

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**“Avaliação da implementação das ações de Prevenção da
Transmissão Vertical de Sífilis no Pré-Natal em Unidades de
Saúde da Família de Cuiabá”**

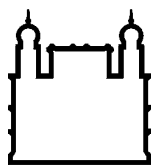
por

Maria Helena Lopes

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos
Assistente de orientação: Prof. Ana Cristina Reis*

Rio de Janeiro, dezembro de 2010



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

***“Avaliação da implementação das ações de Prevenção da
Transmissão Vertical de Sífilis no Pré-Natal em Unidades de
Saúde da Família de Cuiabá”***

apresentada por

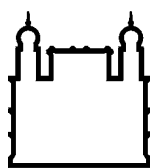
Maria Helena Lopes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Ribeiro Vasconcelos

Prof.^a Dr.^a Marize Bastos da Cunha

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos — Orientadora principal



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 08 de dezembro de 2010.

Maria Helena Lopes

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085

E-mail: secaprofissional@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L864 Lopes, Maria Helena

Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá. / Maria Helena Lopes. Rio de Janeiro: s.n., 2010.

118 f., tab., graf., mapas

Orientador: Santos, Elizabeth Moreira dos
Reis, Ana Cristina

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Sífilis - transmissão. 2. Transmissão Vertical de Doença - prevenção & controle. 3. Cuidado Pré-Natal. 4. Vigilância Epidemiológica. 5. Avaliação em Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 616.9513098172

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus e criador, quem me conduz no percurso da vida.

Aos meus familiares, companheiros de caminhada e berço da minha formação humana. De maneira especial, aos meus filhos amados, Junior, Helimar e Evelise e aos meus netos Matheus Henrique e Ana Clara, razão especial do meu viver.

Aos meus colegas de turma do mestrado, pelo carinho, amizade e compartilhamento do conhecimento e das experiências de vida.

Aos docentes e demais profissionais que contribuíram para a realização do mestrado profissional em Avaliação em Saúde.

Agradecimento especial às minhas orientadoras Elizabeth Moreira dos Santos e Ana Cristina Reis, com quem compartilhei momentos de angústias e aprendizado.

À banca examinadora, pelas contribuições apresentadas.

Aos meus colegas de trabalho e gestores da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso-SSES/MT, pelo incentivo e apoio neste período de estudo.

De maneira especial, à Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Programa de DST e AIDS e Hepatites Virais de Mato Grosso, pelo apoio financeiro para a realização desta avaliação.

Aos componentes do grupo de usuários potenciais, pelo apoio, acompanhamento e compreensão da importância deste estudo.

Aos profissionais de saúde e gestantes que se dispuseram a participar desta pesquisa, acreditando que, com suas informações, poderiam contribuir para a melhoria do programa.

Aos meus amigos especiais Maria Virginia Meireles, Herondina M. Tavares Couto, Alexandre Mingarelli, Celma Lara e Gilce Gattas, pela contribuição em várias etapas desta avaliação.

A todos, meu eterno agradecimento.

Lopes, M. H. **Avaliação da implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no pré-natal em Unidades de Saúde da Família de Cuiabá.** Rio de Janeiro, 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

RESUMO

Esta pesquisa visa avaliar a implementação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis no pré-natal, em unidades de saúde da família de Cuiabá. Mesmo com uma melhoria na notificação da sífilis congênita- SC em Mato Grosso, o número de casos registrados está abaixo do estimado. Isso sugere que há necessidade de implementar a vigilância desse agravo, já que, em Cuiabá, o maior número de casos notificados de SC ocorreu entre os anos de 2006 a 2008. A taxa de incidência de SC em menores de um ano ficou entre 6,82/1000NV em 2006 e 5,87/1000NV em 2008, caindo, em 2009, para 2,91/1000NV, sendo que a meta nacional previa atingir 1/1.000NV até 2011. Segundo estudo de prevalência para o centro-oeste, a estimativa de gestantes com sífilis que deveriam ser notificadas por ano seria de, aproximadamente, 120 casos. No entanto, foram notificadas 23% do estimado no mesmo período. Neste estudo estruturado em cinco capítulos, propõe-se a apresentar todo o processo de desenvolvimento desta avaliação. Para isso, combinou-se um estudo transversal e de dois casos de Equipe Saúde da Família- ESF com êxitos contrastantes em que foram empregados instrumentos quantitativos e qualitativos, com levantamento de dados primários e secundários. Para o estudo de caso, entrevistaram-se profissionais de saúde e gestantes, e realizou-se observação direta. No estudo transversal, necessário pela baixa prevalência de casos, realizou-se a revisão de prontuário de não casos e de casos de sífilis na gestação notificados nos anos 2007 e 2008. A partir dos resultados detectados, foi possível apontar que o grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis no pré-natal, em Cuiabá, encontra-se incipiente por alcançar a 47,5% da pontuação definida para a classificação. Os principais fatores negativos foram: os baixos percentuais de gestantes que realizaram o exame VDRL no primeiro trimestre de gravidez e que realizaram o segundo exame VDRL no início do terceiro trimestre; o baixo percentual de parceiros tratados; a ausência de capacitação profissional para as ações de prevenção da TV da sífilis, ausência de atividades de promoção à saúde e prevenção da TV da sífilis; ausência de incentivo ao uso do preservativo e indisponibilidade do medicamento na USF.

PALAVRAS CHAVE: Avaliação de Implementação; Programas de saúde; Prevenção; Transmissão vertical da sífilis.

Lopes, M H. **Evaluation of measures to prevent the vertical transmission of syphilis in the prenatal care in the Family Health Units of Cuiabá.** Rio de Janeiro, 2010. 118 f. Dissertation (Master) – Sérgio Arouca National School of Public Health.

ABSTRACT

This research aims at evaluating the implementation of the prevention measures against the vertical transmission of syphilis in the prenatal care, in the Family Health Units of Cuiabá. Even with the improvement in the report of congenital syphilis- CS in Mato Grosso, the number of reported cases is below the estimated. This suggests that there is a need to implement the surveillance of this problem since in Cuiabá, the greatest number of reported cases of CS occurred between 2006 and 2008. The incidence rate of CS in patients under one year of age was between 6,82/1000NV in 2006 and 5,87/1000LB in 2008, decreasing, in 2009 to 2,91/100. The incidence is still high when compared to the expected national goal of 1/1,000LB for 2011. According to the study of prevalence for the center-west of Brazil, the estimate number of pregnant women with syphilis to be reported was around 120 cases per year. However, only 23% of the cases were registered. The evaluation design included a cross-sectional study and two cases of Family Health Team – FHT. Case selection accounted for different contrasting outcome regarding syphilis prevention and control. Mixed methods, that is, qualitative and quantitative techniques were used. For the case study, health professionals and pregnant women were interviewed and the direct observation of activities was performed. The cross-sectional study was undertaken due to the low prevalence of cases, including a review of medical records of non-cases and of cases of syphilis notified in pregnant females during the period of 2007 and 2008. Evidence showed that the program level of implementation of the prevention measures against the vertical transmission of syphilis in the prenatal care in Cuiabá, was incipient. The overall outcome observed that the degree of implementation was only 47,5% of the score defined for the classification. The main negative achievements were: the low perceptual of the pregnant women that had the VDRL test in the first trimester of pregnancy and that had their second VDRL test in the beginning of the third trimester; the low percentage of treated partners; the absence of professional training for the prevention measures of VT of syphilis, lack of activities for promoting health and preventing VT of syphilis; absence of promotion for condom use and non-availability of drugs in the USF.

KEY-WORDS: Implementation Evaluation; Health Programs; Prevention; Vertical transmission of syphilis.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1. Situação de Saúde Materno-Infantil no Município de Cuiabá.....	20
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO À TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS	24
3.1. Ações de Prevenção e Controle da Transmissão Vertical da Sífilis.....	24
a) Quanto à Vigilância Epidemiológica.....	25
b) Quanto a Atenção à Gestante com Sífilis e seu Recém-Nascido.....	25
c) Quanto ao Diagnóstico da Sífilis na Gestação e no Recém-Nascido	27
d) Quanto ao Tratamento da Sífilis na Gestação e no Recém-Nascido.....	27
4. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO.....	29
4.1. Abordagem, Foco e Dimensões da Avaliação.....	29
4.2. Modelo Lógico do Programa.....	31
4.3. Validação de Medidas do Grau de Implantação.....	35
a) Envolvimento dos Usuários Potenciais na Avaliação.....	35
b) Construção de Consenso.....	37

4.4. Desenho da Avaliação.....	45
a) Coleta de Dados e Instrumentos da Pesquisa.....	46
b) Aspectos Éticos.....	51
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1. Caracterização do Contexto Organizacional e sua Capacidade Técnica Gerencial..	52
5.2. Fatores do contexto externo e organizacional associados ao grau de implantação do programa.....	59
a) Caracterização do Município de Cuiabá.....	59
b) Caracterização das Equipes de Saúde da Família.....	63
c) Caracterização do Contexto Organizacional e sua Capacidade Técnica Gerencial.....	66
5.3 Ações de Controle da TV da Sífilis no Pré-Natal.....	71
5.4. Ações de Controle da TV da Sífilis nas USF A e USF B.....	74
5.5. Fatores Sócio-demográficos e Programáticos Associados à Testagem para Sífilis no pré-natal.....	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	76
REFERÊNCIAS.....	80
ANEXOS	
Anexo 1 - Termo de autorização institucional.....	86
Anexo 2 - Roteiro de coleta de dados documental.....	88
Anexo 3 - Roteiro para análise de prontuário gestante.....	91
Anexo 4 - Roteiro de entrevista para médicos e enfermeiros das unidades de saúde selecionadas.....	95
Anexo 5 - Roteiro de entrevista para gestantes.....	100
Anexo 6 - Roteiro de entrevista responsável pela farmácia da unidade de saúde.....	104
Anexo 7 - Roteiro de entrevista ao responsável pelo laboratório na unidade de saúde..	107
Anexo 8 - Roteiro para observação na UBS.....	110

Anexo 9 - Termo de consentimento (médicos e enfermeiros USF).....	113
Anexo 10 - Termo de consentimento (gestantes).....	115
Anexo 11 - Termo de consentimento para utilização de dados à COVEPI-SES-MT.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Número e proporção segundo situação de saúde materno-infantil em Cuiabá, MT, 2005 a 2008	21
Tabela 2	- Estimativa populacional em Cuiabá, MT, 2008.....	60
Tabela 3	- Características sócio-demográficas das gestantes com e sem sífilis.....	72
Tabela 4	- Variáveis do pré-natal das gestantes com e sem sífilis.....	73
Tabela 5	- Fatores associados à testagem para sífilis no pré-natal (n=74).....	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Diagrama de Fluxo das ações de prevenção à transmissão vertical da sífilis, segundo o protocolo de prevenção à transmissão vertical HIV e Sífilis (2007).....	34
Figura 2	- Modelo Teórico da Avaliação.....	51
Figura 3	- Geomapeamento de renda por bairro e região administrativa em Cuiabá, MT, 2000.....	62
Figura 4	- Geomapeamento da distribuição dos casos sífilis na gestação por bairro de residência da gestante e ESF implantada, Cuiabá, MT, 2007 e 2008.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Número de casos de SC e sífilis na gestação segundo município de residência e anos de notificação, Cuiabá, MT, 2001 - 2009	18
Gráfico 2	- Indicadores operacionais da sífilis congênita.....	19
Gráfico 3	- Percentual de comparação das ações de controle da TV da sífilis entre gestantes com sífilis e sem sífilis.....	74
Gráfico 4	- Percentual de comparação das ações de controle da TV da sífilis nas USF A e USF B	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Dimensões da análise de implantação do programa.....	31
Quadro 2	- Modelo da Intervenção: Considerando a priorização de insumos e atividades para a dimensão estratégica evitar o caso de sífilis congênita com ações no pré-natal.....	33
Quadro 3	- Resumo dos Esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura.....	35
Quadro 4	- Quadro de usuários potenciais.....	36
Quadro 5	- Parâmetros para a caracterização do grau de implementação.....	39
Quadro 6	- Matriz de Informação: Elenco de critérios/indicadores segundo tipo de dados, técnica de coleta e instrumentos utilizados, contexto interno.....	40
Quadro 7	- Matriz de Informação: Elenco de critérios/indicadores, cálculo dos indicadores e padrão ouro do contexto interno.....	42
Quadro 8	- Matriz de relevância de critérios/indicadores do contexto interno.....	44
Quadro 9	- Desenho metodológico, fonte de informação e número de observações realizadas.....	48
Quadro 10	- Matriz julgamento: componente estrutural dos insumos.....	52
Quadro 11	- Grau de implementação dos insumos.....	53
Quadro 12	- Matriz de julgamento: componente estrutural atividade.....	55
Quadro 13	- Grau de implementação das atividades, sub-dimensão oportunidade.....	56
Quadro 14	- Grau de implementação das atividades, sub-dimensão conformidade.....	58
Quadro 15	- Renda abaixo de 2,91 SM por bairro e região administrativa em Cuiabá, MT, 2000.....	61
Quadro 16	- Síntese da estrutura disponível nas USF.....	63

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AFIP - Associação Fundo de Incentivo a Psicofarmacologia

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

BPN - Baixo Peso ao Nascer

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CMS – Conselho Municipal de Saúde

COVEPI – Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

DAB/SAS/MS - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

DST/AIDS - Doença Sexualmente Transmissível e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ELISA – Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

ENSP/FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

ESF – Equipes de Saúde da Família

FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody

GDRH - Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos

GIT - Grau de Implementação Total

HGU - Hospital Geral Universitário

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HUJM - Hospital Universitário Julio Muller

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IgG – Imunoglobulina G

IPDU - Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Urbano

LASER/DENSP/ENSP – Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas /Departamento de Endemias Samuel Pessoa/Escola Nacional de Saúde Pública

LACEC - Laboratório Central de Cuiabá

M&A - Monitoramento e Avaliação

MLP – Modelo Lógico do Programa

MS – Ministério da Saúde

MTA - Modelo Teórico da Avaliação

NASF - Núcleos de Apoio Especializado à Saúde da Família

NV - Nascidos Vivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PAM – Plano de Ações e Metas

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto

PMS – Plano Municipal de Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrada

PPI-VS - Programação de Pactuação Integrada da Vigilância em Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RAG – Relatório Anual de Gestão

RN - Recém-Nascido

RPR - Rapid Plasma Reagin

SC – Sífilis Congênita

SES/MT – Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SISPACTO – Sistema do Pacto pela Saúde

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SM – Salário Mínimo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TPHA - Treponema pallidum Hemagglutination

TV – Transmissão Vertical

UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso

UNISELVA – Fundação Universidade da Selva

USF – Unidade Saúde da Família

VDRL - Venereal Diseases Research

APRESENTAÇÃO

Uma vida que virou arte:

“Charles Chaplin consagrou-se por criar e protagonizar filmes mudos, com tom humorístico, mas teve uma vida marcada pela miséria e pelo abandono. Nascido em 1889, em Londres, tinha apenas sete anos quando foi mandado a um orfanato. Seu pai era alcoólatra e sua mãe enlouqueceu com os efeitos da sífilis” (Chaplin, uma vida. De Stephen Weissman - Ed. Laouresse do Brasil).

Este estudo faz parte de um esforço em avaliação desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso – SES/MT, a qual sintetiza as iniciativas de institucionalização das ações de monitoramento e avaliação do Departamento de Doença Sexualmente Transmissível e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - DST/AIDS e Hepatites Virais¹, da Política Nacional de Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica² e do Pacto Pela Saúde 2006³. São iniciativas nacionais que têm como plano estratégico o desenvolvimento da capacidade avaliativa nas três instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS. Notadamente, as capacitações de recursos humanos voltados para a avaliação impulsionaram no estado de Mato Grosso a formação do Núcleo de Monitoramento e Avaliação - M&A do qual a autora faz parte. Esse núcleo integra ações da atenção à saúde e vigilância em saúde.

O Núcleo de M&A definiu, como agenda de prioridades estadual, o monitoramento da atenção ao pré-natal e ao parto, em alguns municípios que compõem as regiões de saúde. Os dados mostraram altos percentuais de mortes maternas e neonatais atribuídas a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Além disso, certos municípios ainda apresentaram uma alta prevalência de casos de sífilis congênita em recém-nascidos - RN de mulheres que receberam alguma assistência pré-natal.

Tais constatações levaram a equipe do núcleo a questionar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e ao RN, e se as oportunidades de triagem, diagnóstico e tratamento de sífilis materno destinados à redução da transmissão vertical - TV da sífilis estão sendo observadas, conforme se recomenda durante a assistência ao pré-natal. Assim, o núcleo de M&A constatou a necessidade de avaliar, no município de Cuiabá, a implementação das ações de prevenção à TV da sífilis, no pré-natal de equipe de saúde da família - ESF que apresentava crescimento no número de casos de SC.

Diante disso, buscou-se realizar um estudo da implementação do programa de prevenção da transmissão vertical da sífilis no município de Cuiabá, com o objetivo de verificar e explicar o grau de implementação das ações no momento do pré-natal, considerando fatores dos contextos externo e interno. Objetivou-se também propor recomendações factíveis para melhorar o programa de prevenção à transmissão vertical- TV da sífilis.

Esta avaliação está dividida em seis tópicos. No primeiro, faz-se uma introdução abordando o problema a ser pesquisado; no segundo apresenta-se os objetivos da pesquisa e no terceiro o programa de controle adotado pelo Ministério da Saúde - MS. No quarto tópico, descreve-se a metodologia da avaliação. No quinto tópico, são apresentados os achados da avaliação e, no sexto, são apresentadas as considerações finais e recomendações.

1. INTRODUÇÃO

A infecção congênita da sífilis pode levar a graves desfechos em 40% das gestações, tais como aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal e causar outras sequelas, como cegueira, surdez, retardo mental e deformidades físicas⁴. Trata-se, entretanto, de uma doença evitável, como afirmam as pesquisadoras Matida e Gianna⁵, desde que seja diagnosticada e a gestante e seu e parceiro sexual sejam tratados adequadamente por ocasião do pré-natal. O diagnóstico e tratamento, considerados de baixo custo, atinge proporções de cura de 100%. Para Schetini et al.⁶ um único registro de SC pode ser considerado falha da assistência pré-natal e grave erro do sistema de saúde vigente.

No Brasil, o estudo sentinela de parturientes é um projeto que vem sendo desenvolvido pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde com intuito de avaliar, de forma continuada, a prevalência da infecção em mulheres pelo HIV e sífilis. Esse estudo proposto pela Organização Mundial de Saúde -OMS constitui-se de coletas sistemáticas de dados por meio de estudos transversais realizados periodicamente, visando estabelecer tendências espaços-temporais da infecção por HIV e sífilis em determinados subgrupos populacionais denominados de “Populações Sentinelas”⁷.

Tendo sido iniciado em 1997, o estudo passou a ser repetido duas vezes ao ano nos grupos sentinelas, formados por pacientes atendidos em clínicas de DST, usuários de serviços de pronto-socorro e parturientes atendidas em estabelecimentos públicos de saúde. Após uma revisão metodológica realizada a partir de 2000, detectou-se que o único estudo a ter continuidade foi o do grupo sentinela das parturientes, por ser considerado o grupo com taxa de prevalência mais parecida à apresentada pela população geral feminina⁸.

No estudo realizado em 2004⁹ em parturientes entre 15 e 49 anos, se estabeleceu no Brasil, uma taxa de prevalência de 1,6% de sífilis na gestação, e uma estimativa de 50 mil parturientes com sífilis ativa e 12 mil nascidos vivos com sífilis congênita. Considerando a grande extensão brasileira, a diversidade de perfil epidemiológico e de condições de vida e demografia da população, se justifica, a taxa de prevalência de sífilis em parturientes dos estudos sentinela de 2004 e 2006 terem variado de 1,9% na região nordeste a 1,3% na região centro-oeste.

No relatório do Estudo Sentinela Parturientes 2006¹⁰, os autores observaram que, no Brasil, é baixa a cobertura do segundo teste de sífilis no pré-natal: menos de 30%. Tal

resultado, segundo eles, indica que as recomendações do Ministério da Saúde não estão sendo seguidas adequadamente na rotina do atendimento pré-natal.

O relatório ainda mostra que apenas 14% das parturientes realizaram seis ou mais consultas pré-natais, teste de HIV e dois testes de sífilis na gestação. Entre as parturientes de baixo nível de escolaridade, a cobertura do primeiro teste de sífilis é de 66,7%, e dos dois testes de 11,4%. A análise por faixa etária não mostra diferenças significativas, mas, no quesito raça/cor, as não brancas apresentam situação desfavorável em relação às brancas.

Outros estudos realizados corroboram alguns dos achados encontrados pelo Projeto Sentinela. Destes, destacaram-se aqueles julgados fundamentais para a compreensão desta pesquisa.

No estudo de prevalência da sífilis congênita entre as gestantes que realizaram pré-natal em um município de São Paulo, Vieira¹¹, através de método retrospectivo, detectou 45,8% de casos de sífilis diagnosticados após internação para o parto. No estudo de Vasconcelos¹² realizado em 17 maternidades de quatro capitais brasileiras sobre a análise da qualidade da assistência prestada à gestante HIV e seus recém-nascidos no momento do parto, constatou-se que 86,2% das mulheres com HIV foram testadas com relação à sífilis, não atendendo ao preconizado pelo MS.

Outro estudo que merece destaque foi o realizado por Basso et al.¹³ sobre a captação para o tratamento concomitante do parceiro com sífilis em um hospital de Caxias do Sul. Esse pesquisador encontrou um percentual de 53,2% de parceiros tratados, quando se esperava que o tratamento adequado fosse destinado, concomitantemente, ao(s) parceiro(s) e à(s) gestante(s) com sífilis até 30 dias antes do parto.

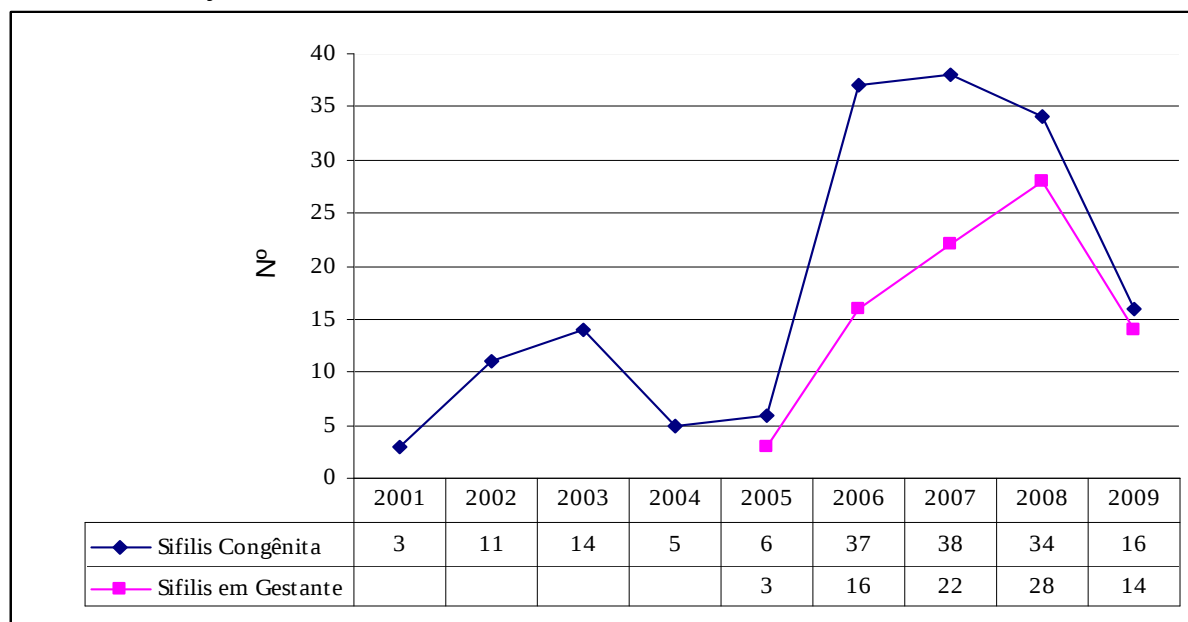
Na análise da situação da sífilis congênita realizado em Mato Grosso, Duarte¹⁴ observou que, em 68,7% (n=147) dos casos notificados, a gestante teve acesso ao serviço de pré-natal. Entretanto, das gestantes que tiveram acesso ao pré-natal, 42,5% (n=91) foram diagnosticadas com sífilis. Em relação ao tratamento do companheiro, 42,1% (n=90) receberam tratamento evidenciando a oportunidade perdida e a inadequação do tratamento realizado. A autora aponta que a incidência de sífilis congênita registrada no estado está abaixo de 1/1000 Nascidos Vivos - NV. Embora tal resultado fosse esperado segundo a meta proposta pelo MS, não representa um controle da situação de ocorrência da SC. Duarte¹⁷ ainda leva em consideração os fatores limitantes para uma análise mais adequada, como a alta proporção de informações ignoradas/não preenchidas (42,5%) e a subnotificação dos casos de SC.

Em Cuiabá, estudo realizado por Lourenço¹⁵ sobre as causas evitáveis de óbitos neonatais ocorridas em 2007 revela que 44,0% (n=79) das mortes poderiam ter sido evitadas se fosse dada adequada atenção à mulher na gestação e no parto. A pesquisa ainda mostra que, em 100% das fichas de investigação do óbito neonatal relacionado à sífilis na ocasião do parto, não constam informações sobre tratamento adequado dispensado à mãe VDRL positivo.

Ao se analisar os casos de sífilis na gestação notificado ao SINAN do município (Gráfico 1), observa-se que, a partir de 2005, quando a sífilis na gestação passou a constar na Lista de Agravos de Notificação Compulsória, os registros elevaram-se de três casos (2005) para 16 (2006), chegando a 28 (2008) e declinando para 14 (2009), perfazendo um total de 83 casos acumulados no período. Estudo de abrangência nacional realizado em 2004⁹ estabeleceu a prevalência de sífilis em 1,3% das gestantes na região centro-oeste.

A partir dos dados apresentados no gráfico 1 e, considerando o registro de 9.223 parturientes/ano em Cuiabá, estima-se 120 casos de gestantes com sífilis deveriam ser detectados a cada ano. Entretanto, no ano em que se observou maior número de casos notificados (2008), atingiu em torno de 23% do esperado.

Gráfico 1 - Número de casos de SC e sífilis na gestação segundo município de residência e anos de notificação, Cuiabá, MT, 2001 – 2009.



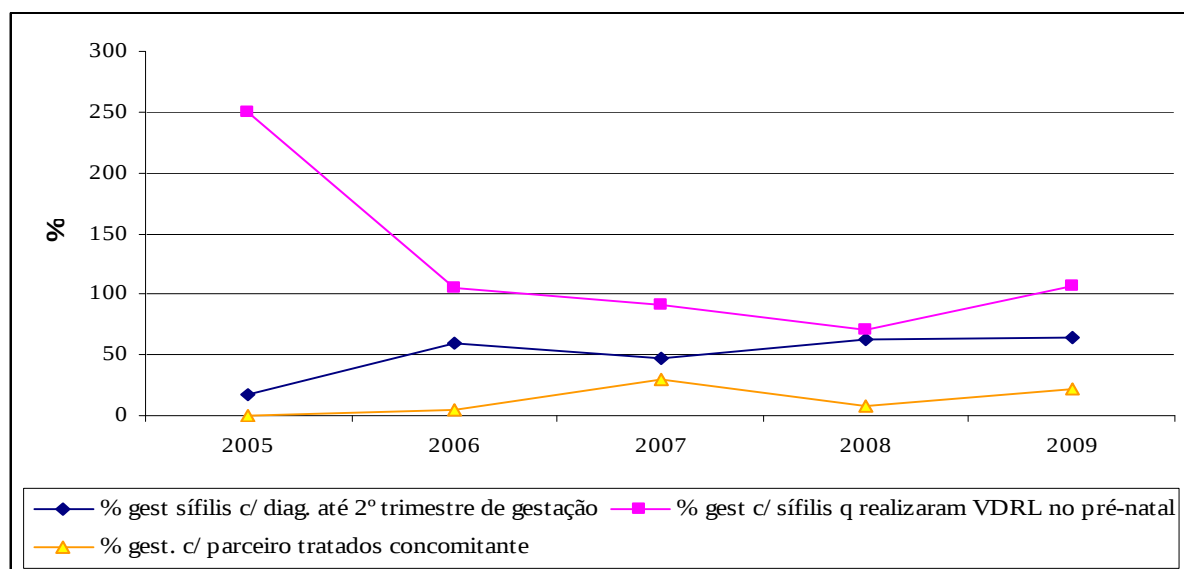
Dados extraídos em 30.04.2010 sujeitos a alterações
 Fonte: SINAN W e NET/SES/MT/SVS/COVEPI/GEVDAE

Nos casos de SC, embora se tenha observado uma maior notificação, ainda assim o número encontrado está muito aquém do número de casos esperado para o período, que seria próximo do número de casos estimados para gestantes com sífilis. O gráfico 1 mostra que, nos anos 2001, 2004 e 2005, houve pouca notificação. Nos anos 2002 e 2003, a notificação

creceu, porém foi no período de 2006 a 2008 que atingiu o maior número de casos notificados (37, 38 e 34), caindo para 14 em 2009 (dados parciais). Assim, a taxa de incidência em menores de um ano foi de 6,82/1000 NV em 2006, 6,52/1000 NV em 2007, 5,87/1000 NV em 2008 e 2,91/1000 NV em 2009. Esse crescimento da notificação de casos pode estar associado à melhor vigilância do agravo, especialmente pela implantação, em 2005, do núcleo de vigilância epidemiológica na referência hospitalar para pré-natal e parto para gestações de risco.

