61,8% o acesso aos cursos e treinamento sobre os protocolos assistenciais de sífilis ($p = 0,019$), 57,3% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ($p = 0,014$), 58,4% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis ($p = 0,013$) e 68,5% o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos de SG ($p = 0,015$) (TABELA 48).

Tabela 48 - Análise inferencial da variável sobre se as crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que atua e as variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras da assistência. DRS XIV, SP. 2022

Variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua?			Total	p-valor
	Sim	Não	Não tenho conhecimento		
Disponibilidade de BB ² na unidade:					
Facilitadora	62(69,7%)	11(12,4%)	7(7,9%)	80(89,9%)	<0,000 ¹
Barreira	2(2,2%)	0(0,0%)	7(7,9%)	9(10,1%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	
Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:					
Facilitador	55(61,8%)	7(7,9%)	8(9,0%)	70(78,7%)	0,019 ¹
Barreira	9(10,1%)	4(4,5%)	6(6,7%)	19(21,3%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das UH ³ do SUS ⁴ dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC ⁵ :					
Facilitadora	51(57,3%)	7(7,9%)	6(6,7%)	64(71,9%)	0,014 ¹
Barreira	13(14,6%)	4(4,5%)	8(9,0%)	25(28,1%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	
Contrarreferência das UH ³ do SUS ⁴ dos casos de atendimento à SG ⁶ :					
Facilitadora	52(58,4%)	5(5,6%)	8(9,0%)	65(73,0%)	0,013 ¹
Barreira	12(13,5%)	6(6,7%)	6(6,7%)	24(27,0%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	
Apoio da VE ⁷ municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG ⁶ :					
Facilitadora	61(68,5%)	8(9,0%)	11(12,3%)	80(89,9%)	0,015 ¹
Barreira	3(3,4%)	3(3,4%)	3(3,4%)	9(10,1%)	
Total	64(71,9%)	11(12,4%)	14(15,7%)	89(100,0%)	

Fonte: Da autora (2022).

Notas: ¹Teste Exato de Fisher. ²BB (Benzilpenicilina Benzatina). ³UH (Unidades Hospitalares). ⁴SUS (Sistema Único de Saúde). ⁵SC (Sífilis Congênita). ⁶SG (Sífilis Gestacional). ⁷VE (Vigilância Epidemiológica)

As análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos foram representadas nas Tabelas 49 a 53 (APÊNDICE K).

6 DISCUSSÃO

A seguir serão discutidos os resultados da pesquisa e as evidências científicas sobre a temática do presente estudo.

6.1 DISCUSSÃO DAS ANÁLISES DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS

No boletim epidemiológico de sífilis no Brasil do ano de 2020, observou-se uma taxa de detecção de SG e da SC maior na região Sudeste. A taxa de SG na região foi de 25,9 casos/1.000 nascidos, superiores às taxas de detecção nacional que foi de 21,6 casos/1.000 nascidos, e em relação à SC, foram notificados 22.065 casos no Brasil, a região Sudeste foi responsável por 44,5% dos casos, com uma taxa de 8,9 casos/1.000 nascidos vivos, e a taxa nacional de 7,7 casos/1.000 nascidos (BRASIL, 2021a).

Outro estudo mostrou que houve um aumento considerável de casos de SA e SG nos últimos anos no Estado de São Paulo, e há variações entre as regiões, a região de Presidente Prudente acumulou as maiores taxas de diagnóstico de casos e a região do presente estudo, a DRS XIV de São João da Boa Vista, o menor incremento de casos, porém com números crescentes. Os autores associam esse aumento da taxa de diagnóstico à maior cobertura de triagem com testes rápidos na APS (LUPPI *et al.*, 2020).

6.1.1 Caracterização dos enfermeiros

Em outubro de 2018, na cidade de Astana, capital do Cazaquistão, aconteceu a Conferência Global sobre APS, e a experiência brasileira de APS configurada na ESF foi exaltada por autoridades na plenária inaugural e em diversas sessões como modelo exitoso por seus impactos relevantes na melhoria do acesso e também na saúde da população (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

A atuação do enfermeiro na APS vem se consolidando através da assistência integral na prevenção de agravos e promoção da saúde, nos diferentes contextos e em todos os ciclos vitais humanos, contribuindo assim para a qualificação da assistência à saúde (FERREIRA *et al.*, 2018). Diante desse contexto, o enfermeiro

que atua na APS, para executar essa diversidade de ações, necessita desenvolver várias competências, dentre elas, a consulta de enfermagem, estabelecida pela lei do exercício profissional bem como pela PNAB (BRASIL, 2017b; COFEN, 1986; TOSO *et al.*, 2021).

Em relação à caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino, com idade entre 31 e 40 anos, com tempo de graduação em Enfermagem entre 11 e 20 anos e com tempo menor ou igual a cinco anos de atuação em eSF. Observou-se, ainda, que 73,0% dos enfermeiros realizaram cursos de especialização ou mestrado, com grande concentração de especializações em áreas de Saúde da Família e Saúde da Mulher. Estudo realizado, sobre competências do enfermeiro na ESF, traz características dos enfermeiros semelhantes, diferindo somente em relação ao tempo de atuação em eSF, em que o tempo de atuação do estudo foi maior (LOPES *et al.*, 2020).

A maioria dos enfermeiros (92,1%) referiu ter realizado atualização/aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos, e 95,5% realizaram capacitação/treinamento para realização de teste rápido para sífilis. O que se refere à atualização sobre sífilis, esses dados não corroboram a revisão integrativa realizada sobre os desafios do enfermeiro na assistência de enfermagem, aos usuários com diagnóstico de sífilis, que traz como maior desafio o déficit no conhecimento e a falta de capacitação dos enfermeiros (SOLINO *et al.*, 2020).

6.1.2 Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis

Em relação aos protocolos assistenciais no manejo de sífilis, o MS realiza constantes atualizações através dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que são documentos que estabelecem critérios para diagnóstico, tratamento, controle clínico e acompanhamento dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos profissionais de saúde, são baseados em evidências científicas e viáveis de serem aplicados no âmbito do SUS. Os protocolos vigentes utilizados na elaboração do instrumento de coleta de dados, preconizam que para os estágios iniciais (sífilis primária, secundária e latente recente) a dose recomendada de benzilpenicilina seja de 2.400.000UI em dose única e para os estágios tardios (sífilis latente tardia e terciária) e o estágio desconhecido a dose recomendada de benzilpenicilina seja de

7.200.000UI em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020b). Atualmente o MS recomenda duas doses de benzilpenicilina benzatina para gestantes reagentes para sífilis em estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), ou seja, 4.800.000UI em duas doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias (BRASIL, 2022).

No Estado de São Paulo, o protocolo de tratamento para sífilis em gestantes segue o Guia de Bolso para o Manejo de sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, no qual recomenda uma dose a mais de benzilpenicilina benzatina nos estágios iniciais de sífilis (4.800.000UI em duas doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias) por meio da Nota Informativa Conjunta nº 001/2017/AB/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP (SÃO PAULO, 2016; SÃO PAULO, 2017).

Ambos os protocolos reforçam o papel do enfermeiro no diagnóstico, tratamento e seguimento de sífilis e parcerias, promovendo autonomia para esse profissional no âmbito da APS (BRASIL, 2022; SÃO PAULO, 2017).

Em relação ao protocolo norteador da assistência do enfermeiro às gestantes com diagnóstico de sífilis, 77,5% dos enfermeiros afirmaram seguir protocolos municipais, dos enfermeiros que não tinham acesso a protocolos municipais 60,0% referiram seguir as diretrizes do MS e SES/SP. Esses dados corroboram um estudo sobre construção de fluxograma e protocolo de enfermagem para manejo de sífilis na APS, em um município do Estado de Santa Catarina, onde a maioria também seguia protocolos municipais e referia dificuldade na utilização dos protocolos ministeriais, pois os mesmos não condiziam com a realidade local e o processo de trabalho do enfermeiro na APS (BARIMACKER *et al.*, 2022).

Ainda no Estado de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis, foi realizado um estudo que evidenciou um importante incremento no número de diagnósticos e tratamentos para sífilis realizados por enfermeiros após a elaboração e educação continuada de protocolo municipal de clínica de enfermagem, reforçando o papel do enfermeiro na quebra da cadeia de transmissão, e ainda trazendo autonomia e segurança profissional (BÁFICA *et al.*, 2021).

Todos os enfermeiros participantes da presente pesquisa realizavam a primeira consulta pré-natal às gestantes na unidade de atuação, mas 88,8% referiram não realizar consultas pré-natais subsequentes. Esses dados vão contra as políticas estabelecidas pelo MS no qual refere que o profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na APS e que o mínimo de consultas deve ser

seis, intercalando as consultas entre médico e enfermeiro, seguindo os seguintes critérios: mensal até 28ª semana, quinzenal entre 28ª e 36ª semana e semanal a partir da 36ª semana (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016b).

Dos enfermeiros participantes da pesquisa, 96,6% relataram realizar o teste rápido para sífilis, durante a primeira consulta pré-natal. Dentre aqueles que referiram não realizar o teste, 33,3% não tinham capacitação para a testagem. Ainda em relação à testagem durante a gravidez, 20,2% dos enfermeiros referiram não realizar o teste para sífilis no segundo e no terceiro trimestre gestacional, 11,2% referiram além da testagem na primeira consulta realizar somente no terceiro trimestre e 4,5%, somente no segundo trimestre.

Esses dados vão contra as diretrizes do MS que determina a testagem de sífilis em três momentos durante o período gestacional: na primeira consulta pré-natal sendo o mais precoce possível, no terceiro trimestre e no momento do parto ou curetagem por abortamento (BRASIL, 2016b). Apesar de não haver obrigatoriedade, indica-se uma quarta testagem durante o segundo trimestre (SÃO PAULO, 2017).

Estudo realizado na região Norte do Brasil descreve que a realização de teste rápido para ISTs dentro do componente pré-natal ainda se mostra deficiente, que mesmo as equipes tendo uma boa adesão aos testes, existem barreiras como realização do teste no período preconizado e testagem dos(as) parceiros(as) sexuais da gestante (ARAÚJO; SOUZA, 2020). Outra pesquisa relata a associação da prevalência da não realização de teste rápido para sífilis às mulheres que realizaram de uma a três consultas, durante o pré-natal (CESAR *et al.*, 2020). Esses dados trazem preocupação ao constatar, no presente estudo, que mais de 20% dos enfermeiros não realizam testagem para sífilis no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, e ainda quase 90% não realizam consultas pré-natais subsequentes.

Estudo realizado no Estado do Pará descreve que durante o pré-natal, apenas 31,7% das gestantes pesquisadas foram testadas para sífilis no primeiro e no terceiro trimestre gestacional, e refere que o não cumprimento das diretrizes do MS expõe o feto a uma situação de risco (ARAÚJO; MONTE; HABER, 2018).

Outra consideração importante em relação à realização do teste rápido, durante a gestação, é pela possibilidade de ocorrerem resultados falsos-negativos do teste não treponêmico que podem ocorrer principalmente nas fases iniciais do contágio, ou durante a sífilis latente tardia, bem como o efeito prozona, que é um fenômeno da relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos

presentes na reação não treponêmica, gerando resultados falso-negativos, comum durante a gravidez (ANDRADE *et al.*, 2018; BRASIL, 2016a).

Em relação à consulta pré-natal do parceiro, 82,0% dos enfermeiros participantes da pesquisa referiram realizar na sua unidade de atuação. Trata-se de um excelente indicador, considerando que o pré-natal do parceiro é uma estratégia importante para a prevenção da SC e que a vinculação do parceiro, no período gestacional, proporciona benefícios para o trinômio (gestante-criança-parceria) e ainda diminuição de doenças transplacentárias (HORTA *et al.*, 2017).

Quanto à notificação compulsória, a maioria dos participantes afirmou que na sua unidade de atuação, a notificação é realizada pelo enfermeiro. A Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória, descreve que é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente e deve ser realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo (BRASIL, 2014).

A sífilis em gestante é um agravo de notificação compulsória desde 2005. Em 2017, houve alterações nos critérios de definição de casos de SG, por meio de três situações durante o pré-natal, parto e/ou puerpério: na primeira situação, mulher assintomática, que apresente ao menos um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico em qualquer titulação, e sem tratamento prévio documentado; segunda situação, mulher sintomática para sífilis, e que apresente ao menos um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico em qualquer titulação e a terceira situação que é mulher, e que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, com presença ou não de sintomas e de tratamento prévio (BRASIL, 2017a).

Estudo transversal retrospectivo que investigou os casos de SG e da SC no município de Guarapuava-PR, referiu que a notificação de sífilis em gestantes é uma ferramenta importante para a Vigilância Epidemiológica, porém há um grande desafio em relação à subnotificação dos casos (SOARES *et al.*, 2020). Corroborando a incidência de subnotificação, estudo que confrontou dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) observou os óbitos por SC ocorridos em Recife entre os anos de 2010 e 2016, e foram identificados 71 casos registrados no SIM que não constavam no

SINAN; e 17 casos notificados no SINAN, mas sem registro no SIM (BELO *et al.*, 2021).

Em relação ao manejo do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis, é preocupante que apenas 48,3% dos enfermeiros participantes da pesquisa afirmaram tratar o parceiro concomitante à gestante independentemente do resultado do teste rápido ou do VDRL, na qual é descrito nos protocolos do MS (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2022).

Vários estudos referiram as oportunidades perdidas de tratamento de parceiros sexuais das gestantes com sífilis e afirmaram a importância desse tratamento para a eliminação da SC, e ainda, que a falha do tratamento do parceiro evidencia as fragilidades e deficiências na assistência pré-natal (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019; FERNANDES; SOUZA; OLIVEIRA, 2021; SANTOS FILHO *et al.*, 2021). Em consonância com os estudos apresentados, Silveira *et al.* (2018) referiram ainda que a não participação do parceiro no tratamento de sífilis é uma das principais barreiras para a erradicação da SC e que tal deficiência agrava a saúde do binômio materno-fetal.

Sobre a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação mesmo sem a presença do médico, 36% dos enfermeiros responderam que não realizaram. Entretanto, as diretrizes do MS no enfrentamento à sífilis valorizam o protagonismo da ESF no diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos de sífilis e apontam a segurança e benefícios da administração de benzilpenicilina benzatina, no âmbito da APS (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2015; BRASIL, 2020b; BRASIL 2022). Além disso, a Nota Técnica COFEN/Câmara Técnica de Legislação e Normas (CTLN) nº 03/2017, refere que a ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2% por tratamento e que as reações anafiláticas ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com penicilina e ainda que a ausência do médico na unidade não configura como uma barreira na administração de benzilpenicilina benzatina na APS (COFEN, 2017).

Estudo, que realizou análise dos dados da avaliação dos serviços de AB que participaram do terceiro ciclo das avaliações externas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), refere que em 41,9% dos municípios avaliados, mais de 50% das equipes dos serviços de AB referiram administrar a benzilpenicilina benzatina, variando de 73,12% na região Norte a 22,71% no Sudeste. Destacou-se a recusa dos profissionais em administrar o

medicamento, com receios de reações anafiláticas associadas ao fármaco e à falta de disponibilidade de benzilpenicilina benzatina, nos serviços de AB. O último provavelmente devido ao desabastecimento mundial que houve em 2014 de benzilpenicilina benzatina (BRASIL, 2017c; PAULA *et al.*, 2022).

Ainda sobre o receio dos profissionais, outro estudo referiu que mesmo a maioria das unidades tendo disponibilidade da penicilina benzatina (87,1%), cerca de metade dos profissionais não administrava a medicação na UBS, e descreveu que o grande desafio a ser notado é o receio dos profissionais na ocorrência de eventos adversos, principalmente a reação anafilática (ARAÚJO; SOUZA, 2020). Outra investigação realizada no Estado do Espírito Santo corroborou, destacando como barreira para o acesso ao tratamento a dificuldade de administração de benzilpenicilina na AB, centralizando seu uso às unidades de pronto atendimento e hospitais da rede pública (GARCIA *et al.*, 2019).

