



UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF MESTRADO

LÍVIA DE SOUZA CÂMARA

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO CURSO ON-LINE “MANEJO DA
SÍFILIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”**

RIO DE JANEIRO
2021

LÍVIA DE SOUZA CÂMARA

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO CURSO ON-LINE “MANEJO DA
SÍFILIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Biociências.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva

Rio de Janeiro
2021

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

d172 de Souza Câmara, Livia
Desenvolvimento e avaliação do curso on-line
"Manejo da sífilis para a Atenção Primária em Saúde"
/ Livia de Souza Câmara. -- Rio de Janeiro, 2021.
282

Orientadora: Leila Rangel da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem e Biociências, 2021.

1. Sífilis. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Internato e Residência. 4. Educação Permanente. I.
Rangel da Silva, Leila, orient. II. Título.

LÍVIA DE SOUZA CÂMARA

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO CURSO ON-LINE “MANEJO DA SÍFILIS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Biociências. Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPEEMC).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva

Data de aprovação: 18 de janeiro de 2021.

BANCA AVALIADORA:

Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO (Presidente)

Prof.^a Dr.^a Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães Ribeiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ
(1º Examinador)

Prof.^a Dr.^a Eliza Cristina Macedo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO (2º Examinador)

Prof.^a Dr.^a Marialda Moreira Christofel
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Suplente)

Prof.^a Dr.^a Andressa Teoli Nunciaroni
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO (Suplente)

Dedico esta dissertação a Deus, aos meus queridos pais Assis e Fátima, ao meu irmão Leandro, ao meu marido e companheiro Daniel, que sempre me proporcionaram apoio diário e acreditaram no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, soberano e misericordioso, provedor de bênçãos sem medida. Sem Ele, nada disso seria possível.

Agradeço à minha mãe Maria de Fátima, que me ensinou a lutar sempre pelos meus objetivos, me concedeu a vida e amor incondicional.

Ao meu Pai Francisco de Assis, que me ensinou a ter bom coração e acreditar que tudo é possível quando se tem paciência e honestidade com as pessoas, mesmo que isso às vezes não pareça valer a pena.

Ao meu irmão Leandro, que sempre me apoiou e me ensinou a ser firme nos meus propósitos.

Ao meu amado marido Daniel, pelo apoio diário, sinceridade, companheirismo e amor. Por nunca me deixar desistir, mesmo nos momentos em que parecia impossível.

À minha Sogra Ana Maria, por todo apoio que me concedeu e ânimo para nunca desistir.

A meus cunhados Rodrigo e Antônia, pelo carinho de sempre.

A minha avó Myrtes, que infelizmente não está entre nós, mas tinha um jeito todo especial de cuidar de mim e falar do meu potencial.

Aos meus afilhados Rachel, Maria Clara e Saulo, porque transbordam amor em seus sorrisos e me fazem ver a vida de uma forma mais leve.

Às minhas amigas Jennifer Loppes, Smara Messias, Gleice Kelly, Maíra Ponce, Érica Dultra, Priscila Aguiar, que me apoiaram sempre.

Aos meus amigos Guilherme, Simone, Juçara e Leandro.

Aos meus amigos enfermeiros do HUGG, Katerine, Rafael, Andressa, e a todos os demais.

Aos meus técnicos de enfermagem Luis, Ana Carla, Edjane, Rosleia, Ana Cláudia, Cláudia, Jakeline, Cecília e Débora, da equipe do plantão noturno C.

A toda a equipe de enfermagem do hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

À minha Professora Orientadora Leila Rangel, por todas as horas dedicadas a me orientar, pela paciência e apoio, tanto profissional como pessoal. Sua dedicação foi fundamental para fazer dar certo.

Às professoras Selma Vilas Boas, Laura Johanson, que sempre me apoiaram coorientando em ideias.

Aos professores e funcionários da UNIRIO, especialmente ao PPGENF.

A todos os professores, e membros do NUPEMC e Grupo de Pesquisa em Sífilis que, por compartilharem ideias e conhecimento, fizeram parte da minha evolução enquanto mestre.

Ao Professor Carlos Martins, pela sua luta incansável em relação à sífilis.

Aos meus queridos colegas de turma de mestrado, com a união e a garra para tornarmos nossos sonhos realidade.

Às minhas amigas Ana Paula Moreira e Vanessa Curitiba, meninas superpoderosas, excelentes no apoio diário e nos conselhos acadêmicos.

Às minhas amigas e companheiras diárias de trabalho Lucélia Santos, Isadora Souza e Adriana Isaias, que me deram força e apoio para prosseguir.

Ao Programa de Residência de Medicina de Família e Enfermagem de Família, por se colocarem à disposição e abrirem as portas para a realização do estudo.

Aos maravilhosos preceptores do Programa de Residência de Enfermagem de Família, que se colocaram à disposição e incentivaram os residentes a participarem das etapas do curso.

Aos incríveis residentes do Programa de Residência de Enfermagem de Família e Medicina de Família, por participarem e darem valor ao estudo.

“Todavia, como está escrito:

“Olho nenhum viu,
ouvido nenhum ouviu,
mente nenhuma imaginou
o que Deus preparou
para aqueles que o amam”

(1 Coríntios 2:9)