No gráfico 2, destaca-se o percentual de gestante com sífilis diagnosticada até o 2º trimestre de gestação de forma ascendente passa de 16,7% (2005) para 64,3% (2009). Já o percentual de gestantes com sífilis que realizaram o VDRL no pré-natal declinou de 250,0% (2005) para 105,4% (2006) e, em 2008, apresentou mais baixo percentual (70,4%), elevando-se novamente para 107,1% (2009). Sugerem que houve o preenchimento incorreto das fichas de notificação para os percentuais alcançados acima de 100% de gestantes com sífilis que realizaram o VDRL no pré-natal.. Chama a atenção os percentuais de parceiros tratados concomitante. Em 2005, apresentou 0,0%, elevou-se para 30,4% em 2007, baixou novamente em 2008 para 7,41% e, em 2009, subiu para 21,4%.

Gráfico 2 – Percentual dos indicadores operacionais da sífilis congênita, Cuiabá, MT, 2005 a 2009.



Fonte: Dados extraídos em 30.04.2010 sujeitos a alterações
Fonte: SINAN W e NET/SES/MT/SVS/COVEPI/GEVDAE

A SC é um desafio à saúde pública, segundo estudo realizado por Saraceni e Leal¹⁶. Dos casos notificados no Brasil em 2004, quase 80% das mães havia realizado pré-natal. Destas, mais de 57% foram diagnosticadas com sífilis durante a gravidez, sendo que apenas 14% tiveram seus parceiros tratados.

O Plano Nacional de Redução da TV do HIV e sífilis, em 2007¹⁷, pactuou com estados e municípios metas para redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão vertical (TV) do HIV e sífilis. Observa-se no gráfico 1 uma diminuição do número de casos de SC notificados/ano a partir de 2007. No entanto, esse é um dado preocupante, sobretudo quando se analisa a cobertura do 2º exame diagnóstico para sífilis na gestação promovido pelo Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - SISPRENATAL. Isso se deve ao fato de que, entre os anos de 2006 a 2008, os serviços de atenção ao pré-natal do município encaminharam 25,9%, 20,0% e 18,5% das gestantes inscritas no pré-natal para realizarem os dois testes de VDRL. Esses percentuais foram considerados muito abaixo do previsto pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto - PHPN.

O estudo de Sá et al.¹⁸ corrobora os dados apresentados anteriormente, pois mostra que os casos de sífilis congênita quase sempre refletem problemas de acesso e utilização de serviços de saúde, prioritariamente nas populações mais vulneráveis. Na sua conclusão, ela aponta que, como a doença compõe o quadro de causas de morbimortalidade perinatal evitável, é possível fazer o diagnóstico e proceder o tratamento efetivo na gestação.

1.1. Situação de Saúde Materno-Infantil no Município de Cuiabá

O acompanhamento pré-natal é recomendado a todas as gestantes, independente do grau de risco que apresentem. O PHPN¹⁹ preconiza o mínimo de seis consultas pré-natal durante a gestação, e o Pacto pela Saúde³ estimula a pactuação de estados e municípios, visando o alcance de um mínimo de sete ou mais consultas no pré-natal para aqueles municípios que já atingiram percentuais acima de 90% de cobertura para quatro ou mais consultas.

O município de Cuiabá melhorou o indicador de cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal. Verificou-se que, em 2005, o percentual alcançado foi de 57,3%, atingindo, em 2008, o percentual de 63,3%. Embora esse percentual seja melhor que o alcançado pela Baixada Cuiabana (58,4%) e pelo Estado (62,5%) no mesmo ano, é inferior ao percentual de 70% recomendado pelo MS.

De acordo com a tabela 1, a gravidez na adolescência (15 a 19 anos) declinou de 21,4% (2005) para 19,3% (2008), menor que a média nacional (21,8%). Contudo, o percentual de gravidez recorrente na adolescência (um a três filhos NV) alcançado em 2005 (23,0%) e em 2008 (20%) reforça a necessidade de os serviços de saúde implantarem novas

formas de comunicação e abordagem nas práticas de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde específica para essa faixa etária. Segundo Goldenberg et al.²⁰, observou-se, nos últimos anos em todo o Brasil, ocorrência elevada de gravidez na adolescência (15 a 19 anos), grupo populacional considerado mais predisposto à gestação de alto risco.

A tabela 1 ainda mostra que houve uma relativa manutenção do percentual de RN com baixo peso ao nascer - BPN (peso inferior a 2500g), uma vez que esse percentual sustentou-se entre 7,8% (2005) e 8% (2008), atingindo média igual à nacional nesse mesmo ano. Segundo Benício²¹, o BPN é considerado como um importante preditor de mortalidade infantil, além de estar relacionado à desnutrição materna, à gravidez na adolescência e ao tabagismo na gravidez.

Tabela 1 – Número e proporção segundo situação de saúde materno-infantil, em Cuiabá, MT, 2005 a 2008.

Indicadores	2005		2006		2007		2008*	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Nascimentos vivos ocorridos	13.576	-	13.359	-	12.489	-	13.294	-
Nascidos vivos residentes	9.382	69,1	9.378	71,3	9.009	72,1	9.223	69,4
Baixo peso ao nascer (<2500gr)	742	7,9	733	7,8	707	7,8	737	8,0
Mães adolescentes (1)	2.012	21,4	1.972	21,0	1.851	20,5	1.781	19,3
Mães com baixa escolaridade (2)	2.537	27,1	2.218	24,0	2.028	22,5	1.874	20,3
Mães adolescentes com baixa escolaridade (2)	812	40,5	691	35,1	662	35,8	594	31,7
Mães adolescentes com 1 a 3 filhos NV	462	23,0	425	21,6	424	22,9	375	20,0
Proporção de NV de mães com 7 ou mais consultas	-	57,3	-	62,5	-	61,9	-	63,3

Fonte: SINASC (2008)⁵⁹; Nota: Dados acessados em outubro de 2009; Excluído os ignorados; (*) 2008 dados parciais (1) Mães adolescentes 10 a 19 anos de idade; (2) Baixa escolaridade < 7 anos de escolaridade

Os dados acima apontam que houve um declínio no percentual de mães com baixa escolaridade (0 a 7 anos de estudo), passando de 27,1% (2005) para 20,3% (2008). Já o percentual de mães adolescentes com baixa escolaridade passou de 40,5% (2005) para 31,7% (2008), apresentando o período da adolescência como uma maior vulnerabilidade para este indicador.

A baixa escolaridade é um importante indicador de risco para transmissão vertical da sífilis. Em sua pesquisa, Pascom et al.²² verificou a existência de diferença significativa nos níveis de uso regular de preservativo entre os indivíduos que não completaram o ensino fundamental em todas as regiões brasileiras.

De acordo com a classificação da OMS, a situação da mortalidade materna que tem como indicador a razão de mortalidade materna - RMM foi, em 2008, considerada elevada em Cuiabá (84,29/100.000 NV). Segundo o Comitê de Mortalidade Materna, a classificação RMM de 20/100.000 NV é aceitável para países em desenvolvimento. Porém, a RMM, nos países desenvolvidos, apresenta números absolutos de 10/100.000.

Como estratégia de reorganização do SUS a partir do fortalecimento da atenção primária, foi implantado, em Cuiabá a partir de 1999, o Programa Saúde da Família -PSF estruturado na dinâmica do programa desenvolvido no Brasil. A cobertura de ESF no município, segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde - DAB/SAS/MS (2010), apresentou uma elevação gradativa ao atingir, em 2009, 39,9% (total de 63 equipes), porém abaixo do parâmetro considerado satisfatório (75%).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis nas duas Unidades de Saúde da Família (USF) de Cuiabá estudadas.

2.2. Objetivos específicos

1. Verificar o grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis;
2. Analisar os fatores dos contextos externo e interno associados ao grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no momento do pré-natal;
3. Recomendar rotinas e padrões de boas práticas para a prevenção da transmissão vertical de sífilis.

Esses objetivos foram identificados para responder à seguinte pergunta geral: as ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis em Cuiabá estão sendo implementadas em conformidade com o que preconiza o protocolo de atenção à gestante com sífilis, no momento do pré-natal?

Para responder a essa pergunta, foram formuladas outras perguntas específicas para analisar o processo de organização do programa no município:

- 1) Os insumos e atividades para a prevenção da TV da sífilis em Cuiabá estão disponibilizados no momento oportuno para evitar o caso SC?
- 2) As ações estão ocorrendo em conformidade com as normas técnicas?
- 3) Qual é o grau de implementação do programa de prevenção da transmissão vertical da sífilis em Cuiabá, no momento do pré-natal?

3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO À TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

3.1. Ações de Prevenção e Controle da Transmissão Vertical da Sífilis

O Protocolo de atenção à gestante com sífilis e as diretrizes de prevenção à SC do Ministério da Saúde/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais consideram os estágios da evolução referentes à exposição ao *T. Pallidum* em sífilis. Na fase primária (10 a 90 dias após a exposição à sífilis em média 21 dias) também chamada de cancro duro, com teste sorológico não treponêmico (Venereal Diseases Research - VDRL) não reagente em 25% dos casos, porém com transmissão vertical de 100%. Na fase secundária, oito semanas a seis meses após o aparecimento do cancro, apresenta lesões cutâneo-mucosas generalizadas, poliadenopatias, dentre outras, com VDRL positivo e transmissão vertical de 90%. Na fase Latente Recente e Tardia, de seis meses a 1 ano e entre um ano e dois de infecção, geralmente não são observados sinais e sintomas clínicos, pois os títulos do VDRL estão muito baixo e a transmissão vertical chega a 30%. Na fase terciária, de dois a 40 anos, apresenta lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), alterações neurológicas, cardiovasculares e articulares, e sua transmissão vertical é de 30%. O estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero são considerados os principais fatores determinantes da transmissão vertical da doença^{4,23}.

A sífilis congênita, para efeito de classificação, pode ser precoce até o 2º ano de vida e tardia após o 2º ano ou até menos de 13 anos. Neste último caso, deve-se atentar para a possibilidade de infecção relacionada à exposição sexual²³. Com objetivo de controle da SC, o Ministério da Saúde- MS estabeleceu a normatização de condutas para capacitação de profissionais de saúde e campanhas de prevenção. Além disso, implementou a vigilância epidemiológica da sífilis na gestação e congênita, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e o Projeto Nascer Maternidades, com a implementação da triagem sorológica nas mulheres por ocasião do advento do parto ou curetagem. Através da Portaria nº 542/1986²⁴, a SC passou a ser notificada compulsoriamente, para fins de vigilância epidemiológica.

a) Quanto à Vigilância Epidemiológica

A notificação dos casos de SC e a investigação epidemiológica devem ocorrer nas seguintes situações: criança, aborto ou natimorto nascido de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante o parto ou puerpério e indivíduos menores de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de SC.

Quanto aos casos de sífilis na gestação, conforme Portaria 05/2006²⁵, devem ser notificadas todas as gestantes que, durante o pré-natal, apresentem evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.

O registro das notificações de agravos e doenças é realizado pelo SINAN, através da Ficha Individual de Notificação. A partir da notificação, o caso será investigado em ficha específica para o agravo em questão – Ficha Individual de Investigação.

O fluxo das informações é semanal, recorrendo-se às fontes notificadoras, as quais devem enviar as notificações e investigações ao órgão municipal para serem digitadas no SINAN. Posteriormente, as informações são transferidas para as respectivas regionais e destas para a SES e, finalmente, são encaminhadas para o órgão em nível nacional.

Na busca de um melhor controle do agravo e um melhor diagnóstico na maternidade e na notificação do agravo, o MS ainda publicou a Portaria nº 766/2004²⁶, determinando que todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS assumam a responsabilidade pela expansão do exame VDRL em todas as parturientes internadas. Foi publicada também a Portaria Conjunta nº 20/2005²⁷, estabelecendo que todas as Autorizações de Internação Hospitalar - AIHs com agravos de notificação compulsória sejam avaliadas pela equipe da Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar.

b) Quanto a Atenção à Gestante com Sífilis e seu Recém-Nascido

São atividades programáticas para o controle da sífilis na gestação e prevenção da SC: a captação precoce da gestante, com a realização de pelo menos seis consultas durante o pré-natal; a realização de teste de VDRL no primeiro trimestre já na primeira consulta e repetido no 3º trimestre; instituição de tratamento adequado e acompanhamento da gestante e respectivo parceiro; a documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis no cartão da gestante e a notificação dos casos de sífilis na gestação e congênita.

Através da Portaria GM/MS nº 2.104/2002²⁸, o MS instituiu, como um esforço de prevenção e controle da TV da sífilis no momento do parto, o Projeto Nascer Maternidades. Esse projeto prevê, entre suas ações: o aconselhamento para testagem de sífilis em mulheres

não testadas anteriormente, o tratamento e acompanhamento do casal e do recém-nascido com diagnóstico para sífilis e a notificação dos casos de sífilis congênita e em gestantes.

No relatório da avaliação do grau de implantação do programa de controle de transmissão vertical do HIV realizado em 30 maternidades que aderiram ao Projeto Nascer, Santos et al.²⁹ concluiu que é insatisfatório o grau de implantação desse projeto. Entre os principais fatores negativos, está a irrisória disponibilidade de recursos humanos, de kits e testes rápidos, a não conformidade das condições de realização do teste, do aconselhamento e da testagem na maternidade. A não uniformidade na disponibilidade de kits de teste rápido para o HIV e sífilis nas maternidades que aderiram ao Projeto Nascer também faz parte dos achados dos estudos de Sousa³⁰ e Macedo³¹. As autoras, ao avaliarem o grau de implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco, observaram que as maternidades do interior não dispunham desses insumos para testarem as gestantes no momento do parto.

Com intuito de incentivar a melhoria do programa de pré-natal e parto, o MS instituiu novas estratégias que incluem formas de financiamento, como: o PHPN¹⁹, o Piso da Atenção Básica – PAB, a pactuação de metas através da Programação de Pactuação Integrada da vigilância em Saúde - PPI-VS e, por fim, o Pacto pela Saúde/SISPACTO a partir de 2007³.

A preocupação constante com o agravo da TV da sífilis levou o MS, em 2007, a elaborar e divulgar o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil¹⁷. Esse plano tem como objetivo geral reduzir a TV, com vistas à eliminação do agravo em todo o território nacional até 2011. O plano ainda prevê, para a região Centro-Oeste, a meta de reduzir a taxa de TV da sífilis a menos de 1/1000 NV até 2011. Para atingir essa meta, o plano determina o aumento da cobertura de testagem para sífilis no pré-natal, adequando a rede de atenção, revisando fluxos de referência e contra-referência entre serviços de pré-natal e laboratórios de testagem, inclusive utilizando novas tecnologias, como testes rápido disponibilizados pelo governo federal para ampliar o acesso ao diagnóstico laboratorial da população em situação de vulnerabilidades e onde a rede de serviços disponível não consegue atingir.

Para ampliar e melhorar o atendimento aos casos de DST, uma importante estratégia é a abordagem sindrômica para diagnóstico e tratamento dos casos de sífilis adquirida e materna na atenção primária. O modelo assistencial adotado através da Portaria nº 648/2006³² estabelece o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia para organizar a atenção primária, com princípios e diretrizes próprios.

c) Quanto ao Diagnóstico da Sífilis na Gestação e no Recém-Nascido

O diagnóstico da sífilis, em qualquer de suas fases, é baseado na história clínica e epidemiológica, com a identificação de sinais e /ou sintomas característicos da doença ou outras DST e situação da parceria sexual. Entretanto, a utilização de testes sorológicos permanece como a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. Tais testes são divididos em: não treponêmicos (VDRL, Rapid Plasma Reagin - RPR) e treponêmicos (Treponema pallidum Hemagglutination – TPHA, Fluorescent Treponemal Antibody - FTA-Abs e Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA). Para melhorar a qualidade dos serviços e a eficácia dos testes, o ideal é que seja realizado, rotineiramente, o teste confirmatório treponêmico, a partir de todo teste não treponêmico reagente⁴.

Na SC, o diagnóstico através da aplicação de testes sorológicos pode ser confundido com a passagem passiva por via transplacentária, de anticorpos IgG maternos. Portanto, é indicada a comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança com os da mãe, preferencialmente por meio de um mesmo teste realizado em um mesmo laboratório. Títulos da criança maiores do que os da mãe indicariam suspeita de sífilis congênita²³.

Em RN suspeito de infecção, recomenda-se o seguimento e interpretação dos títulos até a negativação. Em crianças cujos títulos continuam reagentes até o 3º mês de vida, é indicado tratamento, com vistas à prevenção de sequelas. Após o tratamento do RN, deve-se manter o seguimento até a negativação que pode ocorrer por volta do 2º ano nos infectados. Nos RN não reagentes com suspeita epidemiológica, os testes sorológicos deverão ser repetidos até o 3º mês, devido à possibilidade de positivação tardia²³.

d) Quanto ao Tratamento da Sífilis na Gestação e no Recém-Nascido

O protocolo de atenção à gestante com sífilis considera adequado o tratamento com penicilina G. Benzatina em que a dosagem total e a quantidade de aplicações dependem do estadiamento da infecção: na sífilis primária (2.400.000 UI/IM), secundária (4.800.000 UI/Im em duas doses, com intervalo semanal), ou terciária (7.200.000 UI/Im) com três doses, com intervalo semanal⁴.

Em gestantes e seus parceiros, o tratamento deve ser imediato a fim de evitar a reinfecção da gestante. Nesses casos, devem ser utilizadas as mesmas dosagens acima recomendadas para a sífilis adquirida. O MS considera como tratamento inadequado para sífilis materna: a aplicação de qualquer outra terapia não penicilínica ou penicilínica

incompleta (tempo ou dose); a instituição de tratamento no prazo de 30 dias anteriores ao parto e a manutenção de contato sexual sem o uso do preservativo com parceiro não tratado⁴.

O tratamento recomendado para o RN tem duração de 10 a 14 dias. Dependendo de aspectos relacionados ao tratamento anterior dado à mãe, à ausência ou não de alterações clínicas, radiológicas e ou liquorícas no RN, pode variar as dosagens e o tipo de penicilina¹⁸. No tratamento da neurosífilis, a droga escolhida é a penicilina cristalina pela a sua capacidade de atravessar a barreira hemato-encefálica²³.

Em seu estudo, Avelleira e Bottino³³ concluiu que as reações anafiláticas graves, após o uso da penicilina, são raras, chegando a 0,5 a 1/100.000. Tomando por base essa conclusão, o MS publicou a Portaria 156/2006³⁴, que dispõe sobre o uso da penicilina nas unidades básicas de saúde e nas demais unidades do SUS. Desse modo, as unidades básicas ficam habilitadas a atender caso de reação leve à penicilina e os casos mais graves. Após medidas iniciais nessas unidades, esses casos deverão ser encaminhados aos serviços de referência estabelecidos.

Enfim, são inúmeras as ações de controle definidas para a prevenção da SC. Porém, a existência da doença sinaliza erro grave do programa de prevenção à TV da sífilis e uma falha na assistência ao pré-natal que merecem ser investigados

4. METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

4.1. Abordagem, Foco e Dimensões da Avaliação

Segundo Vieira da Silva³⁵, a avaliação possui uma diversidade de concepções, geradoras de uma polissemia conceitual e metodológica, cabendo, ao pesquisador, explicar as suas opções teóricas e técnicas. Contudo, há um consenso de que a pesquisa avaliativa busca responder a perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa, recorrendo a métodos e técnicas científicas. Para Patton³⁶, a avaliação implica em uma coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas ou intervenção, com o propósito de emitir um julgamento sobre o valor e o mérito do que está sendo avaliado. Segundo Costa e Castanhar³⁷, a avaliação tem como propósito guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa.

Destaca ainda Contandriopoulos et al.³⁸ que nem sempre os critérios para imputação de valores estão estabelecidos, e muitas vezes também os objetos a serem valorizados não estão definidos com clareza. Entretanto, na pesquisa avaliativa, preocupa-se em examinar, através de procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção e o contexto onde ela se situa, objetivando orientar a tomada de decisão. Para o referido autor, a pesquisa avaliativa pode classificar-se segundo seis diferentes tipologias de análises, assim subdivididas: análise estratégica (pertinência da intervenção), análise da intervenção (dos objetivos da intervenção e os meios empregados), análise de efetividade (dos efeitos), análise de eficiência (dos recursos aplicados com os efeitos obtidos) e análise de implementação (da influência do contexto e da variação do grau de implantação de uma intervenção nos efeitos).

A avaliação de implementação tem foco nos insumos e atividades ou processos do programa, lidando, fundamentalmente, com resultados ou efeitos de sua operacionalização³⁵. Para Santos et al.²⁹, a análise de implementação se preocupa, prioritariamente, com a institucionalização das ações de controle, e não com seus efeitos na população.

Embora se tenha adotado uma abordagem normativa por considerar os critérios e normas previamente definidas para a intervenção, esta é uma avaliação formativa, uma vez

que ocorreu no momento em que as ações do programa estão acontecendo, permitindo o redirecionamento na tomada de decisões.

O foco desta avaliação é a melhoria do programa de prevenção à TV da sífilis no pré-natal de USF de Cuiabá, considerando seus componentes de insumos e atividades e a influência dos contextos interno e externo.

Segundo Hartz³⁹, a análise de implementação é importante para avaliar intervenções complexas, compostas por elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos. Esta análise aponta o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos, considerando a pressuposta implementação de uma dada intervenção. Desta forma, a análise de implementação relaciona-se diretamente à capacidade de utilizar os resultados das pesquisas avaliativas na tomada de decisões a fim de melhorar o programa.

O artigo de Travassos e Martins⁴⁰, apresenta uma importante revisão literária da categoria acesso. Nada obstante, Santos et al.²⁹ ressalta a utilização da categoria acesso e da qualidade das ações de acordo com as necessidades dos usuários, sendo uma melhor estratégia para se compreender os critérios de sucesso da implementação de um programa. Enfatiza a autora ainda que, o acesso equitativo a ações de saúde tem sido colocado como um dos principais objetivos das políticas de governo no enfrentamento das iniquidades sociais, dada às estreitas relações entre saúde e condição de vida.

Portanto, optou-se, neste estudo, pela dimensão acesso, por entendê-la como oferta e utilização do serviço, considerando-se a intensidade dessa utilização e a qualidade da ação realizada. Ou seja, trata-se de uma condição intermediária, para que as ações de redução de risco e danos possam acontecer. Neste estudo em que se aponta a dimensão do acesso, aproximando-a do referencial teórico de Penchansky e Thomas⁴¹, elegeu-se a sub-dimensão disponibilidade (*availability*) relacionada ao volume e ao tipo de recursos e serviços oferecidos e às necessidades dos usuários, verificando, através do indicador de cobertura, a proporção das gestantes que se beneficiam do programa de prevenção à transmissão vertical da sífilis. Elegeu-se também a sub-dimensão oportunidade (*timeliness*), referente à existência de apoio diagnóstico e terapêutico que ocorre em momento oportuno, de acordo com as necessidades requeridas pelos usuários.

A sub-dimensão conformidade foi aqui tratada por se aproximar da definição de qualidade técnica abordada por Vuori⁴², o qual pondera se os recursos utilizados (físicos, humanos, materiais, etc.) e organizacionais da atenção estão em concordância com a norma. Vale ressaltar que essas sub-dimensões são complementares e têm entre si áreas de sobreposição. Portanto, a separação é meramente didática.

Autores como Contandriopoulos³⁸; Denis e Champagne⁴³ e Hartz³⁹ estabelecem que uma avaliação de implementação deva ser sensível aos contextos político e organizacional e não pode negligenciar a análise do que foi planejado em relação ao executado (as atividades ou processos de fato executados, os efeitos planejados, os não intencionais e os de fato obtidos).

As avaliações de implementação envolvem quatro etapas: (a) caracterizar o grau ou nível de implementação; (b) explicar o grau de implementação considerando fatores do contexto externo e institucional; (c) discutir a influência do grau de implementação nos efeitos da intervenção e por último, (d) medir a influencia do processo avaliativo na organização. Nesse estudo, serão abordadas as duas primeiras etapas, sendo que as dimensões da análise de implementação do programa estão descritas no quadro1, para fins de caracterizar o grau de implementação.

Quadro 1 - Dimensões da análise de implementação do programa

Contextos	Dimensões	Sub-dimensões	Perguntas
Interno	Acesso	Disponibilidade	Os insumos e atividades para a prevenção da TV da sífilis em Cuiabá estão disponibilizados para evitar o caso SC?
		Oportunidade	Os insumos e atividades para a prevenção da TV da sífilis em Cuiabá estão disponibilizados no momento oportuno para evitar a SC?
		Conformidade	As ações estão ocorrendo em conformidade com as normas técnicas?

Fonte: Adaptado de Santos et al.

Para Hartz e Silva⁴⁴, a pergunta avaliativa é o fio condutor para análise e atribuição de explicação e/ou causalidade dos achados.

4.2. Modelo Lógico do Programa

Para Hartz³⁹, o modelo lógico ou teoria do programa procura descrever a sequência de eventos, através de uma síntese dos principais componentes técnicos do programa, inseridos em um quadro, para demonstrar como o programa, teoricamente, funciona, considerando ainda a interação dos efeitos observados. De uma forma simplificada, pode-se afirmar que o modelo lógico permite identificar como o programa deverá operar, prevendo a cadeia de atuação de maneira completa bem como a sua lógica empregada na resolução dos problemas identificados³⁹.

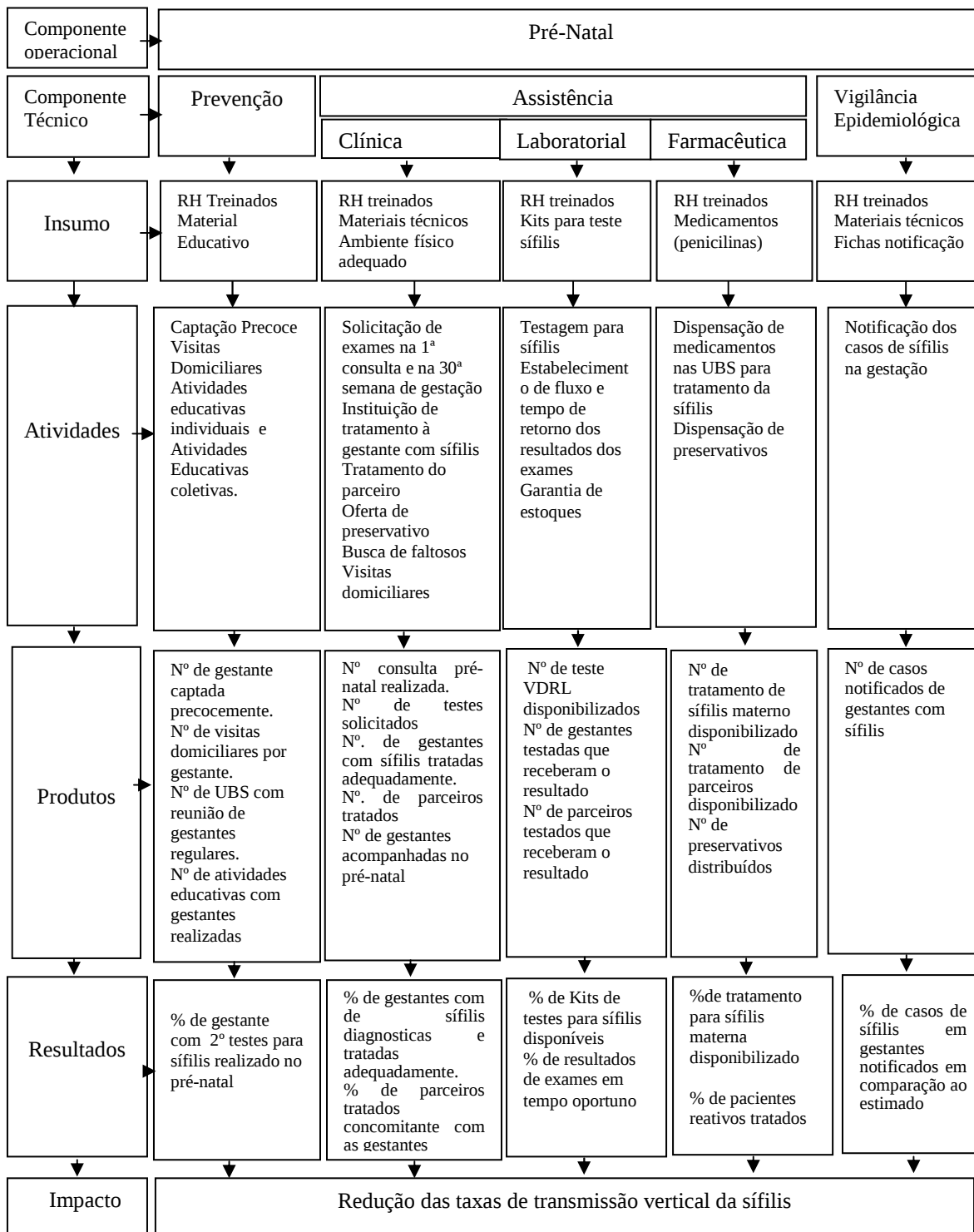
A base teórica proposta pelo Centers for Disease Control and Prevention - CDC⁴⁵ para construção de um modelo lógico inclui a apresentação dos insumos (*inputs*), das atividades, dos produtos imediatos (*output*) e dos resultados a médio prazo e impacto a longo prazo (*outcomes*), estabelecendo-se suas conexões causais.