Talvez os fatos passados, sobre a administração de benzilpenicilina, puderam de certa forma ter contribuído para essa insegurança dos profissionais. Em 2006, a Portaria Ministerial nº 156 determinava a utilização da penicilina nas unidades de saúde e destacava por meio de várias observações a anafilaxia por penicilina e protocolo medicamentoso a ser usado na reação alérgica, e ainda reforçavam que a APS deveria dispor de pessoal capacitado e restringir a administração nos serviços que não tivessem pessoal e material dentro dos requisitos. Em 2011, a Portaria Ministerial nº 3.161 revogou a Portaria 156, contudo, não mencionou protocolos e insumos necessários para intercorrências. Em 2014, o COFEN emitiu Parecer nº 008/2014, de modo a apoiar a Portaria 3.161, lista de materiais, equipamentos e medicamentos necessários para que a penicilina seja administrada na APS. Em 2015, a Decisão COFEN nº 0094/2015 revogou expressamente o Parecer nº 008/2014. Enfim, em 2017, foi emitido o parecer que segue nos dias atuais a Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, em que afirma que a administração de Penicilina na APS é segura e necessária (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011c; COFEN, 2014; COFEN, 2015; COFEN 2017).

Outra preocupação evidenciada na presente pesquisa foi em relação ao conhecimento sobre o manejo de sífilis. Apesar de ser o maior número de respostas, apenas 30,4% dos enfermeiros consideraram cicatriz sorológica em um teste rápido para sífilis reagente, quando não havia tratamento prévio de sífilis documentado.

A cicatriz sorológica é definida pela continuidade de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou nos testes não treponêmicos com baixa titulação, mesmo após o tratamento adequado para sífilis, quando descartada a possibilidade de reinfeção (BRASIL, 2022). Estudo referiu que a cicatriz sorológica acomete 15 a 41% dos infectados, no qual o VDRL continua reagente após a conclusão do tratamento. Apesar de não se tornar não reativo, não representa uma falha terapêutica, mas é importante que o mesmo apresente queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições. Esse conhecimento se fez importante para os profissionais de saúde a fim de evitar retratamento desnecessário (DIAS *et al.*, 2020).

Em relação à conduta diante do teste rápido da gestante reagente para sífilis sem tratamento prévio documentado, as respostas mais frequentes consideraram a realização do exame de VDRL confirmatório.

O MS, devido ao cenário epidemiológico atual, recomendou o tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina para as gestantes, após somente um teste reagente para sífilis, mesmo na ausência de sinais e sintomas de sífilis (BRASIL, 2022).

Estudo de caso-controle, realizado em maternidades da cidade de Recife-PE, observou entre as mulheres participantes da pesquisa início tardio da assistência pré-natal, número inferior de consultas, negligência na solicitação de exames na primeira consulta e demora na entrega dos resultados que podem explicar, em parte, a permanência de desfechos negativos, como a transmissão vertical de sífilis (MACÊDO *et al.*, 2020).

Sobre o conhecimento e a conduta dos enfermeiros participantes da pesquisa em relação aos protocolos assistenciais utilizados no tratamento às gestantes com diagnóstico de sífilis, observou-se que a maioria dos enfermeiros prescreveu tratamento único com 7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.00 UI com intervalos de sete dias para todos os estágios de sífilis citados na coleta de dados. Outro dado que mereceu atenção é que em média 30,6% dos enfermeiros não realizaram a prescrição de benzilpenicilina para as gestantes com diagnóstico de sífilis.

O tratamento preconizado pelo MS é dose única de 2.400.000 UI benzilpenicilina benzatina para as fases iniciais de sífilis: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis latente recente e 7.200.000 UI para as fases tardias: sífilis latente tardia, sífilis latente com duração ignorada e sífilis terciária (BRASIL, 2022). No Estado

de São Paulo, a SES/SP recomendou a dose de 4.800.000 UI de benzilpenicilina benzatina para mulheres grávidas com sífilis primária, secundária e latente recente (SÃO PAULO, 2017).

Dados da pesquisa de Santos Filho *et al.* (2021) corroboraram esses resultados, referindo que os protocolos de tratamento prescrito pelos enfermeiros pesquisados não condizem com o estágio de sífilis observado e que apresentaram casos com doses menores ou maiores do preconizado pelas diretrizes nacionais.

Além da classificação do estágio de sífilis ser de extrema importância, é imprescindível a vigilância da reação de Jarisch-Herxheimer, evento que pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de benzilpenicilina, sendo mais prevalente durante as fases iniciais de sífilis, especificamente nas fases primárias e secundárias. Em gestantes, esse evento adverso, em razão da liberação de prostaglandinas em altas doses, pode evoluir para trabalho de parto prematuro (BRASIL, 2022).

A reação de Jarisch-Herxheimer é um evento adverso proveniente de infecções por espiroquetas, porém mais prevalentes nos casos de infecção por sífilis, podendo ocorrer em 10 a 35% dos casos, os sinais e sintomas mais comuns são febre e exacerbação de erupções cutâneas, sempre seguidas após a terapia antimicrobiana (BUTLER, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Estudo recente sugere que os pacientes devem ser orientados quanto à reação Jarisch Herxheimer e a buscar avaliação assim que apresentar os primeiros sintomas e quanto aos profissionais devem considerar, nos casos de gestantes, oferecer tratamento em um ambiente hospitalar para melhor gerenciamento dos sintomas e intervenção oportuna de potenciais resultados adversos (DHAKAL; SBAR, 2022).

Nesse contexto do papel do enfermeiro no tratamento de sífilis destacou-se a importância da prescrição de benzilpenicilina benzatina. O COFEN estabeleceu em Nota Técnica CTLN nº 03/2017 que a benzilpenicilina deve ser aplicada pelos profissionais de enfermagem da AB, mediante prescrição médica ou do enfermeiro. Nesse último caso, o enfermeiro deve prescrever a benzilpenicilina conforme protocolo federal, estadual e/ou municipal (BRASIL, 2015; COFEN, 2017).

Estudo ecológico realizado em 2020 revelou que a média de incidência de SG foi superior nos municípios onde as UBSs realizavam a administração de benzilpenicilina benzatina, porém a incidência da SC foi inferior, o que evidenciou que a administração de benzilpenicilina na UBS está relacionada com a qualificação da assistência e redução na transmissão vertical de sífilis (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Na presente pesquisa observou-se que a busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas e em tratamento para sífilis é uma atividade realizada por 96,6% dos enfermeiros, para que não haja interrupção do tratamento. Porém, em relação à falta de alguma dose, as condutas do enfermeiro não condizem com as diretrizes para manejo de sífilis na gestação, já que 43,7% dos enfermeiros nesse contexto da interrupção do tratamento consideraram, entre outras causas, encaminhar o caso para avaliação médica e solicitar novo VDRL para guiar a conduta a ser tomada (BRASIL, 2022).

Estudo, realizado em Santa Catarina, descreveu uma reflexão importante em relação à persistência dos casos da SC: observou-se associação significativa entre a titulação e internação de neonatos e gestantes com baixa adesão ao tratamento, e apontou ainda que as principais causas de não adesão estão relacionadas à falta de conclusão do tratamento adequado até trinta dias antes do parto, tanto da gestante como do seu parceiro e à falta de orientações aos casais sobre SG e as suas intercorrências (CANANI *et al.*, 2022).

Sobre o monitoramento de cura e eficácia do tratamento da gestante com diagnóstico de sífilis, 59,5% dos enfermeiros referiram realizar a solicitação de VDRL mensal até o fim da gestação.

Estudo realizado na cidade de Anápolis-GO identificou as fichas de notificação de gestantes com sífilis do SINAN e concluiu que 13,4% das gestantes não realizaram teste não treponêmico em qualquer momento da gestação, o que revelou um não seguimento de cura e eficácia estabelecido pelo MS (BRASIL, 2022; SANTOS FILHO *et al.*, 2021).

Em relação à discussão de casos da SC no município de atuação dos participantes deste estudo, 57,3% referiram haver discussão no CIMMFI.

Belo *et al.* (2021) descreveram que os CIMMFIs devem incluir a SC como uma das causas de morte, se houver presença de sífilis na mãe ou na criança, e ainda, notificar no SINAN. Assim, a discussão desses casos pelos comitês pode minimizar as subnotificações de sífilis.

Sobre o acompanhamento de gestante com diagnóstico de sífilis no momento da pesquisa, merece destaque o não acompanhamento de gestantes relatados pelos enfermeiros de seis municípios, apesar de 83,3% serem de pequeno porte e 16,7% de médio porte, ao considerar que o momento é de alta incidência de sífilis em todo o

território nacional e, conseqüentemente, deve ser investigada a presença de falha de diagnóstico e/ou subnotificação dos casos.

Tal fato também foi relatado em um estudo realizado no Estado do Espírito Santo, no qual ao analisar a incidência de casos de SG e da SC no Estado observou-se discrepância de uma região para a outra, e descreveu-se que tal diferença pode indicar possíveis falhas na assistência, como negligência no diagnóstico e/ou subnotificação de casos (SOARES *et al.*, 2020).

Sobre o acompanhamento de crianças portadoras ou expostas à sífilis, 71,9% referiram que realizaram esse acompanhamento na unidade de atuação com protocolo específico por dois anos.

A maternidade ou casa de parto deve no momento da alta hospitalar referenciar todas as crianças expostas ou diagnosticadas com sífilis para a UBS, para que possa ser iniciado o seguimento e monitoramento que deve ser garantido até 18 meses de idade (DOMINGUES *et al.*, 2021) ou por 24 meses (SÃO PAULO, 2016).

6.1.3 Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita

Sobre a opinião dos enfermeiros em relação aos facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis, consideraram como facilitador praticamente todos os indicadores apresentados, entre eles a disponibilidade de testes rápidos para sífilis. Os testes rápidos para sífilis, preferencialmente nos primeiros trimestres gestacionais, é uma prática global realizada como estratégia para eliminação da SC, e em países considerados de maior risco para a doença, os testes são repetidos no terceiro trimestre e na hora do parto (PEELING *et al.*, 2017). Apresentaram-se sensibilidade e especificidade superiores aos testes não treponêmicos e são os primeiros testes a se positivarem (GASPAR *et al.*, 2021).

A disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação foi referida por 89,9% dos enfermeiros como facilitadora da assistência e remeteu a uma reflexão importante quando observado que somente 69,4% dos enfermeiros realizavam a prescrição da mesma.

A benzilpenicilina é o único tratamento considerado adequado para gestantes, de fácil acesso e seu uso é seguro no âmbito da APS (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2022; SÃO PAULO, 2016). Estudo comparativo referiu falhas importantes do tratamento das

gestantes com diagnóstico de sífilis, onde constatou-se que 80% das gestantes do Brasil e do Estado do Rio Grande do Sul não foram tratadas ou tratadas de forma inadequada, e em Porto Alegre esse percentual foi acima de 90% (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019).

O acesso fácil e rápido ao exame de VDRL pelo SUS para confirmação diagnóstica e controle de cura foi referido como facilitador por 97,8% dos enfermeiros. É preconizada a realização de dois exames de VDRL durante a gestação para prevenção e diagnóstico precoce de sífilis, e a realização mensal pós-tratamento, para a monitorização de eficácia e controle de cura (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2022). Pesquisa realizada, sobre as barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical de sífilis, evidenciou como barreira a não realização do exame de VDRL, a ausência da entrega do resultado em até 15 dias e o não monitoramento pós-tratamento (MACÊDO *et al.*, 2020).

Outros indicadores referidos como facilitadores pelos enfermeiros foram: conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis (91,0%) e acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis (78,6%).

Estudo realizado na cidade de Florianópolis-SC revelou a melhoria e ampliação da clínica do enfermeiro em relação ao manejo de sífilis após a elaboração de protocolo municipal e a realização de capacitação sobre os fluxos de atendimento. Observou-se maior segurança do enfermeiro no diagnóstico, no tratamento e no seguimento dos pacientes, o que refletiu consideravelmente nos indicadores de sífilis do município (BÁFICA *et al.*, 2021). Corroborando a importância de capacitação, uma pesquisa realizada sobre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a assistência aos pacientes com sífilis, foram apontados a falta de capacidade técnica para diagnóstico e identificação das etapas da doença e ainda sentimentos de insegurança, principalmente pelos enfermeiros que atuam há pouco tempo na ESF (BARIMACKER *et al.*, 2022).

O apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG (92,1%), as contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis (73,1%), dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC (72,0%), e dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC (67,4%) foram os indicadores relacionados como facilitadores pelos enfermeiros participantes da pesquisa. Pôde-se observar variabilidade de respostas de enfermeiros dos mesmos municípios de atuação. Essas

opiniões contrárias podem representar falta de conhecimento dos protocolos e fluxos estabelecidos pelas Vigilâncias Epidemiológicas municipais em relação ao manejo de sífilis.

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal devem incluir a SC como uma das causas de morte, se a mãe ou a criança apresentarem positividade para a doença, sendo obrigatório notificar o caso no SINAN, e a Vigilância Epidemiológica deve atuar em conjunto na assistência à saúde, auxiliando nos processos de notificação, investigação, discussão e classificação desses óbitos, contribuindo para a veracidade das informações repassadas e para a evitabilidade de futuros óbitos (BELO *et al.*, 2021; CANTO *et al.*, 2019).

Os enfermeiros indicaram também como facilitador(a) da assistência a colaboração da eSF no atendimento à gestante com sífilis (97,8%), adesão da gestante ao tratamento proposto (93,3%), equipe completa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) na unidade de atuação (88,8%), tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal (87,6%), e autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis (82,0%).

A captação precoce e a adesão da gestante às consultas pré-natais são práticas que favorecem a qualidade do atendimento, sendo que o enfermeiro deve promover estratégias para tornar essa prática possível e fornecer orientações de promoção da saúde e prevenção de agravos (SOARES *et al.*, 2020).

Destarte, o enfermeiro necessita de distintos saberes e práticas, para o enfrentamento de todas as demandas. Os gestores de saúde necessitam desse entendimento e devem promover um ambiente que sensibilize em seus profissionais enfermeiros a busca pela qualificação e pela transformação do processo de trabalho (LOPES *et al.*, 2020). A promoção do protagonismo do enfermeiro no âmbito da ESF é uma medida eficaz e com impacto positivo nos indicadores, os quais devem ser continuamente avaliados e acompanhados pelos gestores, a fim de corrigir eventuais imperfeições do sistema, com promoção de profissionais engajados pelos seus resultados (BÁFICA *et al.*, 2021).

A participação e a colaboração do parceiro foi o único indicador considerado como barreira para os enfermeiros (89,9%).

Horta *et al.* (2017) referiram que os principais problemas encontrados no controle das ISTs no período gestacional é a participação do parceiro. Dentre as dificuldades destaca-se a realização dos exames sorológicos para o diagnóstico

precoce e adesão ao tratamento, e tais dificuldades corroboram os riscos de transmissão vertical.

Desse modo, a baixa adesão ao tratamento, pela gestante e pelo parceiro, reflete-se na associação significativa na titulação e complicações ao RN, e, conseqüentemente, na persistência dos indicadores da SC que está relacionada diretamente à não conclusão do tratamento adequado em até 30 dias antes do parto, tanto da gestante como do parceiro (CANANI *et al.*, 2022; FERNANDES; SOUZA; OLIVEIRA, 2021; SANTOS FILHO *et al.*, 2021).

Houve um espaço reservado na última questão para que os enfermeiros relatasse algo que considerassem importante, sobre a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis na unidade de saúde em que atuavam, sendo que apenas 44,9% dos enfermeiros responderam essa questão. Dentre as opiniões citadas 22,5% pontuaram a falta de adesão ao tratamento por parte das gestantes e seus parceiros, principalmente em relação à população vulnerável.