RESUMO

Dados epidemiológicos evidenciam que a sífilis é um grave problema de saúde pública que desafia os sistemas de saúde em todo o mundo. No município do Rio de Janeiro, com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e criação dos Programas de Residência Uniprofissional em Saúde da Família, formou-se um corpo de trabalho especializado. O objetivo geral deste estudo foi: avaliar a contribuição de um curso on-line sobre manejo da sífilis para o conhecimento teórico-prático dos residentes médicos e enfermeiros da ESF; e os específicos: identificar o conhecimento e a atitude dos residentes enfermeiros e médicos da ESF sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida; discutir as principais facilidades e dificuldades no cotidiano dos residentes em relação ao manejo da sífilis; desenvolver um curso on-line sobre o manejo da sífilis na atenção primária e avaliar a sua contribuição para o conhecimento teórico-prático dos residentes. Estudo misto, longitudinal, do tipo quase-experimental “antes e depois”. Os participantes foram residentes médicos e enfermeiros, dos Programas de Residência Uniprofissionais de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. A coleta de dados dividiu-se em três etapas: aplicação do questionário pré-intervenção sobre vivência e conhecimento técnico para o manejo da sífilis; intervenção educativa com o curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária à Saúde”; e aplicação do questionário pós-intervenção. Os questionários foram validados por especialistas pela técnica DELPHI. O estudo obedeceu aos preceitos éticos e legais da pesquisa, após aprovação dos comitês de ética da universidade e do município (Pareceres nº 3.785.975 e nº 3.799.859). A análise estatística realizada comparou o desempenho pré e pós-intervenção, por meio do programa *R Project for Statistical Computing* versão 3.6.1. Foram realizados os testes de hipótese T independente para a avaliação do conhecimento dos 111 participantes da etapa pré-intervenção e T pareado para a avaliação do conhecimento pré e pós-intervenção dos 28 participantes do curso on-line. A maioria identificou que existem dificuldades 93 (84%) e facilidades 74 (67%) para o manejo da sífilis. Das dificuldades, destacaram a não adesão ao tratamento e manejo das parcerias; das facilidades, a disponibilidade do tratamento e dos testes. As sugestões foram relacionadas à educação em saúde e ao rastreamento da população. Participaram da pré-intervenção 105 (95,5%) enfermeiros e 6 (4,55%) médicos; do curso on-line, 55 (50%) enfermeiros; e da pós-intervenção, 28 (25%) enfermeiros. O escore de conhecimento dividido por agravo foi: sífilis adquirida (56%), sífilis na gestação (64%), sífilis congênita (70%), aspectos gerais (78%). Os participantes reconhecem a sífilis como um problema de saúde pública, entendem a importância da coordenação do cuidado pelas Equipes de Saúde da Família, a importância de ferramentas diagnósticas e rastreamento da população exposta. As lacunas do conhecimento referiram-se à dificuldade de escolha do tratamento conforme classificação clínica, manejo das parcerias, e abordagem à gestante alérgica à penicilina. A intervenção educativa foi considerada positiva quanto ao formato, conteúdo e ferramentas produzidas, o que se refletiu na prática diária. Houve incremento de conhecimento ($p < 0,001$) de modo geral e por temática, ressaltando a importância desta ferramenta de ensino para a sífilis, e como inspiração para aplicação em outras temáticas. Evidenciou-se a necessidade da intensificação de estudos de avaliação de conhecimento sobre sífilis em programas de pós-graduação, e de construção de ferramentas educativas que visem a capacitação profissional, capazes de promover incremento do conhecimento, como alternativas para o enfrentamento da sífilis e a eliminação da sífilis congênita.

Palavras-chave: Sífilis; Atenção Primária à Saúde; Internato e Residência; Educação permanente.

ABSTRACT

Epidemiological data show that syphilis is a serious public health problem that challenges health systems worldwide. In the city of Rio de Janeiro, with the expansion of the Family Health Strategy (FHS) and the creation of the Uniprofessional Programs in Family Health, a specialized body of work was formed. The general objective of this study was: to evaluate the contribution of an online course on syphilis management to the theoretical and practical knowledge of medical residents and nurses of the FHS; and the specific ones: to identify the knowledge and attitudes of resident nurses and physicians of the FHS on the management of syphilis in the life cycle; to discuss the main facilities and difficulties in the daily lives of residents in relation to the management of syphilis; to develop an online course on the management of syphilis in primary care and evaluate its contribution to the theoretical and practical knowledge of residents. Mixed, longitudinal, almost-experimental “before and after” study. The participants were medicine and nursing residents from Uniprofessional Family Health Residency Programs in the city of Rio de Janeiro. Data collection was divided into three stages: application of the pre-intervention questionnaire on experience and technical knowledge for the management of syphilis; educational intervention with the online course “Clinical Management of Syphilis in the Life Cycle with a Focus on Primary Health Care”; and application of the post-intervention questionnaire. The questionnaires were validated by specialists through the DELPHI technique. The study complied with the ethical and legal precepts of the research, after approval by the ethics committees of the university and the municipality (Opinions No. 3,785,975 and No. 3,799,859. The statistical analysis performed compared the performance pre- and post-intervention, through the R Project for Statistical Computing program version 3.6.1. The independent T hypothesis tests were performed to assess the knowledge of the 111 participants of the pre-intervention stage, and T paired for the evaluation of pre- and post-intervention knowledge of the 28 participants of the online course. The majority identified that there are difficulties 93 (84%) and facilities 74 (67%) for the management of syphilis. From the difficulties they highlighted the non-treatment and management of partnerships; from the facilities, the availability of treatment and tests. Suggestions were related to health education and population screening. Participated in the pre-intervention 105 (95.5%) nurses and 6 (4.55%) physicians; in the online course 55 (50%) nurses; and in the post-intervention 28 (25%) nurses. The knowledge score divided by disease was: acquired syphilis (56%), syphilis during pregnancy (64%), congenital syphilis (70%), general aspects (78%). Participants recognize syphilis as a public health problem, understand the importance of care coordination by the Family Health Teams, the importance of diagnostic tools and screening the exposed population. The gaps in knowledge referred to the difficulty in choosing the treatment according to clinical classification; management of partnerships; and approach to pregnant women allergic to penicillin. The educational intervention was considered positive regarding the format, content and tools, which reflected in the daily practice. There was an increase in knowledge ($p < 0.001$) in general and by theme, evidencing the importance of this teaching tool for syphilis and as an inspiration for the application in other themes. It was evidenced the need to intensify knowledge evaluation studies about syphilis in post-graduation programs, and to build educational tools aimed at professional training, capable of promoting increased knowledge, as alternatives for coping with syphilis and the elimination of congenital syphilis.

Key Words: Syphilis; Primary Health Care; Internship and Residency; Education, Continuing.