Esta avaliação de implementação das ações de controle da transmissão vertical da sífilis considerou como momento da intervenção o pré-natal. Ou seja, o momento operativo do serviço em que problemas nas ações de controle podem significar a ocorrência de transmissão da sífilis para o RN. O Modelo Lógico do Programa - MLP construído (Quadro 2) tomou por base a norma técnica (Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis⁴), que define as ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis.

O MLP desenvolvido neste estudo (Quadro 2) sistematiza os insumos, as atividades necessárias, os produtos e os resultados esperados por meio de componentes técnicos do programa: prevenção; assistência (clínica, laboratorial, farmacêutica) e vigilância epidemiológica (notificação e controle dos contatos). Destaca-se o indicador de impacto, embora não haja a pretensão de avaliá-lo. Outra ferramenta importante também utilizada neste estudo foi o Diagrama de Fluxo (Figura 1), proposto para o atendimento da gestante com suspeita de sífilis definido em protocolo de conduta clínica nacional, usado para auxiliar o modelo lógico, como um guia para clarear aspectos relativos a conformidade.

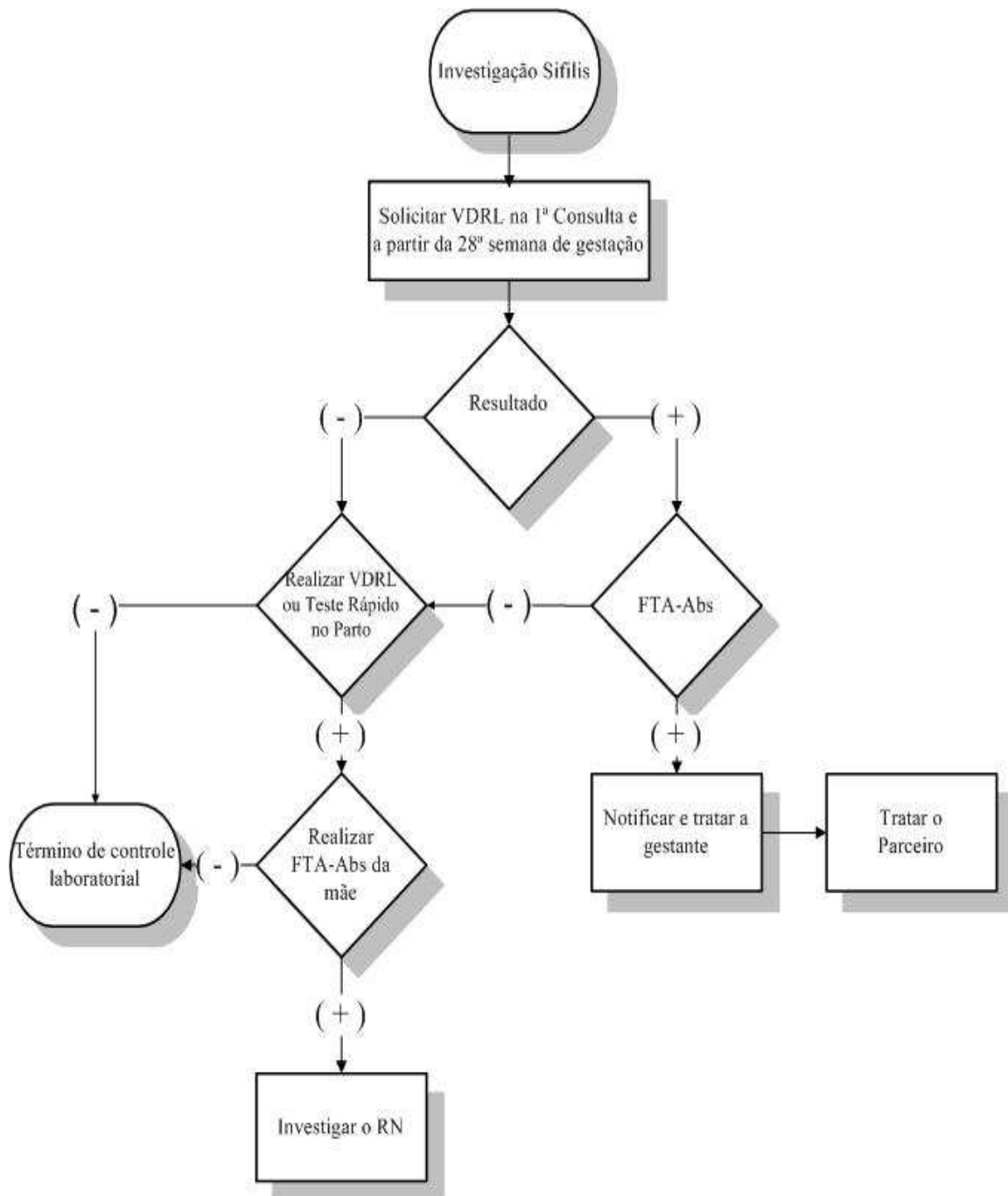
Quadro 2 - Modelo da Intervenção, considerando a priorização de insumos e atividades para a dimensão estratégica evitar o caso de sífilis congênita com ações no pré-natal:

Problema: Há um aumento de casos de sífilis congênita notificados e uma sub-notificação dos casos de sífilis em gestante em Cuiabá frente ao estimado



Fonte: Adaptado de Santos et al.

Figura 1 - Diagrama de Fluxo das ações de prevenção à transmissão vertical da sífilis, segundo o protocolo de prevenção à transmissão vertical HIV e Sífilis do Ministério da Saúde (2007).



Fonte: adaptado Projeto “Mãe Curitiba” (1999)⁴⁶

* Considera-se adequado todo tratamento na dose apropriada ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro tratado concomitante. É indicado o uso do preservativo em todas as relações sexuais para evitar a reinfecção.

O quadro 3 demonstra o esquema terapêutico para o tratamento e controle da sífilis na gestante, segundo o estadiamento da doença materna.

Quadro 3 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis na gestação e controle de cura

Estadiamento da doença	Penicilina G. Benzatina	Intervalo	Controle de cura
Sífilis primária	Uma série dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis Secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	Duas séries dose total: 4.800.000 UI	Uma semana	VDRL mensal
Sífilis Terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	Três séries dose total: 7.200.000 UI	Uma semana	VDRL mensal

Fonte: Protocolo de prevenção à TV da sífilis e HIV (2007)⁴; *1 série= 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo

O MLP (Quadro 2) propiciou uma descrição detalhada da intervenção, um guia dos aspectos relevantes para o processo de implementação da intervenção e, fundamentalmente, para o consenso sobre estes itens entre os interessados na avaliação.

4.3. Validação de Medidas do Grau de Implantação

a) Envolvimento dos Usuários Potenciais na Avaliação

Segundo Patton³⁶, uma abordagem que enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação dos pontos fortes e fracos, especialmente a partir da perspectiva daqueles que estão diretamente implicados no programa, aumenta a relevância, a compreensão e a autoria da avaliação, tornando-a útil e de alta qualidade.

Nesta pesquisa, que foi incluída na agenda estadual de enfrentamento à transmissão vertical da sífilis, foram identificados os seguintes usuários potenciais desta avaliação: o diretor da atenção primária, o coordenador do laboratório, os responsáveis técnicos pelas áreas da saúde (mulher, criança, DST/AIDS e vigilância epidemiológica dos agravos sífilis na gestação e SC) e os profissionais da assistência (médicos e enfermeiros das ESF). Além desses, foram envolvidos, na discussão e no financiamento da pesquisa os Superintendentes da Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde da SES, que designou o responsável técnico pelo programa DST/AIDS e Hepatites Virais para acompanhar esta pesquisa. A síntese dos papéis e interesses dos usuários envolvidos na avaliação estão descritos no quadro 4.

A identificação dos usuários potenciais da Secretaria Municipal de Saúde - SMS que participaram nas várias etapas da avaliação obedeceu a indicação oficial feita pela Gerência

de Desenvolvimento de Recursos Humanos – GDRH: os Diretores da Atenção Primária, Secundária e da Vigilância em Saúde do município.

Quadro 4 – Quadro de usuários potenciais

Usuários Potenciais	Papel nas ações de prevenção da SC	Interesse na avaliação	Uso provável dos achados
Diretor da AB	Adotar estratégias para superar os problemas identificados	Compreender as necessidades do programa	Institucionalização do M&A, Ajustes de processos de gestão
Coordenador do Laboratório	Adotar estratégias para superar os problemas identificados	Compreender as necessidades do programa	Ajuste de processos de gestão
Responsável pela área técnica de Saúde da Mulher.	Adotar estratégias para superar os problemas identificados	Identificar os facilitadores e os obstáculos na implementação do programa	Melhoria do programa, ajustes de processos de gestão.
Responsável pela área técnica de Saúde da Criança.	Adotar estratégias para superar os problemas identificados	Identificar os facilitadores e os obstáculos na implementação do programa	Melhoria do programa, ajustes de processos de gestão.
Responsável pelo Programa Municipal de DTS	Adotar estratégias para superar os problemas identificados	Compreender o andamento do programa e cooperar para superar os obstáculos da implementação do programa.	Melhoria do Programa, ajustes de processos de gestão.
Responsável pela VE do agravo na SMS.	Adotar estratégias para superar os problemas identificados	Compreender os sub-registros de casos de gestante com sífilis e aumento de casos de SC. Subsidiar as áreas técnicas para a superação dos obstáculos identificados.	Melhorar a notificação e investigação dos casos
Responsável pela VE do agravo no ERS Baixada Cuiabana.	Adotar estratégias para superar os problemas identificados	Compreender os sub-registros de casos de gestante com sífilis e aumento de casos de SC. Melhorar as ações de Vigilância da SC.	Melhorar as ações de monitoramento dos casos notificados.
Responsável pela VE do agravo na SES /MT.	Adotar estratégias para superar os problemas identificados	Compreender os sub-registros de casos de gestante com sífilis e aumento de casos de SC. Melhorar as ações de vigilância da SC.	Melhorar as ações de monitoramento dos casos notificados.
Médicos e enfermeiros	Executar as ações de prevenção da sífilis congênita	Caracterizar e realizar as rotinas programadas	Melhoria do programa, Ajuste nas rotinas programadas

Fonte: Adaptado de Santos et al.

Para realizar esta pesquisa, estabeleceu-se um diálogo entre o avaliador e os usuários potenciais da avaliação, a fim de identificar os objetivos da intervenção e seus limites, subsidiado pela revisão de documentos do programa, pelo entendimento de como os usuários são envolvidos na identificação das suas demandas e entendimento do programa.

A partir disso, foi pactuado, com os usuários potenciais, o Modelo Lógico do Programa (MLP) apresentado no Quadro 2. A pactuação aconteceu por meio de uma reunião

coordenada pelo avaliador com o apoio de uma professora experiente na área de vigilância da TV da sífilis da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, envolvendo representantes das áreas técnicas da saúde da mulher, criança, DST/AIDS e hepatites virais, Vigilância Epidemiológica do agravo sífilis na gestação e sífilis congênita e Coordenador da Atenção Básica do município de Cuiabá.

Nessa reunião, deliberou-se, como pressuposto, que a adequada implantação do programa de prevenção da TV da sífilis viabiliza o acesso da gestante às ações de diagnóstico e tratamento do agravo no momento do pré-natal, propiciando a prevenção da SC.

b) Construção de Consenso

Diferentes técnicas vêm sendo utilizadas para se obter o consenso sobre um tema determinado entre especialistas selecionados. Dentre estas, destacam-se as que foram usadas neste trabalho para a construção, no consenso, das matrizes de informação, relevância e julgamento. Empregou-se o método Delfos⁴⁷ em que foram utilizados instrumentos que foram respondidos, individualmente, por especialistas convidados e usuários potenciais. As respostas obtidas foram tratadas estatisticamente e o resultado repassado aos participantes do grupo de usuários potenciais.

Fez-se também uma adaptação da técnica de grupo nominal⁴⁷, que, em essência, trata-se de um processo estruturado de troca de informações. Foi proposto ao grupo de usuários potenciais, com o apoio da especialista convidada, um debate acerca do problema da TV da sífilis evidenciado em Cuiabá. Essa técnica permitiu que os participantes exprimissem suas opiniões e contribuições a respeito desse problema. Esse momento foi importante para acomodar os vários entendimentos sobre os insumos e atividades necessários para a implementação das ações de prevenção da TV da sífilis, bem como se caracterizou como um momento norteador de prioridades para o julgamento.

No primeiro encontro, foram apresentados os componentes operacionais e técnicos, os insumos e as atividades previstos no Modelo Lógico do Programa (Quadro 2), definidos pela pesquisadora a partir da caracterização do programa. Nessa ocasião, os participantes tiveram a oportunidade de opinar sobre os componentes propostos.

No segundo encontro, foi apresentada para discussão, a matriz com os componentes, seus critérios e indicadores, de acordo com as dimensões de acesso e sua relevância. Nesse encontro, avaliou-se a capacidade desses indicadores contribuírem para responder às

perguntas avaliativas, atingirem os objetivos propostos pelo estudo avaliativo e os interesses do grupo de usuários potenciais. As sugestões foram incorporadas à matriz.

Estabeleceu-se como tarefa para os componentes do grupo atribuir valor de um a 10, para cada critério/indicador, classificar a sua relevância em RRR - para os muito relevantes, RR - para os relevantes e R - para o pouco relevante e enviar o resultado via eletrônica para o pesquisador em data definida.

Após o recebimento das planilhas de sete dos nove componentes do grupo de usuários potenciais, foi aplicada a medida estatística “moda”. Ou seja, prevaleceu o valor e a classificação de relevância atribuída aos critérios e indicadores que mais se repetiram. Para os indicadores considerados RRR, foram atribuídos valores de oito a 10, para RR valores de cinco a 7,99 e para R valores de zero a 4,99. O resultado foi socializado aos participantes também por via eletrônica.

A soma dos valores dos pontos atribuídos aos critérios e indicadores por dimensão avaliativa permitiram o cálculo da pontuação máxima (PM) esperada para a dimensão acesso (PM 303 Pontos). Ficou definida a pontuação máxima para as sub-dimensões: disponibilidade (PM 55 pontos), oportunidade (PM 110 pontos) e conformidade (PM 138 pontos), usadas como base da análise e julgamento dos componentes.

No terceiro e último encontro presencial em que o programa executado foi comparado com padrões definidos a partir da norma para proceder ao julgamento de mérito, foram apresentadas as matrizes. A dimensão do acesso para o contexto interno e as sub-dimensões estão detalhadas e classificadas nas matrizes de informação (Quadro 6 e 7) que apresentam a síntese de instrumentos e técnicas utilizadas nas diferentes etapas desta pesquisa. Essas matrizes contemplam as perguntas avaliativas por sub-dimensão do acesso, os critérios ou indicadores, a forma de cálculo dos indicadores, as técnicas de coleta, as fontes de informação (primária e secundária) e os padrões “ouro” adotados.

A Matriz de Relevância permite visualizar de forma esquemática as sub-dimensões e os critérios/indicadores aos quais se conferiu maior importância na realização das ações do programa de prevenção à TV da sífilis e que irão influenciar no resultado de sua implementação (Quadro 8).

O parâmetro acordado para a caracterização do grau de implementação é considerado um nível bastante exigente de classificação. A justificativa do uso desse parâmetro se deve à necessidade de dar visibilidade ao agravo bem como de reorganizar os serviços de assistência, de apoio diagnóstico e de vigilância. Estes aspectos fundamentais na implementação do programa são de baixo custo e apresentam impacto positivo na prevenção

do desfecho perinatal em foco. Assim, para estabelecer os intervalos dos escores dos indicadores (insumos e atividades) da matriz de julgamento, baseou-se no estudo de Santos et al.²⁹, adaptado para este estudo (Quadro 7).

Quadro 5 - Parâmetros para a caracterização do grau de implementação.

Grau de implementação	Percentual
Implementação aceitável (IA)	$\geq 80\%$
Implementação incipiente (II)	40,0 a 79,9%
Implementação crítica (IC)	$\leq 39,9\%$

Fonte: Santos et al.

Acordou-se ainda que, para a análise explicativa do grau de implementação observado, seriam considerados os fatores do contexto externo que, presumidamente, influenciaram na caracterização do grau de implementação.

Quadro 6 – Matriz de Informação: Elenco de critérios/indicadores segundo tipo de dados, técnica de coleta e instrumentos utilizados, contexto interno:

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Perguntas	Critérios/indicadores	Técnica de Coleta	Fonte de Verificação	
						Primária	Secundária
Contexto interno	ACESSO	Disponibilidade	O apoio diagnóstico e terapêutico está disponível?	Existência de profissionais médicos e enfermeiros com 40h disponíveis na ESF	Entrevista semi-estruturada e observação direta	Entrevista com médicos enfermeiros e observação	Fluxograma da rede de atenção laboratorial Existência – 10 Não existência - 0
				Realização de coleta de amostra de exames para sífilis na própria unidade do pré-natal	Entrevista semi-estruturada e observação direta	Entrevista com responsável pelo Laboratório e observação	
				Realização de entrega de resultados na própria unidade do pré-natal.	Entrevista semi-estruturada e observação direta	Entrevista com responsável pelo Laboratório e observação	
				Existência de medicamento penicilina g. benzatina na ESF	Observação direta, entrevista semi-estruturada e documentos	Observação e entrevista responsável Farmácia	Fluxograma da rede de atenção farmacêutica Existência – 10 Não existência - 0
				Existência de preservativos disponíveis na farmácia da ESF. .	Entrevista semi estruturada e observação direta e documentos	Entrevista responsável Farmácia e observação,	Fluxograma da rede de atenção farmacêutica Existência – 10 Não existência - 0
				Existência de material informativo referente à prevenção da TV da sífilis afixado na ESF	Entrevista semi-estruturada e observação direta	Entrevista com médicos e enfermeiros e observação	
		Oportunidade	O apoio diagnóstico e terapêutico está ocorrendo no momento oportuno ?	Existência de profissionais entrevistados capacitados para a prevenção à transmissão vertical da sífilis.	Entrevista semi-estruturada e revisão de prontuários	Entrevista com médicos e enfermeiros e responsáveis pela farmácia e laboratório	Prontuários de gestantes
				Existência de protocolo para prevenção de transmissão vertical da sífilis disponível para consulta.	Entrevista semi-estruturada e observação direta e revisão prontuário	Entrevista com médicos e enfermeiros e observação	Prontuários de gestantes
				% de gestantes que tiveram seu teste VDRL solicitado-realizado no 1º trimestre de gravidez	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes
				% de gestantes que tiveram seu teste solicitado e realizaram o 2º teste VDRL na 30ª semana de gestação..	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes
				% de gestante que tiveram ao menos um teste solicitado-realizado no pré-natal.	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes
				% de gestante que receberam o resultado do exame VDRL em 15 dias após coleta	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes
				% de gestantes com sífilis com diagnóstico oportunas	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes
				% de parceiros diagnosticados oportunamente	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes
				% de prontuários com registro de tratamento adequado para sífilis durante a gestação/parto	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes
				% de gestantes tratadas concomitante com os parceiros.	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes

Quadro 6 – Matriz de Informação: Elenco de critérios/indicadores segundo tipo de dados, técnica de coleta e instrumentos utilizados, contexto interno: Cont.

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Perguntas	Critérios/indicadores	Técnica de Coleta	Fonte de Verificação	
						Primária	Secundária
Contexto interno	ACESSO	Conformidade	As ações de controle da transmissão vertical no pré-natal estão em conformidade com as normas técnicas?	% de prontuários de gestantes com cópia do cartão da gestante informado	Revisão prontuário,		Prontuários de gestantes
				% de gestante acompanhada em pré-natal por ESF frente ao estimado	Entrevista semi-estruturada	Entrevista com Médicos e enfermeiros	Registro no SINASC
				Existência de grupo de gestante formado e com reunião regular	Observação direta	Observação	
				Existência de rotina de visitas domiciliares no pré-natal	Observação direta	Observação	
				Existência de rotina para captação precoce de gestante.	Entrevista semi-estruturada	Entrevista com médicos e enfermeiros	
				Existência de práticas de educação em saúde para gestantes em pré-natal	Entrevista semi-estruturada e observação direta	Entrevista com médicos e enfermeiros, Gestantes, e observação.	
				Existência de maternidade de referência para o parto de risco habitual e alto risco definida	Entrevista semi-estruturada, análise documental	Médicos e enfermeiros e gestantes.	Fluxograma da rede de atenção ao parto. Existência – 10 Não existência - 0
				% de sete ou + consultas realizadas por gestante no pré-natal.	Revisão prontuário		Prontuários de gestantes
				Existência de mecanismos de priorização de exames para gestantes	Entrevista semi-estruturada	Entrevista com Médicos e enfermeiros e responsável Laboratório.	
				Existência de rotina de acompanhamento da gestante quando referenciada para outros serviços	Entrevista semi-estruturada,	Entrevista com Médicos e enfermeiros	
				Existência de mecanismos de acompanhamento e de adesão ao tratamento.	Entrevista semi-estruturada,	Entrevista com Médicos e enfermeiros	
				Existência de mecanismos de busca de parceiros de gestantes com sífilis	Entrevista semi-estruturada	Entrevista com Médicos e enfermeiros	
				Existência de mecanismo de acompanhamento e de adesão ao preservativo	Entrevista semi-estruturada,	Entrevista com Médicos e enfermeiros e gestante	
				Existência de casos de gestante com sífilis notificadas por ESF	Análise documental		SINAN Existência – 10 Não existência - 0

Quadro 7 –Matriz de Informação: Elenco de critérios/indicadores, cálculo dos indicadores e padrão ouro do contexto interno:

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Pergunta	Crítérios/indicadores	Cálculo dos indicadores	Padrão Ouro
Contexto interno	ACESSO	Disponibilidade	O apoio diagnóstico e terapêutico está disponível?	Existência de profissionais médicos e enfermeiros com 40h disponíveis na ESF	Existência – 08 Não existência - 0	100% das USF com profissionais médicos e enfermeiros com 40 h disponíveis
				Realização de coleta de amostra de exames para sífilis na própria unidade do pré-natal	Existência – 10 Não existência - 0	100% das USF que realiza pré-natal com coleta de exame
				Realização de entrega de resultados na própria unidade do pré-natal.	Existência – 10 Não existência - 0	100% das USF que realiza pré-natal com coleta de exame e resultados
				Existência de medicamento penicilina g. benzatina na ESF	Existência – 07 Não existência - 0	100% das USF disponibilizando medicamento penicilina
				Existência de preservativos disponíveis na farmácia da ESF. .	Existência –1 0 Não existência - 0	100% das USF disponibilizando preservativos
				Existência de material informativo referente à prevenção da TV da sífilis afixado na ESF	Existência –1 0 Não existência - 0	100% das USF com material educativo sobre prevenção da TV da sífilis disponível
		Oportunidade Técnica	O apoio diagnóstico e terapêutico está ocorrendo no momento oportuno ?	Existência de profissionais entrevistados capacitados para a prevenção à transmissão vertical da sífilis.	Existência –1 0 Não existência - 0	100% das USF com profissionais de saúde capacitados para a TV da sífilis
				Existência de protocolo para prevenção de TV da sífilis disponível para consulta.	Existência –1 0 Não existência - 0	100% das USF com protocolo TV da sífilis disponível
				% de gestantes que tiveram seu teste VDRL solicitado-realizado no 1º trimestre de gravidez	Somatório das gestantes que tiveram seu teste solicitado-realizado no primeiro trimestre sobre o nº total de gestantes x 100	100% das gestantes com testes para sífilis solicitadas-realizado no primeiro trimestre
				% de gestantes que realizaram que tiveram o 2º teste VDRL solicitado-realizado na 30ª semana de gestação.	Somatório de gestantes que realizaram o 2º teste VDRL sobre o nº total de gestantes x 100	100% das gestantes com 2º exame de sífilis realizado por volta da 30ª semana
				% de gestante que tiveram são menos um teste solicitado durante a gravidez.	Somatório das gestantes que tiveram seu teste solicitado sobre o nº total de gestantes x 100	100% das gestantes com testes para sífilis solicitadas durante a gravidez
				% de gestante que receberam o resultado do exame VDRL em 15 dias após coleta	Somatório de gestante que receberam o resultado em 15 dias após coleta sobre o nº total de gestantes x 100	100% das gestantes com tempo médio de 15 entre coleta e resultado do exame para sífilis
				% de gestantes com sífilis com diagnóstico e tratamento oportunos	Somatório de gestantes com sífilis com diagnóstico e tratamento oportunos sobre o nº total de gestantes x 100	100% das gestantes com diagnóstico e tratamento em até 30 dias antes do parto.
				% de parceiros diagnosticados oportunamente	Somatório de parceiros diagnosticados oportunamente sobre o nº total de parceiros de gestante com sífilis x 100	Tratamento para 100% dos parceiros de gestantes com sífilis
				% de prontuários com registro de tratamento para sífilis durante a gestação/parto	Somatório de gestantes tratadas na gestação sobre nº total de gestantes x 100	Tratamento realizado no momento da gestação/ até 30 dias antes do parto.
				% de gestantes tratadas concomitante com os parceiros.	Somatório de gestantes com sífilis tratadas adequadamente para a sífilis concomitante com os parceiros sobre o nº total de gestantes com sífilis x 100	100% das gestantes com sífilis e o parceiro tratados concomitante.

Quadro 7 –Matriz de Informação: Elenco de critérios/indicadores, cálculo dos indicadores e padrão ouro do contexto interno: Continuação.

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Pergunta	Crerícios/indicadores	Cálculo dos indicadores	Padrão Ouro
Contexto interno	ACESSO	Conformidade	As ações de controle da transmissão vertical no pré-natal estão em conformidade (qualidade) preconizada nas normas técnicas?	% de prontuários de gestantes com cópia do cartão da gestante informado	Somatório de prontuários de gestantes com cópia do cartão da gestante informado sobre o nº total de prontuários revisados x 100	Todo prontuário deve conter cópia do cartão da gestante informado
				% de gestante acompanhada em pré-natal por ESF frente ao estimado	Somatório de gestante acompanhada em pré-natal por USF sobre o nº de nascidos vivos da área das USF avaliadas..	Captar 100% das gestantes estimadas
				Existência de grupo de gestante formado e com reunião regular	Existência – 1 0 Não existência - 0	Ter grupo de gestante com reuniões mensais
				Existência de rotina de visitas domiciliares no pré-natal	Existência – 9 Não existência - 0	Realizar ao menos 02 visitas domiciliares no período de gestação
				Existência de rotina para captação precoce de gestante.	Existência – 1 0 Não existência - 0	100% das gestantes inscritas no pré-natal no primeiro trimestre
				Existência de práticas de educação em saúde para gestantes em pré-natal	Existência –1 0 Não existência -	No mínimo 02 visitas domiciliares por gestação
				Existência de maternidade de referência para o parto de risco habitual e alto risco definida	Existência –1 0 Não existência - 0	Ter Fluxograma definido para referência ao parto
				% de sete ou + consultas realizadas por gestante no pré-natal.	Somatório de 7 ou + consultas realizadas por gestante no pré-natal sobre nº total de prontuários revisados x 100.	Ter 70% das gestantes com sete ou + consultas no pré-natal.
				Existência de mecanismos de priorização de exames para gestantes	Existência –1 0 Não existência - 0	Priorizar os exames de gestantes
				Existência de rotina de acompanhamento da gestante quando referenciado para outros serviços	Existência –9 Não existência - 0	Acompanhar a adesão ao tratamento dos casos referenciados a outros serviços de saúde.
				Existência de mecanismos de acompanhamento e adesão ao tratamento.	Existência –1 0 Não existência - 0	Ter mecanismo de acompanhamento e adesão ao tratamento
				Existência de mecanismos de busca de parceiros de gestantes com sífilis	Existência –1 0 Não existência - 0	Ter mecanismo de busca de parceiros de gestantes com sífilis
				Existência de mecanismo de acompanhamento e adesão ao preservativo	Existência –1 0 Não existência - 0	100% das gestantes com sífilis acompanhadas quanto a adesão ao preservativo
				Existência de casos de gestante com sífilis notificadas por ESF	Existência –1 0 Não existência - 0	Encontrar as gestantes com sífilis e notificá-las

Quadro 8 - Matriz de relevância de critérios/indicadores do contexto interno

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Perguntas	Critérios/indicadores	Moda	Relevância		
						R	RR	RRR
Contexto interno	ACESSO PM 303 Pontos	Disponibilidade Pontuação Máxima de 55 (pontos)	O apoio diagnóstico e terapêutico está disponível de acordo com as necessidades técnicas ?	Existência de profissionais médicos e enfermeiros com 40h disponíveis na ESF	8			X
				Realização de coleta de amostra de exames para sífilis na própria unidade do pré-natal	10			X
				Realização de entrega de resultados na própria unidade do pré-natal.	10			X
				Existência de medicamento penicilina g. benzatina na ESF	7		X	
				Existência de preservativos disponíveis na farmácia da ESF.	10			X
				Existência de material informativo referente a prevenção da TV da sífilis afixado na ESF	10			X
		Oportunidade Técnica Pontuação Máxima de 110 (pontos)	O apoio diagnóstico e terapêutico está ocorrendo no momento oportuno e de acordo com as necessidades dos usuários?	Existência de profissionais entrevistados capacitados para a prevenção à transmissão vertical da sífilis.	10			X
				Existência de protocolo para prevenção de transmissão vertical da sífilis disponível para consulta.	10			X
				% de gestantes que tiveram seu teste VDRL solicitado-realizado no 1º trimestre de gravidez	10			X
				% de gestantes que realizaram o 2º teste VDRL na 30ª semana de gestação.	10			X
				% de gestante que tiveram ao menos um teste VDRL solicitado no pré-natal.	10			X
				% de gestante que receberam o resultado do exame VDRL em 15 dias após coleta	10			X
				% de gestantes com sífilis com diagnóstico oportunas	10			X
				% de parceiros diagnosticados oportunamente	10			X
				% de prontuários com registro de tratamento para sífilis durante a gestação/parto	10			X
				% de gestantes tratadas concomitante com os parceiros.	10			X
				% de gestantes que usam preservativos em todas as relações sexuais	10			
		Conformidade Pontuação Máxima de 138 (pontos)	As ações de controle da transmissão vertical no pré-natal estão em conformidade (qualidade) preconizada nas normas técnicas?	% de prontuários de gestantes com cópia do cartão da gestante informado	10			X
				% de gestante acompanhada em pré-natal por ESF frente ao estimado	10			X
				Existência de grupo de gestante formado e com reunião regular	10			X
				Existência de rotina de visitas domiciliares no pré-natal	9			X
				Existência de rotina para captação precoce de gestante.	10			X
				Existência de práticas de educação em saúde para gestantes em pré-natal	10			X
				Existência de maternidade referência para o parto de risco habitual e alto risco definida	10			X
				% de 7 ou + consultas realizadas por gestante no pré-natal.	10			X
				Existência de mecanismos de priorização de exames para gestantes	10			X
				Existência de rotina de acompanhamento da gestante quando referenciado para outros serviços	9			X
				Existência de mecanismos de acompanhamento e adesão ao tratamento.	10			X
				Existência de mecanismos de busca de parceiros de gestantes com sífilis	10			X
				Existência de mecanismo de acompanhamento e adesão ao preservativo	10			X
				Existência de casos de gestante com sífilis notificadas por ESF	10			X

Legenda: R- Pouco Relevante = 0 a 4,99 pontos; RR – Relevante de 5 a 7,99 Pontos; RRR – Muito Relevante de 8 A 10 Pontos; Total de 303 pontos

4.4. Desenho da Avaliação

Para este estudo, tornou-se indispensável utilizar um desenho que propiciasse conhecer a totalidade das intervenções; com que a intensidade as atividades são realizadas; sua adequação às normas existentes; bem como os fatores explicativos das defasagens observadas²⁹.