Corroborando a opinião dos enfermeiros, estudo descreve que dentre algumas barreiras que impedem a erradicação da SG estão as barreiras socioeconômicas da gestante e a não participação do parceiro no tratamento (SILVEIRA *et al.*, 2018), e dentre os principais motivos relatados foram o não contato com a gestante, a recusa do tratamento e a sorologia não reagente (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Entre as opiniões dos enfermeiros, 20,0% relataram encontrar dificuldades na adesão aos protocolos por profissionais de toda a rede de atenção às gestantes com diagnósticos de sífilis, e 15,0% afirmaram a importância do diagnóstico precoce de sífilis e da captação precoce da gestante.

Barimacker *et al.* (2022) concluíram, em seu estudo, a necessidade de intervenções no processo de trabalho, a inserção de fluxos de trabalho interprofissional e intersetorial e a necessidade de investimento em ações educativas para a melhoria da assistência, promovendo atendimento integral. Esses dados corroboram a presente pesquisa, em que se observaram claramente as diferenças de condutas por enfermeiros do mesmo município de atuação, o que demonstra a falta de fluxos de atendimentos preestabelecidos e protocolados.

Nesse contexto, estudos concluem que o início precoce do pré-natal e o diagnóstico de sífilis, a universalização de oferta de cuidados, a melhoria na organização dos fluxos assistenciais e a integração dos diferentes níveis do cuidado revelaram-se como prioridades a serem perseguidas e que irão eliminar as

oportunidades perdidas, contribuindo para a assistência resolutiva e de qualidade (CESAR *et al.*, 2020; MACÊDO *et al.*, 2020).

A falta de autonomia na assistência às gestantes com sífilis, bem como na prescrição de benzilpenicilina benzatina, foi relatada por 12,5% dos enfermeiros e 10,0% consideraram importante a realização da busca ativa e o acompanhamento dos casos reagentes para sífilis e que o vínculo entre o enfermeiro e a gestante contribuem para a adesão ao tratamento.

Em relação à opinião sobre a autonomia do manejo de sífilis e a prescrição de benzilpenicilina, remeteu-se a uma reflexão importante de que é imprescindível que o enfermeiro baseie o seu atendimento em protocolos municipais, estaduais ou federais (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2022; SÃO PAULO, 2017). A inexistência desses fluxos bem definidos nos municípios traz barreiras na dispensação de benzilpenicilina pelas farmácias que dispensam somente mediante prescrição médica, ainda que a RDC 20/2011 esclareça que a prescrição medicamentosa é atribuída a todo e qualquer profissional regularmente habilitado (ANVISA, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2021).

Outras questões apontadas pelos enfermeiros foram a dificuldade de armazenar os testes rápidos na unidade (2,5%), considerando que tratar todas as gestantes como sífilis latente é uma estratégia eficaz para o tratamento (2,5%); considerando importante o grupo educativo de gestantes (2,5%) e a falta de oferta de capacitações para o manejo de sífilis e mantendo a equipe mínima completa nas unidades (2,5%).

Em regiões onde a temperatura ambiente pode ser superior à indicada nas instruções de uso dos testes rápidos, geralmente de 2°C a 30°C, deve-se armazenar os *kits* dos testes em geladeira ou em ambiente com temperatura controlada por ar-condicionado. As orientações prestadas durante a capacitação para a realização dos testes é que devem ser realizados controles de registros de temperatura diariamente (BRASIL, 2010).

Estudo realizado sobre as dificuldades de implantação dos testes rápidos na ESF destacou que, entre outros critérios analisados, a falta de infraestrutura (sala e geladeira) foi referida por 64,5% dos enfermeiros entrevistados, 54,8% não dispunham de recursos humanos suficientes para esta nova demanda dentro do serviço e 38,7% não conseguiram entender e elaborar um fluxo de trabalho, se

sentiam inseguros na definição e no seguimento do paciente com teste rápido reagente (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Não há na literatura estudos que comprovem a eficácia de estagiar todas as gestantes reagentes para sífilis como latente tardia, e tratá-las com a maior dose preconizada, ou seja, 7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina dividida em três doses semanais de 2.400.000 UI. Pelo contrário, tal prática pode trazer graves riscos para a gestante, em relação à reação Jarisch-Herxheimer que pode ocorrer nas primeiras horas pós-tratamento nas gestantes em estágios iniciais de sífilis, desse modo, algumas diretrizes recomendam que se considere a hospitalização para a monitoração fetal (DHAKAL; SBAR, 2022; MACUMBER *et al.*, 2021).

6.2 DISCUSSÃO DAS ANÁLISES INFERENCIAIS DAS VARIÁVEIS

Nesta seção serão discutidas as variáveis em que houve associação significativa nos testes estatísticos.

6.2.1 Caracterização dos enfermeiros

Observaram-se associações de algumas variáveis com o tempo total de atuação do enfermeiro em eSF: dos enfermeiros que atuavam em eSF em tempo igual ou menor que cinco anos, 33,7% possuíam graduação em Enfermagem em tempo menor ou igual a 10 anos, 28,1% apresentavam entre 31 e 40 anos de idade e 23,6% não possuíam especialização, mestrado e/ou doutorado. Houve ainda associação entre a participação de capacitação/treinamento para realização de testes rápidos para sífilis e a idade dos participantes, na qual 50,6% que referiram possuir a capacitação/treinamento possuem idade entre 31 e 40 anos.

Destaca-se, dentre esses dados, o pouco tempo de atuação dos enfermeiros em eSF, o qual remete à provável rotatividade nos serviços.

Tais dados são citados por Ramos *et al.* (2018) que referiram como uma enorme fragilidade na eSF a grande rotatividade dos profissionais enfermeiros e realocações constantes, o que impede o vínculo desse profissional ao seu território e consequentemente a implantação das políticas públicas. Corroborando tal fato,

estudos referiram que na APS dos municípios que são geridos pelas organizações de saúde possui alta rotatividade de profissionais e modelo de atenção fracionado devido à formação incipiente (BARBOSA *et al.*, 2019; PIRES *et al.*, 2019).

Em relação à capacitação dos enfermeiros, a pesquisa demonstra alta taxa de adesão, divergindo do estudo de Solano *et al.* (2020) que refere déficit de conhecimento e capacitação dos enfermeiros em relação aos processos de trabalho na APS e assistência à sífilis e relaciona tal fato com o processo de formação mais técnico.

Os números de enfermeiros capacitados para atendimento à sífilis, para realização de testes rápidos e com melhor formação, como especialização e/ou mestrado, são indicadores positivos para a qualificação da assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis. Estudo comprova que estratégias metodológicas de treinamento, associadas às melhores evidências, promovem impacto positivo na saúde da população e reforçam a atuação essencial do enfermeiro no controle da disseminação de doenças (BÁFICA *et al.*, 2021).

6.2.2 Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis

Houve associações significativas importantes em relação às variáveis de como se baseia a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. Os enfermeiros que referiram basear a sua assistência em protocolos municipais, também, referiram que: 72,7% realizaram o pré-natal do parceiro na unidade de atuação, 63,6% realizaram consultas pré-natais subsequentes, 56,8% realizaram o teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal e no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, 55,7% administraram a benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação mesmo sem a presença do médico, 52,3% realizaram o monitoramento com VDRL mensal após o tratamento para controle de cura e eficácia do tratamento e que esse acompanhamento foi realizado pelo enfermeiro e pelo médico, e a mesma porcentagem referiu que são discutidos casos da SC no CIMMFI do município em que atuam.

Observou-se no estudo que a presença de protocolo municipal norteador da assistência às gestantes com sífilis reflete em melhorias de indicadores da

assistência, porém, destaca-se que número considerável de enfermeiros não compartilham desses mesmos dados.

Tais dados corroboram o estudo realizado em Santa Catarina que relata elaboração e capacitação de protocolo municipal para atendimento à sífilis pelos enfermeiros, sendo que se observaram melhorias na participação clínica dos mesmos em atendimentos individuais e, conseqüentemente, autonomia e segurança profissional. O estudo pôde observar ainda que indicadores como número de diagnósticos e tratamentos realizados por enfermeiros obtiveram melhores resultados durante os anos subsequentes (BÁFICA *et al.*, 2021).

Outras associações que foram observadas com as variáveis da base norteadora da assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis foram em relação às variáveis de protocolos de tratamento. Os enfermeiros que referiram basear sua assistência em protocolo municipal referiram prescrever 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses para as gestantes: entre 38,4% e 46,5%, com diagnóstico de sífilis em estágios iniciais; entre 53,5% e 54,6%, com diagnóstico de sífilis em estágios tardios; e 44,8%, com diagnóstico de sífilis com estágio desconhecido.

Destaca-se que em média 15,2% dos enfermeiros referiram basear seu atendimento em protocolo municipal e não realizaram a prescrição de benzilpenicilina para as gestantes reagentes para sífilis, e os protocolos de tratamento nos estágios recentes descritos não foram referenciados nos protocolos existentes.

Esses dados causaram preocupação, pois os protocolos referenciados para o tratamento da gestante com sífilis vão contra os protocolos assistenciais do MS e da SES/SP (BRASIL, 2019; SÃO PAULO, 2016), visto que são referidos por enfermeiros que baseiam sua assistência em protocolo municipal. É preciso entender se a lacuna dessa assistência está na formulação dos protocolos municipais que não seguem protocolos validados ou deficiência e/ou insegurança da prática clínica dos enfermeiros em definir os estágios de sífilis às gestantes portadoras da doença.

Cardoso *et al.* (2018) obtiveram o mesmo resultado em seu estudo e classificaram tal fato como falha no manejo da infecção nas gestantes, reforçando a importância da educação continuada dos processos assistenciais em relação à sífilis.

Os protocolos de enfermagem para a assistência em saúde da mulher são fundamentais para garantir o atendimento integral às necessidades das usuárias, e o seu uso adequado garante a qualidade da assistência (AMORIM *et al.*, 2022). Estudo

referiu como barreira, na qualificação do pré-natal, o baixo conhecimento dos enfermeiros aos protocolos assistenciais, a baixa adesão às normas assistenciais para triagem e tratamento e a dificuldade de abordagem das ISTs (MACÊDO *et al.*, 2020).

Corroborando tal dado, estudo referiu a deficiência de conhecimento dos profissionais sobre a infecção de sífilis e seus estágios, observada no preenchimento das notificações (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).

Ainda no que tange às variáveis sobre a assistência pré-natal às gestantes, observou-se que os enfermeiros que afirmaram realizar consultas pré-natais subsequentes no serviço em que atuam, 58,4% referiram haver acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis e 55,0% referiram realizar testes rápidos para sífilis na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais.

Ao analisar tais resultados, observa-se uma porcentagem significativa de enfermeiros que não realizaram consultas subsequentes e testagem rápida durante a primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais. Estudo que observou o perfil das regiões brasileiras, em relação à incidência de sífilis, demonstrou que as regiões Centro-Oeste, Sul e Norte do país apresentaram durante o período de estudo redução da transmissão vertical de sífilis, evidenciando nessas áreas maior oferta de testes rápidos e administração de benzilpenicilina na AB (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

Esses dados são imensamente preocupantes, ao analisar que as infecções agudas obtêm maior risco de transmissão vertical, e que a perda de oportunidade de diagnóstico e tratamento da gestante reagente para sífilis coloca o feto em graves riscos (BRASIL, 2022).

Ainda em relação à importância do diagnóstico precoce de sífilis em gestantes, pode-se destacar a forte associação entre a infecção de sífilis e a transmissão e aquisição do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), destarte a testagem com testes rápidos se faz ainda mais indispensável (TSIMIS; SHEFFIELD, 2017).

Observou-se ainda que dos enfermeiros que afirmaram realizar testes rápidos na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, 58,4% realizaram o pré-natal do parceiro na unidade de atuação e 56,2% realizaram o acompanhamento das crianças portadoras e expostas à sífilis na unidade de atuação por dois anos.

Apesar dos dados acima demonstrarem resultados da maioria, evidenciaram uma porcentagem de enfermeiros que não realizaram os testes rápidos durante os três trimestres gestacionais e ainda não realizaram a consulta pré-natal do parceiro.

Tal fato compromete a assistência às gestantes com o diagnóstico de sífilis, visto que o não tratamento de parcerias sexuais apresentou associação significativa com desfechos de óbito perinatal e neonatal, em estudo realizado na cidade de Fortaleza-CE (CARDOSO *et al.*, 2018). Outro estudo, conduzido na cidade de Niterói-RJ, mostrou que o tratamento da gestante foi inadequado em 68,6% das mulheres e somente 12,2% dos parceiros foram tratados, desse modo, pode-se observar incidência da SC em 86,9%, seguida de abortamentos (6,8%) e natimortos (5%) (HERINGER *et al.*, 2020).

O MS cita que é essencial estimular a participação do pai/parceiro durante todo o pré-natal, como forma de garantir o bem-estar biopsicossocial da mãe, da criança e dele próprio e refere como fundamental a adesão ao pré-natal do parceiro pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2022).

Ainda sobre a realização do pré-natal do parceiro, observou-se que 46,0% dos enfermeiros referiram testar e tratar o parceiro independentemente do resultado do teste rápido e do VDRL e que realiza o pré-natal do parceiro na unidade de atuação.

Esses dados seriam imensamente positivos, se não refletissem menos da metade do total de participantes. A falta de tratamento do parceiro concomitante à gestante é um fato de grande preocupação na eliminação da SC (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).

Sabe-se que 33,3% das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão a infecção em até um mês da exposição, com isso, recomenda-se a oferta de tratamento presuntivo a essas parcerias, a fim de interromper a cadeia de transmissão e prevenir a SC (BRASIL, 2022).

Observaram-se associações significativas em relação aos enfermeiros que afirmaram haver acompanhamento com protocolo específico às crianças portadoras ou expostas à sífilis na qual, 66,3% também realizaram o pré-natal do parceiro no serviço em que atuam; 52,8% informaram haver discussão dos casos da SC no CIMMFI do município e a mesma porcentagem administraram a benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, mesmo sem a presença do médico e 51,7% realizaram em conjunto com o médico o monitoramento pós-tratamento com o VDRL

mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento à gestante com diagnóstico de sífilis.

Apesar desses resultados seguirem as recomendações dos protocolos estaduais e federais e representarem o resultado da maioria, observa-se um número considerável de enfermeiros que não o fazem.

Sabe-se que aproximadamente 60% a 90% dos RNs vivos com SC são assintomáticos ao nascimento e 67,7% desenvolverão sintomas entre três e oito semanas (BRASIL, 2022).

Vale destacar o estudo de Figueiredo *et al.* (2020) que evidenciou o fato de grande parte dos enfermeiros não administrava a benzilpenicilina em sua unidade de atuação, tal fato causou preocupação pela possibilidade de perda de oportunidade de tratamento e/ou tratamento tardio.

Em relação à discussão de casos pelo CIMMFI, estudo realizado na cidade de Vitória-ES cita que a interação dos serviços de assistência, vigilância e gestão municipal são primordiais ao combate efetivo à sífilis (BARCELOS *et al.*, 2022).

Houve associações significativas entre as variáveis se há acompanhamento das crianças portadoras ou expostas à sífilis por dois anos na unidade de atuação e as variáveis de protocolos de tratamento indicados para as gestantes com sífilis. Os enfermeiros que afirmaram haver acompanhamento das crianças nas unidades de atuação também referiram prescrever 7.200.000UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses quando: de 37,5% a 41,4% para as gestantes com reagentes para sífilis em estágio recente; de 47,1% a 50,6% para as gestantes reagentes para sífilis em estágio tardio, e 39,8% para as gestantes reagentes para sífilis e estágio desconhecido.