RESUMEN

Los datos epidemiológicos muestran que la sífilis es un grave problema de salud pública que desafía los sistemas de salud en todo el mundo. En la ciudad de Rio de Janeiro, con la ampliación de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) y la creación de los Programas Uniprofesionales en Salud Familiar, ha se formado un cuerpo de trabajo especializado y cualificado. El objetivo general de este estudio fue: evaluar la contribución de un curso en línea sobre el manejo de la sífilis al conocimiento teórico y práctico de los residentes médicos y enfermeros de la ESF; y los específicos: identificar los conocimientos y actitudes de los enfermeros y médicos residentes de la ESF sobre el manejo de la sífilis en el ciclo de vida; discutir las principales facilidades y dificultades en el cotidiano de los residentes en relación con el manejo de la sífilis; desarrollar un curso en línea sobre el manejo de la sífilis en la atención primaria y evaluar su contribución al conocimiento teórico y práctico de los residentes. Estudio mixto, longitudinal, casi experimental “antes y después”. Los participantes eran residentes médicos y enfermeiros de Programas UniProfesionales de Residencia de Salud Familiar en el municipio de Rio de Janeiro. La recopilación de datos se dividió en tres etapas: aplicación del cuestionario pre-intervención sobre experiencia y conocimientos técnicos para el manejo de la sífilis; intervención educativa con el curso en línea “Gestión Clínica de la Sífilis en el Ciclo de Vida con Enfoque en la Atención Primaria de Salud”; y aplicación del cuestionario post-intervención. Los cuestionarios fueron validados por especialistas mediante la técnica DELPHI. El estudio cumplió con los preceptos éticos y legales de la investigación, tras la aprobación por parte de los comités de ética de la universidad y del municipio (Dictámenes N° 3.785.975 y N° 3.799.859. El análisis estadístico realizado comparó el rendimiento pre y post-intervención, a través del programa *R Project for Statistical Computing* versión 3.6.1. Se realizaron las pruebas de hipótesis T independientes para evaluar el conocimiento de los 111 participantes de la etapa pre-intervención y T pareado para evaluación del conocimiento pre y post-intervención de los 28 participantes del curso en línea. La mayoría identificó que hay dificultades 93 (84%) y facilidades 74 (67%) para el manejo de la sífilis. De las dificultades, destacaron la falta de tratamiento y manejo de las parejas; de las facilidades, la disponibilidad de tratamiento y testes. Las sugerencias se relacionaron a la educación sanitaria y rastreo de la población. Participaron en la pre-intervención 105 (95,5%) enfermeros y 6 (4,55%) médicos; en el curso en línea, 55 (50%) enfermeros; y en la post-intervención, 28 (25%) enfermeros. La puntuación de conocimiento dividida por enfermedad fue: sífilis adquirida (56%), sífilis en el embarazo (64%), sífilis congénita (70%), aspectos generales (78%). Los participantes reconocen la sífilis como un problema de salud pública, entienden la importancia de la coordinación del cuidado por los Equipos de Salud Familiar, la importancia de herramientas diagnósticas y rastreo de la población expuesta. Las lagunas del conocimiento se referieron a la dificultad para elección del tratamiento según la clasificación clínica; manejo de las parejas; y abordaje de las mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina. La intervención educativa se consideró positiva en cuanto a formato, contenidos y herramientas producidas, lo que se reflejó en la en la práctica diaria. Hubo un aumento en el conocimiento ($p < 0.001$) en general y por tema, resaltando la importancia de esta herramienta de enseñanza para la sífilis, y como inspiración para aplicación en otros temas. Se evidenció la necesidad de intensificar los estudios de evaluación del conocimiento sobre sífilis en los programas de posgrado, y de construir herramientas educativas dirigidas a la formación profesional, capaces de incrementar el conocimiento, como alternativas para enfrentamiento de la sífilis y eliminación de la sífilis congénita.

Palavras chaves: Sífilis; Atención Primaria de Salud; Internado y Residencia; Educación Continua.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de busca da revisão de literatura sobre sífilis, conhecimento, educação permanente, profissionais de saúde e residência	32
Figura 2 – Prevalência da sífilis adquirida, gestacional e congênita de 2009 e 2019. Brasil, 2019.	45
Figura 3 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo regiões do Brasil. Brasil, 2020....	45
Figura 4 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos por Unidade Federativa. Brasil, 2019.	46
Figura 5 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo capitais. Brasil, 2019.	46
Figura 6 – Classificação clínica da neurosífilis.....	61
Figura 7 – Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto.....	71
Figura 8 – Convite para a participação da pesquisa	89
Figura 9 – Exemplo de vídeo confeccionado e utilizado no curso pela pesquisadora	103
Figura 10 – Aplicativos de apoio ao curso	104
Figura 11 – A plataforma utilizada no curso: Google Sala de Aula.....	104
Figura 12 – Os seis vídeos construídos para o curso	106
Figura 13 – As capas dos e-books utilizados para os estudos de caso	107
Figura 14 – Capas dos e-books “ <i>Checklist</i> de atendimento”	108
Figura 15 – Dinâmica de convite para o curso	109
Figura 16 – As etapas do curso.....	109
Figura 17 – A plataforma de ensino do curso.....	110
Figura 18 – Alguns marcos históricos da sífilis.....	112
Figura 19 – Atividade: Testes de Sífilis	113
Figura 20 – Ilustração da atividade do <i>checklist</i> da sífilis adquirida.....	114
Figura 21 – Fases clínicas da sífilis adquirida	115
Figura 22 – O vídeo “ <i>Checklist</i> da Sífilis Adquirida”	115
Figura 23 – O vídeo “ <i>Checklist</i> da Sífilis Adquirida”	116
Figura 24 – O e-book do <i>checklist</i> do caso 01	118

Figura 25 – E-book Estudo de Caso 02	119
Figura 26 – E-book “ <i>Checklist</i> da sífilis na gestação”	120
Figura 27 – A atividade: Assista ao vídeo “Manejo da sífilis na gestação”	120
Figura 28 – Assista ao Vídeo “Sífilis na Gestação”	121
Figura 29 – A Atividade “o que eu faço para tratar a gestante alérgica à penicilina”	122
Figura 30 – O vídeo “o que eu faço para tratar a gestante alérgica à penicilina?”	122
Figura 31 – O e-book Estudo de Caso 03	124
Figura 32 – O e-book “ <i>Checklist</i> da sífilis congênita”	125
Figura 33 – Atividade: Leia o Artigo “Intervenção educacional na Atenção Básica para intervenção da sífilis congênita”	126
Figura 34 – Atividade: Assista ao vídeo Manejo da Sífilis Congênita na APS.....	126
Figura 35 – O vídeo “Manejo da Sífilis Congênita na APS”	127
Figura 36 – E-book Estudo de Caso 04	129
Figura 37 – E-book Estudo de Caso 05	130
Figura 38 – O encontro virtual.....	131
Figura 39 – O encontro virtual: estudo de caso	131
Figura 40 – Nuvem de palavras: dificuldades	139
Figura 41 – Nuvem de palavras: facilidades.....	140
Figura 42 – Nuvem de palavras: sugestões.....	142