Neste estudo, combinou-se um estudo transversal realizado a partir do programa de prevenção à TV das sífilis no momento do pré-natal, a análise dos prontuários, com um estudo de dois casos contrastantes. Elegeu-se, em função da baixa prevalência, a revisão dos prontuários de todos os casos de gestantes com sífilis ocorridos nos anos 2007 e 2008 no município de Cuiabá e notificados no SINAN. Os casos definidos foram os que apresentavam condições semelhantes de estrutura e localização geográfica, porém contrastantes no êxito. Delimitou-se assim a unidade de análise em USF, porque são responsáveis pela execução das ações de prevenção à TV da sífilis no momento do pré-natal.

Nesta avaliação, optou-se pela estratégia do estudo de casos múltiplos, pois, de acordo com Yin⁴⁸, estes têm papel de destaque na pesquisa avaliativa, eles são excelentes para construir hipóteses a serem estudadas em estudos quase experimentais. Estudos de caso são, portanto, considerados métodos apropriados para análises de implantação de programas^{48,39}.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção da Equipe Saúde da Família - ESF foram assim definidos: duas unidades de saúde da família entre os bairros de renda abaixo de 2,91 SM; ter ESF implantada há mais de três anos e equipe completa na hora da coleta de dados. Foram considerados critérios de exclusão: unidades que não estavam localizadas na área de abrangência dos 23 bairros considerados de renda mais baixa do município.

A partir dos critérios de inclusão, buscou-se identificar as ESF que tiveram o maior número de casos notificados nos anos de 2007 e 2008. Assim, foram selecionadas duas equipes, sendo uma localizada na Regional Norte e uma na Oeste. A ESF da Regional Norte foi escolhida como unidade pré-teste dos instrumentos de pesquisa, e a da Oeste foi selecionada como a unidade de estudo (ESF A), por apresentar o maior número de casos notificados. Das ESF que não tiveram casos de sífilis na gestação notificados em 2007 e 2008, apenas a que está localizada na Regional Norte (ESF B) atendeu a todos os critérios de inclusão.

Os dados relacionados à caracterização dos bairros foram obtidos do Censo IBGE⁴⁹ de 2000. Delimitou-se o bairro de localização das ESF, apesar destas, em alguns casos, atenderem a

mais de um bairro. Com base nas informações selecionadas, serão apresentadas a seguir as características das UFS pesquisadas.

A USF A está localizada na Região Oeste, cuja população é de 2.784 habitantes, sendo 1.401 homens (50,3%) e 1.383 mulheres (49,7%), Constatou-se que a faixa etária de 34,8% da população feminina varia de 10 a 59 anos.

A USF B está localizada na Região Norte, a qual conta com uma população de 4.432 habitantes, sendo 2.208 homens (49,8%) e 2.224 mulheres (50,2%). Os dados apontam que 35,2% da população feminina têm entre 10 e 59 anos.

Com relação à escolaridade dos responsáveis pelos domicílios, constatou-se que predomina o grupo de quatro a sete anos de estudo, na população atendida por ambas as equipes, sendo 43,7% na USF A e 41,2% na USF B. O percentual de responsáveis pelo domicílio que não possui instrução atingiu 15,0% na USF A e 15,4% na USF B. A população apresenta rendimentos na faixa de até dois SM, 53,2% para a USF A e 46,6% para a USF B, conforme a classe de rendimento mensal do responsável pelo domicílio.

Segundo a análise dos dados do censo 2000 realizado por Messias⁵⁰, o PIB *per capita*, a distribuição de renda e a taxa de analfabetismo estão associadas à expectativa de vida. Já os efeitos do nível de instrução se manifestam das mais diferentes formas: na percepção dos problemas de saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e utilização dos serviços de saúde; e na adesão aos procedimentos terapêuticos. Diante dessa análise, pode-se inferir que renda e escolaridade estão fortemente associadas a resultados de saúde.

a) Coleta de Dados e Instrumentos da Pesquisa

Durante a fase exploratória, realizou-se contato com o gestor municipal, para apresentar a proposta de pesquisa e também solicitar permissão para realizá-la, bem como a utilização dos documentos existentes e necessários para este estudo (Anexo 1). Nessa fase, foram coletados dados populacionais e epidemiológicos de fonte secundária retirados do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico - IBGE e Instituto de Patrimônio e Desenvolvimento Urbano - IPDU, do Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC e do SINAN. Os dados institucionais foram coletados das informações disponíveis na Ata do Conselho Municipal de Saúde, Relatório Anual de Gestão – RAG, Plano Municipal de Saúde - PMS, Plano de Ações e Metas para

DST/AIDS e Hepatites Virais - PAM e Relatório da Conferência Municipal de Saúde, através de instrumento (Anexo 2).

Para viabilizar o estudo de rotinas sobre o atendimento de gestantes, as informações foram coletadas de fonte secundária. Por isso, os casos de sífilis na gestação levantados no SINAN foram referentes aos anos de 2007 e 2008, período em que foram identificadas 50 gestantes com sífilis, sendo que destas, nove foram notificadas por “ESF”.

Para definição do número de prontuários de gestantes sem sífilis que deveriam ser revisados, levou-se em conta a população total de gestantes atendidas no ano/ESF e sua paridade com o número de prontuários revisados de gestantes com sífilis. Assim, observou-se que, em 2007 e 2008, as ESF A e B atenderam 25 e 41 gestantes/ano, respectivamente. A partir dessa informação, foram escolhidos aleatoriamente 51 prontuários de pré-natal, atingindo 77,2% da totalidade das gestantes acompanhadas em pré-natal pelas ESF por ano.

Os dados foram coletados por um instrumento de revisão aplicado a informações disponíveis nos prontuários (Anexo 3), o qual contempla os procedimentos executados a partir da inscrição da gestante no programa de pré-natal. As informações estão relacionadas ao perfil social e econômico e do atendimento, bem como da assistência aos casos de sífilis na gestação e seu(s) parceiro(s) no momento do pré-natal. A análise desses prontuários serviu para proceder o julgamento do acesso e qualidade das ações de prevenção a TV da sífilis oferecida às gestantes.

Para comentar os vínculos causais da intervenção no momento real, as informações foram obtidas de fonte primária (entrevista semi-estruturada e roteiro de observação). Nas entrevistas, foi utilizado um roteiro semi-estruturado em que foram combinadas questões abertas e fechadas (Anexos 4, 5, 6 e 7). A amostra dos informantes foi intencional, uma vez que foram escolhidos informantes chaves, considerados estratégicos na assistência. Foram convidados para participar das entrevistas todos os profissionais de saúde: médicos e enfermeiros das ESF, os responsáveis pelo laboratório e farmácia das ESF e das policlínicas de referência e os responsáveis pela coordenação da rede laboratorial e assistência farmacêutica no município.

Quanto à definição de gestantes a serem entrevistadas, estabeleceu-se como critério de inclusão as gestantes a partir do sexto mês de gestação, para que fosse possível obter informações sobre o segundo exame de VDRL. Observou-se que a organização do agendamento de consulta para gestante na ESF é definida em um dia na semana, normalmente no período matutino, atingindo uma média de 12 consultas diárias em que estão incluídas as primeiras consultas de

pré-natal e consultas de puerpério. Desta forma, definiu-se que seria possível entrevistar em torno de 10 gestantes, sendo cinco em cada uma das USF.

Para compreender a organização da rede de atenção à saúde, provisionamento de insumos e ações necessárias para o bom andamento do programa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito gestantes durante a consulta pré-natal. Além disso, foram entrevistados: três profissionais de saúde (dois médicos e um enfermeiro), cinco profissionais responsáveis pelos laboratórios (USF, Policlínicas e Laboratório Central), e cinco profissionais responsáveis pela farmácia (USF, Policlínicas e Almoxxarifado Central). Quanto à estrutura física, insumos e recursos humanos disponíveis, as informações foram coletadas a partir de um roteiro de observação nas USF (Anexo 8).

Para melhor visualizar as etapas metodológicas, elaborou-se o quadro 9 constituído da sistematização do processo.

Quadro 9 - Desenho metodológico, fonte de informação e número de observações realizadas.

Tipo de estudo	Tipo de procedimento	Fonte de informação	Observações
Estudo Transversal	Identificação de caso e revisão do prontuário.	Instrumento de Revisão de Prontuário	44 casos dos 50 casos levantados no SINAN
	Identificação de não caso e revisão de prontuário	Instrumento de Revisão de Prontuário	51 não casos
Estudo de caso múltiplo	Entrevista com médicos e enfermeiros	Entrevista semi-estruturada	3 entrevistas (2 médicos e 1 enfermeiro)
	Entrevista com responsáveis pelo laboratório	Entrevista semi-estruturada	5 entrevistas (2 ESF, 2 Policlínicas e 1 Laboratório Central)
	Entrevista com responsáveis pela Farmácia	Entrevista semi-estruturada	5 entrevistas (2 ESF, 2 Policlínicas e 1 almoxxarifado central)
	Observação de infra-estrutura	Roteiro de observação	2 observações (ESF A e B)
	Análise documental	Atas do CMS e Ouvidoria, Relatório de Conferencia Municipal de Saúde, PAM, PMS e Relatório de Gestão	Análise das fontes documentais referentes aos anos de 2007 a 2009
Total de observações realizadas		95 revisões de prontuários, 8 entrevistas com gestantes, 13 entrevistas com profissionais de saúde, 2 observações e 16 documentos institucionais analisados.	

Todos os instrumentos foram submetidos a uma análise dos principais atores envolvidos na avaliação e pré-testados em uma ESF situada na Região Norte do município. Após essa etapa, os instrumentos de coleta foram aprimorados de acordo com as necessidades da avaliação.

Na coleta de dados realizada entre os meses de janeiro a março de 2010, desenvolveu-se o trabalho de campo em que foram revisados os prontuários de gestante com sífilis notificadas nos anos de 2007 e 2008. Essa fase da pesquisa foi precedida pelo envio de ofício da GDRH da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá – SMS/Cuiabá, autorizando a coleta de dados. Pretendia-se fazer a revisão de 50 prontuários de gestantes com sífilis levantadas no SINAN, porém apenas foram encontrados e disponibilizados para a pesquisa 44 prontuários.

A revisão dos prontuários e realização da coleta levaram, aproximadamente, 30 dias, devido ao fato de as unidades de saúde notificadoras estarem distribuídas por várias regiões de saúde do município. No primeiro encontro explicava-se, em cada uma das unidades, o objetivo da pesquisa e estabelecia um agendamento de um próximo encontro em uma nova data, considerando que esse tempo seria necessário para se localizar os prontuários. Isso fez com que essa fase tornasse o trabalho cansativo e demorado. Nos casos em que a unidade notificadora era uma maternidade escola (HGU e HUJM), foi necessário submeter o projeto de pesquisa à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa. Como algumas notificações estavam em duplicidade, foram excluídas. Houve unidade de saúde que não encontrou o prontuário, prejudicando a coleta do dado.

Todas as visitas foram acompanhadas por uma técnica do Programa de DST/AIDS e Hepatites Virais Municipal. A coleta de dados nas ESF foi realizada pela responsável pela pesquisa, a qual permaneceu, em média, uma semana em cada unidade. Nessa fase, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, através de perguntas seguindo um roteiro pré-estabelecido. Foi também preenchido o roteiro de observação sobre a infra-estrutura e insumos disponíveis na unidade. Ainda foi identificada e realizada a revisão dos prontuários de gestantes que realizaram o pré-natal em 2007 a 2008, somando um total de 51 prontuários. Embora tenha previsto a realização de 10 entrevistas semiestruturada com gestantes, foram entrevistadas oito consideradas elegíveis (cinco na ESF A e três na ESF B). Em uma das USF só foi possível entrevistar três gestantes, provavelmente pela interferência voluntária do técnico que decidiu pela indicação das gestantes no momento da entrevista, dificultando a seleção e inibindo a participação de algumas delas.

Os dados secundários (PMS, RAG, PAM, Atas CMS, Ouvidoria e Relatório de Conferência) foram coletados em formulário padronizado (Anexo 3), observando a existência, ou não, de definição de metas, planejamento de insumos e outras estratégias de prevenção à TV da sífilis. As informações obtidas serviram para responder se a estrutura organizacional provê condições de qualidade necessárias, atendendo à norma estabelecida. Foram também coletados dados nos bancos (IBGE e IPDU) que subsidiaram a análise da vulnerabilidade e iniquidades sociais.

Os dados quantitativos (secundário e primário) referentes à revisão de prontuário e às entrevistas foram organizados em um banco de dados único, utilizando-se o programa da Microsoft Excel, versão 2007. Foram agrupados através de tabela dinâmica na qual calcularam-se as porcentagens, segundo as variáveis selecionadas.

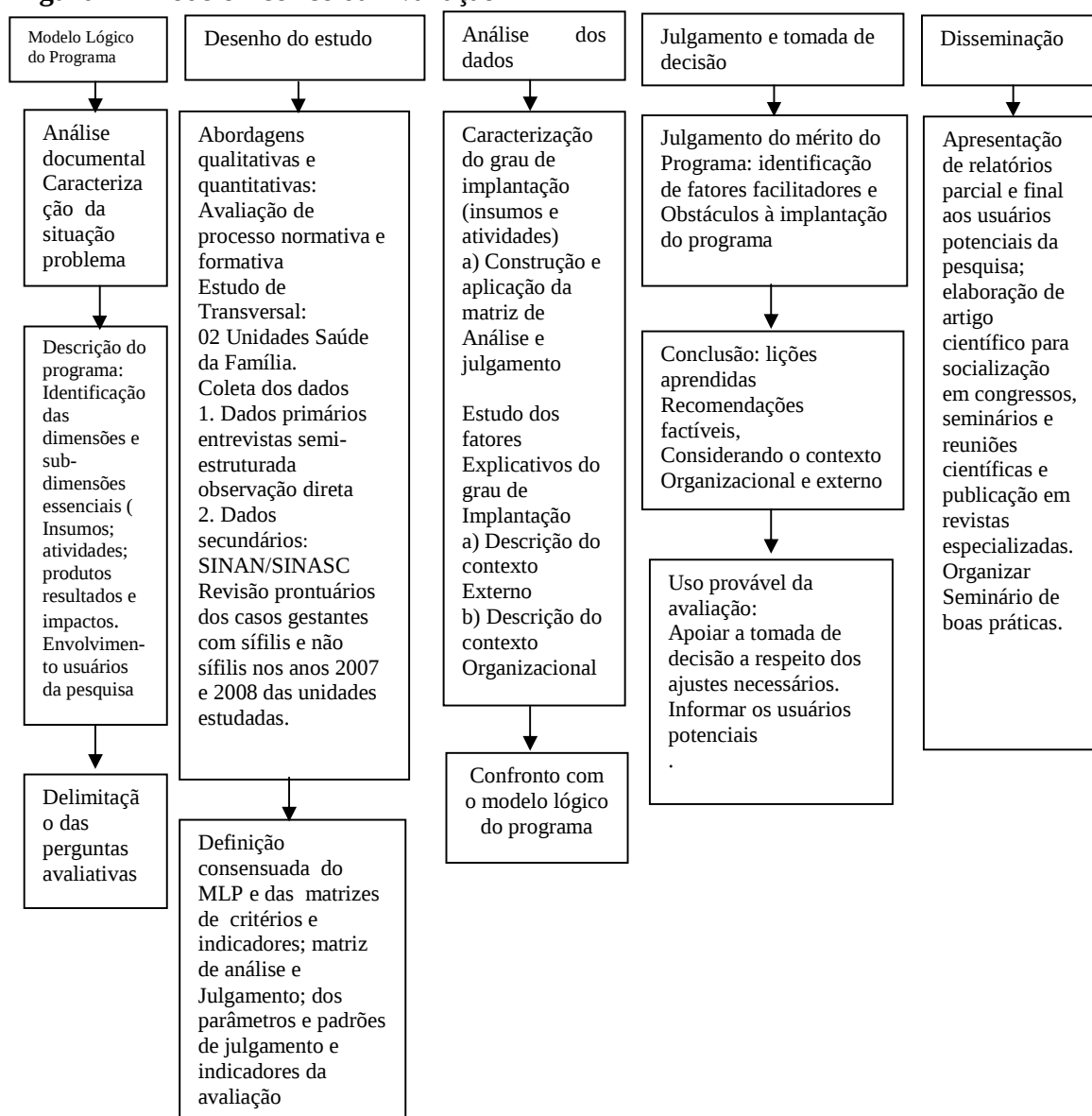
As falas dos entrevistados, referentes a dados qualitativos, foram agrupadas por segmento e repetição de ideias e categorizados por relevância atribuída pela pesquisadora. A observação direta foi realizada na USF, utilizando-se um roteiro de observação padronizado. Os dados oriundos da observação direta foram consolidados manualmente.

Os resultados foram utilizados para responder se os insumos estão disponíveis, se as ações estão ocorrendo no momento oportuno para evitar o caso e se ações estão sendo realizadas conforme preconizado.

Buscou-se, na análise dos dados e interpretação dos resultados, responder às perguntas avaliativas, propiciando a explicação do grau de implantação do programa a partir das categorias aceitável, incipiente ou crítica. Os achados serviram de base para um conjunto de recomendações aos gestores de saúde de Cuiabá. Além disso, propôs-se que esses achados sejam divulgados das seguintes formas: (1) disponibilização e apresentação dos resultados aos usuários potenciais e ao Gestor Municipal conforme acordado anteriormente; (2) realização de um Seminário em Avaliação com a participação de todos os envolvidos na pesquisa, para socialização dos achados; (3) elaboração de trabalhos científicos para socialização em congressos, seminários e reuniões científicas; submissão à publicação em revistas especializadas.

Por fim, sintetizou-se, na figura 2, a metodologia desenvolvida através do desenho do modelo teórico da avaliação – MTA, que, segundo Medina⁵¹, é uma importante ferramenta para descrever o desenho da avaliação, especificando as técnicas de coleta e de análise dos dados, descrevendo critérios e valores utilizados na avaliação.

Figura 2 - Modelo Teórico da Avaliação



Fonte: Adaptado de Santos et al.²⁹

b) Aspectos Éticos

Esta pesquisa recebeu autorização do gestor municipal, parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) nº 159/09- CAAE: 0171.0.031.000-09 e dos Comitês de Ética dos hospitais HUJM nº 749/CEP/09 e HGU nº 195/UNIC/2009, pois atendeu a todos os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo estão organizados para responder às perguntas avaliativas e medir o grau de implantação do programa de prevenção da TV da sífilis. Para a análise de conformidade, compararam-se os prontuários de casos e não casos, considerando pontos em comum. Para compreender as sub-dimensões disponibilidade e oportunidade, utilizaram-se as informações das duas USF contrastantes. Consideraram-se ainda elementos do contexto externo e organizacional que, presumidamente, contribuíram para que a prevalência de SC seja mantida.

5.1 Caracterização do Grau de Implementação das Ações de Prevenção à Transmissão Vertical da Sífilis

Os insumos estratégicos para realização das atividades de controle da TV da sífilis foram analisados, considerando a sub-dimensão disponibilidade na qual se elegeram quatro critérios/indicadores de insumos: recursos humanos, testagem (VDRL), medicamentos e insumos de prevenção (preservativos e material educativo). Para verificação dos índices, foram consideradas as entrevistas com profissionais de saúde (n=13) e o roteiro de observação das duas ESF de quatro farmácias e de quatro pontos de coleta e entrega de exame laboratorial. Os resultados subsidiaram a construção da matriz de análise e julgamento apresentada no quadro 10.

Quadro 10 - Matriz julgamento: componente estrutural dos insumos

Insumos	Indicadores de Disponibilidade	PM	PO	GI	GIT
		Nº		%	
RH	Existência de profissionais médicos e enfermeiros com 40h disponíveis na ESF	8	8	100	100
Testagem VDRL	Realização de coleta de amostra de exames para sífilis na própria unidade do pré-natal	10	10	100	100
	Realização de entrega de resultados na própria unidade do pré-natal.	10	10	100	100
	Total do item	20	20	100	100
Medicamentos	Existência de medicamento penicilina g. benzatina na ESF	7	0	0	0
Insumos de prevenção	Existência de preservativos disponíveis na farmácia da ESF	10	10	100	100
	Existência de material informativo referente a prevenção da TV da sífilis afixado na ESF	10	0	0	0
	Total do item	20	10	50	50
Grau de implementação da Sub-dimensão		55,0	38,0	62,5	62,5

Fonte: dados coletados pela pesquisadora*entrevista semi-estruturada e roteiro de observação; Legenda: (PM) pontuação máxima (PO) pontuação obtida (GI) Grau de Implantação; (GIT) Grau de Implantação Total; Implementação aceitável; (IA) = 80 a 100 Pontos; Implementação incipiente (II) 40 a 79,9 Pontos; Implementação crítica (IC) 0 a 39,9 pontos

Na matriz de julgamento do componente estrutural insumo, o GIT obtido foi de 62,5%, caracterizado como uma implementação incipiente (II). Foram observados os seguintes critérios: existência de profissionais médicos e enfermeiros com 40h disponíveis na ESF; realização de coleta de amostra de exames para sífilis na própria unidade do pré-natal; realização de entrega de resultados na própria unidade do pré-natal; disponibilidade de preservativos na farmácia da ESF recebeu a PM definida para o item. Entretanto, os itens a existência de medicamento penicilina g. benzatina na ESF estudadas (0,0), já que as gestantes com sífilis são referenciadas em uma policlínica, dificultando o acompanhamento da adesão ao tratamento dos casos de sífilis na gestação e existência de material informativo referente à prevenção da TV da sífilis afixado na ESF (0,0) foram os itens que mais pesaram para a não obtenção da PM esperada. Pode-se obter uma melhor visualização do grau de implementação da sub-dimensão disponibilidade através do Quadro 11.

Quadro 11 - Grau de implementação dos insumos

Insumos	Critérios/indicadores de Disponibilidade	Índice de implantação do insumo	Índice de Implementação da dimensão
RH	Existência de profissionais médicos e enfermeiros com 40h disponíveis na ESF	100	100
Testagem VDRL	Realização de coleta de amostra de exames para sífilis na própria unidade do pré-natal	100	100
	Realização de entrega de resultados na própria unidade do pré-natal.	100	
Medicamentos	Existência de medicamento penicilina g. benzatina na ESF	0	0
Insumos de Prevenção	Existência de preservativos disponíveis na farmácia da ESF	100	50
	Existência de material informativo referente a prevenção da TV da sífilis afixado na ESF	0	
Grau de implementação da Sub-dimensão		Incipiente (62,5%)	

Para verificação dos índices relacionados a atividades realizadas de maneira oportuna e em conformidade com a norma, elegem-se como estratégicos cinco critérios que estimaram o grau de implementação total (GIT) em incipiente (40,6%), sendo que o grau de implementação para a sub-dimensão oportunidade foi crítico (23,0%) e incipiente para a conformidade (57,0%) (Quadro 12).

Para a realização das ações de humanização no pré-natal, o GIT foi de 39,9%, considerado crítico. O critério/indicador que obteve uma pontuação aceitável para a sub-dimensão de

conformidade foi a existência de rotina para captação precoce de gestante (10), e os críticos foram a existência de grupo de gestante formado (0) e a existência de práticas de educação em saúde (0). Os itens críticos para a sub-dimensão oportunidade foram: a existência de profissionais capacitados (0) e a existência de protocolo para prevenção da TV da sífilis disponível na USF (0).

Para o item testagem no pré-natal, o GIT foi de 54,6%, a PM obtida para a sub-dimensão oportunidade foi o percentual de gestantes com sífilis com diagnóstico oportuno (10) e, para a sub-dimensão conformidade, foi a existência de mecanismos de priorização de exames para gestantes (10). O ponto crítico para a sub-dimensão oportunidade foi o percentual de gestante que receberam o resultado do VDRL em até 15 dias (3).

Para o tratamento da gestante concomitante com o parceiro, o GIT alcançado foi de 72,5% e a PM obtida para a sub-dimensão conformidade foram: a existência de rotina de acompanhamento da gestante quando referenciado para outros serviços (9) e a existência de mecanismos de busca de parceiros de gestantes com sífilis (10). O item percentual de gestantes tratadas concomitantes com os parceiros (11) foi considerado crítico para a sub-dimensão oportunidade. Segundo o estudo de Saraceni e Leal¹⁶, a convocação de parceiros ao local de pré-natal mostrou-se difícil, principalmente pela incompatibilidade entre o horário de funcionamento dos serviços de saúde e o horário de trabalho deles. A falta de sintomas da doença em alguns casos, também apresentou-se como uma dificuldade na convocação de parceiros. Para as autoras, contudo, as ações que viabilizem o comparecimento do parceiro ao serviço de saúde para testagem e tratamento devem ser perseguidas para que o recém-nascido não venha a contrair a sífilis congênita¹⁶.

Enfim, o oferecimento de preservativo - o GIT - foi 0,0%, e a notificação foi de 50%. Para Araujo et al.⁵², a falta de notificação ainda acarreta distorções no planejamento das ações de saúde por parte dos órgãos gestores nas três esferas de governo. As autoras Saraceni e Leal¹⁶ destacam a sensibilização e capacitação dos profissionais como estratégias necessárias para se ter o conhecimento da magnitude da incidência.