Esses resultados ainda demonstraram protocolos equivocados que não condizem com as recomendações dos protocolos ministeriais e colocaram em risco a qualidade da assistência prestada. O protocolo atual de tratamento do MS recomenda uma dose adicional de benzilpenicilina para as gestantes em estágio recente, indicando que para esse grupo de exposição, devem ser indicadas 4.800.000UI de benzilpenicilina benzatina divididas em duas doses de 2.400.000UI com intervalo de sete dias entre as doses (BRASIL, 2022).

6.2.3 Opinião sobre facilitadores e barreiras na sua assistência à gestante com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita

Observou-se que os enfermeiros que referiram como facilitador o conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis também referiram como facilitador(a): 85,4% o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de SG, 83,1% equipe completa na unidade de atuação, 76,4% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis e 68,5% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC.

Dentre os resultados citados, destacou-se a contrarreferência das unidades hospitalares em casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC com uma menor incidência dentre as respostas, e observou-se que quanto maior o conhecimento do enfermeiro sobre o manejo dos casos de gestante com sífilis, eles se demonstraram mais críticos em relação aos processos essenciais para a qualificação da assistência.

Estudo recente referiu a importância da contrarreferência em relação aos casos da SC atendidos em hospitais e maternidades e sugeriu que os serviços de referência sejam notificados sobre a necessidade dessa informação para que ocorra o acompanhamento dos casos (BARCELOS *et al.*, 2022).

6.2.4 Caracterização dos enfermeiros X Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis

Dentre as variáveis de caracterização dos enfermeiros e da assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, observou-se que 37,1% dos enfermeiros possuem entre 11 e 20 anos de graduação em Enfermagem e informaram discutir casos da SC no CIMMFI do município de atuação.

Estudo que investigou a relação entre incidência de SG e da SC e cobertura da eSF, inerentes ao tempo de atuação e experiência das equipes, obteve correlação positiva entre o coeficiente de detecção de SG e a cobertura da eSF, porém não houve diminuição significativa da SC nos municípios com maior cobertura da eSF, destarte com o intuito de melhor elucidar as principais lacunas no controle da transmissão

vertical, o MS recomenda a criação de comitês de investigação dos casos da SC (BRASIL, 2017d; NUNES *et al.*, 2018).

Ainda sobre a caracterização dos enfermeiros e a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, observou-se que os enfermeiros que referiram ter realizado atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos: 62,9% realizaram o pré-natal do parceiro no serviço em que atuam, 61,4% basearam seu atendimento em protocolo municipal, 57,3% realizaram o acompanhamento às crianças portadoras e expostas à sífilis com protocolo específico por dois anos na unidade de atuação, 55,0% realizaram consultas pré-natais subsequentes no serviço em que atuam, 53,9% realizaram o teste rápido para sífilis na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais, 49,4% referiram haver discussão dos casos da SC no CIMMFI do município em que atuam e 41,6% realizaram em conjunto com o médico o monitoramento mensal com VDRL para controle de cura e eficácia do tratamento de sífilis na gestante.

Esses resultados demonstraram que há associações de variáveis assistenciais importantes em relação à atualização e ao aperfeiçoamento sobre o manejo de sífilis, porém que não são suficientes para qualificar a assistência, visto que não há uma prevalência robusta desses números.

Apesar de preliminar, tal fato pode estar associado à necessidade de desenvolver capacitações locais, embasadas na realidade dos serviços, e na competência dos profissionais envolvidos, corrigindo lacunas e definindo fluxos com foco na melhoria da assistência (BÁFICA *et al.*, 2021).

6.2.5 Caracterização dos enfermeiros X Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita

Observou-se que 51,7% dos enfermeiros que possuíam de 11 a 20 anos de graduação em Enfermagem referiram como facilitador o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfechos dos casos de SG. E 49,4% dos enfermeiros referiram tempo de atuação em eSF menor ou igual a cinco anos e relataram como facilitadora a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da SC.

Os dados levantados demonstraram a necessidade de uma rede de assistência à sífilis, atualizada e investigativa, diante da rotatividade do profissional enfermeiro na APS.

Pesquisa apontou a incidência de subnotificações de sífilis e a baixa qualidade dos dados inseridos, provenientes de profissionais inexperientes. Tais dados são essenciais para a implementação de políticas de promoção e proteção da saúde da população, além de prover informações para a Vigilância Epidemiológica que deve investigar os casos e apoiar os profissionais da eSF (BELO *et al.*, 2021).

Observou-se que 39,3% dos enfermeiros possuíam especialização ou mestrado em áreas de saúde da mulher ou saúde da família e definiram como facilitadora a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação.

A porcentagem apresentada refletiu todos os enfermeiros que possuem especialização em áreas de saúde da mulher ou saúde da família, o que demonstra que tais áreas de conhecimento refletem em melhorias no manejo às gestantes com sífilis, visto que a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade é indispensável para a garantia de tratamento oportuno e adequado às gestantes reagentes para sífilis (FIGUEIREDO *et al.*, 2020).

6.2.6 Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis X Opinião sobre facilitadores e barreiras na sua assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita

Dentre as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis e da opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da SC, observou-se que os enfermeiros, que baseiam seu atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis em protocolo municipal, referiram como facilitadoras: 73,9% a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação e 71,6% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG.

Observou-se, nesse contexto, a importância do protocolo municipal norteador ao manejo das gestantes com sífilis, para a aplicabilidade das recomendações inerentes a essa assistência.

Corroborando tal fato, destacou-se a influência dos protocolos municipais, associados à educação continuada dos fluxos e acompanhamento de indicadores para a consolidação da assistência prestada de maneira integral e resolutiva (BÁFICA *et al.*, 2021).

Houve associações significativas em relação aos enfermeiros que referiram realizar consultas pré-natais subsequentes no serviço em que atuam e afirmaram ser facilitador(a): 68,5% a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, 62,9% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis e mesma porcentagem a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG. Consideraram também como facilitadora a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de: 58,4% atendimento à gestante com sífilis, 56,2% exposição à sífilis ou diagnóstico da SC e 55,1% abortamento ou natimorto por consequência da SC.

Esses resultados corroboram as práticas recomendadas pelos protocolos do MS (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2022) e trazem qualidade para a assistência prestada. Estudo referiu como essencial para prevenção da SC a educação permanente de profissionais envolvidos na assistência às gestantes com sífilis, a vigilância dos casos, o tratamento oportuno e o acompanhamento até o desfecho dos casos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019).

Ao associar as variáveis de realização de teste rápido durante o pré-natal com as variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras, observou-se que os enfermeiros que afirmaram realizar o teste rápido para sífilis na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestres gestacionais referiram como facilitadora: 64,0% a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, 60,6% equipe completa na unidade de atuação e 51,6% a contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da SC.

Esses resultados demonstraram uma associação importante em relação à prevenção da SC, visto que há redução da transmissão vertical entre as equipes com oferta dos testes rápidos e de benzilpenicilina (PAULA *et al.*, 2022).

Estudo realizado com dados de eSF brasileiras observou que a maioria das equipes realizavam teste rápido para sífilis e administravam benzilpenicilina na unidade de atuação, porém a região Sudeste obteve os menores indicadores, sendo 56,61% e 22,71% respectivamente (FIGUEIREDO *et al.*, 2020), esses dados não

corroboram os dados da presente pesquisa, na qual observou-se uma maior adesão à testagem e à disponibilidade e administração de benzilpenicilina.

Constatou-se ainda que 65,1% dos participantes que afirmaram ser os enfermeiros e os técnicos de enfermagem que realizaram a notificação compulsória dos casos confirmados de sífilis também referiram como facilitadora a adesão da gestante ao tratamento proposto.

Esses dados podem indicar que diante da notificação dos casos, a equipe assumiu uma maior responsabilidade na gestão dos casos e promoveu a adesão da gestante ao tratamento.

Pesquisa realizada sobre os desafios da adesão à gestante com sífilis ao tratamento referiu falhas na abordagem da equipe, ao identificar gestantes sem conhecimento dos resultados dos exames realizados de sífilis e HIV e ainda sobre a importância do tratamento dos seus parceiros, e prováveis desfechos caso o mesmo não ocorra (MACÊDO *et al.*, 2020).

Houve associação entre o tratamento do parceiro e a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina, na qual 49,4% dos enfermeiros que referiram tratar o parceiro independentemente do resultado do teste rápido e do resultado do exame de VDRL, consideraram facilitadora a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação.

Esses resultados preocuparam ao observar que menos da metade dos enfermeiros pesquisados refletiu essa realidade. O tratamento concomitante do parceiro à gestante é essencial para a prevenção da transmissão vertical de sífilis, considerando os riscos de reinfecção caso o mesmo não ocorra (BRASIL, 2022). Ademais, vários estudos têm demonstrado baixa adesão do parceiro ao tratamento, comprometendo a saúde do binômio mãe/bebê (BARIMACKER *et al.*, 2022; MACÊDO *et al.*, 2020; SOLINO *et al.*, 2020).

Ao associar a variável de realização do pré-natal do parceiro com variáveis de facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis, foi possível observar que os enfermeiros que referiram realizar o pré-natal do parceiro nas unidades de atuação referiram também como facilitador(a): 79,8% a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, 77,5% o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos de SG, 76,4% equipe completa na unidade de atuação, 71,9% autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestantes com sífilis e 69,7% o acesso aos cursos e

treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis. Consideraram também como facilitadoras as contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de: 66,3% atendimento à gestante com sífilis, 65,2% exposição à sífilis ou diagnóstico da SC e 61,8% abortamento ou natimorto por consequência da SC.

Esses resultados foram positivos em relação à assistência recomendada, e corroboraram a qualificação do pré-natal e o manejo das gestantes reagentes para sífilis (PAULA *et al.*, 2022).

Os enfermeiros que referiram administrar a benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, mesmo sem a presença do médico, consideraram como facilitadora: 64,0% a disponibilidade benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação, além das contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de: 51,7% exposição à sífilis ou diagnóstico da SC e 47,4% abortamento ou natimorto por consequência da SC; e 38,2% a adesão da gestante ao tratamento proposto.

Apesar de apresentar resultados satisfatórios, novamente deparou-se com um déficit considerável de elementos essenciais entre os enfermeiros para a assistência à gestante com sífilis. Pesquisa apontou que a triagem das ISTs dentro do componente de pré-natal mostrou-se deficiente, com falta de engajamento da equipe. Assim, somente a promoção do acesso da população ao serviço não é suficiente, é preciso que a assistência se desenvolva com as mínimas condições de qualidade necessárias (ARAÚJO; SOUZA, 2020).

Observaram-se diversas associações significativas em relação ao protocolo indicado para tratamento de sífilis às gestantes diante dos diversos estágios, e a opinião sobre os facilitadores e barreiras nesta assistência, dentre elas destacaram-se as porcentagens em que os enfermeiros informaram não realizar prescrição de tratamento para gestante com sífilis e indicaram como facilitadores a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação e o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis, respectivamente.

Corroborando esses dados, pesquisa apontou que mesmo a maioria das unidades tendo disponibilidade da penicilina benzatina, cerca de metade dos profissionais não administrava a medicação na UBS, e tal fato é tão preocupante quanto o não tratamento imediato do parceiro da gestante reagente para sífilis (ARAÚJO; SOUZA, 2020).

Ainda de acordo com as variáveis de assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis e de opinião sobre facilitadores e barreiras nesta assistência,

houve associação significativa, na qual 88,8% dos enfermeiros afirmaram realizar a busca ativa das gestantes faltosas para que não houvesse interrupção do tratamento e classificaram como facilitadora a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade de atuação.

Pesquisa referiu que, para melhor enfrentamento de sífilis na gestação e eliminação da SC, é fundamental melhorar a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, promovendo ampla cobertura de testagem e tratamento, para a captação precoce das gestantes e melhorar a busca ativa feita pelas equipes da APS às gestantes que abandonaram o tratamento e/ou o pré-natal (VIDAL; MASCARENHAS, 2020).

Observou-se que os enfermeiros que referiram realizar o monitoramento em conjunto com os médicos, das gestantes pós-tratamento de sífilis com VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento, também classificaram como facilitador(a) na sua assistência: 58,4% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação, 56,2% o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos de SG, 51,7% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG, e as contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de: 47,2% atendimento à gestante com sífilis, 46,0% exposição à sífilis ou diagnóstico da SC e 43,8% abortamento ou natimorto por consequência da SC.

Pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro evidenciou dificuldade de melhorias dos indicadores de realização de teste não treponêmico na primeira consulta e no monitoramento, devido à falta das gestantes às consultas (CERQUEIRA; SILVA; GAMA, 2021). Corroborando esses fatos, Vidal e Mascarenhas (2020) referiram que dentre os quesitos para melhoria da assistência às gestantes com sífilis, deve-se promover maior número de consultas pré-natal e aumentar os testes de VDRL disponíveis na rede pública, assim como melhorar a logística da entrega dos resultados.

Constatou-se que os enfermeiros, que referiram haver discussão de casos da SC no CIMMFI do município, classificaram como facilitador(a): 51,7% a autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de SG, 56,2% a disponibilidade de benzilpenicilina na unidade de atuação, 49,4% o acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis, e as contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de: 47,2% exposição à sífilis ou diagnóstico da SC e

a mesma porcentagem, atendimentos às gestantes com sífilis, e 44,9% abortamento ou natimorto por consequência da SC.

Observou-se com esses dados que, mesmo diante de um CIMMFI nos casos da SC, não houve contribuição significativa para as melhorias dos indicadores de qualificação da assistência.

Pesquisa atribuiu a baixa adesão ao seguimento da SC ou da exposição à falta de contrarreferência dos serviços envolvidos em toda a assistência à gestante com sífilis, tanto na ocasião da alta hospitalar como no momento da primeira consulta da criança, onde deveriam ser realizadas orientações à mãe sobre a importância do comparecimento às consultas de seguimento, especialmente no caso da SC, em que a maioria das crianças não apresentou sintomas ao nascer (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Constatou-se que 65,2% dos enfermeiros afirmaram que não estava acompanhando gestante com diagnóstico de sífilis no momento da coleta de dados e classificaram como facilitadora a equipe completa na unidade de atuação. Os enfermeiros que referiram haver acompanhamento de crianças portadoras ou expostas à sífilis com protocolo específico por dois anos na unidade de atuação, classificaram como facilitador(a): 69,7% a disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade, 68,5% o apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos de SG, 61,8% o acesso aos cursos e treinamento sobre os protocolos assistenciais de sífilis, e as contrarreferências das unidades hospitalares do SUS dos casos de: 58,4% atendimento à gestante com sífilis e 57,3% exposição à sífilis ou diagnóstico da SC.

Diante do atual quadro epidemiológico de sífilis, é necessário entender se realmente não há casos de SG na unidade de atuação, ou se existem casos que não estão diagnosticados ou subnotificados, assim como é descrito na pesquisa de Luppi *et al.*, (2020).

Pesquisa referiu que o seguimento não adequado das crianças expostas ou diagnosticadas com sífilis está relacionado à dificuldade de as mães levarem os seus filhos para o atendimento médico e também com a dificuldade na realização de exames. E ainda que as unidades de APS não sigam protocolos recomendados para o seguimento adequado dessas crianças, é necessário realizar melhorias no sistema de referência e contrarreferência, bem como na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

A análise deste estudo demonstrou dados relevantes sobre os desafios da assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros da APS.

Por meio do estudo, compreendeu-se o protagonismo do enfermeiro em relação ao manejo de sífilis em gestantes, tal espaço ocupado pela consolidação da categoria no âmbito da APS embasado em conhecimentos técnico e científico, porém foram observadas algumas lacunas a serem enfrentadas.

Importante ressaltar que todos os enfermeiros pesquisados são responsáveis pela captação da gestante, pela abertura e vinculação do pré-natal, e apenas três enfermeiros pesquisados não realizaram testes rápidos para sífilis.

Observou-se a importância de o enfermeiro empoderar-se do seu papel na assistência às gestantes, ainda há receios em seguir as recomendações do Ministério da Saúde em relação não somente ao manejo de sífilis em gestantes, mas também da própria assistência pré-natal.