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Análise comparativa de desempenho geral nos questionários pré e pós-intervenção dos participantes da oficina presencial do manejo da sífilis no ciclo da vida	99
Gráfico 2 – Frequência de acertos	145
Gráfico 3 – <i>Boxplot</i> de frequência de acertos.....	145
Gráfico 4 – <i>Boxplot</i> dos aspectos gerais.....	159
Gráfico 5 – <i>Boxplot</i> sífilis adquirida	159
Gráfico 6 – <i>Boxplot</i> sífilis na gestação	160
Gráfico 7 – <i>Boxplot</i> sífilis congênita	160
Gráfico 8 – Desempenho comparativo pré e pós-intervenção.....	172
Gráfico 9 – <i>Boxplots</i> de frequência absoluta pré e pós-intervenção	173
Gráfico 10 – <i>Boxplots</i> pré-intervenção por tema.....	187
Gráfico 11 – <i>Boxplots</i> pós-intervenção por tema	188
Gráfico 12 – <i>Boxplots</i> pré e pós-intervenção: tema: aspectos gerais da sífilis.....	188
Gráfico 13 – <i>Boxplots</i> pré e pós-intervenção: tema: sífilis adquirida	189
Gráfico 14 – <i>Boxplots</i> pré e pós-intervenção: tema: sífilis na gestação	189
Gráfico 15 – <i>Boxplots</i> pré e pós-intervenção: tema: sífilis congênita.....	190

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Descritores utilizados na busca de artigos para compor a revisão integrativa..	30
Quadro 2 –	Fluxograma de busca da revisão de literatura sobre sífilis, conhecimento, educação permanente, profissionais de saúde e residência.....	33
Quadro 3 –	Estudos selecionados para análise e construção da justificativa.....	34
Quadro 4 –	Resultados e discussões dos estudos.....	35
Quadro 5 –	Classificação de estudos na classificação de nível de evidência	38
Quadro 6 –	Interpretação testes treponêmicos e não treponêmicos e conduta	64
Quadro 7 –	Tratamento conforme fase clínica da sífilis adquirida.....	66
Quadro 8 –	Distribuição dos residentes médicos e enfermeiros por Área de Planejamento	76
Quadro 9 –	Distribuição de Unidades por Programa de Residência e por Área de Planejamento do município do Rio de Janeiro	78
Quadro 10 –	Perfil dos avaliadores dos questionários autorrespondidos	82
Quadro 11 –	Ementa do curso.....	87
Quadro 12 –	Número de subitens e acertos máximos por questão	91
Quadro 13 –	Crítérios utilizados para avaliação de cada tema	92
Quadro 14 –	Comentários sobre a oficina presencial	102
Quadro 15 –	<i>Links</i> dos vídeos do curso	105
Quadro 16 –	<i>Link</i> dos e-books para estudo de caso	107
Quadro 17 –	<i>Link</i> para e-books de checklist para atendimento	108
Quadro 18 –	Assuntos abordados nas perguntas abertas	138
Quadro 19 –	Alguns relatos dos participantes quanto às dificuldades.....	140
Quadro 20 –	Alguns relatos dos participantes quanto às facilidades.....	141
Quadro 21 –	Alguns relatos dos participantes quanto às sugestões.....	143
Quadro 22 –	Desfechos de resultados por Área de Planejamento, ano de residência treinamento, e sua utilidade	162
Quadro 23 –	Comentários dos participantes que responderam ao questionário pós-intervenção.....	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos estudos por área de procedência.....	38
Tabela 2 – Nível de concordância dos especialistas na seção “Conhecimentos” dos questionários pré e pós-teste por pergunta	83
Tabela 3 – Nível de concordância dos especialistas na seção “conhecimentos” dos questionários pré e pós-intervenção de modo geral	84
Tabela 4 – Desempenho comparativo pré e pós-intervenção de oficina presencial por tipo de agravo	100
Tabela 5 – Desempenho comparativo pré e pós-intervenção de oficina presencial por estágio de manejo	101
Tabela 6 – Perfil dos participantes	134
Tabela 7 – Campo prático x contato com a temática sífilis	135
Tabela 8 – Sugestões, dificuldades e facilidades no manejo da sífilis.....	137
Tabela 9 – Capacitações no âmbito da sífilis	144
Tabela 10 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 1	146
Tabela 11 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 2	146
Tabela 12 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 3	147
Tabela 13 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 4	148
Tabela 14 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 5	149
Tabela 15 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 6	149
Tabela 16 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 7	150
Tabela 17 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 8	152
Tabela 18 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 9	153
Tabela 19 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 10	154
Tabela 20 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 11	154
Tabela 21 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 12	155
Tabela 22 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 13	155
Tabela 23 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 14	157
Tabela 24 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 15	158
Tabela 25 – Avaliação do conhecimento por tema	159
Tabela 26 – Avaliação do conhecimento por etapa do seguimento	161
Tabela 27 – Perfil dos residentes participantes da intervenção educativa	165

Tabela 28 – Campo prático x contato com a temática sífilis	167
Tabela 29 – Capacitações em sífilis	169
Tabela 30 – Opiniões dos participantes sobre o curso on-line.....	170
Tabela 31 – Desempenho comparativo pré e pós-intervenção.....	172
Tabela 32 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 1	174
Tabela 33 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 2	174
Tabela 34 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 3	175
Tabela 35 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 4	176
Tabela 36 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 5	177
Tabela 37 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 6	178
Tabela 38 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 7	179
Tabela 39 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 8	180
Tabela 40 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 9	181
Tabela 41 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 10	182
Tabela 42 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 11	182
Tabela 43 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 12	183
Tabela 44 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 13	184
Tabela 45 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 14	185
Tabela 46 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 15	186
Tabela 47 – Avaliação do conhecimento comparativo por tema	187
Tabela 48 – Avaliação do conhecimento das etapas de seguimento.....	191