Quadro 12 - Matriz de julgamento: componente estrutural atividade

Atividades	CrITÉrios/indicadores de Oportunidade	PM	PO	GI	CrITÉrios/indicadores de Conformidade	PM	PO	GI	GIT
Realização das ações de humanização no pré-natal	Existência de profissionais capacitados para a prevenção à transmissão vertical da sífilis.	10	0	0					0,0
	Existência de protocolo para prevenção de transmissão vertical da sífilis disponível para consulta.	10	0	0	% de prontuários de gestantes com cópia do cartão da gestante informado	10	3,3	33,0	39,9
					% de gestante acompanhada em pré-natal por ESF frente ao estimado	10	4,2	42,0	
					Existência de grupo de gestante formado e com reunião regular	10	0	0	
					Existência de rotina de visitas domiciliares no pré-natal	9	4,1	45,0	
					Existência de rotina para captação precoce de gestante.	10	10	100,0	
					Existência de práticas de educação em saúde para gestantes em pré-natal	10	0	0	
					Existência de maternidade de referência para o parto definida	10	10	100,0	
					% de 7 ou + consultas realizadas por gestante no pré-natal.	10	3,9	39,0	
Realização da testagem no pré-natal	% de gestantes que tiveram seu teste VDRL realizado no 1º trimestre de gravidez	10	3,5	35,0	Existência de mecanismos de priorização de exames para gestantes	10	10	100,0	54,6
	% de gestantes que realizaram o 2º teste VDRL na 30ª semana de gestação .	10	1,3	13,0					
	% de gestante que tiveram ao menos um teste solicitado no momento do pré-natal.	10	7,67	76,7					
	% de gestante que receberam o resultado do exame VDRL em 15 dias após coleta	10	0,3	3,0					
	% de gestantes com sífilis com diagnóstico oportunas	10	10	100,0					
	% de parceiros diagnosticados oportunamente	10	2,2	22,0					22,0
Realização de tratamento concomitante gestante e parceiro					Existência de rotina de acompanhamento da gestante quando referenciada para outros serviços	9	9	100,0	100,0
	% de prontuários com registro de tratamento para sífilis durante a gestação/parto	10	8,9	89,0	Existência de mecanismos de acompanhamento de adesão ao tratamento.	10	9	90,0	72,5
	% de gestantes tratadas concomitante com os parceiros.	10	1,1	11,0	Existência de mecanismos de busca de parceiros de gestantes com sífilis	10	10	100,0	
Oferecimento preservativo	% de gestantes que usam o preservativo em todas as relações sexuais	10	0	0	Existência de mecanismo de acompanhamento de adesão ao preservativo	10	0	0	0,0
Notificação					Existência de casos de gestante com sífilis notificadas por ESF	10	5	50,0	50,0
Grau de Implementação das sub-dimensões		110	35,0	23,0		138	78,5	56,9	57,0

Fonte: dados coletados pela pesquisadora* entrevista semi-estruturada, prontuários de gestantes, roteiro de observação e (SINAN); Legenda: (PM) pontuação máxima (PO); pontuação obtida (GI) Grau de Implantação; (GIT) Grau de Implantação Total; Implementação aceitável (IA) = 80 a 100 pontos; Implementação incipiente (II) 40 a 79,9 pontos; Implementação crítica (IC) 0 a 39,9 pontos.

O Quadro 13 apresenta visualmente que o componente estrutural atividade possui o GIT crítico (IC) para a realização das ações de humanização do pré-natal e oferecimento do preservativo, é incipiente(II) na realização da testagem no pré-natal, na realização de tratamento da gestante concomitante com o parceiro e na notificação dos casos de sífilis na gestação. A dificuldade de investigação e notificação dos casos de SC é destacada por Saraceni e Leal ¹⁶ em estudo sobre avaliação da efetividade das campanhas de eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal no município do Rio de Janeiro. Para as autoras, uma possível solução seria sensibilizar e capacitar os profissionais como estratégias, para que dessem conta da magnitude da incidência.

Quadro 13 - Grau de implementação das atividades, sub-dimensão oportunidade

Atividades	Critérios/indicadores de Oportunidade	Índice de Implantação da Atividade	Índice de Implementação da dimensão.
Realização das ações de humanização no pré-natal	Existência de profissionais entrevistados capacitados para a prevenção à transmissão vertical da sífilis.	0	0
	Existência de protocolo para prevenção de transmissão vertical da sífilis disponível para consulta.	0	
Realização da testagem no pré-natal	% de gestantes que tiveram seu teste VDRL solicitado no 1º trimestre de gravidez	35	41.6
	% de gestantes que realizaram o 2º teste VDRL .	13	
	% de gestante que tiveram seu teste solicitado	76,7	
	% de gestante que receberam o resultado do exame VDRL em 15 dias após coleta	3	
	% de gestantes com sífilis com diagnóstico oportunas	100	
	% de parceiros diagnosticados oportunamente	22	
Realização de tratamento concomitante gestante e parceiro	% de prontuários com registro de tratamento para sífilis durante a gestação.	89	50
	% de gestantes tratadas concomitante com os parceiros.	11	
Oferecimento preservativo	% de gestantes que usam o preservativo em todas as relações sexuais	0	0
Grau de Implementação da sub-dimensão		Crítico (23,0%)	

No Quadro 14, pode-se observar que os aspectos programáticos fundamentais para implementação do programa de prevenção da TV da sífilis alcançaram percentuais críticos (< que 39,9%). Observou-se que 63,6% dos critérios/indicadores estão na faixa crítica, destacando-se os seguintes itens que mais pesaram na classificação: o percentual de gestantes com o 1º exame realizado até o 3º mês de gestação (35%) e o percentual de gestantes que realizaram o 2º exame

de VDRL no momento do pré-natal (13%). Tais resultados remetem à reflexão sobre o pensamento de Merhy⁵³, para quem os trabalhadores têm que se responsabilizar por uma boa parte da qualidade da assistência que ofertam. O mesmo autor ainda reforça que cabe aos trabalhadores de saúde, no cotidiano dos trabalhos e no processo coletivo de gestão dos serviços, responsabilizarem-se pela construção de outro proceder em saúde, orientado pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário e a equipe de saúde.

Embora seja baixa a prevalência de casos de sífilis na gestação acompanhadas em pré-natal por USF, identificou-se, nesta pesquisa, que 89% delas tiveram tratamentos considerados adequados (tratamento completo, adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto). Apenas 11% dos parceiros foram tratados concomitantes ao tratamento dado às gestantes, configurando um percentual menor que o encontrado no estudo realizado por Duarte (2007) no estado de Mato Grosso (42,1%).

Infere-se dos percentuais críticos das gestantes que tiveram teste de VDRL solicitado no 1º trimestre e os percentuais das que realizaram o 2º teste de VDRL que ocorreu uma captação tardia das gestantes. O estudo de Saraceni e Leal¹⁶ também demonstrou graves deficiências na triagem sorológica da sífilis na gestação, refletindo a baixa qualidade da assistência no pré-natal.

Esses fatores podem estar contribuindo para o percentual de 41% (n=24) de gestantes com sífilis notificadas por maternidades, sem constar, nos prontuários do parto, informações referentes à realização do pré-natal. Para o Departamento da Atenção Básica – DAB/MS, um elemento fundamental na organização da atenção primária é o cadastro e acompanhamento da população restrita à área de abrangência de cada USF.

Quadro 14 - Grau de implementação das atividades, sub-dimensão conformidade

Atividades	Critérios/indicadores de Conformidade	Índice de Implantação da atividade	Índice de Implantação da dimensão
Realização das ações de humanização no pré-natal	% de prontuários de gestantes com cópia do cartão da gestante informado	33	45,0
	% de gestante acompanhada em pré-natal por ESF frente ao estimado	42	
	Existência de grupo de gestante formado e com reunião regular	0	
	Existência de rotina de visitas domiciliares no pré-natal	45	
	Existência de rotina para captação precoce de gestante.	100	
	Existência de práticas de educação em saúde para gestantes em pré-natal	0	
	Existência de maternidade de referência para o parto definida	100	
	% de 7 ou + consultas realizadas por gestante no pré-natal.	39	
Realização da testagem no pré-natal	Existência de mecanismos de priorização de exames para gestantes	100	100
Realização de tratamento concomitante gestante e parceiro	Existência de rotina de acompanhamento da gestante quando referenciada a outros serviços	100	96,6
	Existência de mecanismos de acompanhamento de adesão ao tratamento.	.90,0	
	Existência de mecanismos de busca de parceiros de gestantes com sífilis	100	
Oferecimento preservativo	Existência de mecanismo de acompanhamento de adesão ao preservativo	0	0
Notificação	Existência de casos de gestante com sífilis notificadas por ESF	50	50
Grau de implementação da sub-dimensão		Incipiente (57,0%)	

No quadro 14, observa-se que os aspectos da conformidade para o componente estrutural atividade alcançaram percentuais incipientes (57,0%). Verificou-se que 40% dos critérios/indicadores encontram-se aceitáveis e 33,3% estão na faixa crítica. Entre os itens que se destacam como favoráveis, está a existência da rotina para captação precoce de gestante (100%). Contudo, a média anual de gestante acompanhada em pré-natal por USF (25 USF A e 41 USF B) equivale a 42% do número de NV registrados no SINASC (2009), segundo bairro de residência da mãe. Outro fator que chamou a atenção foi o fato de a existência de casos de gestante com sífilis notificadas por USF ser considerada incipiente.

Verificou-se, neste estudo, que ESF A (n=59 NV) detectou dois casos de gestantes com sífilis em 2007 e atingiu o número estimado de, aproximadamente, um caso a cada dois anos. Já

a ESF B (n=98 NV) não notificou nenhum caso de sífilis em gestante (2007 e 2008). Sendo assim, não encontrou o número previsto de um caso ao ano. Segundo estudos sentinela nacional, a prevalência de sífilis para a região centro-oeste é de 1,3% em gestantes¹⁰.

Verificou-se que, em Cuiabá, o percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal foi de 39%, ficando abaixo do alcançado pelo município em 2008 (63,3%) e do esperado pelo MS para a gestante em geral (70%). Embora o PHPN ¹⁹ recomende para as gestações de risco habitual no mínimo seis consultas de pré-natal, a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas é um indicador indireto de monitoramento da qualidade e acesso a serviços básicos de saúde. Entretanto, esse indicador deve ser confrontado com indicadores de mortalidade (infantil e materna) bem como de morbidades, como são os casos de SC em que somente representa falha no atendimento.

A partir dos resultados apresentados, foi possível apontar que o grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis no pré-natal em Cuiabá encontra-se incipiente, atendendo a 47,5% dos critérios/indicadores definidos para a classificação.

5.2. Fatores do contexto externo e organizacional associados ao grau de implantação do programa

a) Caracterização do Município de Cuiabá

O município de Cuiabá, capital do estado, é considerado o principal pólo da economia de Mato Grosso, apresentando uma extensão de 3.538,17 Km², sendo 254,72 Km² na macro-zona urbana e 3.283,60 km² na área rural. O município possui quatro regiões administrativas criadas pela lei nº 3.264/94: Norte (Morada da Serra e arredores), Sul (Coxipó), Oeste (bairros localizados a margem direita do córrego da Prainha) e Leste (bairros localizados à margem esquerda do córrego da Prainha). Também integram ao município de Cuiabá os Distritos de Coxipó da Ponte, Coxipó do Ouro e Guia.

A economia, em Cuiabá, está centralizada no comércio varejista e na indústria (agroindústria). Na agricultura, cultiva-se lavoura de subsistência e hortifrutigranjeiros.

Cuiabá apresentava, em 2008, uma estimativa populacional de 544.737 habitantes. Desse total, 51,5% são do sexo feminino e 48,5% do sexo masculino. Esses dados revelam que o predomínio da população feminina acompanha a tendência nacional. A população feminina de 10

a 49 anos, considerada em idade fértil (190.736), correspondendo a 33,4% da população geral e 67,3% da população feminina. A população residente na área urbana correspondeu a 98,5% (Tabela 2).

Tabela 2 - Estimativa populacional em Cuiabá, MT, 2008.

População	Masculina		Feminina		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbana	260.235	98,50	276.331	98,50	536.566	98,50
Rural	3.963	1,50	4.208	1,50	8.171	1,50
Total	264.197	100,00	280.540	100,00	544.737	100,00

Fonte: IBGE/ DATASUS; Nota: Excluída população com sexo ignorado.

Segundo censo do IBGE 2000, a população acima de 10 anos, com menos de um ano de instrução, perfaz um total de 22.250 habitantes (4,0%) e 31,8% têm de um a sete anos de estudo (173.278 pessoas)⁴⁹.

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH - do município era de 0,821, ocupando a 3ª posição no estado e a 10ª posição entre as capitais do país (IBGE), considerada ideal (PNUD, 2000)^{49,54}.

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar/IBGE realizada em 2003, a incidência de pobreza em Cuiabá é de 27,63%, sendo que 8,2% da população têm um rendimento nominal mensal de até um salário mínimo- SM e 17,12% de até três SM. Em estudo sobre a relação renda e taxa de fecundidade, Berquó e Cavenaghi⁵⁵ constataram que as mulheres que vivem em domicílios com renda *per capita* de até um quarto do salário mínimo apresentam taxa quatro vezes maior do que as que vivem em domicílios com cinco ou mais salários mínimos per capita^{55,56}.

O Quadro 15 mostra a distribuição de renda nas quatro regiões administrativas do município, com destaque de 23 bairros com renda média abaixo de 2,91 SM. Esses bairros são, portanto, consideradas áreas de vulnerabilidade social para os casos sífilis na gestação.

A obtenção desses dados deu-se através de cálculos realizados a partir do valor médio do rendimento mensal, valor do rendimento nominal mediano mensal das pessoas com rendimento responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, segundo os bairros e divulgados pelo IBGE⁴⁹ e pelo IPDU⁵⁷. Na figura 3, destacam-se os bairros de baixa renda situados na periferia do município em tons mais verde.

Quadro 15 - Renda abaixo de 2,91 SM por bairro e região administrativa em Cuiabá, MT, 2000

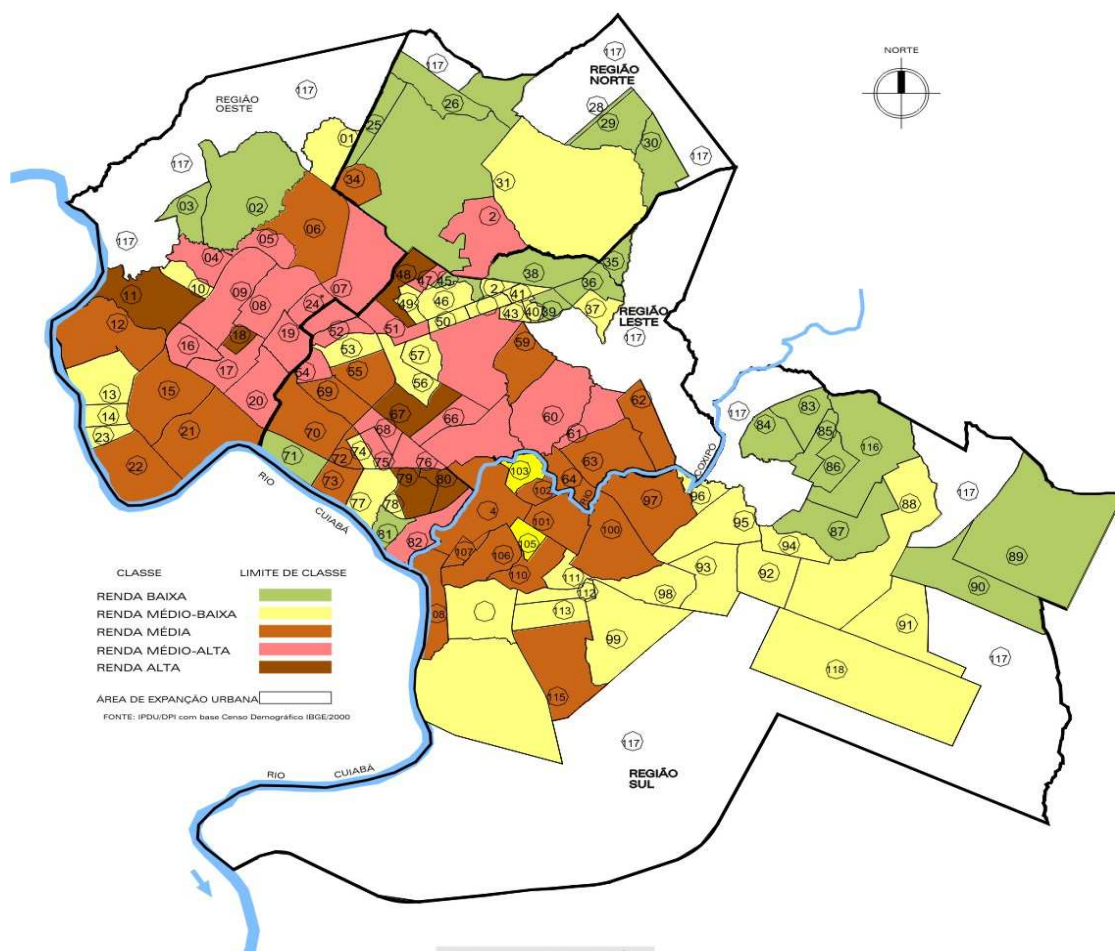
Bairros	Região Adm.	Responsáveis pelos Domicílios	Rendimento			
			Total (R\$)	Médio (R\$)	Médio (S.M.)	Mediano (R\$)
1. Santa Laura	Sul	518	157.405,00	303,87	2,01	250,00
2. Jardim Fortaleza	Sul	845	281.577,00	333,23	2,21	300,00
3. Jardim Vitória	Norte	1.937	656.506,00	338,93	2,24	300,00
4. Jardim Florianópolis	Norte	893	303.794,00	340,19	2,25	300,00
5. Pedra 90	Sul	4.069	1.433.926,00	352,40	2,33	290,00
6. Nova Conquista	Norte	184	67.042,00	364,36	2,41	300,00
7. Paraíso	Norte	947	344.783,00	364,08	2,41	300,00
8. São Sebastião	Sul	309	112.550,00	364,24	2,41	250,00
9. Três Barras	Norte	1.467	532.988,00	363,32	2,41	280,00
10. Osmar Cabral	Sul	844	318.829,00	377,76	2,50	300,00
11. Primeiro de Março	Norte	1.628	637.658,00	391,68	2,59	302,00
12. Sol Nascente	Leste	472	185.181,00	392,33	2,60	300,00
13. Planalto	Leste	1.274	502.583,00	394,49	2,61	300,00
14. São João Del-Rei	Sul	1.107	443.914,00	401,01	2,66	300,00
15. Novo Horizonte	Leste	821	333.844,00	406,63	2,69	300,00
16. Do Terceiro	Leste	414	169.576,00	409,60	2,71	280,00
17. CPA	Norte	331	135.941,00	410,70	2,72	300,00
18. Praeirinho	Leste	449	184.204,00	410,25	2,72	300,00
19. Nova Esperança	Sul	365	151.817,00	415,94	2,75	300,00
20. Bela Vista	Leste	832	353.349,00	424,70	2,81	300,00
21. Novo Colorado	Oeste	694	294.616,00	424,52	2,81	300,00
22. Ribeirão do Lipa	Oeste	443	191.035,00	431,23	2,86	300,00
23. Novo Mato Grosso	Leste	353	153.843,00	435,82	2,89	320,00

Fonte: Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Urbano, Diretoria de Pesquisa e Informação - IPDU/DPI, com base no Censo demográfico 2000, IBGE.

De acordo com o RAG/2008, o percentual de cobertura de rede geral de água, em Cuiabá, era de 98% dos domicílios, considerado melhor que a média nacional de 77,8%. Pode-se afirmar que o percentual de cobertura de rede geral de água contribui para a avaliação da condição de vida da população. No entanto, pode também ser utilizado na análise de risco para a saúde, uma vez que a falta de acesso à água de fonte segura favorece a proliferação de doenças⁵⁸.

A cobertura de rede geral de esgoto representava, em 2008, 38% das ligações de água, sendo que apenas 29% eram devidamente tratados. Dessa forma, estava abaixo da média nacional, que era de 47,2%. Portanto, o percentual de domicílios com acesso à rede de esgoto contribui para a avaliação da condição de vida da população, bem como para análises de riscos à saúde associados a fatores ambientais⁵⁸.

Figura 3 - Geomapeamento de renda por bairro e região administrativa em Cuiabá, MT, 2000



BAIRROS DE CUIABÁ

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--|
| 01 - JARDIM UBIRAJARA | 34 - PAIAGUÁS | 67 - JARDIM DAS AMÉRICAS | 100 - SÃO JOSÉ |
| 02 - RIBEIRÃO DO LIPA | 35 - NOVO HORIZONTE | 68 - RICO DO AMOR | 101 - PARQUE OHARA |
| 03 - NOVO COLORADO | 36 - PLANALTO | 69 - DO POÇÃO | 102 - JARDIM DAS PALMEIRAS |
| 04 - JARDIM MARIANA | 37 - RESIDENCIAL ITAMARATI | 70 - DOM AQUINO | 103 - JORDÃO |
| 05 - SANTA MARTA | 38 - NOVO MATO GROSSO | 71 - DO TERCEIRO | 104 - COXIPÓ |
| 06 - DESPRAIADO | 39 - SOL NASCENTE | 72 - JARDIM PAULISTA | 105 - VISTA ALEGRE |
| 07 - ALVORADA | 40 - JARDIM ELDORADO | 73 - JARDIM EUROPA | 106 - JARDIM GRAMADO |
| 08 - DO QUILOMBO | 41 - RESIDENCIAL SÃO CARLOS | 74 - CAMPO VELHO | 107 - COOPHEMA |
| 09 - DUQUE DE CAXIAS | 42 - SÃO ROQUE | 75 - JARDIM TROPICAL | 108 - SÃO GONÇALO BEIRA RIO |
| 10 - RIBEIRÃO DA PONTE | 43 - RESIDENCIAL SANTA INÊS | 76 - JARDIM PETRÓPOLIS | 109 - PARQUE GEORGIA |
| 11 - SANTA ROSA | 44 - CARUMBÊ | 77 - GRANDE TERCEIRO | 110 - NOSSA SENHORA APARECIDA |
| 12 - BARRA DO PARI | 45 - BELA VISTA | 78 - PRAIEIRO | 111 - JARDIM COMODORO |
| 13 - JARDIM SANTA ISABEL | 46 - DOM BOSCO | 79 - JARDIM CALIFÓRNIA | 112 - COHAB SÃO GONÇALO |
| 14 - CIDADE VERDE | 47 - TERRA NOVA | 80 - JARDIM SHANGRI-LÁ | 113 - JARDIM MOSSORÓ |
| 15 - CIDADE ALTA | 48 - JARDIM ACLIMAÇÃO | 81 - PRAIEIRINHO | 114 - PARQUE ATALAIA |
| 16 - JARDIM CUIABÁ | 49 - CANJICA | 82 - BELA MARINA | 115 - PARQUE CUIABÁ |
| 17 - DA GOIABEIRA | 50 - CAMPO VERDE | 83 - OSMAR CABRAL | 116 - ZONA DE EXPANSÃO URBANA DO MANDURI |
| 18 - POPULAR | 51 - BOSQUE DA SAÚDE | 84 - SÃO JOÃO DEL REI | 117 - ÁREA DE EXPANSÃO URBANA |
| 19 - CENTRO NORTE | 52 - DO BAU | 85 - JARDIM FORTALEZA | 118 - DISTRITO INDUSTRIAL |
| 20 - CENTRO SUL | 53 - DA LXEIRA | 86 - SANTA LAURA | |
| 21 - DO PORTO | 54 - DOS BANDEIRANTES | 87 - SÃO SEBASTIÃO | |
| 22 - COOPHAMIL | 55 - DO AREÃO | 88 - PASCOAL RAMOS | |
| 23 - NOVO TERCEIRO | 56 - JARDIM LEBLON | 89 - PEDRA 90 | |
| 24 - DOS ARAÚS* PARCIAL LESTE | 57 - PEDREGAL | 90 - NOVA ESPERANÇA | |
| 25 - JARDIM FLORIANÓPOLIS | 58 - JARDIM ITÁLIA | 91 - JARDIM INDUSTRIÁRIO | |
| 26 - JARDIM VITÓRIA | 59 - MORADA DOS NOBRES | 92 - JARDIM PASSAREDO | |
| 27 - PARAÍSO | 60 - SANTA CRUZ | 93 - SÃO FRANCISCO | |
| 28 - NOVA CONQUISTA | 61 - RECANTO DOS PÁSSAROS | 94 - LAGOA AZUL | |
| 29 - PRIMEIRO DE MARÇO | 62 - JARDIM IMPERIAL | 95 - TIJUCAL | |
| 30 - TRÊS BARRAS | 63 - JARDIM UNIVERSITÁRIO | 96 - JARDIM DOS IPÊS | |
| 31 - MORADA DA SERRA | 64 - CACHOEIRA DAS GARÇAS | 97 - ALTOS DO COXIPÓ | |
| 32 - MORADA DO OURO | 65 - BOA ESPERANÇA | 98 - JARDIM PRESIDENTE | |
| 33 - CENTRO POLÍTICO ADMINISTRATIVO | 66 - UFMT (CAMPUS UNIVERSITÁRIO) | 99 - RESIDENCIAL COXIPÓ | |

Fonte: IPDU/2007

b) Caracterização das Equipes de Saúde da Família

Essa etapa pretendeu caracterizar as equipes de saúde da família do estudo em relação ao contexto organizacional, a fim de avaliar a influência de suas características no risco da cadeia de transmissão da sífilis.

As duas ESF estudadas, apesar de estarem localizadas em bairros diferentes, apresentam características estruturais similares. As equipes estão instaladas em uma estrutura própria, porém atendem a duas ESF, dividindo alguns espaços físicos, equipamentos e servidores em comum e outros próprios (Quadro 16).

Quadro 16 - Síntese da estrutura disponível nas USF

Espaços físicos comuns às 2 USF	Espaços físicos de cada USF	Equipamentos comuns às 2 USF	Equipamento para cada USF	RH comuns às 2 USF	RH de cada USF
Salas de espera, vacina, curativo, coleta de exames, farmácia, informática, reunião, expurgo, copa e banheiros para usuários (M e F), deficientes e servidores.	Dois consultórios climatizados (1 com cama ginecológica e banheiro) Sala de recepção com arquivo e pré-consulta.	Bebedouro, televisão, cadeiras fixas da sala de espera e os mobiliários das salas comuns.	Mesas, cadeiras, armários, mesa ginecológica balança de adulto.	Dois seguranças, dois apoios administrativos, sendo que os responsáveis pela coleta e entrega de exames laboratoriais atendem a três USF, em dias alternados e, um responsável pela farmácia.	Um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), com 40 horas de trabalho por semana.

Fonte: Roteiro de observação

Os médicos que atuam nas duas ESF possuem qualificação (residência ou especialização em saúde da família), e uma das enfermeiras tem especialização em saúde do trabalhador. Os responsáveis pela farmácia nas USF e policlínicas são técnicos de nível médio, destacando-se apenas um de nível superior (biólogo). Os coordenadores da rede de laboratório e do almoxarifado central (assistência farmacêutica) do município são farmacêuticos.

Com relação a tempo de serviço nas ESF, detectou-se que os profissionais de nível médio estão há mais tempo desenvolvendo suas atividades nas unidades pesquisadas (3 a 11 anos). Já os médicos estão nas ESF há menos de seis meses e a enfermeira entrevistada há menos de um ano.

Verificou-se também que os profissionais possuem vínculo empregatício precário, pois todos são contratados temporariamente, o que pode estar levando a uma maior dificuldade na fixação dos profissionais nas equipes.

O PHPN¹⁹ prevê, no mínimo, duas visitas domiciliares por gestação durante o pré-natal. Nas ESF estudadas, segundo os profissionais de saúde entrevistados, as visitas domiciliares são realizadas pelos agentes comunitários de saúde – ACS, estratégia adotada para captação precoce das gestantes. Na revisão dos prontuários das gestantes acompanhadas em pré-natal (n=51), observou-se que 45% delas receberam a visita do ACS. Os profissionais (médicos e enfermeiros) relataram ainda que apenas realizam visitas nos casos mais graves ou quando necessário.

Quanto às atividades educativas, os profissionais de saúde relatam que existe material disponível. Porém, na observação direta, verificou-se a não existência de material específico para a prevenção da TV da sífilis. Os profissionais relataram também que, como não existe espaço adequado na unidade para programações de educação em saúde, necessitam buscar outros espaços na comunidade. Além disso, há falta de tempo devido ao acúmulo de atividades administrativas que dificultam a realização das reuniões com as gestantes. Entretanto, eles reconhecem a necessidade de se formar o grupo de gestante.

Observou-se que, nos insumos para prevenção, não há registro de falta preservativo. Todavia, 96% (n=51) dos prontuários de gestantes acompanhadas em pré-natal que foram revisados não apresentam informação sobre a oferta e disponibilização de preservativos. Além disso, 63% (n=8) das gestantes entrevistadas relataram o não uso do preservativo. Segundo os profissionais de saúde, a distribuição dos preservativos ocorre por demanda espontânea solicitada diretamente ao responsável pela farmácia, e não há nenhuma atividade de incentivo ao uso para as gestantes.

Nas entrevistas com os profissionais, verificou-se que não há falta de cartão da gestante na unidade. Contudo, 67% (n=51) dos prontuários revisados não tinham a cópia do cartão (cartão sombra) da gestante no prontuário, conforme é preconizado pelo PHPN.

As USF que participaram deste estudo realizam a coleta de exames e entregam os resultados na própria unidade. Porém, detectou-se, através de relato, que existem unidades no município que encaminham as gestantes para a coleta e recebimento do resultado na unidade de referência.

O laboratório que realiza o VDRL é terceirizado. A cota de exames é disponibilizada às unidades de coleta de sangue das ESF, as quais priorizam o atendimento da gestante. Os profissionais avaliam que a quantidade de exame disponibilizada atende as necessidades técnicas, porém 33,3% (n=51) dos prontuários revisados das gestantes acompanhadas em pré-natal não tinham a informação de realização de exame para sífilis. O Laboratório Central de Cuiabá - LACEC é responsável pelo exame confirmatório (FTA-ABS) e por acompanhar a execução do contrato com a empresa terceirizada para o VDRL e outros exames básicos.

Não há disponível, na USF, exemplar de protocolo de prevenção à transmissão vertical do HIV e sífilis para consulta, e nenhum dos profissionais entrevistados foi capacitado nos últimos três anos para prevenção à transmissão vertical da sífilis.