De acordo com os dados apresentados neste estudo, observou-se que a maioria dos enfermeiros baseia seu atendimento às gestantes reagentes para sífilis em protocolos municipais, porém, as condutas descritas não condizem com as recomendações dos protocolos da SES/SP e MS, e observou-se heterogeneidade nas respostas dos enfermeiros que atuam no mesmo município, o que demonstrou que falta capacitação local sobre os fluxos estabelecidos em âmbito municipal, o que de certa forma promove insegurança e complacência aos enfermeiros.

Destacou-se entre os resultados a taxa considerável de enfermeiros que não realizaram consultas pré-natais subsequentes, e a testagem rápida no terceiro trimestre conforme preconizado pelo MS e também no segundo trimestre conforme preconizado pela SES/SP, a não realização dessas condutas impede a oportunidade de diagnóstico precoce de sífilis nas gestantes e coloca o feto em graves riscos à sua saúde.

Outros dados que mereceram destaque são em relação à alta taxa de enfermeiros que não realizaram a prescrição de benzilpenicilina benzatina, que não administraram a mesma na unidade sem a presença do médico, e que não trataram o parceiro concomitantemente à gestante, o que pode comprometer o tratamento oportuno e em tempo adequado para a promoção da prevenção da SC.

Ainda em relação ao tratamento, houve a prevalência de protocolo único de benzilpenicilina para todos os estágios de sífilis, tal conduta vai contra as recomendações dos protocolos existentes, e ao não realizar a classificação do estágio de sífilis, o profissional pode colocar a saúde da gestante em risco, como no caso da possibilidade da reação de Jarisch-Herxheimer.

Como limitações encontradas neste estudo observou-se que os enfermeiros de dois municípios dos vinte que integram a DRSXIV não participaram da pesquisa. E houve heterogeneidade dos participantes, na qual em alguns municípios houve participação em massa dos enfermeiros, e em outros uma participação mais escassa.

Contudo, compreendeu-se sua contribuição para sensibilizar os gestores para melhor organização dos serviços de APS em relação ao atendimento às gestantes, com destaque para as gestantes reagentes para sífilis, promovendo autonomia e segurança ao profissional enfermeiro.

Espera-se que as ações evidenciadas contribuam nas práticas dos enfermeiros envolvidos na assistência pré-natal, estimulando um processo reflexivo e de autonomia, para que ocorra o seu empoderamento no manejo da gestante e parceria com sífilis de maneira humanizada, qualificada e resolutiva, para assim promover a prevenção da sífilis congênita.

Sugere-se a realização de novos estudos, abordando outros métodos de pesquisa que aprofundem o conhecimento nesta área que tem potencial para contribuir para os indicadores da sífilis congênita no Brasil, conforme metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Revista Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, n. e20210300, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022.
- ANVISA. **Resolução de diretoria colegiada RDC nº 20, de 5 de maio de 2011.** Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0020_05_05_2011.html. Acesso em: 09 out. 2022.
- ANDRADE, A. L. M. B. *et al.* Diagnóstico tardio da sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 376-381, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/YW89sPHsznkK7m7fwvBFXJn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2022.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 460 p.
- ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2012.v46n3/479-486/pt>. Acesso em: 23 maio 2021.
- ARAUJO, E. C.; MONTE, P. C. B.; HABER, A. N. C. A. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 9, n. 1, p. 33-39, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000100033&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 out. 2022.
- ARAÚJO, M. H. H. P. D. O. *et al.* Assistência à mulher com queixas relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis: conhecimento de enfermeiros da atenção básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 33, p. 1-14, 2021. Disponível em: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/849>. Acesso em: 09 out. 2022.

ARAÚJO, T. C. V.; SOUZA, M. B. Adesão das equipes aos testes rápidos no pré-natal e administração da penicilina benzatina na atenção primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, n. e03645, p. 1-8, 2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GJKMK7gxhQWLSgz3mkNbCDF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 dez. 2021.

BÁFICA, A. C. *et al.* Enfrentamento de sífilis a partir da ampliação da clínica do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 12, n. 7, p. 105-109, 2021.

Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5202/1168>. Acesso em: 03 out. 2022.

BARBOSA, L. G. *et al.* Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 287-294, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/YwstrbfhwWKSZ6HQ3spQKPP/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2022.

BARCELOS, M. R. B. *et al.* O enfrentamento de sífilis em Vitória (ES) 2016-2019: avaliação qualitativa para a gestão pública. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. 1-15, 2022. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33646>. Acesso em: 30 out. 2022.

BARIMACKER, S. V. *et al.* Construction of a nursing flowchart and protocol for syphilis management in Primary Health Care. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 21, n. e59856, p. 1-9, 2022. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/59856>. Acesso em: 03 out. 2022.

BELO, M. M. A. *et al.* Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife, Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 1-9, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/jCGPLJLQHLxrBT89sh4fhHw/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 out. 2022.

BENZAKEN, A. S. *et al.* Adequacy of prenatal care, diagnosis and treatment of syphilis in pregnancy: a study with open data from Brazilian state capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. e00057219, p.1-13, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000105011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 59 13 jun. 2013b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**: sífilis. Brasília, 2020a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**: sífilis. Brasília, 2021a. Disponível em: aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2021. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da atenção básica**: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de boas práticas**: o uso da penicilina na atenção básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina_para_prevencao_sifilis_congenita%20brasil.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_congenita_preliminar.pdf. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**: Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ) – terceiro ciclo – (2015-2017). Brasília, 2017c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para diagnóstico de sífilis**. Brasília, 2016a. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/69_d987f742784b76f16f1ec15b30eb45f4. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0156_19_01_2006_comp.html. Acesso em: 07 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 07 out. 2022.

BRASIL. 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. Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 07 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 33, de 14 de Julho de 2005**: Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 09 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.242, de 30 de novembro de 2011.** Dispõe sobre o fluxograma laboratorial de sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem de sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3242_30_12_2011.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST).** Brasília, 2020b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.** Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.** Brasília, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres.** Brasília, 2016b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (CNES).** Brasília, 2021c. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN).** Brasília, 2021b. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** Brasília, 2017d. v. 2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_2.pdf. Acesso em: 11 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **HIV: estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil**. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf. Acesso em: 10 out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota informativa nº 2, de 19 de setembro de 2017**. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita do guia de vigilância da SVS/2017. Brasília, 2017a. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Nota_Informativa_Sifilis.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

BUTLER T. The Jarisch-Herxheimer reaction after antibiotic treatment of spirochetal infections: a review of recent cases and our understanding of pathogenesis. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, Arlington, v.96, n.1, p. 46-52, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077740/>. Acesso em: 04 out. 2022.

CANANI, R. G. *et al.* Prevalência de sífilis gestacional e fatores associados: um panorama da Serra Catarinense. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 323-333, 2022. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/576>. Acesso em: 6 out. 2022.

CANTO, S. V. E. *et al.* Fetal and infant mortality of congenital syphilis reported to the Health Information System. **PLOS ONE**, San Francisco, v.14, n. e0209906, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0209906>. Acesso em: 09 out. 2022.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200563&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A Técnica *Delphi* e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v13n3a16.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CAVALCANTE, A. N. M *et al.* Factors associated with inadequate follow-up of children with congenital syphilis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.53, n. 95, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/163457/157122>. Acesso em: 30 out. 2022.

CAVALCANTE, P. A. M.; PEREIRA, R. B. L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 255-264, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200255&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Morbidity and mortality weekly report**: congenital syphilis - United States, 2012-2014. 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm#:~:text=During%202012%E2%80%932014%2C%20the%20number,cases%20per%20100%2C000%20live%20births>. Acesso em: 16 maio 2021.

CERQUEIRA, B. G. T.; SILVA, E. P.; GAMA, Z. A. S. Improvement of quality of care for gestational syphilis in the municipality of Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, n. 34, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/187650>. Acesso em: 30 out. 2022.

CESAR, J. A. *et al.* Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.23, n. e200012, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/N8QrQQkfYFxbNtdwnTwsYJS/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 06 out. 2022.

CONCEIÇÃO, H. N.; CÂMARA, J.T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019. Disponível em: [scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 04 out. 2022.

CONGER, A. J. Integration and generalization of kappas for multiple raters. **Psychological Bulletin**, v. 88, n. 2, p. 322-328, 1980. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1980-29309-00>. Acesso em: 28 abr. 2022.

CONOVER, W. J. **Practical nonparametric statistics**. 3.ed. Nova Iorque: John Wiley & Sons, 1999. 608 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decisão COFEN nº 0094/2015**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015_32935.html. Acesso em 05 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 23 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nota técnica COFEN/CTLN nº 03/2017**. Necessidade de esclarecimento aos profissionais de enfermagem sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Sistema único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/site/wp-content/uploads/2017/06/cofen-nota-tecnica-penicilina-2017.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer de conselheiro federal nº 008/2014/COFEN – Revogado pela decisão COFEN 0094/2015**: Portaria do Ministério da Saúde nº 3161, de 27 de dezembro de 2011. Administração de penicilina nas unidades de atenção básica à saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2014. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-no-0082014_32932.html. Acesso em: 05 out. 2022.

COOPER, J. M.; SÁNCHEZ, P. J. Congenital syphilis. **Seminars in Perinatology**, New York, v. 42, n. 3, p. 176-184, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29627075/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

DHAKAL, A.; SBAR, E. Jarisch Herxheimer reaction. **StatPearls Publishing**, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557820/>. Acesso em: 07 out. 2022.

DIAS, J. L. *et al.* Análise epidemiológica comparativa entre sífilis congênita e outras sífilis no estado do Rio de Janeiro nos últimos 10 anos. **Revista de Saúde**, Vassouras, v. 11, n. 2, p. 49-54, 2020. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/2233>. Acesso em: 06 out. 2022.

DOMINGUES, C. S. B. *et al.* Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. esp. 1, p.1-13, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222021000700303&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 maio. 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 766-774, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2021.

FARO, A.C.M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n.1, p. 259-273, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yWSnvXqcb5XL6zbP7q9BdVm/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 02 abr. 2022.

FERNANDES, L. P. M. R.; SOUZA, C. L. O.; OLIVEIRA, M. V. Missed opportunities in treating pregnant women's sexual partners with syphilis: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 2, p. 361-368, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PKXN9kRbKjr7WSH73pYsNHj/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2022.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71, n. suppl 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento de sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8syf4sN3Q5vZSw8mwk6zkDy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 out. 2022.

FLEISS, J. L.; LEVIN, B.; PAIK, M. C. **Statistical methods for rates and proportions**. 3. ed. New York: John Wiley & Sons, 2003. 768 p.

GARCIA, S. M. A. *et al.* Uma análise epidemiológica da sífilis congênita antes e após a implantação da Rede Cegonha, Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 21, n. 4, p. 6—74, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/31016>. Acesso em: 05 out. 2022.

GASPAR, P. C. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. e2020630, p. 1-13, 2021. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v30nesp1/2237-9622-ess-30-esp1-e2020630.pdf>. Acesso em: 08 out. 2022.

GIOVANELLA, L *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2022.

HERINGER, A. L. S *et al.* Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 44, n. 8, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e8/pt>. Acesso em: 06 out. 2022.

HOLZTRATTNER, J. S. *et al.* Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, n. e59316, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59316>. Acesso em: 08 out. 2022.

HORTA, H. H. L. *et al.* Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. **Revista de APS – Atenção Primária a Saúde**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 623-627, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16078>. Acesso em: 07 out. 2022.

LIU, D. *et al.* Molecular characterization based on MLST and ECDC typing schemes and antibiotic resistance analyses of *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* in Xiamen, China. **Frontiers in Cellular and Infection Microbiology**, v. 10, n. 618747, p. 2235-2988, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2020.618747/full>. Acesso em: 20 jun 2022.

LOPES, O. C. A. *et al.* Competências dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/?lang=pt#>. Acesso em: 06 out. 2022.

LUPPI, C. G. *et al.* Sífilis no Estado de São Paulo, Brasil, 2011–2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, n. e200103, p. 1-14, 2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FfK4LzQsMyLThwGQpYxXVNB/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 01 out. 2022.

MACÊDO, V. C. *et al.* Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 518-528, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VRdb5W4cRvgYCq7gYHcqB4x/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 out. 2022.

MACUMBER, S. *et al.* Incidence and outcomes of Jarisch-Herxheimer reactions following treatment for infectious syphilis in late pregnancy in Alberta, Canada, 2015–2020, **Sexually Transmitted Infections**, v. 97, n. suppl 1, p. 438, 2021. Disponível em: https://sti.bmj.com/content/97/Suppl_1/A173.1.abstract. Acesso em: 10 out. 2022.

NASCIMENTO, D. S. F. *et al.* Relato da dificuldade na implementação de teste rápido para detecção de sífilis em gestantes na atenção básica do SUS em um município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1723>. Acesso em: 10 out. 2022.

NUNES, P. S. *et al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/pDsCx59CsDrpznSN8jF89Qx/?lang=pt>. Acesso em 30 out. 2022.

OLIVEIRA, V. de *et al.* Reação de Jarisch-Herxheimer como causa incomum de dor abdominal após o tratamento de sífilis: relato de caso. **Gazeta Médica**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 307-310, 2021. Disponível em: <http://www.gazetamedica.com/index.php/gazeta/article/view/458>. Acesso em: 07 out. 2022.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R. de; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of Southern. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, n. e3019, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KXZGyqSjq4kVMvTL3sFP7zj/?lang=pt#>. Acesso em: 09 out. 2022.

PAULA, M. A. *et al.* Diagnóstico e tratamento de sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 08, p. 3331-3340, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d4yh3CmkjTbPJvrn63pwbKb/>. Acesso em: 04 out. 2022.

PEELING, R. W. *et al.* Syphilis. **Nature Reviews Disease Primers**, London, v. 3, n. 73, p. 1-21, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29022569/>. Acesso em: 8 out. 2022.

PIRES, D. E. *et al.* Management in primary health care: implications on managers workloads. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.40, n. e20180216, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/WvsWj7JWYvzwHkSSZ7fKxyj/?lang=en>. Acesso em: 30 out. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 658 p.

RAMOS, C. F. V. *et al.* Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1144-1151, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tvXfDVGfJZnd86qCb6h63FQ/?lang=en>. Acesso em 30 out. 2022.

SANTOS, M. M. *et al.* Trends of syphilis in Brazil: a growth portrait of the treponemic epidemic. **PLOS ONE**, v. 15, n. 4, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231029>. Acesso em: 16 maio 2021.

SANTOS FILHO, R. C. D. *et al.* Situação clínico-epidemiológica de sífilis gestacional em anápolis-GO: uma análise retrospectiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, n. e75035, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/dKj4YFP7Y5qsBccGB5krHRy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2022.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. **Painel social**. São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/649.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006**: Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html>. Acesso em: 05 mar. 2021.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Diário Oficial**: DOE – 27 de outubro de 2017 - seção 1 - p.27. Deliberação CIB - 67, de 26 de outubro de 2017. São Paulo, 2017. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2017/E_DL-CIB-67_261017.pdf. Acesso em: 03 out. 2022.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Guia de Bolso para o manejo de sífilis em gestantes e sífilis congênita**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/guiadebolsodasifilis-2edicao2016.pdf?attach=true>. Acesso em: 16 maio 2021.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SAS SYSTEM FOR WINDOWS. Versão 9.4. Cary, 2002-2012.

SILVA, M. R.; MONTILHA, R. C. I. Contribuições da técnica Delphi para a validação de uma avaliação de Terapia Ocupacional em deficiência visual. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, Campinas, v. 29, e2863, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/6yq36bF5WVryW9HqkS3mZnF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SILVEIRA, S. *et al.* Assistência à gestante com sífilis e parceiros sexuais: revisão integrativa. **Convención Internacional de Salud de Cuba**, n. 8, 2018. Disponível em: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1291/495>. Acesso em: 01 out. 2022.