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANOVA	Análise de Variância
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAFe	Comunidade Acadêmica Federada
CAP	Conhecimento, Atitudes e Práticas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEMI	Departamento de Enfermagem Materno-Infantil
DSEI-MS	Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAD	Ensino à Distância
EEAP	Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
ELISA	Ensaio Imunoenzimático Indireto
EPS	Educação Permanente em Saúde
EQL	Quimioluminescência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTA-ABS	Anticorpo Treponêmico Fluorescente – absorvido
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV	Papiloma Vírus Humano
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
IM	Intramuscular
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NUPEEMC	Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PreP	Profilaxia Pré-Exposição
PRESF	Programa de Residência de Enfermagem de Família
PRMFC	Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
RPR	<i>Rapid Test Reagin</i>
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPHA	<i>Treponema Pallidum Hemagglutination Assay</i>
TRUST	<i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UI	Unidade Internacional
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
1.1 Objetivos do estudo	28
1.2 Justificativa e relevância do estudo	28
2. BASES CONCEITUAIS	42
2.1 Refletindo sobre os marcos históricos da sífilis	42
2.2 Sífilis no mundo, no Brasil, na região Sudeste, estado e município do Rio de Janeiro: breve retrato no contexto da Atenção Básica	43
2.3 A importância da Educação Permanente em Saúde no contexto do manejo da sífilis no ciclo da vida	52
2.4 A sífilis no ciclo de vida: aspectos fisiopatológicos, protocolos vigentes e a rede de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro	58
2.4.1 <i>A sífilis adquirida</i>	60
2.4.1.1 Fases clínicas da sífilis adquirida.....	60
2.4.1.2 O rastreamento da sífilis adquirida e neurosífilis.....	62
2.4.2 <i>A sífilis congênita</i>	69
2.4.2.1 As classificações clínicas da sífilis congênita.....	69
2.4.2.2 O manejo da sífilis congênita.....	70
3. MATERIAIS E MÉTODOS	74
3.1 Tipologia de estudo	74
3.2 O desenvolvimento da intervenção educativa	75
3.2.1 <i>A seleção dos participantes do estudo</i>	75
3.3 Critérios para a continuidade e descontinuidade das etapas da intervenção	77
3.4 Os cenários de lotação dos participantes	77
3.4.1 <i>Em relação à lotação dos residentes</i>	77
3.4.2 <i>Os cenários na dinâmica para a construção dos dados</i>	78
3.5 A construção dos dados	79
3.6 Dos questionários pré e pós-intervenção	79
3.6.1 <i>Primeira etapa: confecção dos questionários pré e pós-intervenção</i>	79
3.6.2 <i>Segunda etapa: validação dos questionários por especialistas</i>	80
3.6.2.1 <i>Primeiro passo: a definição do facilitador</i>	81

3.6.2.2	Segundo passo: identificação dos especialistas	81
3.6.2.3	Terceiro passo: definição do problema.....	82
3.6.2.4	Quarto passo: rodada de perguntas	82
3.6.2.5	Quinto passo: tomada de decisão	84
3.6.3	<i>Terceira etapa: intervenção educativa presencial com residentes (avaliação dos questionários pré e pós-intervenção)</i>	84
3.6.4	<i>Quarta etapa: os ajustes dos questionários autorrespondidos no formato on-line</i> ...	86
3.6.5	<i>Quinta etapa: a elaboração da intervenção educativa on-line “Curso On-line Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária”</i>	86
3.7	A implementação e a avaliação da intervenção educativa	88
3.7.1	<i>Realização do curso on-line com os residentes (convite, aplicação do questionário pré-intervenção, intervenção educativa e pós-intervenção)</i>	88
3.7.2	<i>Análise dos dados</i>	89
3.7.3	<i>Formatos da análise dos dados</i>	90
3.7.4	<i>Os dados do pré-intervenção</i>	90
3.7.4.1	Perfil dos participantes	90
3.7.4.2	Vivência com a temática.....	90
3.7.4.3	Conhecimentos por pergunta.....	90
3.7.4.4	Conhecimento por temática	91
3.7.4.5	A realização do curso: impressões sobre a participação.....	92
3.7.5	<i>Os dados do pós-intervenção</i>	93
3.7.5.1	Sugestões para o curso.....	93
3.7.5.2	Análise estatística	93
3.8	Aspectos éticos da pesquisa	93
4.	CURSO ON-LINE “MANEJO DA SÍFILIS NO CICLO DA VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA” COMO OPORTUNIDADE DE REINVENÇÃO EM MEIO À PANDEMIA	96
4.1	A motivação para a construção do curso on-line	96
4.2	A utilização dos dados da oficina presencial para a construção do curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida na Atenção Primária”	97
4.3	A dinâmica da oficina presencial	97
4.4	A realização da oficina presencial: conhecimentos pré e pós-intervenção educativa	98

4.5	Desempenho antes e depois da oficina	99
4.6	Percepção dos participantes sobre a realização da oficina	101
4.7	Resultados da oficina presencial como direcionamento para o desenvolvimento do curso on-line	102
4.8	A construção do curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida na Atenção Primária”	103
4.8.1	<i>A operacionalização</i>	103
4.8.2	<i>As ferramentas utilizadas</i>	103
4.8.3	<i>A plataforma de ensino</i>	104
4.8.4	<i>A produção, edição e publicação dos vídeos</i>	105
4.8.5	<i>A produção dos e-books (livros em formato digital)</i>	106
4.8.6	<i>E-books para subsidiar as discussões dos casos clínicos</i>	106
4.8.7	<i>E-books “Checklist de atendimento”</i>	108
4.8.8	<i>Divulgação do curso</i>	109
4.8.9	<i>O conteúdo do curso</i>	110
4.8.10	<i>As atividades assíncronas</i>	110
4.8.10.1	<i>Módulo 1: Aspectos gerais da sífilis</i>	111
4.8.10.2	<i>Módulo 2: Manejo da sífilis adquirida</i>	114
4.8.10.3	<i>Módulo 3: Manejo da sífilis na gestação</i>	119
4.8.10.4	<i>Módulo 4: Manejo da sífilis congênita</i>	124
4.8.11	<i>A atividade síncrona</i>	131
4.8.11.1	<i>O encontro virtual</i>	131
4.9	Objetivos da pós-intervenção	132
5.	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES	133
5.1	Descrição do perfil dos residentes	133
5.2	Vivência no campo prático x atendimento de usuários com diagnóstico de sífilis 135	
5.3	Capacitação no manejo da sífilis	143
5.4	Avaliação do conhecimento teórico	144
5.4.1	<i>Conhecimento técnico demonstrado em cada um dos 15 enunciados</i>	145
5.4.2	<i>Avaliação do conhecimento por tema</i>	159
5.4.3	<i>Desfechos por Área de Planejamento</i>	161
5.5	Participantes da intervenção virtual	162