Não existe conselho gestor instituído em nenhuma das duas USF, apesar de ser considerado necessário conforme deliberação apontada no Relatório da Conferência Municipal (2007). De acordo com esse documento, os conselhos gestores devem ser capazes de monitorar a execução das deliberações da conferência e as metas do Plano Municipal de Saúde.

Quanto ao tratamento para sífilis na gestação, as unidades ESF não o realizam na própria USF, contrariando orientação do protocolo para prevenção de transmissão vertical do HIV e sífilis e Portaria nº 156/2006³⁴. Acompanhados de um formulário, os pacientes são encaminhados para tratamento em uma unidade de nível referência secundária (policlínica). Apesar da obrigatoriedade de o acompanhamento ocorrer através do retorno da informação pela referência, poucos serviços realizam contra-referência de maneira geral, segundo relato. Importante ressaltar que os profissionais entrevistados não sabem informar se este fluxo funciona adequadamente para a sífilis, já que não tiveram nenhum caso acompanhado. No entanto, todos os profissionais manifestaram interesse em ter a dispensa da medicação na própria USF.

Para realizar o tratamento do parceiro concomitante ao tratamento da gestante, os profissionais relatam que orientam a gestante a informar e trazer seu companheiro para o diagnóstico e tratamento da sífilis. Quando esta estratégia não surte efeito, solicitam o consentimento dela, para que um ACS possa ir à sua casa e convidar o referido parceiro a comparecer à USF. Uma estratégia que pode ser adotada como mecanismo de adesão dos parceiros ao uso do preservativo e ao tratamento é recomendar aos serviços de saúde que os parceiros sexuais de todas as gestantes participem de todo o atendimento ao pré-natal, com

aconselhamento para exames e informações sobre o uso do preservativo, bem como tratamento para os casos de sífilis⁵⁹.

De um modo geral, a estrutura das unidades de saúde é um ambiente limpo, sem umidade e sem mofo, os consultórios, salas de coleta de exames e farmácia são climatizados, não há incidência de luz sobre os medicamentos, não foram constatadas caixas de medicamentos no chão, significando que as ESF pesquisadas obedecem às normas sanitárias.

Contudo atribuíram-se limitações ao estudo referente às informações colhidas em fontes secundárias, uma vez que a confiabilidade da pesquisa dependeu da qualidade das anotações nos prontuários. Nos problemas encontrados, destacam-se: a legibilidade, a falta de preenchimento de informações importantes referente ao programa, como data da solicitação do exame (em alguns casos foram encontrados apenas a data do resultado do exame), falta de preenchimento de dados pessoais da gestante (anos de estudo, estado civil, ocupação, renda individual e familiar e raça) e falta de utilização do “cartão sombra” ou cópia do cartão da gestante com as devidas informações.

Outro problema identificado nas informações dos prontuários foi a ausência de uma Ficha ou Formulário padrão para o atendimento. Em alguns casos, as informações do atendimento à gestante estavam anotadas em uma folha de papel sulfite, sem identificação da Secretaria Municipal de Saúde, demonstrando improvisação, o que concorreu para a quantidade de informações ignoradas. Para Araujo et al.⁵², uma das especificidade do acompanhamento da gestante com VDRL reagente é a uniformidade no registro, definindo-se informações mínimas a constarem nos prontuários. Além disso, as autoras ainda reforçam a necessidade de treinamento contínuo dos profissionais de saúde.

c) Caracterização do Contexto Organizacional e sua Capacidade Técnica Gerencial

Para este trabalho, foram selecionados os indicadores mais restritos ao planejamento da SMS de Cuiabá para as ações de prevenção da TV da sífilis, como: a existência de parâmetro para planejamento de insumos e atividades, existência de orçamento específico para estas ações, metas para diminuição de casos de sífilis congêntas e o monitoramento destas metas, pactuação entre entes para redução da incidência da SC, priorização na agenda do CMS, acompanhamento das denúncias na Ouvidoria referente a dificuldades para conseguir atendimento dos casos de

sífilis na gestação ou SC, recursos humanos disponíveis, carga horária dos profissionais, tempo de permanência na equipe e política de educação continuada.

De acordo com o levantamento, pôde-se concluir que o município de Cuiabá possui orçamento e planejamento específicos para ações de prevenção à TV da sífilis. Entretanto, o parâmetro utilizado na definição da quantidade de exames disponíveis por ESF toma como base a série histórica de exames realizados em anos anteriores, mostrando com isso uma fragilidade logística. Os exames básicos, inclusive o VDRL, foram terceirizados através de convênio com a Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia - AFIP, ficando os exames mais complexos e os confirmatórios como o FTA-ABS sob a responsabilidade do Laboratório Central de Cuiabá-LACEC. Mudanças específicas, embasadas na Programação Pactuada Integrada – PPI, deverão ser implementadas no planejamento de insumos e atividades embasados em parâmetros, considerando a população estimada de gestantes (taxa de fecundidade) e o protocolo de prevenção da TV da sífilis ou o PHPN^{4, 19}.

No Plano Municipal de Saúde de 2006 a 2009, não há registro de meta de redução dos casos de SC. No Pacto de Indicadores de Gestão (SISPACTO), o indicador de redução de incidência dos casos de SC é complementar e não foi pactuado pelo município. Porém, nos RAG 2007 e 2008, há registro de monitoramento de tais indicadores no município, revelando relativa preocupação com a contenção da incidência de casos. Nas ações referentes à programação anual de DST e AIDS, constatou-se que, para reduzir casos de SC, a integralidade das ações intra-setoriais é frágil.

Quanto aos mecanismos de controle social, não se encontrou registro de deliberações acerca da prevenção de casos de TV da sífilis nas atas do CMS dos anos 2007 e 2008, assim como no Relatório da Conferência Municipal 2007. Segundo a ouvidora municipal de saúde, não houve nenhuma denúncia de pacientes com dificuldade de diagnóstico e atendimento a casos de sífilis na gestação ou sífilis congênita.

Observou-se que a equipe mínima de profissionais nas ESF e sua composição atendem ao requisito previsto na legislação. Porém, percebeu-se que a grande rotatividade de médicos e enfermeiros dificulta o estabelecimento de vínculo entre os membros da equipe e entre esta e os usuários dos serviços de saúde. A permanência do profissional na equipe, também, influencia na confiança e adesão dos usuários na prevenção e tratamento. Outra questão observada foi a falta

de profissionais capacitados para substituir os que estão em férias ou de licença, conferindo ao restante da equipe o acúmulo das atribuições dos afastados.

O município não possui uma política de educação continuada definida. Assim, as capacitações são demandadas de forma fragmentada e descontinuada. Apesar de os profissionais de nível superior entrevistados possuírem algum curso de especialização ou residência em saúde da família, o nível de conhecimento sobre o tratamento do agravo sífilis na gestação foi considerado insatisfatório (66,6%), tendo em vista que se detectou uma fragilidade nas ações promocionais e preventivas para as gestantes. Além disso, observou-se que existe uma resistência da coordenação de atenção primária quanto ao afastamento dos profissionais dos seus locais de trabalho para capacitações pontuais. Esse dado reflete que prioridade é o atendimento da população.

Nas entrevistas, os profissionais relataram as dificuldades relacionadas ao atendimento de grande demanda assistencial e administrativa que prejudicam os trabalhos de prevenção e educação em saúde.

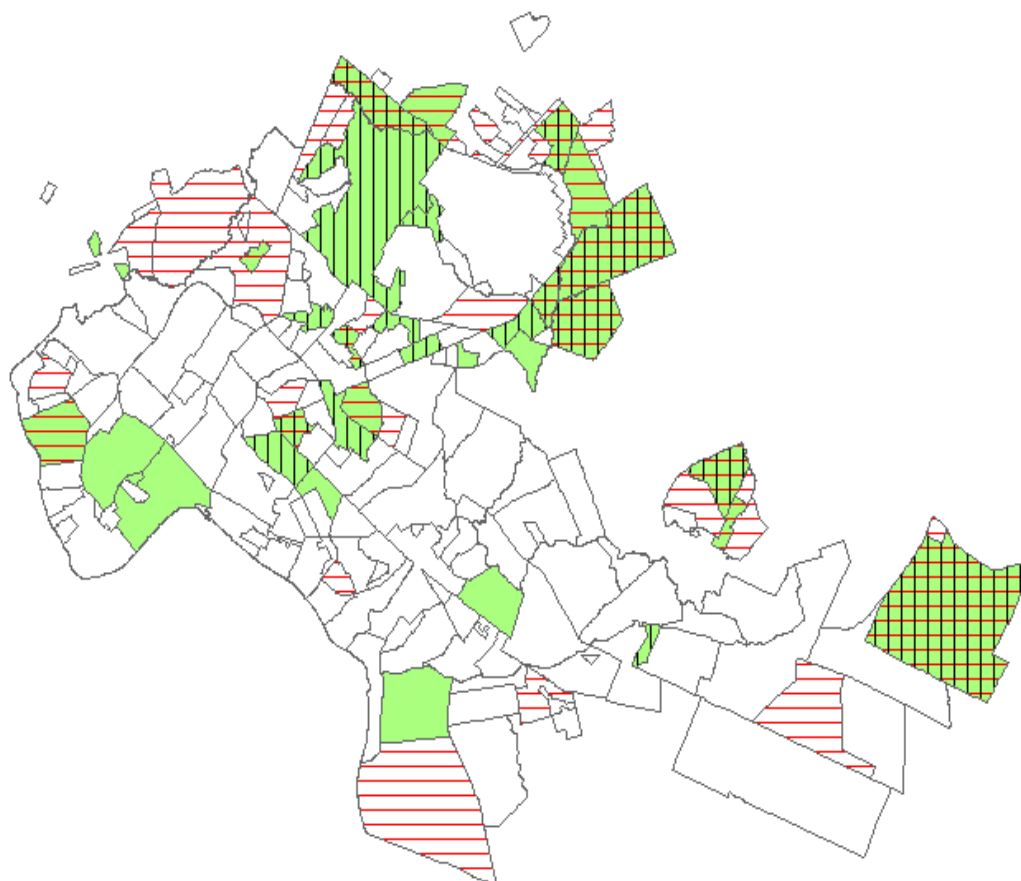
A SMS/Cuiabá possui como referência para pré-natal e parto de alto risco duas maternidades escolas (HUJM e HGU) e o Hospital e Maternidade Santa Helena, que atendem toda a demanda local e de outros municípios. Entretanto, as questões preconizadas pelo parto humanizado, como conhecer a maternidade e ter garantia de que vai ser atendida por ela na hora do parto, segundo os informantes-chave, não são observadas, uma vez que cabe à gestante procurar vaga disponível nas maternidades para a realização do seu parto.

Ainda na análise do contexto organizacional do município, identificou-se que nove casos de gestantes com sífilis foram notificadas por USF e onze casos foram notificados por policlínicas e unidades básicas tradicionais. Além disso, observou-se que 54% (n=44) dos casos de sífilis na gestação foram notificados em maternidades. Dos 21 casos notificados, 14 eram gestações de alto risco e fizeram o pré-natal na própria maternidade; de sete casos, não se confirmou o registro de realização de pré-natal no prontuário. A falta desta informação leva a supor que existe uma fragilidade na vigilância do agravo, ou seja, na detecção e acompanhamento da gestante pelas unidades básicas. Consequentemente, a falta do diagnóstico e tratamento adequado da sífilis até 30 dias antes do parto não impedem a cadeia de TV da sífilis⁴. Além disso, segundo Barsanti et al.⁶⁰, é importante a triagem sorológica com o VDRL no momento do parto,

pois os recém-nascidos de mães com sífilis não tratadas até 30 dias antes do parto precisam receber tratamento para combater a sífilis congênita.

Para uma melhor visualização da distribuição das notificações de sífilis na gestação em 2007 e 2008 (n= 44), elaborou-se um geomapeamento (Figura 4) dos casos por bairros de residência da gestante e os casos notificados por maternidades, considerando a existência de ESF implantada. Depreendeu-se desse geomapeamento que 40 bairros apresentaram casos de sífilis na gestação e, destes bairros, 21 apresentaram casos de notificação por maternidades. Tendo em vista que, 16 bairros têm USF implantada, apenas sete USF notificaram os nove casos de sífilis na gestação nos anos de estudo. Assim, com exceção dos 21 casos de sífilis na gestação notificados por maternidades, a segunda fonte de notificação municipal são as USF. Considerando que elas são responsáveis pela assistência ao pré-natal na sua área de abrangência, optou-se por trabalhar com os dados coletados em USF, para a caracterização do grau de implantação do programa.

Figura 4 - Geomapeamento da distribuição dos casos sífilis na gestação por bairro de residência da gestante e ESF implantada, Cuiabá, MT, 2007 e 2008.



Legenda

- Bairros de Cuiabá com casos notificados de sífilis na gestação 2007 e 2008.
- Bairros de Cuiabá com ESF.
- Bairros de Cuiabá com ESF e casos notificados de sífilis na gestação 2007 e 2008.
- Bairros de Cuiabá com casos notificados de sífilis na gestação por maternidades (2007 e 2008).
- Bairros de Cuiabá com casos notificados na gestação por maternidades (2007 e 2008) que possuem ESF implantada.

Fonte: relatório CAPSI, março 2010/SINAN 2007 e 2008

5.3. Ações de Controle da TV da Sífilis no Pré-Natal

Identificou-se que a revisão dos prontuários das gestantes em geral e com sífilis deveria apresentar informações coletadas nas mesmas unidades de saúde. Contudo isso não foi possível. Para se cumprir os prazos definidos para a realização da avaliação, consideraram-se as informações dos nove casos de sífilis na gestação notificados em USF, observando o julgamento do componente atividade na dimensão do acesso e sub-dimensão oportunidade.

Nos fatores explicativos do grau de implementação sobre a análise comparativa das ações de controle da TV da sífilis entre gestantes reagentes (casos) e não reagente (não casos), e os resultados da revisão dos prontuários das gestantes com sífilis (Tabela 3) apontam que 27,2% tinham menos de 19 anos e 40,5% entre 20 e 25 anos. Quanto ao estado civil das gestantes, 38,6% eram casadas. Na análise sobre os anos estudados, revelou-se que 50,0% tinham menos de sete anos de estudo. Os dados demonstraram ainda que 79,5% das gestantes com sífilis são pardas e 11,3% negras. Quanto à ocupação principal, observou-se que 27,2% delas eram “do lar”, sem nenhuma remuneração individual.

Já os resultados da revisão dos prontuários das gestantes sem sífilis (Tabela 3) mostraram que 23,5% tinham menos de 19 anos e 39,2% entre 20 e 25 anos. Quanto ao estado civil das gestantes, 35,3% eram casadas. Na análise sobre os anos estudados, apontou que 13,7% tinham menos de sete anos de estudo, demonstraram ainda que 15,7% das gestantes com sífilis são pardas e 5,8% negras. Quanto à ocupação principal observou-se que 5,8% delas eram “do lar” sem nenhuma remuneração individual.

Tabela 3 - Características sócio-demográficas das gestantes com e sem sífilis

Variáveis	CS n=44	%	SS n=51	%
Faixa etária				
14 a 19 anos	12	27,2	12	23,5
20 a 25 anos	18	40,9	20	39,2
26 a 30 anos	9	20,4	13	25,4
30 a 37 anos	5	11,3	6	11,7
Estado civil				
Solteira	8	18,1	7	13,7
Casada/companheiro	17	38,6	18	35,3
Divorciada/separada	1	02,2	-	-
Anos de estudo				
< 8 anos de estudo	22	50,0	7	13,7
De 9 a 11 anos de estudo	12	27,2	5	9,8
> de 11 anos de estudo	04	09,0	6	11,7
Raça/cor				
Branças	1	02,2	6	11,7
Pardas	35	79,5	8	15,7
Negra	5	11,3	3	5,8
Principais Ocupações encontradas				
Do lar	12	27,2	3	5,8
Operadora de caixa	2	04,5	-	-
Autônoma	1	02,2	-	-
Estudante	-	-	3	5,8
Vendedora	-	-	2	3,9

Fonte: revisão de prontuários; (*) excluídas as informações ignoradas

Na análise das variáveis sócio-demográficas não houve diferença estatística significativa. Os casos estudados, quando comparados com os não casos, possuem similaridade na média de idade de 20 a 25 anos ($p=0,5789$) e na escolaridade, menos de sete anos de estudo ($p=0,1837$).

Corroboram estes resultados os dados encontrado no estudo realizado por Sousa³⁰, em que 82,2% das mulheres tinham menos de 30 anos, sendo 25,3% adolescentes, 65,1% tinham até sete anos de estudo e a renda *per capita* média das famílias de R\$ 380,00

Contudo é importante ressaltar que uma das dificuldades na coleta dos dados foi o alto percentual de informações sobre o perfil social-demográfico ignoradas nos prontuários das gestantes. Para Araujo et al.⁵², a qualidade dos registros reflete a assistência pré-natal dispensada.

Os resultados da revisão dos prontuários das gestantes com sífilis (Tabela 4) mostraram que 77,2% das gestantes fizeram o pré-natal, e apenas 29,5% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Observa-se também que 40,1% das gestantes realizaram dois ou mais testes para sífilis na gestação, 93,1% o exame para o HIV e 38,6 % o exame para Hepatites. Quanto ao exame para sífilis oferecido ao parceiro, verificou-se que 86,3% dos prontuários não apresentavam tais registros.

Corroboram estes resultados o estudo de Duarte¹⁴ sobre a análise do banco da SC de Mato Grosso, no qual se constata que 68,7% das gestantes fizeram o pré-natal, 42,5% tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e 42,1% dos parceiros foram tratados.

Embora a revisão dos prontuários das gestantes sem sífilis tenha sido em USF que prestam assistência ao pré-natal, os resultados mostraram que apenas 39,2% das gestantes realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Observa-se também que 13,7% das gestantes realizaram dois ou mais testes para sífilis na gestação, 62,7% o exame para o HIV e 56,8 % o exame para Hepatites.

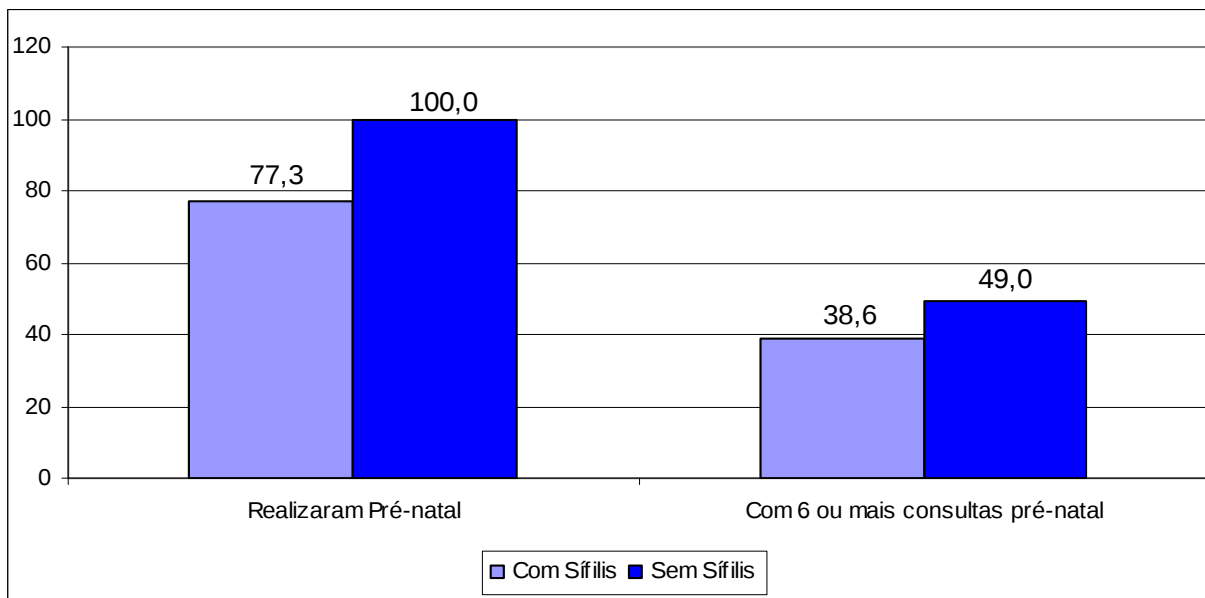
Tabela 4 – Variáveis do pré-natal das gestantes com e sem sífilis

Variáveis	CS n=44	%	SS n=51	%
Realização de pré-natal				
Fez	34	77,2	51	100,0
Não Fez ou informação ignorada	10	22,6	-	-
Nº de consultas de pré-natal				
1 a 5	17	38,6	31	60,7
6 ou mais	13	29,5	20	39,2
Registro de número de VDRL realizados				
1	26	59,9	26	50,9
2 ou +	18	40,1	7	13,7
Registro de exame de sífilis para o parceiro				
Sim	06	13,6	-	-
Não	38	86,3	51	100,0
Registro de outros exames para doenças transmissíveis				
HIV	41	93,1	32	62,7
Hepatites	27	38,6	29	56,8

Fonte: revisão de prontuários; (*) excluídas as informações ignoradas

Na análise da variável de assistência pode-se observar que 77,3% das gestantes com sífilis tiveram registro de realização de pré-natal. Quando se analisa o número de consultas realizadas observa-se que 38,6% dos casos efetuaram seis ou mais consultas de pré-natal contra os 49,0% dos não casos (p=0,7156) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Percentual de comparação das ações de controle da TV da sífilis entre gestantes com sífilis e sem sífilis.



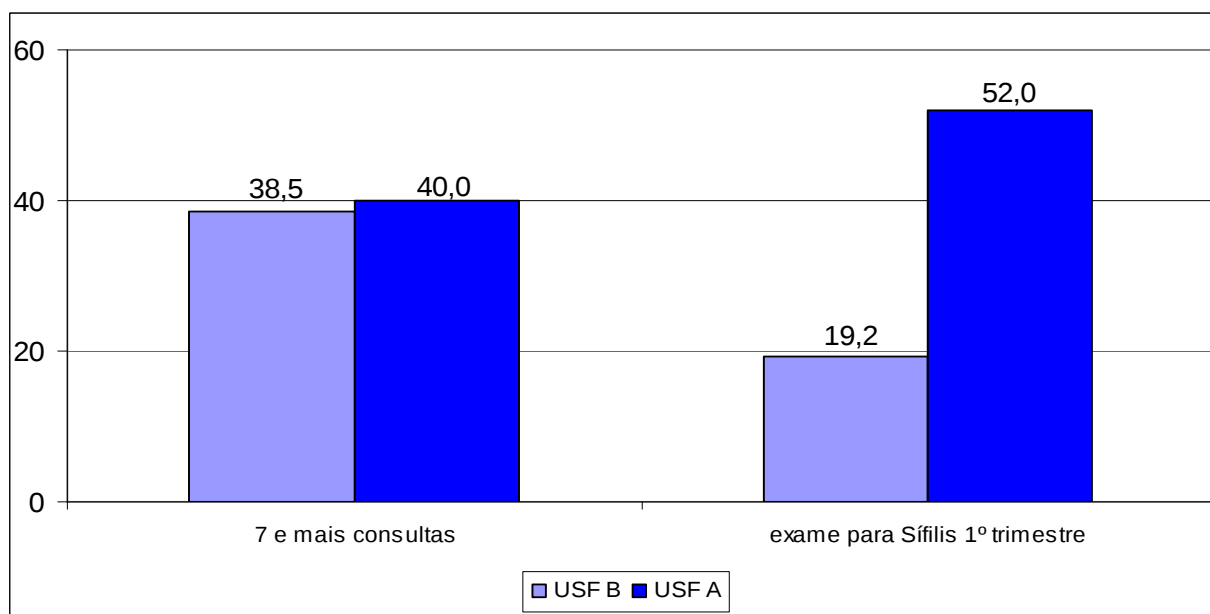
Fonte: revisão de prontuários

Observou-se ainda uma diferença estatística significativa para o primeiro exame da sífilis realizado no primeiro trimestre que ocorreu em 29,5% dos casos comparados aos 35,2% dos não casos ($p=0,0701$).

5.4. Ações de Controle da TV da Sífilis nas USF A e USF B

Os fatores explicativos do grau de implementação entre as USF A e USF B sobre as ações de controle da TV da sífilis estão demonstrados no quadro 12. Neste, ficou evidente que existe pouca diferença entre o número de seis ou mais consultas de pré-natal realizadas pela USF A (40,0%), quando comparado aos 38,4% da USF B ($p=0,1800$). Entretanto, observou-se uma diferença estatística significativa na realização de exame para sífilis e no primeiro exame da sífilis realizado no primeiro trimestre. A USF A realizou 92% e a USF B 34,6% de exame para sífilis ($p=0,0000$), sendo que o primeiro exame da sífilis realizado no primeiro trimestre (52,0%) ocorreu na USF A, comparados aos 19,2% realizados na USF B ($p=0,0143$) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Percentual de comparação das ações de controle da TV da sífilis nas USF A e USF B



Fonte: Revisão de prontuário.

5.5. Fatores Sócio-demográficos e Programáticos Associados à Testagem para Sífilis no Pré-Natal

O estudo dos fatores explicativos do grau de implementação compreendeu a análise da influência do grau de implementação sobre os efeitos esperados para o programa em relação à testagem de todas as gestantes. Assim, das 74 gestantes que tinham registro em prontuário sobre a realização da testagem para sífilis durante o pré-natal, observou-se que todos os fatores apresentaram significância estatística. Verificou-se que 50,9% das gestantes testadas tinham um a sete anos de estudo com OR 3,93 chances de serem testadas durante o pré-natal e as gestantes não brancas (90,1%) mostraram OR de 19,8 chances de serem testadas no pré-natal. Entre as gestantes que realizaram cuidados pré-natais (87,8%) e possuíam cópia do cartão de pré-natal no prontuário, 31,0% apresentaram um OR de 0,20 chance de ser testada (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores associados à testagem para sífilis no pré-natal (n=74)

Fatores associados	OR	p-valor	IC
1a 7 anos de estudo	3,93	0,038	0,88-18,76
Não brancas	19,80	0,000	5,22-81,35
Realizar cuidado pré-natal	0,00	0,0052	0,00-0,67
Cópia do cartão pré-natal no prontuário	0,20	0,06	0,06-0,65

Fonte: Revisão de prontuário.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A caracterização do nível de implementação por sub-dimensão, insumos e atividades permitiu visualizar os ajustes necessários para atingir os efeitos esperados para cada momento. Os comentários a seguir apresentam a síntese dos achados da avaliação.

A avaliação sobre a disponibilidade dos insumos demonstrou que o programa encontra-se incipiente (62,5%), sendo que a disponibilidade de tratamento para sífilis na ESF e o material de apoio para ações de prevenção a TV vertical da sífilis são os fatores considerados críticos por apresentarem 0% de implementação. Sugere-se a disponibilização de medicamento e material de apoio às atividades educativas individuais e coletivas, em todas as unidades básicas.

Observa-se que os medicamentos e exames apresentam problemas na logística. Recomenda-se que a coordenação de laboratório municipal utilize parâmetros de necessidades adotados na Programação Pactuada Integrada – PPI do estado. Para a definição das necessidades de cada unidade básica, recomenda-se o emprego do software desenvolvido pelo DAB-MS, denominado Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica - PROGRAB. Trata-se de um recurso que estabelece coerência com os parâmetros de necessidades utilizados pela PPI, o Pacto pela Saúde, o PHPN e o protocolo de prevenção à TV da sífilis e está disponível no site www.saude.gov.br/dab para download.

O Programa foi ainda classificado com um nível crítico de implantação (23,0%), no que diz respeito à sub-dimensão oportunidade e incipiente (57,0%) para a conformidade do componente estrutural atividade.

As evidências apontam que houve descuido na oferta de diagnóstico para sífilis no momento do pré-natal. Observou-se também a falta de registro de revisão de prontuários, indicando que houve perda de um momento especial para se promover capacitação em serviço.

Dessa forma, são imprescindíveis investimento em ações de capacitação permanente e sensibilização dos profissionais envolvidos no atendimento ao pré-natal e gestante com sífilis. O ideal é que essas capacitações sejam em serviço e recomenda-se que ocorram com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Faz-se necessário também que o protocolo de prevenção à TV do HIV e sífilis esteja disponível nas USF para consulta. Vale também destacar a

importância do comprometimento de todos os profissionais de saúde para a melhoria do programa, considerando-se que as diretrizes para a prevenção da TV já são bem identificadas.

É possível inferir que o regime de cota de exames VDRL disponibilizado por USF não atende a necessidade de diagnóstico de todas as gestantes acompanhadas em pré-natal, o que reflete o percentual de 35% destes exames realizados no 1º trimestre e no percentual de 13% das gestantes que fizeram o 2º exame de VDRL no pré-natal. Por outro lado, quando a gestante é diagnosticada, constatou-se que a ação terapêutica foi realizada. Porém, o tratamento do parceiro que é tão indispensável para que a gestante possa ser considerada adequadamente tratada, só ocorreu em 11% dos casos. Essa constatação evidencia condutas errôneas no atendimento pré-natal, devido, provavelmente, à chegada tardia ao pré-natal, acrescida da possibilidade da demora nos resultados dos exames realizados.