SOARES, K. K. S. *et al.* Análise espacial de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n1/e2018193/pt/>. Acesso em: 07 out. 2022.

SOLINO, M. S. S. *et al.* Desafios do enfermeiro na assistência de enfermagem aos usuários com diagnóstico de sífilis: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p.13917-13930, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/17753/14397>. Acesso em: 05 out. 2022.

THOMAS, D. B.; OENNING, N. S. X.; GOULART, B. N. G. Aspectos essenciais na construção de instrumentos de coleta de dados em pesquisas primárias de saúde. **Revista CEFAC**, Porto Alegre, v. 20, n. 5, p. 657-664, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n5/pt_1982-0216-rcefac-20-05-657.pdf. Acesso em: 23 maio 2021.

TOSO, B. R. G. O. *et al.* Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 666-680, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>. Acesso em: 04 out. 2022.

TSAI, S. *et al.* Syphilis in pregnancy. **Obstetrical & Gynecological Survey**, San Francisco, v. 74, n. 9, p. 557-564, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31830301/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

TSIMIS, M. E.; SHEFFIELD, J. S. Update on syphilis and pregnancy. **Birth Defects Research**, New York, v. 109, n. 5, p. 347-352, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/bdra.23562>. Acesso em: 20 jun. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. **TeleCondutas**: sífilis - versão digital. Porto Alegre, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_sifilis.pdf. Acesso em: 16 maio 2021.

VIDAL, I. R.; MASCARENHAS, F. A. N. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: case report and literature review on its possible causes and strategies of confront in Brazil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 81136-81149, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/18694/15059>. Acesso em: 30 out. 2022.

VIEIRA, S. **Introdução a bioestatística**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 343 p.

ZARILLI, T. F. T. *et al.* Técnica *Delphi* no processo de validação do questionário de avaliação da atenção básica (QualiAB) para aplicação nacional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qHycQhxWyPnNhdC5LLYjKpk/#>. Acesso em: 21 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis**. 2nd ed. Geneva, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf;jsessionid=A47B3B6AA25E269AED63F05BAF229483?sequence=1>. Acesso em: 12 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021**. Geneva, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 maio 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUÇÃO PARA OS JUÍZES



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
Fone: (35) 3701 9153



INSTRUÇÃO PARA OS JUÍZES

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar, na qualidade de juiz, da validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados elaborado pelas autoras desta pesquisa, intitulada: **Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.**

A pesquisa é uma dissertação de mestrado desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (PPGENF/UNIFAL-MG) e tem por objetivo geral analisar como ocorre a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde em uma regional do interior do Estado de São Paulo e como objetivo específico: Caracterizar os enfermeiros que atuam na assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF); conhecer a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, realizada pelo enfermeiro, na ESF; conhecer a opinião dos enfermeiros que atuam na assistência pré-natal na ESF sobre o diagnóstico e o tratamento de sífilis nas gestantes, verificar existência de associação entre as variáveis de caracterização do enfermeiro com as variáveis de assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis e com as variáveis de opinião sobre os facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita; as variáveis de assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis com as variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita.

O instrumento consta de 40 questões e está dividido em três partes, a saber: I) caracterização do enfermeiro, II) assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis e III) opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita.

As pesquisadoras elaboraram o instrumento com base na literatura científica sobre o tema e nos objetivos a serem alcançados e estão enviando aos especialistas e submeterão o processo de validação através da técnica *Delphi*. O questionário circula entre cada um deles e será avaliado até que um consenso seja obtido (80%). No segundo ciclo, as questões são modificadas com base nas respostas obtidas e novamente apresentadas aos especialistas. No terceiro ciclo, as pesquisadoras decidirão os pontos a serem mantidos ou não através de consenso entre as mesmas.

Sua colaboração é importante, pois irá esclarecer se o instrumento é capaz de atingir os objetivos propostos. Cada juiz receberá uma cópia do Termo de Compromisso, esta instrução e o instrumento de coleta de dados a ser validado. Após leitura e assinatura do Termo do Compromisso, o juiz irá avaliar o instrumento fazendo as considerações que considerar válidas. Faz-se importante que a devolutiva ocorra em 15 dias para o e-mail de recebimento, a fim de que seja dado andamento nas demais fases.

Dessa forma, gostaria de contar com sua valiosa participação na validação deste instrumento ao analisá-lo quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando esses

elementos a sua capacidade de atingir os objetivos propostos na pesquisa. As sugestões de alterações podem ser realizadas direto no documento de *word* encaminhado, em destaque. Agradecemos antecipadamente pela atenção e estamos à disposição para outros esclarecimentos, se necessário.

Profa. Dra. Patricia Scotini Freitas
Orientadora do estudo

Profa. Dra. Cristiane A. Silveira Monteiro
Coorientadora do estudo

Eluana Maria C Reis
Discente PPGENF/UNIFAL - MG

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO (JUÍZES)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



TERMO DE COMPROMISSO (JUÍZES)

A senhora está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada: **Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**, no caso de concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com a instituição.

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Professora Doutora Patrícia Scotini Freitas e Eluana Maria Cristofaro Reis

ENDEREÇO: Rua Aparecida de Fatima Cordeiro Moraes, 119, Jardim Aurora, São João da Boa Vista/SP. **TELEFONE:** (19) 99870-7872.

PESQUISADORA PARTICIPANTE: Professora Doutora Cristiane A. Silveira Monteiro.

Para esta fase do estudo, ou seja, de validação, o instrumento de coleta de dados, a ser validado pela senhora com uma Instrução para os Juízes, está sendo encaminhado para cada juiz, via e-mail, acompanhado deste Termo de Compromisso, e solicitado prazo de devolutiva (e-mail) de sete dias, após o recebimento do mesmo. Esta avaliação tomará aproximadamente trinta minutos de seu tempo para ser completada e poderá ser realizada no local a sua escolha. Não haverá nenhum gasto e a senhora também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Todos os dados que forem fornecidos pela senhora serão divulgados apenas com finalidade científica, ou seja, os mesmos são confidenciais.

Assinatura da Pesquisadora Responsável:

Eu, _____ NOME DA VOLUNTÁRIA, declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informada pela pesquisadora Eluana Maria Cristofaro Reis dos procedimentos que serão utilizados, que não haverá custo/reembolso aos(às) participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o Termo de Compromisso a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Compromisso devidamente assinado. Poderei consultar a pesquisadora responsável (acima identificada) ou o CEP UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP 37130-001, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que

sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

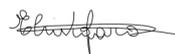
Alfenas, ____ de _____ de 2021.

(Nome por extenso)



Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Orientadora do estudo

(Assinatura)



Eluana Maria Cristofaro Reis
Discente PPGENF/UNIFAL-MG

APÊNDICE C - CONVITE AOS PARTICIPANTES DO TESTE-PILOTO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: **Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**, que tem como objetivo geral analisar como ocorre a assistência pré-natal de gestantes com diagnósticos de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde em uma regional do interior do Estado de São Paulo.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um instrumento de coleta de dados por formulário eletrônico (*Google Forms link* abaixo) composto por 48 questões, divididas em três partes: I) caracterização do enfermeiro, II) assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, III) opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência as gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita. O tempo previsto para resposta das questões será de no máximo 40 minutos, ficando a seu critério o melhor local e horário para acesso. No caso de concordar em participar, favor responder ao formulário e informar sua percepção sobre o entendimento do mesmo. Ressaltamos que a sua participação é muito importante, tendo em vista que esse teste-piloto não pode ser realizado com a população de estudo, no qual se dará com os enfermeiros das equipes de saúde da família que compõem a DRS XIV. Os dados resultantes das respostas oriundas do instrumento de coleta de dados não serão usados/divulgados, nem mesmo sua identificação e o local onde você atua, ou seja, **ratificamos que nesse momento aplicamos o teste-piloto com 15 enfermeiros que atuam na APS com o objetivo de verificar se o instrumento está apto a ser aplicado na população-alvo**, ou se precisa ser ainda refinado. Anexamos o documento em *word* do instrumento, caso tenham considerações de aprimoramento, fiquem à vontade em destacar.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, poderá desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com a instituição. Caso aceite colaborar conosco, favor responder em até sete (7) dias.

PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Professora Doutora Patrícia Scotini Freitas e Eluana Maria Cristofaro Reis

ENDEREÇO: Rua Aparecida de Fatima Cordeiro Moraes, 119, Jardim Aurora, São João da Boa Vista/SP.

TELEFONE: (19) 99870-7872

PESQUISADORA PARTICIPANTE: Professora Doutora Cristiane A. Silveira Monteiro.

Ressaltamos que o presente instrumento já passou pela aprovação do CEP (em anexo) e pela fase de validação de conteúdo por sete juízes expertises, conforme a técnica *Delphi*. Agora é a fase do teste-piloto.

Desde já agradecemos por colaborar com a pesquisa em enfermagem.

Segue o *link* do formulário:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNQ-vQjE3CYUuS8shurwLlvMsJ3vOQOZG_Aagk8l_nR7SncQ/viewform?usp=sf_link

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instruções

- As informações são anônimas, vistas apenas pelas pesquisadoras responsáveis.
- Ao preencher procure não deixar itens sem resposta, você poderá assinalar mais de um item, se for o caso. - Agradecemos sua valiosa contribuição.

PARTE I - Caracterização do Enfermeiro

- 1) Sexo: () Feminino () Masculino
- 2) Idade (em anos): _____
- 3) Ano de conclusão da graduação em Enfermagem: _____
- 4) Tempo total de atuação em Equipe de Saúde da Família-eSF (em meses): _____
- 5) Possui especialização e/ou mestrado e/ou doutorado? Se sim, qual(is)? Em qual(is) instituições? _____
- 6) Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos?
 () Sim
 () Não
- 7) Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis?
 () Sim
 () Não

PARTE II - Assistência Pré-Natal às Gestantes com Diagnóstico de Sífilis

- 8) Existe um protocolo municipal de atendimento do enfermeiro à gestante com diagnóstico de sífilis? () Sim () Não
- 9) Se não há protocolo municipal, seu atendimento baseia-se em:
 () Nas diretrizes do Ministério da Saúde
 () Nas diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
 () Em ambas as diretrizes
- 10) O enfermeiro é o responsável pelo primeiro atendimento pré-natal no serviço que você atua? () Sim () Não
- 11) O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço que você atua?
 () Sim () Não
- 12) Você realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal?
 () Sim () Não
- 13) Você realiza teste rápido para sífilis no segundo e no terceiro trimestre gestacional?
 () Sim () Não () Somente no segundo trimestre () Somente no terceiro trimestre

- 14) Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis?
-) Agente comunitário de saúde
 -) Enfermeiro
 -) Médico
 -) Recepcionista da unidade
 -) Técnico de enfermagem
 -) Qualquer profissional de saúde da unidade
- 15) Quando você considera a cicatriz sorológica em um teste rápido para sífilis reagente? (pode assinalar mais de uma alternativa)
-) Quando a gestante relata que já foi tratada
 -) Quando o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) possui títulos não reagentes ou baixos
 -) Quando há documentação de tratamento prévio de sífilis
 -) Não tenho conhecimento
- 16) Se o teste rápido da gestante for reagente para sífilis e não tiver um tratamento prévio documentado, qual é a sua conduta? (pode assinalar mais de uma alternativa)
-) Solicita exames para confirmação diagnóstica
 -) Prescreve e já realiza a primeira dose de benzilpenicilina benzatina
 -) Prescreve e agenda a primeira dose de benzilpenicilina benzatina
 -) Encaminha para o atendimento médico para a prescrição
 -) Convoca o parceiro para a realização do teste
 -) Convoca o parceiro para o tratamento
 -) Encaminha para o tratamento em outra unidade
- 17) O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante?
-) Sim, mediante o resultado de teste rápido reagente
 -) Sim, após a verificação do VDRL reagente
 -) Sim, independentemente do resultado do teste rápido ou VDRL
 -) Não
 -) Depende da vontade do parceiro
- 18) É realizado o pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço que você atua?
-) Sim
 -) Não
- 19) É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade que você atua mesmo sem a presença do médico?
-) Sim
 -) Não
- 20) Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente?
-) 2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina em dose única
 -) 4.800.000 UI de benzilpenicilina benzatina em duas doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias
 -) 7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias
 -) Depende dos sintomas apresentados
 -) Não realizo a prescrição de tratamento para a sífilis

21) Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente?

2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina em dose única

4.800.000 UI de benzilpenicilina benzatina em duas doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

Depende dos sintomas apresentados

Não realizo a prescrição de tratamento para a sífilis

22) Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente?

2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina em dose única

4.800.000 UI de benzilpenicilina benzatina em duas doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

Depende dos sintomas apresentados

Não realizo a prescrição de tratamento para a sífilis

23) Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente?

2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina em dose única

4.800.000 UI de benzilpenicilina benzatina em duas doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

Depende dos sintomas apresentados

Não realizo a prescrição de tratamento para a sífilis

24) Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente?

2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina em dose única

4.800.000 UI de benzilpenicilina benzatina em duas doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

Depende dos sintomas apresentados

Não realizo a prescrição de tratamento para a sífilis

25) Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente?

2.400.000 UI de benzilpenicilina benzatina em dose única

4.800.000 UI de benzilpenicilina benzatina em duas doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

7.200.000 UI de benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias

Depende dos sintomas apresentados

Não realizo a prescrição de tratamento para a sífilis

26) Há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento? Sim Não

27) Se a gestante estiver em tratamento, com prescrição de 7.200.000 UI benzilpenicilina benzatina em três doses de 2.400.000 UI com intervalos de sete dias, e não receber uma das doses, você:

- Administra apenas a dose faltante se tempo inferior a 14 dias
- Recomeça todo o tratamento se tempo maior ou igual a 14 dias
- Pedir um novo VDRL para avaliar titulação e agenda consulta com o médico
- Agenda consulta com o médico
- Considera finalizado o tratamento

28) À gestante com diagnóstico de sífilis é solicitado após o tratamento exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento?

- Sim, o enfermeiro realiza este acompanhamento
- Sim, o acompanhamento é realizado pelo médico
- Sim, o acompanhamento é realizado pelo enfermeiro e pelo médico
- Não existe um protocolo de monitoramento, cada caso é conduzido individualmente
- Não tenho conhecimento

29) São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua?

- Sim Não Não tenho conhecimento

30) Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis?

- Não
- Sim, entre uma e cinco gestantes
- Sim, entre seis e dez gestantes
- Sim, entre onze e quinze gestantes

31) Durante a sua atuação na assistência pré-natal, houve algum desfecho da sífilis congênita?

- Sim
- Não
- Não tenho conhecimento

32) As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade que você atua?

- Sim
- Não
- Não tenho conhecimento

PARTE III - Opinião sobre Facilitadores e Barreiras na sua Assistência às Gestantes com Diagnóstico de Sífilis para Prevenção da sífilis congênita

Assinale a alternativa FACILITADOR(A) para os itens que você, na sua assistência, considera facilitadores e a alternativa BARREIRA para os itens que dificultam ou impossibilitam essa assistência de enfermagem às gestantes com sífilis na atenção primária de saúde, segundo a sua opinião:

33) Disponibilidade de testes rápidos para sífilis:

- Facilitadora
- Barreira

34) Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade:

- Facilitadora
- Barreira

35) Acesso fácil e rápido ao exame VDRL pelo SUS para confirmação diagnóstica e controle de cura:

Facilitador

Barreira

36) Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis:

Facilitador

Barreira

37) Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis:

Facilitador

Barreira

38) Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita:

Facilitadora

Barreira

39) Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita:

Facilitadora

Barreira

40) Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis

Facilitadora

Barreira

41) Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional:

Facilitador

Barreira

42) Adesão da gestante ao tratamento proposto:

Facilitadora

Barreira

43) Participação e colaboração do parceiro:

Facilitadora

Barreira

44) Equipe completa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) na unidade de atuação:

Facilitadora

Barreira

45) Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal:

Facilitador

Barreira

46) Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis:

Facilitadora

Barreira

47) Colaboração da eSF no atendimento à gestante com sífilis:

Facilitadora

Barreira

48) Por favor, relate algo que considere importante sobre a assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis na unidade de saúde em que atua:

APÊNDICE E - CONVITE AOS PARTICIPANTES

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**, que tem como objetivo geral analisar como ocorre a assistência pré-natal de gestantes com diagnósticos de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde em uma regional do interior do Estado de São Paulo, e está sendo desenvolvida pela discente do mestrado, do Programa Pós-Graduação em Enfermagem da UNFAL-MG, a pesquisadora Eluana Maria Cristofaro Reis.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um instrumento de coleta de dados por formulário eletrônico (*Google Forms*) composto por 48 questões, divididas em três partes: I) caracterização do enfermeiro, II) assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, III) opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita. O tempo previsto para resposta das questões será de, no máximo, 40 minutos, ficando a seu critério o melhor local e horário para acesso, que pode ser através de *smartphones* ou computadores.