5.5.1	<i>O convite para a intervenção</i>	162
5.5.2	<i>Impressões sobre a participação dos residentes no curso on-line</i>	163
5.6	Desempenho comparativo dos participantes do curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária à Saúde”	165
5.6.1	<i>Descrição do perfil dos residentes que participaram da intervenção educativa em todas as etapas propostas</i>	165
5.6.2	<i>Opiniões e impressões sobre a intervenção educativa</i>	169
5.7	Avaliação do conhecimento comparativo antes e depois da intervenção	171
5.7.1	<i>Avaliação do conhecimento comparativo das 15 questões</i>	173
5.7.2	<i>Dados comparativos sobre o conhecimento dos participantes antes e depois intervenção por tema</i>	187
6.	DISCUSSÃO	192
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	223
	REFERÊNCIAS	226
	APÊNDICE A – Questionário <i>Google Forms</i> : pré-intervenção (manejo da sífilis): para a avaliação do conhecimento prévio à intervenção educativa	243
	APÊNDICE B – Questionário <i>Google Forms</i> : pós-intervenção (manejo da sífilis): para avaliação do conhecimento após a intervenção educativa.....	250
	APÊNDICE C – Questionário <i>Google Forms</i> : validação por especialistas sobre o módulo “conhecimento sobre sífilis” do questionário pré e pós-intervenção	256
	APÊNDICE D – <i>Google Forms</i> : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os especialistas: formato on-line.....	259
	APÊNDICE E – <i>Google Forms</i> : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes (residentes médicos e enfermeiros).....	262
	ANEXO A – Cartas de anuência.....	265
	ANEXO B – Pareceres dos Comitês de Ética (UNIRIO/ SMS-RJ) para autorização da pesquisa presencial	267

1. INTRODUÇÃO

Data de mais de 500 anos os primeiros relatos sobre a sífilis, doença infectocontagiosa sistêmica de evolução crônica, causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum* (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009). É uma infecção transmitida por via sexual, parenteral ou vertical, de tratamento reconhecido e cura com o antibiótico penicilina desde 1943. O homem é o único hospedeiro e pode ser acometido em qualquer fase da vida. Suas manifestações podem perpassar anos ou décadas, e acometer o sistema nervoso, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e ósseo (BRASIL, 2019).

A sua apresentação é em duas formas: adquirida ou congênita. Na sua forma adquirida, seu curso é crônico e lento, composto por fases sintomáticas e assintomáticas, podendo gerar inúmeras repercussões ao indivíduo, que variam desde manifestações cutâneas autolimitadas, incapacidade, desfiguração, até a morte. Na sua forma congênita, as consequências são inúmeras e graves variando desde aborto, prematuridade, baixo peso, más formações congênicas, óbito fetal e infantil, e por ser evitável, a sua ocorrência é considerada indicador de falha na condução do pré-natal (BRASIL, 2020a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). No Brasil, o número de casos de sífilis cresce a cada ano, constituindo um grave problema de saúde pública, sendo declarada como uma epidemia nacional em 2016 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2017; BRASIL, 2017a). A região Sudeste, com destaque para o estado e município do Rio de Janeiro, vem apresentando o maior número de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita de todo o território nacional (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018a). Fato é que a sífilis desafia todos os sistemas de saúde, gestores e profissionais de saúde da linha de frente.

No Brasil, diante deste cenário epidemiológico, o Ministério da Saúde garante o diagnóstico, tratamento, acompanhamento de parcerias e seguimento pós-tratamento de toda a população, independente da faixa etária, e difunde uma gama de protocolos construídos e revisados. As secretarias de saúde estaduais e municipais são responsáveis pela operacionalização do seu manejo, e a atuação dos profissionais de saúde é a peça-chave para a assistência ao indivíduo com vistas a garantir a eficácia, prevenção e, conseqüentemente, a interrupção da sua cadeia de transmissão (BRASIL, 2010).

Dada esta incumbência quanto ao manejo da sífilis, os profissionais de saúde precisam conhecer os protocolos vigentes atrelados às capacitações teórico-práticas contínuas, à sensibilização e ao engajamento, que devem ser oferecidos e acompanhados pelos gestores de saúde (CARDOSO, A. *et al.*, 2018). Na prática, este panorama diverge do esperado e diversos estudos apontam uma lacuna do conhecimento teórico-prático, bem como escassez de treinamentos eficazes (COSTA, L. *et al.*, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2013a; RODRIGUES, D.; DOMINGUES, 2018; SANTOS, R. *et al.*, 2019; SILVA, D. *et al.*, 2014).

O interesse pela temática vai além da problemática apresentada por esse agravo: o seu potencial de acometimento em todo o ciclo da vida, os dados crescentes em notificação a cada ano, a não capacitação dos profissionais de saúde para o manejo e a Atenção Primária em Saúde como principal porta de entrada para o combate à sífilis.

Durante a minha trajetória profissional na Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ), de 2010 a 2019, lotada, primeiramente, como enfermeira de uma equipe de Saúde da Família e depois em uma maternidade municipal, trabalhei diretamente com o processo de manejo da sífilis no ciclo da vida, em maior frequência na gestação e congênita. Pude notar a não adesão dos usuários diagnosticados com sífilis ao tratamento e seguimento pós-terapêutico, dificuldade em captação e envolvimento das parcerias sexuais, a inconformidade de condutas em relação aos protocolos vigentes e uma rede incipiente quanto à assistência à criança verticalmente exposta.