Apesar dos entrevistados informarem que a USF adota mecanismos de priorização dos exames para gestantes, o retorno dos resultados dos exames não está acontecendo em tempo oportuno. Preconiza-se que o resultado do exame seja apresentado em até 15 dias. Como esta pesquisa constata que apenas 3,0% das gestantes receberam seus resultados oportunamente, recomenda-se que se orientem as prioridades dos profissionais do laboratório, identificando as solicitações dos exames com um carimbo de “GESTANTE”.

As orientações gerais para o tratamento de sífilis ou para qualquer outra DST recomendam o uso regular do preservativo durante e após o tratamento. No entanto, não há nos prontuários revisados registro, de incentivo pelos serviços de saúde ao uso do preservativo masculino ou feminino para esses pacientes. Apesar de que não se evidencia falta do preservativo na farmácia da USF, a sua disponibilização se dá, comumente, pelo interesse e solicitação dos usuários. Diante dessa constatação, recomenda-se que os profissionais de saúde orientem sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual, para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) evitem relações sexuais e mantenham práticas de sexo seguro, com o uso de preservativo, durante e após o tratamento.

De forma clara, observa-se a necessidade de aprimorar o sistema de registro de atividades multiprofissionais no prontuário. Iniciativas como a implantação de prontuário eletrônico ou registro em cópia do cartão da gestante e a adoção de formulários específicos poderiam garantir a uniformidade no registro, definindo-se informações mínimas a constarem nos prontuários.

O percentual de sete ou mais consultas (39%) realizadas por gestante, menor que o esperado pelo MS (70%), pode representar um comprometimento na qualidade dos serviços de pré-natal e consequentemente nas ações de prevenção da TV da sífilis. Por outro lado, a ideia de que fazer o pré-natal é ter um determinado número de consultas, mesmo com dados epidemiológico ruins como a existência de casos de SC, parece ser contraditório.

Entende-se que a melhoria do PSF e da implementação das ações de prevenção à TV da sífilis caminham de mãos dadas. Recomenda-se, portanto, a adesão municipal à Avaliação para melhoria da Qualidade - AMQ, que é um processo auto-avaliativo, baseado em padrões de qualidade, direcionado para técnicos e coordenação da atenção primária e está disponível no site www.saude.gov.br/amq para adesão municipal. A adesão ao AMQ pode colaborar com o monitoramento da atenção primária por níveis de excelência.

Comumente, pouco se utilizam os dados do SIAB para estudo e análise. Essa prática pela ESF viabilizaria o conhecimento das características sociais, demográficas e epidemiológica da população cadastrada. De posse da indicação dos problemas de saúde prevalentes e das situações de risco, seria possível organizar a rotina da assistência, para que responda às demandas e necessidades da população.

Notadamente, a incidência de casos de sífilis na gestação registrada pelas USF está aquém do número esperado, deixando evidente a necessidade de implementação da vigilância desse agravo em Cuiabá.

Por fim, sugerimos que novas estratégias para o controle epidemiológico da doença precisam ser traçadas, considerando os efeitos da implementação incipiente do programa de prevenção à TV da sífilis no pré-natal que resultaram nas altas taxas de incidência da SC alcançadas e nos 21 casos de notificações de gestante com sífilis por maternidade, quando ela e seu parceiro deveriam ter sido diagnosticados e tratados, até 30 dias antes do parto, no momento do pré-natal na USF. Recomenda-se a melhoria na vigilância do agravo, com capacitação dos profissionais e monitoramento dos casos. Que haja algum estímulo à participação do parceiro nas consultas de pré-natal. Conhecer a população adstrita à área de abrangência da USF propiciando a captação precoce da gestante com garantia do exame VDRL na 1ª consulta e na 30ª semana de gestação.

Aos casos reagentes faz-se necessário a implementação de estratégias eficazes de busca ativa para tratamento concomitante à gestante do(s) parceiro(s) sexual(ais) com o uso do

preservativo em todas as relações sexuais durante e após o tratamento. O medicamento deverá ser disponibilizado na unidade de saúde onde a gestante realiza o pré-natal.

Diligências devem ser evidenciadas na implementação das atividades educativas individuais e coletivas para acompanhamento das gestantes com adesão ao diagnóstico, tratamento e ao uso regular do preservativo nas relações sexuais. Uma iniciativa inovadora seria a aproximação dos movimentos sociais, escolas e igrejas existentes na comunidade.

Essa articulação poderia trazer subsídios para a captação precoce de gestantes, para adoção de práticas de prevenção a agravos transmissíveis, para adesão das gestantes e parceiros aos tratamentos de agravos transmissíveis e adesão ao pré-natal.

Sugerem-se, ainda, que as ações de vigilância do agravo sejam incrementadas ampliando a oferta de exame diagnóstico e procura de casos de sífilis em populações sexualmente ativa e residente em áreas de maior vulnerabilidade social. Seria interessante ampliar o esforço para a prevenção, diagnóstico e tratamento, de outras doenças sexualmente transmissíveis, considerando a semelhança nas formas de transmissão e ao fato de serem comuns casos de pacientes com diagnóstico de mais de uma DST ao mesmo tempo. Por fim, esforços precisam ser desenvolvidos, para o uso da cópia do cartão da gestante nos prontuários e que os profissionais compreendam, valorizem e efetivamente registrem as informações de forma correta, concisa e completa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Programa Nacional de DST/AIDS. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa. Brasília. 1ª ed. 2005 abr.
2. _____, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação na atenção básica: caminhos da institucionalização. Brasília, 2005.
3. _____, Gabinete do Ministro, Resolução 399, de 22 de fevereiro de 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do Pacto Pela Saúde. Brasília, 2006.
4. _____, Coordenação Nacional de DST/AIDS, Protocolo para a prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis. Brasília. 2007. (Séries Manuais nº 80).
5. Matida LH, Gianna MC. Boletim Epidemiológico Paulista – BEPA Enfrentamento desigual da transmissão vertical do HIV e da sífilis. 2006; 36(3).
6. Schetini J, Ferreira DC, Passos MR, Salles EB, et al. Estudo da prevalência de sífilis congênita em um hospital da rede SUS de Niterói-RJ, J, Brasileira Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2005; 17(1): 18-23.
7. Ministério da Saúde (Brasil), Programa Nacional de DST/AIDS. Dados sentinela HIV - série até 1997 a 2000. Disponível em: <[http:// www.aids.gov.br/documentospublicacoes](http://www.aids.gov.br/documentospublicacoes)>. Acesso em: 15 jul. 2009
8. Souza Jr PR, Szwarcwald CL, Barbosa Jr A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo sentinela parturiente. Brasil. 2002. Revista Saúde Publica. 2004; 38(6): 764-72.
9. Ministério da Saúde (Brasil), Programa Nacional de DST/AIDS, Projeto Sentinela. www.aids.gov.br, sessão de epidemiologia /sífilis congênita. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/lumis286df0daptbrie.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2009.
10. Szwarcwald CL. Relatório final: estudo-sentinela parturiente 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/áreatécnica/epidemiologia/hiv,monitoraids>>. Acesso em: 20 mai. 2009.
11. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba – SP. Ainda uma realidade em 2002. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Niterói. 2005.
12. Vasconcelos AL, Hamann EM. Por que o Brasil ainda registra elevados coeficientes de transmissão vertical do HIV? Uma avaliação da qualidade da assistência prestada a gestantes/parturientes. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. Recife. 2005; 5(4): 483-492.

13. Basso E, Graziottin L, Araújo BF, et al. Prevalência da sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul - RS, no período de 1988 a 2002, *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Niterói. 2005.
14. Duarte JL. Situação da sífilis congênita no estado de Mato Grosso, no período de 2000 a 2006 [Monografia]. Cuiabá: Faculdade de Ciências Médicas São Paulo. 2007. 41p. Especialização em Vigilância de Agravos Transmissíveis.
15. Lourenço ER. Mortalidade infantil neonatal em Cuiabá, 2007: um estudo das causas evitáveis [Tese]. São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas São Paulo. 2010. 118p. Mestrado em Vigilância em Saúde.
16. Saraceni V, Leal MC. Avaliação das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal no município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *CAD Saúde Pública*. 2003;19(5).
17. Ministério da Saúde (Brasil), Plano Nacional de Redução da TV do HIV e sífilis, em 24 de outubro de 2007, Brasília, 2007.
18. Sá RA, Bornia RB, Cunha AA, Oliveira CA et al. Sífilis e gravidez: Avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade de escola - UFRJ. *DST Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Rio de Janeiro, 2000; 13(4): 6-8.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Ministerial nº. 569. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o Programa de Humanização do pré-natal - PHPN. Brasília, 2000.
20. Goldenberg P, Figueiredo MC, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21(4):1077-86.
21. Benício MH. Fatores de risco de baixo peso ao nascer em recém-nascidos vivos: município de São Paulo [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. 1978. 178p. Mestrado em Epidemiologia.
22. Pascom AR, Barbosa Jr A, Szwarcwald CL. Diferenças regionais nas práticas sexuais e comportamentos relacionados à transmissão do HIV. In: Ministério da Saúde (Brasil), Secretária de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
23. Ministério da Saúde (Brasil), Coordenação Nacional de DST/AIDS, Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Brasília, 2005 - Coleção DST AIDS. (Séries Manuais, 62).
24. _____. Portaria nº 542, de 22 de fevereiro de 1986, inclui a sífilis congênita, na relação de doenças de notificação compulsória. Brasília. 1986.
25. _____. Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, inclui a sífilis na gestação, na relação de doenças de notificação compulsória. Brasília; 2006.
26. _____. Portaria nº 766/2004. Determina os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS a expansão da realização do exame VDRL em todas as parturientes internadas. Brasília. 2004.

27. _____, Portaria Conjunta nº 20/2005, Estabelece que todas as AIHs com agravos de notificação compulsória sejam avaliadas pela equipe de vigilância epidemiológica. Brasília. 2005.
28. _____, Portaria Ministerial nº 2104 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, o Projeto Nascer. Brasília, 19 de novembro de 2002.
29. Santos EM, Westman S, Reis AC, Alves RG et al. Avaliação do grau de implementação do programa de controle de transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. Rio de Janeiro. 2006 set. 67p. Relatório Final.
30. Souza, MG. Avaliação da implementação do Projeto Nascer Maternidades em Pernambuco [Tese]. Brasília: FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública. 2006. 114p. Mestrado em Avaliação em Saúde.
31. Macedo VC. Avaliação da Implantação do Projeto Nascer em maternidades de quatro municípios do interior do estado de Pernambuco: Estudo de Casos [Tese]. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco. 2007. 118p. Mestrado em Saúde Pública.
32. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção a Saúde, Portaria nº 648/2006 estabelece o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para organizar a atenção primária, Brasília. 2006.
33. Avelleira JC, Bottino G. Syphilis: diagnosis, treatment and control. 2006.
34. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, Portaria 156/2006 que dispõe sobre o uso da penicilina nas unidades básicas de saúde e nas demais unidades do SUS, Brasília. 2006.
35. Vieira da Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZM, Vieira da Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.1, 2005:15-39
36. Patton MQ. Utilization-focused evaluation: The New Century Text, 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications.1997.
37. Costa FL e Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. RAP Rio de Janeiro. 2003 set./out; 37(5): 969-92.
38. Contandriopoulos AP, Champagne DL, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ ZM (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas. 20ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.2, 1997:29-47.
39. Hartz ZM (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 20ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131p.
40. Travassos, C e Martins, M. – Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 20 Sup. 2 S190 – S198, 2004
41. Penchansky DB e Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship

to Consumer Satisfaction. Medical Care. 1981;(2):127-40.

42. Vuori, H. Estratégia para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Seminário de avaliação dos serviços de saúde – aspectos metodológicos. OPAS. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Nov. 1988. Tradução: Maria José Lindgren Alves.

43. Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA (org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 20ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.3, 1997:49-88.

44. Hartz ZM, Vieira da Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005

45. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. The national plan to eliminate syphilis from the United States. Atlanta, Ga: CDC; 1999.

46. Lopes MG. Projeto “Mãe Curitibana”. Coordenação do Programa Municipal de DST/AIDS e Hepatites Virais de Curitiba. PR. (1999). Disponível em: <www.saude.curitiba.gov.br>. Acessado em: 12 de agosto de 2010.

47. Souza LE, Vieira da Silva LM, Hartz ZM. Conferência de Consenso sobre a imagem- objetivo da descentralização da atenção à saúde. In: Hartz ZM, Vieira da Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.3, 2005:65-102

48. Yin, Robert K. – Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 2ª. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

49. Instituto Brasileiro Geografia Estatística - IBGE, Perfil demográfico e sócio econômico de Cuiabá. Acesso em: 15 de julho de 2009. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidades>.

50. Messias E. Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil. Am J Public Health. 2003; 93(8):1294-6.

51. Medina MG, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZM, Vieira da Silva LM (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde. -Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.2, 2005:41- 63.

52. Araújo, MA, Silva DM, Silva RM, Gonçalves ML, et al. Análise dos registros nos prontuários de gestantes com exame VDRL reagente, Fortaleza. Rev. APS. 2008 jan/mar;11(1):4-9.

53. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Ranking do IDH dos municípios do Brasil (2000). Acesso em: 12 de agosto de 2020. Disponível em: <www.pnud.org.br>.

54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - Pesquisa de orçamento Familiar (2003). Acesso em 15 de julho de 2009: disponível em: < www.ibge.gov.br>.

55. Berquó E, Cavenaghi S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. Novos Estudos Cebrap. 2006;74:11-15.

56. Instituto Planejamento e Desenvolvimento Urbano - IPDU, Perfil sócio econômico de Cuiabá, Vol. III. Acesso em 15 de julho de 2009: disponível em: <www.prefeituradecuiaba.org.br/ipdu>.
57. Minas Gerais, Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Caderno de Indicadores, 2010. Belo Horizonte. 2010.
58. Secretaria Estadual de Saúde (São Paulo), Coordenadoria de Controle de Doenças, Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS e hepatites virais- Serviço de Vigilância Epidemiológica - Nota Técnica CCD-01.2007. N°.185- DOE de 29.09.07, Recomendações para abordagem de parceiros sexuais de gestantes com sífilis. Revista de Saúde Publica.2008;42(4): 768-72
59. Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EM, Succi RC. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. Rev Soc Bras 1999; 32:605-11.
60. Merhy EE, O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micro-política do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

ANEXOS

Anexo 1

Fundação Osvaldo Cruz- FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP
Termo de Autorização Institucional

(Ao Gestor Municipal)

Projeto de Pesquisa: Avaliação da Implementação das Ações de Prevenção da Transmissão Vertical de Sífilis no Pré-Natal, Cuiabá- MT.

Pesquisadora Principal: Maria Helena Lopes

O presente estudo tem por objetivo estimar a implantação do programa de prevenção à transmissão vertical de sífilis no momento do pré-natal em Cuiabá e propor recomendações de boas práticas.

Serão examinados dados institucionais disponíveis em documentos, prontuários de gestantes notificadas com sífilis nos anos de 2007 e 2008 e relatórios técnicos e gerenciais, além da realização de entrevistas semi estruturados a serem aplicados por pesquisadoras de campo treinadas. Constituem-se como sujeitos da pesquisa a serem entrevistados: profissionais de saúde e gestantes usuárias atendidas pelo programa de pré-natal em duas unidades de equipes de saúde da família do município de Cuiabá. A pesquisadora principal deverá realizar observação participante e irá participar efetivamente das atividades relacionadas ao pré-natal nas unidades de saúde selecionadas.

É responsabilidade do avaliador o fornecimento de qualquer esclarecimento antes, durante e após a pesquisa. As informações resultantes são sigilosas, os resultados para os usuários potenciais da avaliação serão apresentados na forma de relatório parcial e relatório final da avaliação.

As dúvidas sobre a pesquisa poderão ser também esclarecidas pelo e-mail da coordenadora geral da pesquisa Mestranda Maria Helena Lopes, mhelopes@terra.com.br.

Caso a instituição esteja de acordo com esse termo, participará da pesquisa fornecendo autorização para revisão de documentos citados neste termo e concordará com a realização das entrevistas.

Eu, _____, Responsável pela Secretaria Municipal de Saúde município de Cuiabá, declaro ter entendido os esclarecimentos e concordo voluntariamente em incluir a instituição no estudo.

Local e Data:

Assinatura

Coordenadora da Pesquisa Mestranda: Maria Helena Lopes Endereço institucional: Rua D – Q 12 – L 2 – Bloco. 05 Centro Político Administrativo Cuiabá/ MT. Fonefax:(65)3613-5339. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP. Rua Leopoldo Bulhões nº1408/321 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210.Tel: 0**21-2900085 Ramal: 2054.

Anexo 2
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Roteiro de Coleta de Dados Documental

Município: _____

Data: ____/____/____.

Plano Municipal de Saúde

- | | | |
|----|--|--|
| 01 | Existência de metas para diminuição de casos de SC esta explicitada como prioridade no Plano Municipal de Saúde (PMS) | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar. |
| 02 | Qual(is) parâmetro(s) são utilizados para o planejamento das ações de prevenção da Transmissão vertical da sífilis capazes de atender a necessidade dos usuários | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar. |
| 03 | Existe orçamento definido para as ações de controle da TV da sífilis? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar. |
| 04 | As propostas relativas ao controle da transmissão vertical da sífilis aprovadas na Conferência Municipal estão contempladas no PMS? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 05 | O município pactuou o indicador complementar (SISPACTO) referente a diminuição da incidência da sífilis congênita | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 06 | Está explícito no PMS metas para educação permanente? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar. |
| 07 | O PMS contemplou as prioridades de acessibilidade relativas as denúncias dos usuários via Ouvidoria? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 08 | O PMS foi planejado com a participação do CMS? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |

Relatório de Gestão Municipal

- | | | |
|----|---|---|
| 01 | Existência no Relatório de Gestão de monitoramento dos indicadores da SC e sífilis na gestação | SIM (1) NÃO (2)
Se sim .Especificar |
| 02 | Esta explicitada no Relatório de Gestão os gastos comprovados referente à educação permanente dos servidores? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim .Especificar |
| 03 | Está explícito no Relatório de Gestão os gastos comprovados referente aquisição de teste VDRL? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim .Especificar |
| 04 | Está explícito no Relatório de Gestão os gastos comprovados referente aquisição de teste FTA-ABAS? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim .Especificar |
| 05 | Está explícito no Relatório de Gestão os gastos comprovados referente aquisição de medicamentos para sífilis? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim .Especificar |
| 06 | Está explícito no Relatório de Gestão os gastos comprovados referente aquisição de preservativos? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim .Especificar |
| 07 | Está explicitado no Relatório de Gestão o Quadro de Recursos Humanos disponíveis na atenção básica? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim .Especificar |

PAM- Plano de Ações e Metas DST/AIDS

- | | | |
|----|---|--|
| 01 | Metas de redução da sífilis congênita esta explicitada como prioridade no Plano de Ações e Metas (PAM)? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 02 | Ações/atividades de atenção à gestante com sífilis estão explicitadas no PAM? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 03 | Ações/atividades de Vigilância da sífilis na gestação estão explicitadas no PAM? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 04 | As propostas da Conferência contemplam ações de prevenção à sífilis congênita? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 05 | As propostas da Conferência de controle da Transmissão vertical da SC estão contempladas no PAM? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 06 | Ações/atividades de educação permanente para redução da sífilis congênita estão explicitadas no PAM, nos anos de 2007, 2008 e 2009? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 07 | Ações/atividades de prevenção à sífilis congênita estão explicitadas no PAM dos anos de 2007 a 2009? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 08 | O PAM foi definido a partir de prioridades e metas segundo características epidemiológicas e operacionais, após conhecimento de problemas de saúde? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 09 | Existe parâmetro utilizado para o planejamento das ações de prevenção da Transmissão vertical da sífilis capazes de atender a necessidade dos usuários? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 10 | Qual a Execução financeira e de metas do PAM no ano de 2007 ? | < 50%(incipiente)
>50% e < 70%(regular))
> 70% e < 90%(bom)
>90%(ótimo) |
| 11 | A execução financeira e de Metas do PAM no ano de 2008 ? | < 50%(incipiente)
>50% e < 70%(regular))
> 70% e < 90%(bom)
>90%(ótimo) |
| 12 | A execução financeira e de metas do PAM no ano de 2009 ? | < 50%(incipiente)
>50% e < 70%(regular))
> 70% e < 90%(bom)
>90%(ótimo) |
| 13 | Os PAMs de 2007 a 2009 foram aprovados pelo CMS? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |

Relatório da Conferência Municipal

- | | | |
|----|--|--|
| 01 | Quais são as propostas da conferência relativas a melhoria da atenção pré-natal? | Especificar. |
| 02 | Quais são as propostas da conferência são relativas a melhoria dos serviços de laboratórios? | Especificar. |
| 03 | Quais são as propostas da conferência municipal são relativas a melhoria da atenção farmacêutica? | Especificar. |
| 04 | Quais são as propostas da conferência municipal são relativas a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis? | Especificar. |
| 05 | Quais são as propostas da conferência municipal são relativas a prevenção a sífilis congênita? | Especificar. |
| 06 | Quais são as propostas da conferência municipal são relativas a prevenção e assistência da sífilis na gestação? | Especificar. |
| 07 | As propostas da conferência municipal estão explicitadas nos instrumentos de planejamento da SMS? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 08 | O Relatório da Conferência municipal foi aprovado pelo CMS? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |

Atas do Conselho Municipal de Saúde e Relatório da Ouvidoria

- | | | |
|----|--|--|
| 01 | Quais são as propostas do Conselho Municipal de Saúde relativa à melhoria da atenção pré-natal? | Especificar. |
| 02 | Quais são as propostas do Conselho Municipal são relativas à melhoria dos serviços de laboratórios? | Especificar. |
| 03 | Quais são as propostas do Conselho Municipal são relativas à melhoria da atenção farmacêutica? | Especificar. |
| 04 | Quais são as propostas do Conselho Municipal são relativas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis? | Especificar. |
| 05 | Quais são as propostas do Conselho Municipal são relativas à prevenção a sífilis congênita? | Especificar. |
| 06 | Quais são as propostas do Conselho Municipal relativas à prevenção e assistência da sífilis na gestação? | Especificar. |
| 07 | As propostas do Conselho Municipal estão explicitadas nos instrumentos de planejamento da SMS? | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |
| 08 | Existência de denúncias na Ouvidoria de Saúde referente à dificuldade para conseguir atendimento dos casos de sífilis na gestação ou sífilis congênita | SIM (1) NÃO (2)
Se sim. Especificar |

Anexo 3
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Roteiro para Análise de Prontuário Gestante

Identificação do Prontuário

Unidade de Saúde: _____

Nº de prontuário: _____

Nº SISPRENATAL _____

Pesquisado em: ____/____/____

Responsável pela Coleta da informação: _____

Digitado em: ____/____/____

Responsável pela digitação: _____

Identificação da Gestante

1) Nome da gestante: _____

2) Raça/ cor: (1) branca (2) preta (3) Amarela (4) parda (5) indígena

3) Endereço:

Rua: _____

Bairro: _____

4) Data nascimento da gestante ____/____/____ idade em anos _____

5) Anos de estudo:

(1) analfabeta (nunca freqüentou escola regular)

(2) 1 a 7 anos de estudos (1º grau incompleto)

(3) 8 a 10 anos de estudos(1º grau completo)

(4) 11 anos ou + (2º grau completo)

(5) Superior cursando

(6) Superior completo

6) Estado Civil:

(1) solteira

(2) companheiro/ casada

(3) divorciada

(4) viúva

(5) outro

7) Ocupação principal : _____

8) Renda individual no último mês: _____

9) Renda familiar no último mês: _____

10) Número de participantes da renda familiar:

(1) 02 pessoas

(2) 03 a 04 pessoas

(3) + de 05 pessoas

11) Data de nascimento do Bebê ____/____/____

Informações do pré-natal

12) Gravidez atual foi?

- (1) única
- (2) dupla
- (3) triplice
- (4) outros

13) A condição do feto desta gravidez?

- (1) Nascimento vivo a Termo
- (2) nascimento prematuro (< 37 semanas)
- (3) natimorto
- (4) aborto
- (5) outro
- (6) ignorado

14) O tipo de procedimento desta gravidez foi?

- (1) parto normal
- (2) parto cesárea
- (3) parto fórceps
- (4) curetagem
- (5) outro: Especificar _____
- (6) Ignorado

15) Há registro de consultas de pré-natal durante a gravidez?

- (1) sim
- (2) não
- (3) ignorado

16) Em que local foram feitas as consultas de pré-natal durante a gravidez?

- (1) não fez
- (2) na UBS
- (3) na maternidade onde fez o parto
- (4) em maternidade diferente de onde fez o parto
- (5) com médico particular
- (6) outro local: Especificar _____
- (7) ignorado

17) A primeira consulta ao pré-natal ocorreu em que mês de gestação?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ ignorado

18) A última consulta ao pré-natal ocorreu em que mês de gestação?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ ignorado

19) No total quantas consultas foram realizadas no pré-natal?

_____ *em números absolutos

20) Há registro de realização de algum exame para sífilis?

- (1) sim
- (2) não
- (3) ignorado

21) O exame para sífilis ocorreu em que mês de gestação?

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ ignorado

22) Quanto aos exames:

Data coleta do exame	Data resultado exame	Tipo exame	Resultado	Título

23) Há registro de tratamento para sífilis durante a gestação/parto?

- (1) sim
- (2) não
- (3) ignorado

24) Se sim. Como foi o tratamento?

Esquema de tratamento prescrito:

- (1) Penicilina G. Benzatina 2.400.000Ui
- (2) Penicilina G. Benzatina 4.800.000UI
- (3) Penicilina G. Benzatina 7.200.000UI
- (4) Outro Esquema
- (5) Não realizado
- (6) Ignorado

25) Há registro de exames para sífilis para o parceiro?

- (1) sim
- (2) não
- (3) ignorado

26) Se sim.Quanto aos exames:

Data solicitação exame	Data realização exame	Tipo exame(*)	Resultado	Título

27) Há registro de tratamento da sífilis do parceiro concomitante com a gestante?

- (1) sim
- (2) não
- (3) ignorado

28) Se sim. Como foi o tratamento?

Esquema de tratamento prescrito:

- (1) Penicilina G. Benzatina 2.400.000Ui
- (2) Penicilina G. Benzatina 4.800.000UI
- (3) Penicilina G. Benzatina 7.200.000UI
- (4) Outro Esquema. Especificar _____
- (5) Não realizado. Porque? _____
- (6) Ignorado

29) Há presença de informações do acolhimento no prontuário:

- (1) sim (2) não

30) Data do parto ____/____/____

31) Há presença de informações de anotações no cartão da gestante:

- (1) sim (2) não

32) A gestação atual foi classificada como:

(1) de baixo risco (2) de alto risco

Se de alto risco, foi encaminhada para serviço de referência?

(1) sim (2) não

33) Tem registro de entrega de preservativos (1) sim (2) não

Se sim: Quantidade_____

34) Tem registro de realização de outros exames de doenças transmissíveis da mãe para o feto?

(1) sim (2) não

35) Se sim:

(1) HIV

(2) Hepatite B

(3) Hepatite C

(4) Outros. Especificar_____

36) Foi realizada a notificação da gestante com sífilis?

(1) sim (2) não

37) Foi realizada a notificação da sífilis congênita?

(1) sim (2) não

(37-B) Se sim. Qual?_____

Anexo 4

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Roteiro de Entrevista para médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde selecionadas

Orientações Gerais:

A pesquisadora irá discorrer sobre os objetivos da pesquisa, seus objetivos e dizer-lhes em que sua participação poderá contribuir e que o uso dos achados deverá compor um arcabouço de recomendações para a melhoria do programa de prevenção da sífilis congênita. Aos participantes do estudo foi esclarecido sobre os eventuais riscos de identificação. Para minimizar este risco os resultados foram apresentados de forma agrupada e sem identificação das USF participantes do estudo.

Caracterização dos entrevistados:

01) Formação:

- (1) médico clínico geral
- (2) médico ginecologista
- (3) médico pediatra
- (4) outras especialidade/especificar _____
- (5) enfermeiro
- (6) enfermeiro obstétrico

02) Tempo de formado:

- (1) 1 a 3 anos
- (2) 3 a 5 anos
- (3) 5 a 10 anos
- (4) + de 10 anos de formado

03) Pós graduação:

- (1) residência médica
- (2) residência de enfermagem
- (3) especialização
- (4) Especialização Saúde da Família
- (5) MBA
- (6) Mestrado
- (7) Doutorado

04) Horário de trabalho:

- (1) 20 horas
- (2) 30 horas
- (3) 40 horas
- (4) Outros/Especificar _____

05) Tempo trabalho nesta equipe?