Você terá acesso na íntegra às perguntas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e do seu consentimento para participar da pesquisa, clicando em CONCORDO, quando será considerada anuência para o envio das respostas das questões do instrumento de coleta de dados. Haverá sigilo em relação às respostas, tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Se mesmo diante destas condutas preventivas e minimizadoras, o participante apresentar algum tipo de desconforto/constrangimento, o mesmo será lembrado da possibilidade de retirar o consentimento prévio, e interromper a qualquer momento sua participação, não havendo prejuízo em relação à pesquisadora e nem à instituição envolvida. Nessas situações, as pesquisadoras responsáveis ficam obrigadas a enviar ao participante de pesquisa a resposta de ciência do interesse do participante de pesquisa em retirar seu consentimento

Dados como CPF, nome, data de nascimento e e-mail são necessários como requisitos mínimos para validar o TCLE, mas é garantido pela pesquisadora que esses dados de forma alguma serão divulgados. O e-mail será solicitado para fins de envio de cópia das questões e suas respostas bem como uma cópia do TCLE, no qual se faz importante que o participante da pesquisa guarde em seus arquivos, no qual será enviado automaticamente após o término das respostas.

Ressalto que este projeto tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas e anuência do diretor do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIV.

Solicitamos a gentileza de devolutiva do instrumento de coleta de dados em um período de sete dias, a contar do recebimento do instrumento.

Diante das informações prestadas, e grata pela atenção, segue *link* para endereço eletrônico de acesso ao TCLE e ao instrumento de coleta de dados: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNQ-vQjE3CYUuS8shurwLlvMsJ3vOQOZG_Aaqk8l_nR7SncQ/viewform?usp=sf_link

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
 Fone: (35) 3701 9153



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
 Participante da Pesquisa

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da atenção primária à saúde

Pesquisadoras responsáveis: Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas e Eluana Maria Cristofaro Reis

Pesquisadora participante: Profa. Dra. Cristiane Aparecida Silveira Monteiro

Nome do participante:

Data de nascimento:

CPF:

E-mail:

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa: **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, de responsabilidade das pesquisadoras Patrícia Scotini Freitas e Eluana Maria Cristofaro Reis, com a utilização de ferramentas eletrônicas gratuitas, ou seja, sem custos para o seu uso. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo você deverá clicar em CONCORDO, e assim terá acesso as questões do instrumento de coleta de dados, e o envio de suas respostas serão a anuência da sua participação. Sua participação não é obrigatória, você tem o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora, com as orientadoras ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade. Após sua participação será enviado no e-mail registrado por você, as suas respostas, bem como uma cópia desse termo.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar como ocorre a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na APS em uma regional do interior do Estado de São Paulo denominada DRS XIV.
2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um instrumento, de forma não presencial (e-mail) através de um formulário eletrônico contendo 48 questões compostas por caracterização do enfermeiro, assistência pré-natal de

gestantes com diagnóstico de sífilis e opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência à gestante com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita. A duração prevista para resposta é de no máximo 40 minutos, no local que julgar mais apropriado no próprio local de trabalho ou onde achar mais conveniente, através de computador ou *smartphones*.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos, de ordem não física, tais como desconforto emocional e/ou constrangimento durante a coleta de dados, como também aborrecimento quanto à disponibilidade de tempo para responder o instrumento, que serão minimizados a partir da garantia ao sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins acadêmicos. Há riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas, no qual há limitações das pesquisadoras para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Como medidas minimizadoras dos riscos, pretende-se fazer o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". O mesmo cuidado será seguido para os registros de consentimento livre e esclarecido. Não haverá divulgação como nome, e-mail ou data de nascimento dos participantes a fim de garantir o anonimato. Enfatiza-se a possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio e as pesquisadoras responsáveis. Se preciso, o(a) participante receberá uma assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos pela equipe de pesquisa.

4. Sobre os benefícios relacionados com a participação na pesquisa, ao participar desse estudo você contribuirá indiretamente com o levantamento de dados relevantes para implementação de ações de enfermagem que contribuam na diminuição da incidência da sífilis congênita e que sirvam para superar a dificuldade de atender a meta da Organização Mundial de Saúde do acompanhamento pré-natal, prevenindo assim a morbimortalidade materna, fetal e neonatal.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de no máximo 40 minutos em um único episódio.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo instrumento de coleta de dados eletrônico, disponibilizado por meio virtual, acessados onde e quando for mais conveniente. Você pode deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado(a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito à assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelas pesquisadoras responsáveis), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização por parte da pesquisadora.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Você poderá consultar a pesquisadora Eluana Maria Cristofaro Reis, no seguinte telefone (19) 99870-7872 ou e-mail eluana.reis@sou.unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-000, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O CEP/UNIFAL-MG é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

_____, ____ de _____ de 2021.
(Cidade) (dia) (mês)

Declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

CONCORDO

NÃO CONCORDO

APÊNDICE G - EXPLICAÇÃO DOS OBJETIVOS DA PESQUISA PARA ANUÊNCIA

São João da Boa Vista, 15 de junho de 2021.

Ilmo. Senhor
Diretor Regional de Saúde
Dr. Benedito Carlos Rocha Westin

Prezado Senhor,

Estou conduzindo um estudo (dissertação de mestrado) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (PPGENF/UNIFAL-MG), intitulado: **Assistência pré-natal à gestante com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**, sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas e coorientação da Profa. Dra. Cristiane Aparecida Silveira Monteiro.

Informo que a pesquisa tem como objetivo geral: analisar como ocorre a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde em uma regional do interior do Estado de São Paulo.

Para a realização dessa fase, preciso coletar dados da população-alvo referentes ao objetivo da pesquisa, no qual serão os enfermeiros das equipes de Estratégia Saúde da Família do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIV.

Na oportunidade ressalto que serão observadas todas as recomendações aos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, que diz respeito às diretrizes e normas em pesquisa com seres humanos. O sigilo dos participantes será assegurado.

Para tanto, conto com a sua anuência, no sentido de autorizar a coleta de dados com os enfermeiros que atuam na assistência pré-natal nas Estratégias Saúde da Família desta regional, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFAL-MG e declaração de concordância da instituição coparticipante.

Para que este projeto de pesquisa seja avaliado pelo CEP da UNIFAL, é preciso anexar, junto ao projeto, a anuência do responsável pela regional de saúde onde a coleta de dados será realizada. Tal coleta será feita com auxílio de instrumento de coleta de dados validado, entregue às participantes, via e-mail (remota) após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente



Eluana Maria Cristofaro Reis
Discente PPGENF/UNIFAL-MG

APÊNDICE H - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI)



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI)

Eu, Dr. Benedito Carlos Rocha Westin, diretor responsável pela Diretoria Regional de Saúde (DRS) XIV estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada: **Assistência pré-natal à gestante com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da atenção primária à saúde**, conduzida pela pesquisadora Eluana Maria Cristofaro Reis, sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas e coorientação da Profa. Dra. Cristiane Aparecida Silveira Monteiro, no período de 01/11/2021 a 31/12/2021.

A pesquisa será realizada em consonância com as Resoluções CNS nº 466/2012 que tratam dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos.

Ressaltamos que os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e a coleta somente se iniciará após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br.

Afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

São João da Boa Vista, 15 de junho de 2021.



Dr. Benedito Carlos Rocha Westin
Diretor Regional de Saúde (DRS) XIV

Dr. Benedito Carlos Rocha Westin
RG: 4.849.352
Diretor Técnico de Saúde III
DRS XIV - São João da Boa Vista

APÊNDICE I - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Ao ler e concordar com este Termo, DECLARAMOS que conhecemos e que cumpriremos os requisitos das Resoluções CNS 466/2012 e suas complementares para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, cujo objetivo é analisar como ocorre a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde em uma regional do interior do Estado de São Paulo.

Declaramos conhecer o conteúdo da Carta Circular 039/2011/CONEP/CNS que trata do uso de prontuários médicos para fins de pesquisa.

Os dados obtidos a partir dos bancos acessados e os procedimentos para o acesso a esses dados estão descritos no projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (CEP-UNIFAL) e serão preservados em absoluto sigilo, sendo utilizados apenas para os fins específicos desse projeto de pesquisa e a partir da aprovação do referido CEP.

I. Das pesquisadoras responsáveis

Nós, Professora Doutora Patrícia Scotini Freitas e Eluana Maria Cristofaro Reis comprometemo-nos a garantir a adequada utilização das informações coletadas a partir dos bancos e documentos acessados para esta pesquisa, coordenando e supervisionando os trabalhos, manuseando e analisando-os sob as condições estabelecidas pela instituição responsável pela sua guarda, devolvendo-os nas mesmas condições que os recebi.

Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados dos contatos eletrônicos e telefônicos para a coleta de dados da pesquisa, bem como com a privacidade de seus conteúdos e dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é nossa a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometemo-nos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Para qualquer outra pesquisa em que nós precisemos coletar informações será submetida a apreciação do CEP/UNIFAL-MG.

Alfenas, 15 de julho de 2021.

Prof. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Orientadora do estudo

Eluana Maria Cristofaro Reis
Discente PPGENF/UNIFAL-MG

Rubrica das pesquisadoras: _____ Rubrica do Respons. pelo banco de dados: _____

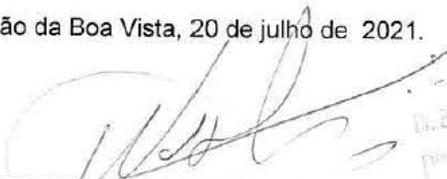


II. Da instituição responsável pelo banco/base de dados

Eu, Dr. Benedito Carlos Rocha Westin, ocupante do cargo de Diretor Técnico de Saúde Pública III – DRS XIV São João da Boa Vista, **AUTORIZO** as pesquisadoras Eluana Maria Cristofaro Reis e Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas a terem acesso às informações dos contatos eletrônicos e telefônicos das secretarias de saúde que compõem a regional bem como das unidades de saúde onde atuam os profissionais que atendem nesses municípios e que contemplarão a população deste estudo que estão sob a responsabilidade desta instituição. Este acesso objetiva levantar dados para a referida pesquisa no período de 01/11/2021 a 30/12/2021.

As informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução desse projeto e as pesquisadoras se comprometem a preservar as informações constantes nos bancos de dados acessados, garantindo o sigilo e a privacidade dos mesmos.

São João da Boa Vista, 20 de julho de 2021.



Dr. Benedito Carlos Rocha Westin
Diretor Técnico de Saúde Pública III

APÊNDICE J - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



Como responsável pela instituição coparticipante Departamento Regional de Saúde (DRS) XIV, declaro conhecer o projeto de pesquisa conduzido pela pesquisadora Eluana Maria Cristofaro Reis: **Assistência pré-natal as gestantes com diagnóstico de sífilis segundo os enfermeiros da atenção primária à saúde**, que tem como objetivo geral: Analisar como ocorre a assistência pré-natal as gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde em uma regional do interior do Estado de São Paulo, conduzida pelo método não experimental, transversal, do tipo correlacional descritivo, de abordagem quantitativa, com período de coleta de dados entre 01/11/2021 a 31/12/2021 bem como declaro conhecer o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente. Declaro ainda conhecer e fazer cumprir as Resoluções do CNS nº 466/2012 e suas complementares, buscando pela garantia da integridade e anonimato dos participantes dessa pesquisa e pelo sigilo dos dados, bem como declaro, como responsável pela instituição coparticipante, dispor da infraestrutura necessária tanto para o desenvolvimento da pesquisa como para a garantia da integridade dos participantes.

São João da Boa Vista, 20 de outubro de 2021.



Dr. Benedito Carlos Rocha Westin
Diretor Técnico de Saúde III
(assinatura e carimbo)

Dr. Benedito Carlos Rocha Westin
RG: 4.049.352-1
Diretor Técnico de Saúde III
DRS XIV - São João da Boa Vista

APÊNDICE K - ANÁLISES INFERENCIAIS NAS QUAIS OS VALORES DE P NÃO
FORAM SIGNIFICATIVOS

Tabela 49 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I – Caracterização do enfermeiro. DRS XIV, SP. 2022

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Sexo	Tempo de Graduação em Enfermagem	Fisher	1,000
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Tempo de Graduação em Enfermagem	Fisher	0,579
Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos	Tempo de Graduação em Enfermagem	Fisher	0,657
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Tempo de Graduação em Enfermagem	Fisher	0,175
Sexo	Tempo de atuação em eSF	Fisher	0,538
Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos	Tempo de atuação em eSF	Fisher	0,684
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Tempo de atuação em eSF	Fisher	1,000
Sexo	Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Fisher	0,824
Idade	Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Fisher	0,914
Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos	Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Fisher	0,313
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Fisher	0,824
Sexo	Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos	Fisher	0,317
Idade	Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos	Fisher	0,619
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Realizou atualização ou aperfeiçoamento sobre sífilis há menos de cinco anos	Fisher	0,073
Sexo	Possui capacitação/treinamento para a realização TR para sífilis	Fisher	1,000

Fonte: Da autora (2022).

Tabela 50 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II – Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Fisher	0,522
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Fisher	1,000
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Fisher	0,091
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento	Fisher	0,266
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,184
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,389
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Fisher	0,052
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	1,000
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	1,000
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Fisher	0,189
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,512
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,986
É realizado o pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço que você atua	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Qui-Quadrado	0,538
É realizado o pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço que você atua	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,217
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua mesmo sem a presença do médico	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Qui-Quadrado	0,144
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,995

Tabela 50 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II – Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,396
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,439
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,247
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,239
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,387
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,247
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,169
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,092
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,416
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,246

Tabela 50 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II – Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,276
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,447
Há busca ativa das gestantes faltosas para que não haja interrupção do tratamento	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,548
Há busca ativa das gestantes faltosas para que não haja interrupção do tratamento	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	1,000
Há busca ativa das gestantes faltosas para que não haja interrupção do tratamento	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade que você atua	Fisher	0,102
É solicitado após o tratamento exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,724
É solicitado após o tratamento exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,408
São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,507
São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,871
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,660

Tabela 50 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II – Assistência pré-natal às gestantes com diagnóstico de sífilis. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Fisher	0,240

Fonte: Da autora (2022).

Tabela 51 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte III – Opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência às gestantes com diagnóstico de sífilis para prevenção da sífilis congênita. DRS XIV, SP. 2022

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,589
Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	0,395
Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,261
Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	1,000
Conhecimento do enfermeiro sobre manejo gestante com sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,429
Conhecimento do enfermeiro sobre manejo gestante com sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,203
Conhecimento do enfermeiro sobre manejo gestante com sífilis	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,107
Conhecimento do enfermeiro sobre manejo gestante com sífilis	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,074
Conhecimento do enfermeiro sobre manejo gestante com sífilis	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,256
Conhecimento do enfermeiro sobre manejo gestante com sífilis	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	1,000
Equipe completa na unidade de atuação	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,104
Equipe completa na unidade de atuação	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,377

Fonte: Da autora (2022).