Em seguida, passei a trabalhar como Assessora Técnica da Linha de Cuidado em Saúde Materno-Infantil na Área de Planejamento 3.1 do Município do Rio de Janeiro, junto a equipes de Saúde da Família e gestores locais, realizando a vigilância dos casos e a capacitação *in loco*, com atividades/ações como treinamentos, reuniões de área e discussões de casos clínicos em oficinas e câmaras técnicas acerca do diagnóstico, tratamento e seguimento pós-terapêutico da mulher gestante e da criança expostas à sífilis.

À época, junto aos profissionais de saúde, realizei diagnóstico simplificado com base nas percepções identificadas, relacionadas aos registros em prontuários, e foram encontradas subnotificações ou incompletudes no preenchimento, não tomada de medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias à abordagem deste agravo, bem como a baixa adesão ao tratamento e não abordagem das parcerias sexuais. Estudos, como os de Rosa *et al.*, 2020 e Cardoso, A. *et al.*, 2018, apontaram esta mesma realidade.

Estudo de revisão de literatura sobre a temática da sífilis na gestação aponta manejo inadequado da sífilis com destaque para diagnóstico e tratamentos tardios, não adesão ao

tratamento pela gestante e parcerias sexuais, número reduzido de consultas de pré-natal, insegurança dos profissionais na escolha dos esquemas terapêuticos, assim como problemas organizacionais dos serviços de saúde (ROSA *et al.*, 2020).

Em Fortaleza/Ceará, ao parear dados de notificação de sífilis gestacional com os dados de notificação de sífilis congênita, foram verificadas falhas, como o não recebimento de tratamento adequado das mulheres gestantes e seus conceitos e, por conseguinte, uma assistência inadequada (CARDOSO, A. *et al.*, 2018).

O adequado manejo da sífilis adquirida e congênita conta com diversos fatores facilitadores e determinantes, incluindo gestores nacionais, locais e, em particular, profissionais da linha de frente, que consistem na garantia de amplo acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento oportunos, garantia de insumos, qualificação profissional e adequada assistência (BRASIL, 2017a). É preciso articulação dos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde para fornecer o cuidado integrado, ou seja, a articulação da promoção, proteção e recuperação, evitando a sua fragmentação (NOBRE *et al.*, 2018).

O cenário da Atenção Primária em Saúde (APS) possui papel importantíssimo no contexto da sífilis, já que é ordenadora e coordenadora do cuidado, configurando-se como a porta de entrada preferencial do usuário nos serviços de saúde (BRASIL, 2017b, 2019). Coelho Neto, Antunes e Oliveira, A. (2019) afirmam que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa 90% da APS no território nacional, com o modelo de equipe de Saúde da Família, fomentado pelo Ministério da Saúde, formada por um médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (PINTO JUNIOR *et al.*, 2020).

Estudo de Pinho, Garcia e Nogueira-Martins (2017) esclarece que os profissionais, em especial os enfermeiros e médicos lotados nas equipes da ESF, precisam ser sensibilizados e capacitados para terem um olhar diferenciado para a identificação dos sinais e sintomas da sífilis independente da sua fase, uma vez que, na grade curricular da graduação, é obrigatório cursar disciplinas voltadas à educação em saúde e escuta ativa – ferramentas vivas para o combate à sífilis. As autoras reforçam a importância de se fazer um diagnóstico preciso e com continuidade no pós-tratamento, para que o usuário tenha a certeza da cura e consciência da importância do sexo seguro.

Estudo realizado para analisar a tendência temporal de internações por condições sensíveis à APS em menores de um ano no Brasil constatou que a sífilis congênita possui a maior proporção de internações em neonatos, evidenciando a relevância de ações neste nível

de atenção que busquem a redução deste importante problema de saúde pública (PINTO JUNIOR *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros e médicos, devem estar aptos a identificar e manejar correta e oportunamente os casos em todos os níveis de atenção da saúde: unidades básicas, em atendimentos de urgência e emergência, em pré-operatório, maternidades, serviços de pediatria, clínica médica, dentre outras, para que se tenha maior rastreamento desta infecção. É preciso compromisso dos gestores e registro adequado da assistência prestada para uma melhor comunicação de todos os níveis de assistência, considerando-se que neste contexto o cuidado perpassa por vários níveis de complexidade.

E foi ao longo desses nove anos de trabalho, com ações-reflexões-ações, que passei a questionar: Como capacitar os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que cuidam do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) com diagnóstico de sífilis? Será que reconhecem as formas de prevenção desta infecção sexualmente transmissível? Sabem da importância do diagnóstico precoce? “Pensam sifiliticamente”, ou seja, procuram identificar a sífilis no seu dia a dia, rastreando pessoas assintomáticas e incluindo a sífilis como hipótese diagnóstica para sinais e sintomas clínicos, conforme o Professor Mestre Carlos Martins, médico e professor da Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro (UNIRIO) afirma em suas palestras?

A capacitação profissional em serviço é uma ferramenta importante que objetiva a melhoria de qualidade da assistência. Somente com a Educação Permanente em Saúde (EPS) conseguiremos melhoria de qualidade na assistência prestada, uma vez que esta metodologia considera a aprendizagem do cotidiano, as realidades regionais e a oferta institucional de ações formais de educação em saúde (BRASIL, 2014). Outrossim, é objeto de transformação nos serviços de saúde e fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente, criada em 2004 (FERREIRA, L. *et al.*, 2019).

Dada a importância do profissional de saúde (médicos e enfermeiros) ser capacitado no âmbito da atenção primária, muitos buscam cursos de especialização e residência na área da ESF. Em algumas categorias, como para os profissionais de enfermagem, é exigência contratual, pelas Organizações Sociais (OS) no município do Rio de Janeiro, a comprovação da especialização nesta área.

O manejo clínico da sífilis é uma prática diária dentro da atenção primária, visto que a equipe multiprofissional realiza diagnóstico e acompanha os usuários do SUS com

diagnóstico nas várias fases da sífilis e nas diversas classificações como sífilis gestacional, congênita e adquirida. A residência multiprofissional é considerada um elemento norteador de formação profissional articulada com a educação, formadora de um espaço de produção e consolidação dos saberes e práticas (PINHO; GARCIA; NOGUEIRA-MARTINS, 2018).