- (1) até 3 anos
- (2) de 3 a 5 anos
- (3) de 5 a 10 anos
- (4) + de 10 anos

- 06) Quando participou da última capacitação referente sífilis na gestação e Sífilis congênita?
- (1) 2009
 - (2) 2008
 - (3) 2007
 - (4) antes de 2007
- 07) Qual foi a carga horária do curso?
- (1) 8 horas
 - (2) 16 horas
 - (3) 20 horas
 - (4) 30 horas
 - (5) 40 horas
 - (6) + de 40 horas
- 8) Na sua opinião. O curso contribuiu para um melhor atendimento a gestante com sífilis?
- (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- 09) O município tem protocolo próprio de atenção a gestante no pré-natal e parto.
- (1) sim (2) não

Condutas e práticas frente às recomendações:

- 10) Número de médicos que atendem o pré-natal(* em números absolutos por período)
- | | | |
|---------------|--------------|----------------|
| Segunda-feira | () matutino | () vespertino |
| Terça- feira | () matutino | () vespertino |
| Quarta-feira | () matutino | () vespertino |
| Quinta-feira | () matutino | () vespertino |
| Sexta-feira | () matutino | () vespertino |
- 11) Número de enfermeiros que atendem o pré-natal: (* em números absolutos por período)
- | | | |
|---------------|--------------|----------------|
| Segunda-feira | () matutino | () vespertino |
| Terça- feira | () matutino | () vespertino |
| Quarta-feira | () matutino | () vespertino |
| Quinta-feira | () matutino | () vespertino |
| Sexta-feira | () matutino | () vespertino |
- 12) Existe uma rotina/estratégia para captação precoce das gestantes?
- (1) sim (2) não
- 12-b) Se sim:Qual?_____
- 13) Qual número médio de visitas domiciliares por gestantes acompanhadas em pré-natal?
- (1) 1 a 2 visitas domiciliares durante o período de pré-natal
 - (2) de 3 a 4 visitas domiciliares durante o período de pré-natal
 - (3) de 5 a 6 visitas domiciliares durante o período de pre-natal
 - (4) 7 ou + visitas domiciliares durante o período de pré-natal
- 14) Realiza atividades de educação em saúde com as gestantes?
- (1) sim (2) não
- 14-b) Se sim Qual?
- (1) Grupo de gestante
 - (2) palestras
 - (3) Oficinas

- (4) exposição dialogada
 - (5) apresentação de filmes
 - (6) distribuição de folders e outros materiais impressos
 - (7) outros/ especifique _____
- 15) Qual o número de gestantes atendidas no pré-natal em 1ª consulta no último ano (2009)? _____
- 16) Destas qual o número de testes VDRL realizados? _____
- 17) Destes qual o número de testes VDRL reagentes? _____
- 18) A gestante é informada sobre os tipos de exames que lhe estão sendo solicitados ?
 (1) sim (2) não (3) não sabe informar
- 19) Quando é solicitado o exame de sífilis a gestante?
 (1) 1ª consulta e 28ª semana de gravidez
 (2) 1ª consulta e 30ª semana de gravidez
 (3) só na 1ª consulta
 (4) Outros _____
- 20) Qual o tempo em dias entre a coleta da amostra e a disponibilidade do resultado do VDRL?
 (1) 1 semana
 (2) até 15 dias
 (3) de 15 a 30 dias
 (4) + de 30 dias
- 21) Quantas vezes neste ano faltou exame para sífilis?
 (1) 1 a 2 vezes
 (2) 2 a 4 vezes
 (3) 5 ou + vezes
 (4) nenhuma vez
 (5) não sabe informar
- 22) A unidade de saúde tem estratégia para priorizar exames de gestantes?
 (1) sim (2) não (3) não sabe informar
- 23) Onde a gestante colhe o material para os exames de rotina de pré-natal?
 (1) na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal
 (2) na unidade de referência
 (3) outros/especificar _____
- 24) Onde a gestante recebe o resultado dos exames?
 (1) na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal
 (2) na unidade de referência
 (3) outros/ especificar _____
- 25) Quem informa a gestante quando o resultado do exame para sífilis for reagente?
 (1) médico
 (2) enfermeira
 (3) outro. Especificar. _____
- 26) De um modo geral, onde a gestante retira os medicamentos prescritos pelo seu médico?
 (1) na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal
 (2) na unidade de referência
 (3) outros/especificar _____

- 27) No caso do tratamento para sífilis, onde a gestante recebe o tratamento?
- (1) na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal
 - (2) na unidade de referência
 - (3) outros/especificar _____
- 27-b) No caso de referenciar o paciente: Qual o critério usado para referenciar gestantes com sífilis para tratamento em outra unidade de saúde?
- 28) Qual o tratamento é indicado para gestante com sífilis?
- 29) Como é feito o acompanhamento da gestante com sífilis?
- 30) No caso de a gestante ser referenciada a outra unidade; como se tem a informação do seguimento do tratamento?
- (1) pela própria gestante
 - (2) por documentos enviados pela unidade de saúde de referência
 - (3) por profissionais que acompanham a gestante até a unidade de referência
 - (4) não se tem esta informação
 - (5) não sabe informar
 - (6) outros/especifique _____
- 31) A unidade de saúde acompanha o seguimento de tratamento da gestante com sífilis?
- (1) sim (2) não (3) não sabe informar
- 32) A Unidade de saúde tem estratégia de adesão da gestante com sífilis ao tratamento?
- (1) sim (2) não (3) não sabe informar
- 33) A unidade de saúde tem estratégia para busca de parceiros de gestantes com sífilis?
- (1) sim (2) não (3) não sabe informar
- Se sim. Qual? _____
- 34) O parceiro é diagnosticado e tratado concomitante com a gestante com sífilis?
- (1) sim (2) não (3) não sabe informar
- 35) A unidade de saúde orienta e disponibiliza preservativos para gestante com sífilis?
- (1) sim (2) não (3) não sabe informar
- 36) Quem notifica a gestante com sífilis?
- (1) a própria unidade de saúde onde ela faz o pré-natal
 - (2) a unidade de referência onde ela faz o tratamento
 - (3) a maternidade onde ela vai fazer o parto
 - (4) outros/ especifique _____
- 37) Quantos casos de gestante com sífilis foram notificados por este serviço de saúde nos anos:
- 2007 _____
- 2008 _____
- 2009 _____
- (1) não sabe informar

38) Quantos casos de sífilis congênita foram notificados por este serviço de saúde nos anos:

2007 _____

2008 _____

2009 _____

(1) não sabe informar

39) Quem notifica o parceiro da gestante com sífilis?

(1) a própria unidade de saúde onde ele teve o diagnóstico

(2) a unidade de referência onde ele faz o tratamento

(3) outro/especifique _____

40) A unidade de saúde tem como rotina anotar os procedimentos no cartão da gestante?

(1) sim

(2) não

(3) não sabe informar

41) unidade de saúde tem controle e busca de gestante faltosa?

(1) sim

(2) não

(3) não sabe informar

Mudanças propostas na prática profissional:

42) Na sua opinião quais foram as dificuldades e pontos críticos no desempenho desta UBS em relação à atenção a gestante com sífilis no pré-natal e prevenção à SC?

43) Quais mudanças seriam possíveis de implementar (pela equipe) na atenção à gestante com sífilis no momento do pré-natal?

Anexo 5
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Roteiro de entrevista para gestantes

A pesquisadora irá discorrer sobre os objetivos da pesquisa, seus objetivos e dizer-lhes em que sua participação poderá contribuir e que o uso dos achados deverá compor um arcabouço de recomendações para a melhoria do programa de prevenção da sífilis congênita. Aos participantes do estudo foi esclarecido sobre os eventuais riscos de identificação. Para minimizar este risco os resultados foram apresentados de forma agrupada e sem identificação das USF participantes do estudo.

Parte 1. Caracterização da Gestante.

- 01) Nome: _____ (*) identificar só com o primeiro nome
- 02) Raça/ cor: () branca () preta () Amarela () parda () indígena () outra
- 03) Endereço:
Rua: _____
Bairro: _____
- 04) Data nascimento ____/____/____ idade em anos _____
- 05) Quando iniciou o pré-natal? _____ (*) data provável
- 06) Esta é a 1ª unidade de saúde que fez atendimento do pré-natal? (*) considerar gestação atual
(1) sim (2) não
(06-b) Se não. Onde foi a 1ª? _____
(06-c) Qual foi o Motivo? _____
- 07) Anos de estudo:
(1) analfabeta (nunca freqüentou escola regular)
(2) 1 a 7 anos de estudos (1º grau incompleto)
(3) 8 a 10 anos de estudos (1º grau completo)
(4) 11 anos ou + (2º grau completo)
(5) Superior cursando
(6) Superior completo
- 08) Estado civil:
(1) solteira
(2) companheiro/ casada
(3) divorciada
(4) viúva
(5) outra
- 09) Tem parceiro fixo?
(1) sim (2) não (*) considerar parceiro fixo se no período de um ano só teve relações com um único parceiro
- 10) Ocupação principal : _____
- 11) Renda individual no último mês: _____
- 12) Renda familiar no último mês: _____

13) Número de participantes da renda familiar:

- (1) 02 pessoas
- (2) 03 a 04 pessoas
- (3) + de 05 pessoas

Parte 2: História Obstétrica pregressa:

14) Qual sua idade quando teve a primeira menstruação? _____

15) Qual sua idade quando teve a primeira relação sexual com um homem? _____

16) Você teve alguma gravidez anterior a atual?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não sabe informar

16-b) Se sim, qual era sua idade na primeira gravidez? _____

17) Tirando a atual, quantas vezes você ficou grávida? _____ vezes

(17-B) Se sim. Você perdeu alguma(s) desta(s) gravidez (es) anterior (es):

- (1) sim
- (2) não
- (3) não sabe informar

(17-C) Se sim. Você teve parto prematuro < 37 semanas?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não sabe informar

(17-D) Se sim. Das gravidezes anteriores alguma criança nasceu morta?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não sabe informar

18) Você já usou algum método para evitar filhos/gravidez?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não sabe informar

(18-b) Se sim. Qual? _____

19) Você teve relação sexual durante esta gestação?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não sabe informar

(19.B) Se sim.

- (1) com um parceiro
- (2) com mais de um parceiro
- (3) não sabe informar

20) De todas as relações sexuais que teve durante esta gestação diria que:

- (1) usou preservativo em todas as relações
- (2) usou preservativo na maioria das relações
- (3) usou preservativo em algumas das relações
- (4) em nenhuma vez
- (5) não sabe informar

Parte 3 . Informações sobre pré-natal da gestação atual

21) Você recebe com que regularidade a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde?

- (1) sim
- (2) não

- 22) Quem agendou sua 1ª consulta? _____
- 23) Como você classifica sua acolhida na unidade?
- (1) muito ruim
 - (2) ruim
 - (3) regular
 - (4) boa
 - (5) excelente
- (23-B) Porque?
- 24) Foi-lhe explicado que exames estavam sendo solicitados e por que eles são importantes?
- (1) sim
 - (2) não
 - (3) não recorda
- 25) O médico ou a enfermeira conversou com você sobre o resultado dos exames?
- (1) sim
 - (2) não
 - (3) não recorda
- 26) Você já participou de Grupo de Gestantes?
- (1) sim
 - (2) não
- 27) Você tem cartão da gestante?
- (1) sim
 - (2) não
- 28) Foi-lhe oferecido preservativos?
- (1) sim
 - (2) não
- 29) A primeira consulta de pré-natal ocorreu em que trimestre de gestação?
- (1) primeiro trimestre
 - (2) segundo trimestre
 - (3) terceiro trimestre
- 30) Quantas consultas de pré-natal você já fez nesta gestação?
- (1) de 1 a 4 consultas
 - (2) de 4 a 6 consultas
 - (3) + de 7 consultas
- 31) Em algum momento desta gravidez foi realizado o exame para sífilis?
- (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- (31-B) Se sim. Em qual(is) mês(es) de gestação foi realizado o exame para sífilis?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0 não sabe informar
- (31- C) Em média quanto tempo demorou entre a coleta da amostra para o exame e o resultado do exame?
- (1) 07 dias
 - (2) 15 dias
 - (3) 30 dias ou mais
- 32) O resultado do exame foi?
- (1) reagente
 - (2) não reagente
 - (3) não sabe informar
- 33) Você recebeu algum tratamento para sífilis durante esta gravidez?
- (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- (33.B) Se sim. Como foi o tratamento?
- Esquema de tratamento prescrito:

- (1) Penicilina G. Benzatina 2.400.000Ui
- (2) Penicilina G. Benzatina 4.800.000UI
- (3) Penicilina G. Benzatina 7.200.000UI
- (4) Outro Esquema
- (5) Não realizado
- (6) Ignorado
- (33.C) Se outro esquema de tratamento. Especificar:_____
- 34) Onde foi realizado o tratamento?
 - (1) na mesma unidade em que fez o pré-natal
 - (2) em outra unidade de referência
 - (3) não sabe informar
- 35) Seu parceiro realizou diagnóstico e tratamento concomitante ao seu tratamento para sífilis?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- 34) Você já teve sífilis alguma vez na vida, anterior a esta gravidez?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- (34-B) Se sim. Qual o ano de diagnóstico da sífilis anterior a esta gravidez?_____
- 35) Foi feito tratamento?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- 36) Algum parceiro sexual seu, incluindo o atual, já teve sífilis alguma vez na vida?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- (36-B) Se sim. Qual o ano de diagnóstico da sífilis em seu parceiro?_____
- (36-C) Foi feito tratamento?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- 37) Você já teve alguma doença sexualmente transmissível diferente da sífilis?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar

Anexo 6

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Roteiro de Entrevista Responsável pela Farmácia da Unidade de Saúde

A pesquisadora irá discorrer sobre os objetivos da pesquisa, seus objetivos e dizer-lhes em que sua participação poderá contribuir e que o uso dos achados deverá compor um arcabouço de recomendações para a melhoria do programa de prevenção da sífilis congênita. Aos participantes do estudo foi esclarecido sobre os eventuais riscos de identificação. Para minimizar este risco os resultados foram apresentados de forma agrupada e sem identificação das USF participantes do estudo.

Identificação da Unidade

Unidade de Saúde: _____

Dados colhidos em: ____/____/____

Nome do responsável pela coleta dos dados:

Digitado em: ____/____/____

Caracterização do entrevistado

01) Formação:

(1) farmacêutico

(2) enfermeiro

() outro. Especificar: _____

02) Tempo de formado:

(1) 1 a 3 anos

(2) 3 a 5 anos

(3) 5 a 10 anos

(4) + de 10 anos de formado

03) Pós graduação:

(1) especialização

(2) especialização Saúde da Família

(3)MBA

(4) Mestrado

(5) Doutorado

(6) Outro. Especificar. _____

04) Horário de trabalho:

(1) 20 horas

(2) 30 horas

(3) 40 horas

(4) Outros/Especificar _____

- 05) Tempo trabalho nesta equipe?
- (1) até 3 anos
 - (2) de 3 a 5 anos
 - (3) de 5 a 10 anos
 - (4) + de 10 anos
- 06) Quando participou da última capacitação referente sífilis na gestação e Sífilis congênita?
- (1) 2009
 - (2) 2008
 - (3) 2007
 - (4) antes de 2007
- 07) Qual foi a carga horária do curso?
- (1) 8 horas
 - (2) 16 horas
 - (3) 20 horas
 - (4) 30 horas
 - (5) 40 horas
 - (6) + de 40 horas
- 08) Na sua opinião. O curso contribuiu para um melhor atendimento a gestante com sífilis?
- (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- 09) O município tem protocolo próprio de atenção a gestante no pré-natal e parto.
- (1) sim
 - (2) não

Dados sobre medicamentos para Sífilis

10) Especificar o tipo de medicamento e data de validade existente na UBS:

Medicamento/Fórmula	Quantidade	Validade Mês/ano
Penicilina Benzatina	_ _ _	_ _ _ / _ _ _
Penicilina Procaína	_ _ _	_ _ _ / _ _ _
Penicilina Cristalina	_ _ _	_ _ _ / _ _ _
Outros	_ _ _	_ _ _ / _ _ _

11) A farmácia faz controle de estoque dos medicamentos?

- (1) sim (2) não (3) não sabe informar

12) A farmácia faz controle de estoque dos preservativos?

- (1) sim (2) não (3) não sabe informar

13) Qual o critério usado para reposição de medicamentos?

14) Qual o critério usado para reposição de preservativos?

15) Qual o critério usado para referenciar os pacientes com sífilis para tratamento em outra unidade?

16) Quantas vezes faltaram Penicilina Benzatina no último ano?

17) Quantas vezes faltaram Penicilina Cristalina no último ano?

18) Quantas vezes faltaram Penicilina Procaína no último ano?

Observação das impressões do entrevistador sobre a Farmácia:

19) Quanto a Limpeza. (Existência de poeira, lixo exposto)

(1) sim (2) não

20) Quanto a Umidade (Existência de mofo, infiltrações)

(1) Muita
(2) Alguma
(3) Pouca
(4)Nenhuma

21) Incidência de luz solar sobre os medicamentos

(1) Muita
(2) Alguma
(3) Pouca
(4)Nenhuma

22) Caixas de remédio no chão

(1) Muita
(2) Alguma
(3) Pouca
(4)Nenhuma

23) Telas nas janelas

(1) Algumas
(2) Todas
(3) Nenhuma

24)Ambiente Climatizado?

(1) sim (2) não

Anexo 7

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Roteiro de Entrevista ao responsável pelo Laboratório na Unidade de Saúde

A pesquisadora irá discorrer sobre os objetivos da pesquisa, seus objetivos e dizer-lhes em que sua participação poderá contribuir e que o uso dos achados deverá compor um arcabouço de recomendações para a melhoria do programa de prevenção da sífilis congênita. Aos participantes do estudo foi esclarecido sobre os eventuais riscos de identificação. Para minimizar este risco os resultados foram apresentados de forma agrupada e sem identificação das USF participantes do estudo.

Identificação da Unidade

Unidade de Saúde: _____

Dados colhidos em: ____/____/____

Nome do responsável pela coleta dos dados:

Digitado em: ____/____/____

Caracterização do entrevistado:

01) Formação:

(1) farmacêutico

(2) enfermeiro

() outro. Especificar: _____

02) Tempo de formado:

(1) 1 a 3 anos

(2) 3 a 5 anos

(3) 5 a 10 anos

(4) + de 10 anos de formado

03) Pós graduação:

(1) especialização

(2) especialização Saúde da Família

(3)MBA

(4) Mestrado

(5) Doutorado

(6) Outro. Especificar. _____

04) Horário de trabalho:

(1) 20 horas

(2) 30 horas

(3) 40 horas

(4) Outros/Especificar _____

- 05) Tempo trabalho nesta equipe?
- (1) até 3 anos
 - (2) de 3 a 5 anos
 - (3) de 5 a 10 anos
 - (4) + de 10 anos
- 06) Quando participou da última capacitação referente sífilis na gestação e Sífilis congênita?
- (1) 2009
 - (2) 2008
 - (3) 2007
 - (4) antes de 2007
- 07) Qual foi a carga horária do curso?
- (1) 8 horas
 - (2) 16 horas
 - (3) 20 horas
 - (4) 30 horas
 - (5) 40 horas
 - (6) + de 40 horas
- 08) Na sua opinião. O curso contribuiu para um melhor atendimento a gestante com sífilis?
- (1) sim
 - (2) não
 - (3) não sabe informar
- 09) O município tem protocolo próprio de atenção a gestante no pré-natal e parto.
- (1) sim
 - (2) não

Sobre os testes de sífilis:

- 10) Este laboratório realiza coleta de material para exames de sífilis?

() sim () não () não sabe informar

- 11) Este laboratório realiza testes para diagnóstico da sífilis?

() sim () não

- 11.B) Se sim. Especificar.

Teste	Realiza	Identifique o Kit em uso	Quantidade Kits armazenados	Data de validade Mês/ano
	1. Sim 2. Não			
VDRL	☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐
FTA-ABS	☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐
Outros	☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐

- (11.C) Se não. O laboratório onde se realiza teste VDRL e ou FTA-ABS é:

- (1) próprio e interno
- (2) próprio e externo
- (3) Não é próprio mas é interno
- (4) Não é próprio e externo
- (5) não sabe informar

- 12) O laboratório que realiza os testes para sífilis utiliza mecanismos de controle de qualidade para testagem de Sífilis, isto é, envia amostras cegas para laboratório de referência?

(1) sim (2) não (3) não sabe informar

13) Qual o tempo em dias entre a coleta da amostra e a disponibilidade do resultado do VDRL?

- (1) 1 semana
- (2) até 15 dias
- (3) de 15 a 30 dias
- (4) + de 30 dias

14) Quantas vezes neste ano faltou exame para sífilis?

- (1) 1 a 2 vezes
- (2) 2 a 4 vezes
- (3) 5 ou + vezes
- (4) nenhuma vez
- (5) não sabe informar

15) A unidade de saúde tem estratégia para priorizar exames de gestantes?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não sabe informar

16) Onde a gestante colhe o material para os exames de rotina de pré-natal?

- (1) na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal
- (2) na unidade de referência
- (3) outros/especificar_____

17) Onde a gestante recebe o resultado dos exames?

- (1) na própria unidade de saúde em que faz o pré-natal
- (2) na unidade de referência
- (3) outros/ especificar_____

Observação das impressões do entrevistador sobre a Farmácia:

18) Quanto a Limpeza. (Existência de poeira, lixo exposto)

- (1) sim
- (2) não

19) Quanto a Umidade (Existência de mofo, infiltrações)

- (1) Muita
- (2) Alguma
- (3) Pouca
- (4) Nenhuma

20) Ambiente Climatizado?

- (1) sim
- (2) n

Anexo 8
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Roteiro para observação na UBS

Identificação da Unidade

Unidade de Saúde: _____

Dados colhidos em: ____/____/____

Nome do responsável pela coleta dos dados: _____

Digitado em: ____/____/____

Identificação do responsável pela gerência da UBS:

01) Formação:

- (1) farmacêutico
- (2) enfermeiro
- (3) médico
- (4) outro. Especificar: _____

02) Tempo de formado:

- (1) 1 a 3 anos
- (2) 3 a 5 anos
- (3) 5 a 10 anos
- (4) + de 10 anos de formado

03) Pós graduação:

- (1) especialização
- (2) especialização Saúde da Família
- (3) MBA
- (4) Mestrado
- (5) Doutorado
- (6) Outro. Especificar. _____

04) Horário de trabalho:

- (1) 20 horas
- (2) 30 horas
- (3) 40 horas
- (4) Outros/Especificar _____

05) Tempo trabalho nesta equipe?

- (1) até 3 anos
- (2) de 3 a 5 anos
- (3) de 5 a 10 anos
- (4) + de 10 anos

Estrutura da Unidade de Saúde:

06) Quantos consultórios existem nesta UBS?

- (1) 01 consultório
- (2) 02 consultórios
- (3) 03 ou mais consultórios

- 07) Quantos consultórios com banheiro existem nesta UBS?
(1) 01 consultório
(2) 02 consultórios ou +
(3) nenhum consultórios
- 08) Quantos consultórios com cama ginecológica existem nesta UBS?
(1) 1 consultório
(2) 2 consultórios ou +
(3) nenhum consultório
- 09) Existe balança para adulto em condições de uso?
(1) sim (2) não
- 10) Quantas salas existem nesta UBS?
(1) de 1 a 2 salas
(2) de 3 a 4 salas
(3) + de 4 salas
- 11) Existe sala ampla, arejada e limpa para reunião com gestantes nesta UBS?
(1) sim
(2) não
- 12) Existe sala de espera, arejada, limpa e com cadeiras?
(1) sim
(2) não
- 13) Existe Consultório Climatizado?
(1) sim
(2) não
- 14) Existe água potável disponível para os usuários?
(1) sim
(2) não
- 15) O ambiente interno é limpo?(Poeira, lixo exposto)
(1) sim
(2) não
- 16) Existência de umidade (mofo, infiltrações)
(1) sim
(2) não
- 17) O Banheiro feminino é limpo?
(1) sim
(2) não
- 18) Existência de banheiro para deficientes?
(1) sim
(2) não
- 19) Equipamentos para atividade de Educação em Saúde existente na UBS (* pode marcar mais de um)
() folders
() cartaz
() filmes
() álbum seriado
() outros. Especificar_____

20) Existe Cartão da Gestante na UBS?

(1) sim

(2) não

21) Existe Preservativos na UBS?

(1) sim

(2) não

22) Existe Protocolo de Atenção à gestante com sífilis na UBS?

(1) sim

(2) não

23) Existe Conselho Gestor da UBS?

(1) sim

(2) não

24) Esta UBS realiza teste para sífilis?

(1) sim

(2) não

25) Esta UBS trata gestante com sífilis

(1) sim

(2) não

26) Profissionais disponíveis na UBS:

Profissionais	Número	Carga horária
Obstetras	_ _ _	_ _ _
Pediatras	_ _ _	_ _ _
Clínico geral	_ _ _	_ _ _
Outras especialidades médicas	_ _ _	_ _ _
Enfermeiras	_ _ _	_ _ _
Aux/Téc de enfermagem	_ _ _	_ _ _
Agente Comunitário	_ _ _	_ _ _
Farmacêutico	_ _ _	_ _ _
Dentista	_ _ _	_ _ _
Acadêmicos	_ _ _	_ _ _
Outro Especificar	_ _ _	_ _ _

Anexo 9

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: Avaliação da Implementação das Ações de Prevenção da Transmissão Vertical de Sífilis no Pré-Natal, Cuiabá.

Você foi selecionado (a) para este estudo, por fazer parte das duas unidades de saúde da família que atende os bairros de renda abaixo de 2,91 SM; sendo que esta unidade ou teve o maior nº de casos notificados de sífilis em gestante ou nenhum caso notificado de sífilis em gestantes nos anos de 2007, 2008 e 2009 (silencioso) e o Programa Saúde da Família está implantado há no mínimo três anos. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é estimar o grau de implementação das ações de prevenção da transmissão vertical de sífilis no momento do pré-natal no município de Cuiabá e recomendar rotinas e padrões de boas práticas para a prevenção da transmissão vertical da sífilis.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante e dar-se-á mediante entrevista abordando vários aspectos relativos ao atendimento ao pré-natal.

Toda a documentação produzida por esta pesquisa será guardada pelo pesquisador principal por um período de cinco anos.

As informações prestadas serão analisadas segundo categoria e apresentadas sem identificação nominal, de forma a não comprometer o participante. Entretanto, considerando a especificidade do cargo, existe um risco de identificação, assim, solicitamos autorização para citação do cargo caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação.

Os benefícios relacionados com a sua participação estão relacionados à identificação de ajustes de gestão necessários para a melhoria do programa de atenção ao pré-natal de modo a prevenir a transmissão vertical da sífilis.

Os resultados desta entrevista serão utilizados exclusivamente para os fins desta pesquisa e para publicações – dissertação, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____ Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____. Assinatura: _____

Instituição de Ensino: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/ FIOCRUZ. Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ ENSP. Rua: Leopoldo Bulhões, nº 1480 – andar térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ. CEP -21041-210

Autora da Pesquisa: Maria Helena Lopes. Instituição de origem: Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/ MT). Endereço institucional: Rua D – Q 12 – L 2 – Bloco. 05, Centro Político Administrativo Cuiabá/ MT. Fone/ fax: (65)3613-5339.

Anexo 10

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional De Saúde Pública – ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada mãe,

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa que está sendo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz.

O estudo pretende avaliar se o Programa de prevenção da Transmissão Vertical Sífilis está funcionando adequadamente no pré-natal em Cuiabá. O objetivo final é ter informações para melhorar o atendimento no pré-natal e durante o parto de tal modo que as doenças infantis e maternas previsíveis sejam de fato evitadas pelos serviços de saúde.

A pesquisa será conduzida através de entrevista semi-estruturada sobre suas condições de moradia, nível de instrução, sua história reprodutiva, sobre a atenção pré-natal que você recebeu e comportamentos que influenciam na sua saúde bem como sobre a testagem de sífilis durante a gravidez.

Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação nela a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Toda a documentação produzida por esta pesquisa será guardada pelo pesquisador principal por um período de cinco anos.

As informações prestadas serão analisadas segundo categoria e apresentadas sem identificação nominal, de forma a não comprometer o participante. Entretanto, considerando a especificidade do cargo, existe um risco de identificação, assim, solicitamos autorização para citação do cargo caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação.

Os benefícios relacionados com a sua participação estão relacionados à identificação de ajustes de gestão necessários para a melhoria do programa de atenção ao pré-natal de modo a prevenir a transmissão vertical da sífilis.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento e concordo em participar desta pesquisa.

Participante: _____

Coordenadora da Pesquisa. Maria Helena Lopes. Instituição de origem: Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/ MT).Endereço institucional: Rua D – Q 12 – L 2 –

Bloco 05. Centro Político Administrativo Cuiabá/ MT. Fone/ fax: (65)3613-5339. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – CEP/ENSP Rua Leopoldo Bulhões nº1408/321 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210. Tel: 0**21-2900085 Ramal: 2054.

Anexo 11

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP

Termo de Consentimento para uso de dados à Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

COVEPI - SES – MT

Dados do Solicitante

Data: ____/____/____

Órgão: _____ Setor: _____

Nome: _____

Tel. _____ E-mail: _____

Dados Solicitados

Finalidade:

Dados sobre: Agravos de Notificação () Mortalidade () Nascidos Vivos ()

Dados referentes ao período: _____

Dados de residentes em: _____

Faixa etária específica? Se sim, especificar: _____

Estratificar por sexo (S/ N): _____

Outras especificações: _____

Termo de Compromisso

Eu, _____

Assumo os compromissos abaixo listados:

- Citar a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica – COVEPI como fonte dos dados, sempre que utilizar as informações em trabalhos, publicações ou apresentações.
- Enviar uma cópia do trabalho concluído à COVEPI.
- Manter sigilo, caso sejam fornecidos dados que possam identificar o paciente.

Atendido por: _____	Data: ____/____/____
---------------------	----------------------