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP. 2022

Variável 1			Variável 2		Teste	P
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Fisher	0,931	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço em que você atua	Fisher	0,657	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Fisher	0,253	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Realiza teste rápido para sífilis no segundo e no terceiro trimestre gestacional	Fisher	0,687	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Fisher	0,166	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Fisher	0,871	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	É realizado o pré-natal do parceiro, no serviço em que você atua	Fisher	0,119	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Fisher	0,883	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,350	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,181	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Qual protocolo de tratamento indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,068	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Qual protocolo de tratamento indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,525	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Qual protocolo de tratamento indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,150	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,347	
Tempo de Enfermagem	Graduação	em	Há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento	Fisher	1,000	

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP, 2022 (continuação)

Variável 1		Variável 2		Teste	P
Tempo de Enfermagem	Graduação em	À gestante com diagnóstico de sífilis é solicitado após o tratamento exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento		Fisher	0,158
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis		Fisher	0,361
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita		Fisher	0,458
Tempo de Enfermagem	Graduação em	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua		Fisher	0,583
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade		Fisher	0,302
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis		Fisher	0,844
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis		Fisher	0,066
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita		Fisher	0,755
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita		Fisher	0,422
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis		Fisher	0,481
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Adesão da gestante ao tratamento proposto		Fisher	0,876
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Participação e colaboração do parceiro		Fisher	0,794
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Equipe completa na unidade de atuação		Fisher	0,397
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal		Fisher	0,507
Tempo de Enfermagem	Graduação em	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis		Fisher	0,094
Tempo de atuação em eSF		Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo		Fisher	0,663
Tempo de atuação em eSF		O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço em que você atua		Fisher	0,490

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Tempo de atuação em eSF	Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Fisher	0,156
Tempo de atuação em eSF	Realiza teste rápido para sífilis no segundo e no terceiro trimestre gestacional	Fisher	0,332
Tempo de atuação em eSF	Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Fisher	0,278
Tempo de atuação em eSF	O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Fisher	0,995
Tempo de atuação em eSF	É realizado o pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço em que você atua?	Fisher	0,443
Tempo de atuação em eSF	É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua mesmo sem a presença do médico	Fisher	0,545
Tempo de atuação em eSF	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,664
Tempo de atuação em eSF	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,669
Tempo de atuação em eSF	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,459
Tempo de atuação em eSF	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,675
Tempo de atuação em eSF	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,808
Tempo de atuação em eSF	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,141
Tempo de atuação em eSF	Há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento	Fisher	0,391

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP, 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Tempo de atuação em eSF	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	0,054
Tempo de atuação em eSF	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	0,978
Tempo de atuação em eSF	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Fisher	0,067
Tempo de atuação em eSF	Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Fisher	0,408
Tempo de atuação em eSF	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,665
Tempo de atuação em eSF	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	0,558
Tempo de atuação em eSF	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,288
Tempo de atuação em eSF	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,068
Tempo de atuação em eSF	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,078
Tempo de atuação em eSF	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,609
Tempo de atuação em eSF	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,809
Tempo de atuação em eSF	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,554
Tempo de atuação em eSF	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,055
Tempo de atuação em eSF	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,739
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Fisher	0,592
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço em que você atua	Qui-Quadrado	0,797
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Fisher	1,000
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Realiza teste rápido para sífilis no segundo e no terceiro trimestre gestacional	Fisher	0,504
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Fisher	0,541

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Qui-Quadrado	0,062
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	É realizado o pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço em que você atua?	Qui-Quadrado	0,213
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Qui-Quadrado	0,396
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,485
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,657
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,502
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,707
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,208
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,427
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento	Fisher	0,269
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	À gestante com diagnóstico de sífilis é solicitado após o tratamento exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Fisher	0,309
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Fisher	0,483
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Qui-Quadrado	0,159

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,321
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Fisher	0,082
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,807
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Qui-Quadrado	0,877
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,652
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,496
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,446
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,127
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,191
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,410
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,837
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,920
Possui especialização, mestrado e/ou doutorado	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,763
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Fisher	0,101
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Qui-Quadrado	0,782
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Qui-Quadrado	0,076
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,216

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP, 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,324
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,263
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,351
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,067
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,347
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Há busca ativa das gestantes faltosas diagnosticadas com sífilis para que não haja interrupção do tratamento	Fisher	1,000
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Qui-Quadrado	0,928
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,086
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Fisher	0,115
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,208
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,296
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,115
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Qui-Quadrado	0,814

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Participação e colaboração do parceiro	Qui-Quadrado	0,775
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,148
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	1,000
Realizou atualização sobre sífilis há menos de cinco anos	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,223
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Fisher	0,359
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	O enfermeiro realiza consultas pré-natais subsequentes no serviço que você atua	Fisher	0,577
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Fisher	0,130
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Realiza teste rápido para sífilis no segundo e no terceiro trimestre gestacional	Fisher	0,248
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Fisher	0,129
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	É realizado o pré-natal do parceiro, pelo enfermeiro, no serviço em que você atua?	Fisher	0,554
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua mesmo sem a presença do médico	Fisher	0,616
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,478
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,271
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,552

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,776
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sífilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	0,234
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Há busca ativa das gestantes faltosas para que não haja interrupção do tratamento	Fisher	0,130
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Fisher	0,262
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Durante a sua atuação na assistência pré-natal houve algum desfecho da sífilis congênita	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Fisher	0,313
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Fisher	0,352
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	0,574
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	1,000

Tabela 52 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte I com partes II e III. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,299
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,315
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	1,000
Possui capacitação/treinamento para a realização de teste rápido para sífilis	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	1,000
Sexo	Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Fisher	0,359
Idade	Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Fisher	0,494

Fonte: Da autora (2022).

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continua)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,271
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	0,148
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,154
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,093
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,075

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,073
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,714
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,859
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,297
Baseia seu atendimento à gestante em qual protocolo	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,851
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	1,000
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	0,518
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,556
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	1,000
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,560
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,276
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,548
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	1,000
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,303
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	1,000
Realiza teste rápido para sífilis na primeira consulta pré-natal	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,082
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,167
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	0,123

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,078
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,082
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,201
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,255
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,612
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,915
Quando realiza teste rápido durante o pré-natal	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,225
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Fisher	0,539
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	1,000
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	1,000
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	1,000
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,678
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,381
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,539
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,130

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	1,000
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	1,000
Quem realiza a notificação compulsória nos casos confirmados de sífilis	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,604
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,895
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Qui-Quadrado	0,888
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,280
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,139
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,334
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,578
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Qui-Quadrado	0,268
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Participação e colaboração do parceiro	Qui-Quadrado	0,592
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,904
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,152
O parceiro é testado e tratado concomitante com a gestante	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,368
É realizado o pré-natal do parceiro, no serviço em que você atua	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,151
É realizado o pré-natal do parceiro, no serviço em que você atua	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Qui-Quadrado	0,474
É realizado o pré-natal do parceiro, no serviço em que você atua	Participação e colaboração do parceiro	Qui-Quadrado	0,263
É realizado o pré-natal do parceiro, no serviço em que você atua	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,408

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,451
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Qui-Quadrado	0,242
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,238
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,716
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Participação e colaboração do parceiro	Qui-Quadrado	0,992
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	1,000
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,739
É realizada a administração de benzilpenicilina benzatina na unidade em que você atua	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,061
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,435
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,601
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,054
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,074
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,159

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,478
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,447
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,824
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões primárias e que apresenta teste rápido reagente	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,232
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,642
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,383
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,088
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,160
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,601
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,321
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,941
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,211

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,680
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,543
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,095
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,070
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,883
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,534
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	1,000
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há menos de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,152

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,397
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,671
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,244
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,376
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,669
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,059
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática com histórico de lesões primárias e/ou secundárias há mais de um ano e que apresenta teste rápido reagente	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,215
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,628

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,205
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	0,053
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,515
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,211
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,622
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,345
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,918
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,161
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,824
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,108

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,086
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,209
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,665
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,883
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante com lesões sifilíticas em órgãos e tecidos e que apresenta teste rápido reagente	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	0,622
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,428
Qual protocolo de tratamento você indica para a gestante assintomática sem histórico de lesões primárias e/ou secundárias e que apresenta teste rápido reagente	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,113
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	1,000
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	1,000

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Fisher	1,000
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	1,000
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Fisher	1,000
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	1,000
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,548
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,080
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	1,000
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	1,000
Há busca ativa para que não haja interrupção do tratamento	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	1,000
É solicitado exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,126
É solicitado exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Fisher	0,253
É solicitado exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,110
É solicitado exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,279
É solicitado exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,190

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
É solicitado exame de VDRL mensalmente até o fim da gravidez para monitoramento de cura e eficácia do tratamento	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,774
São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	0,084
São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,771
São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,841
São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,331
São discutidos casos da sífilis congênita no Comitê de Investigação de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil do município em que você atua	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,066
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Fisher	0,052
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,702
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Qui-Quadrado	0,569
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,278
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,161

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (continuação)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,207
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	1,000
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Qui-Quadrado	0,301
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Participação e colaboração do parceiro	Qui-Quadrado	0,901
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,311
Atualmente você está acompanhando alguma gestante reagente para sífilis	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,528
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Disponibilidade de benzilpenicilina benzatina na unidade	Fisher	0,435
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,433
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Acesso aos cursos e treinamentos sobre os protocolos assistenciais de sífilis	Qui-Quadrado	0,441
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de exposição à sífilis ou diagnóstico da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,112
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Qui-Quadrado	0,667
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de atendimento à gestante com sífilis	Qui-Quadrado	0,693
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Apoio da Vigilância Epidemiológica municipal para seguimento e desfecho dos casos notificados de sífilis gestacional	Fisher	1,000
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,941
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Participação e colaboração do parceiro	Fisher	0,331
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,719

Tabela 53 - Análises inferenciais nas quais os valores de p não foram significativos. Parte II com parte III. DRS XIV, SP. 2022 (conclusão)

Variável 1	Variável 2	Teste	P
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	0,495
Durante a sua atuação houve algum desfecho da sífilis congênita	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,369
As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Conhecimento do enfermeiro sobre o manejo da gestante com sífilis	Fisher	0,123
As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Contrarreferência das unidades hospitalares do SUS dos casos de abortamento ou natimorto por consequência da sífilis congênita	Fisher	0,127
As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Adesão da gestante ao tratamento proposto	Fisher	0,103
As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Participação e colaboração do parceiro	Qui-Quadrado	0,112
As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Equipe completa na unidade de atuação	Fisher	0,175
As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Tempo hábil para assistência integral à gestante no pré-natal	Fisher	1,000
As crianças portadoras ou expostas à sífilis são acompanhadas com protocolo específico por dois anos na unidade em que você atua	Autonomia do enfermeiro na assistência nos casos de gestante com sífilis	Fisher	0,501

Fonte: Da autora (2022).

ANEXO**ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Patrícia Scotini Freitas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48576021.4.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.893.857

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG. Objetiva analisar como ocorre a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo a população de 143 enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde de 20 municípios da Diretoria Regional de Saúde XIV, do interior do Estado de São Paulo. Estudo quantitativo, transversal, do tipo correlacional descritivo. A coleta de dados será realizada por e-mail, através de formulário eletrônico (Google forms), por um instrumento elaborado pelas pesquisadoras, que será validado e testado anteriormente.

Financiamento próprio. Não manifestam conflitos de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como ocorre a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo os enfermeiros que atuam na APS em uma regional do interior do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

- a) Caracterizar os enfermeiros que atuam na assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- b) Conhecer a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, realizada pelo enfermeiro, na ESF;
- c) Conhecer a opinião dos enfermeiros que atuam na assistência pré-natal na ESF sobre o diagnóstico e o tratamento de sífilis nas gestantes;
- d) Verificar existência de

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 4.893.857

associação entre as variáveis de caracterização do enfermeiro com as variáveis de assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis e com as variáveis de opinião sobre os facilitadores e barreiras na assistência à gestante com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita; as variáveis de assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis com as variáveis de opinião sobre facilitadores e barreiras na assistência à gestante com diagnóstico de sífilis para a prevenção da sífilis congênita.

Avaliação do CEP:

- a. objetivos claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia etc.)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras apontam os riscos:

"...riscos mínimos, de ordem não física, ou seja, serão informados que poderão sentir algum tipo de desconforto e/ou constrangimento emocional ao responder o instrumento de coleta de dados, como também aborrecimento quanto à disponibilidade de tempo para responder o instrumento, sendo que, a qualquer momento, podem retirar seu consentimento, sem prejuízos. Como medidas preventivas e minimizadoras de tais riscos, previu-se: garantia ao sigilo em relação às respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins acadêmicos e abordagem cautelosa ao participante considerando e respeitando seus valores, cultura e crenças; livre arbítrio para escolher o melhor lugar e momento para responder as perguntas. Há ainda riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas, no qual há limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Como medidas minimizadoras dos riscos, pretende-se fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". O mesmo cuidado será seguido para os registros de consentimento livre e esclarecido. Não haverá divulgação como nome, e-mail ou data de nascimento dos participantes a fim de garantir o anonimato. Se mesmo diante destas condutas preventivas e minimizadoras, o participante apresentar algum tipo de desconforto/constrangimento, o mesmo será lembrado da possibilidade de retirar o consentimento prévio, e interromper a qualquer momento sua participação. Se preciso, o participante receberá uma assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS



Continuação do Parecer: 4.893.857

previstos pela equipe de pesquisa. Será garantido o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados) antes do participante responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada".

Benefícios:

" O estudo contribuirá com o levantamento de dados relevantes para implementação de ações de enfermagem que contribuam na diminuição da incidência da sífilis congênita e que sirvam para superar a dificuldade de atender a meta da Organização Mundial de Saúde do acompanhamento pré-natal, prevenindo assim a morbimortalidade materna, fetal e neonatal.

Análise do CEP:

- a. Os riscos de execução do projeto estão descritos no projeto e apresentam medidas preventivas e minimizadoras coerentes.
- b. Há benefícios oriundos da execução do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com o objetivo de analisar a assistência pré-natal de gestantes com diagnóstico de sífilis, segundo população de 143 enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde de 20 municípios da Diretoria Regional de Saúde XIV, do interior do Estado de São Paulo. Estudo quantitativo, transversal, do tipo correlacional descritivo. A coleta de dados será realizada por e-mail, através de formulário eletrônico (Google forms), por um instrumento elaborado pelas pesquisadoras, que será validado e testado anteriormente.

Análise do CEP:

- a. Metodologia da pesquisa – adequada ao objetivo do projeto.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto no CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – presente e adequado
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E			
Bairro: centro		CEP: 37.130-001	
UF: MG	Município: ALFENAS		
Telefone: (35)3701-9153	Fax: (35)3701-9153	E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 4.893.857

- f. Folha de rosto - presente e adequada.
g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise a coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1781530.pdf	21/07/2021 13:50:22		Aceito
Outros	TCUD.pdf	21/07/2021 13:46:35	Patricia Scotini Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI_Patricia.pdf	26/06/2021 17:07:15	Patricia Scotini Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	26/06/2021 17:06:53	Patricia Scotini Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMODEANUENCIAASSINADO.pdf	24/06/2021 14:51:46	Patricia Scotini Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProjetoEluana.pdf	24/06/2021 14:47:29	Patricia Scotini Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEluana.pdf	24/06/2021 14:46:28	Patricia Scotini Freitas	Aceito
Orçamento	orcamentoEluana.pdf	24/06/2021 14:42:31	Patricia Scotini Freitas	Aceito
Cronograma	CronogramaEluana.pdf	24/06/2021 14:41:21	Patricia Scotini Freitas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro CEP: 37.130-001
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 4.893.857

Não

ALFENAS, 09 de Agosto de 2021

Assinado por:
DANIEL AUGUSTO DE FARIA ALMEIDA
(Coordenador(a))