Desde 2008 tem ocorrido uma acentuada expansão na cobertura da APS no município do Rio de Janeiro e, com isso, os programas de residência em saúde da família vêm ganhando força. O município do Rio de Janeiro conta com diversos programas de residência. Objetiva-se nestes programas o preparo dos profissionais como conhecedores das prioridades e necessidades do SUS sob a ótica da ESF, e é neste ambiente que os profissionais assumem as equipes e lidam com as necessidades territoriais sob a supervisão dos preceptores (RAMOS, T.; RENNÓ, 2018). A sífilis está incluída neste escopo, representando para as equipes de saúde da família um desafio diário na sua rotina de acompanhamento das famílias.

Entendendo a importância do papel da residência em saúde da família, momento oportuno para obtenção de conhecimento, atuação, responsabilidade e aprendizagem de médicos e enfermeiros com o manejo da sífilis, esta pesquisa vislumbra destrinchar o agravo da sífilis e contribuir para a comunidade científica, rede de atenção à saúde e para a prática diária dos profissionais médicos e enfermeiros.

Com base no exposto, o objeto deste estudo é o conhecimento teórico-prático de residentes enfermeiros e médicos da ESF sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida e traz como **questões de pesquisa:**

Quais são os conhecimentos e atitudes dos residentes enfermeiros e médicos da ESF sobre o manejo da sífilis?

Quais são as principais facilidades/dificuldades no cotidiano dos residentes enfermeiros e médicos com relação ao manejo da sífilis?

Quais são as contribuições de um curso on-line sobre manejo da sífilis na atenção primária para o conhecimento teórico-prático dos residentes?

1.1 Objetivos do estudo

Objetivo geral

Avaliar a contribuição de um curso on-line sobre o manejo da sífilis para o conhecimento teórico-prático dos residentes enfermeiros e médicos da ESF.

Objetivos específicos

Identificar conhecimentos e atitudes dos residentes enfermeiros e médicos da ESF sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida.

Discutir as principais facilidades e dificuldades no cotidiano dos residentes com relação ao manejo da sífilis.

Desenvolver um curso on-line sobre o manejo da sífilis na atenção primária e avaliar a sua contribuição para o conhecimento teórico-prático dos residentes.

1.2 Justificativa e relevância do estudo

O estudo tem como justificativa a complexidade do agravo sífilis, pelo seu potencial acometimento na população nas suas mais variadas faixas etárias, seja da forma congênita ou adquirida, com potencial de morbimortalidade conhecido na literatura, de manejo complexo e difícil controle pelas taxas crescentes de detecção na população (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009), curável, com diagnóstico disponível e pouco custoso e com tratamento de sucesso à base de penicilina (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A atenção primária tem a função de ser coordenadora do cuidado, oferecendo cuidado longitudinal, com garantia de amplo acesso, informações e assistência integral em saúde; e no caso da sífilis, com ampla oferta de ferramentas que subsidiam desde o rastreamento até o seguimento pós-cura, incluindo ações que visam à interrupção da cadeia de transmissão, eliminação da sífilis congênita, em todos os níveis de atenção (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015; BRASIL, 2017a). Portanto, os profissionais de saúde devem estar aptos a desempenhar todas as medidas para um adequado manejo (BRASIL, 2018a).

O enfrentamento desta epidemia exige diversas habilidades, como comunicação, ações intersetoriais, vigilância em saúde, ética, confidencialidade (FIGUEREDO, D. *et al.*, 2020). É

imprescindível que haja profissionais capacitados e resolutivos para um manejo eficaz, vigilância epidemiológica e orientação a toda a população.

Afinal, por que escolher o Programa de Residência de Saúde da Família e Comunidade oferecido pelo município do Rio de Janeiro como cenário para este estudo? Primeiramente, para instrumentalizar os residentes de modo que possam ser agentes modificadores dos processos de trabalho, tendo em vista que são lotados na equipe assumindo o papel de enfermeiro responsável pela equipe de Saúde da Família sob a supervisão de um preceptor, durante o período em que são residentes. E também, não menos importante, para contribuir para a formação e avaliação do conhecimento teórico e prático adquirido na graduação, em cursos de capacitação e durante o programa de residência. Almeja-se, assim, demonstrar o conhecimento teórico-prático assimilado em toda a sua trajetória e intervir com educação em saúde, o que contribuirá para o aperfeiçoamento e a qualificação dos futuros profissionais líderes das equipes de Saúde da Família.

Domingos, Nunes, E. e Carvalho, B. (2015) identificaram que, ao capacitar o residente por meio da sua realidade em serviço, ocorriam mudanças no modo do trabalhador lotado na unidade, uma vez que a constante convivência proporciona reflexões acerca da prática e mobilização coletiva com vistas a promover mudanças. De forma semelhante, o estudo de Camargo *et al.* (2018) apontou que os residentes apresentaram alta governabilidade em apoiar a reestruturação do processo de trabalho das equipes.

Tendo em vista que um dos indicadores de qualidade de assistência pré-natal está voltado para a detecção precoce de agravos que trazem risco à saúde do conceito, como é o caso da sífilis, e que sua taxa de prevalência está em níveis altos e preocupantes, em especial no município do Rio de Janeiro, julga-se que explorar este tema é relevante para a comunidade científica e sobretudo para a prática e formação profissional, bem como propor discussão com os profissionais e observar como se dá a rotina das unidades, a implementação de ações de prevenção, priorização de atendimento, revisão de fluxos e de encaminhamentos (RODRIGUES, A. *et al.*, 2016).

A epidemiologia da sífilis no Brasil reflete a necessidade de pesquisa sobre o tema a fim de contribuir para a comunidade científica e para a redução da sua incidência. Abordar os profissionais de saúde médicos e enfermeiros neste estudo é de fundamental importância, tendo em vista a sua atuação no processo, pois assumirão maior responsabilidade e consciência através de ações que visem garantir a integralidade do cuidado, obedecendo às diretrizes do SUS.

Para identificar na literatura as produções científicas relacionadas a conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde, procedeu-se com uma revisão integrativa, seguindo os seis passos de Ganong (1987): 1ª Fase: Elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase: Busca ou amostragem na literatura; 3ª Fase: Coleta de dados; 4ª Fase: Análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase: Discussão dos resultados; e 6ª Fase: Apresentação da revisão integrativa.

A pergunta norteadora para a busca foi: “O que dizem os estudos que avaliam o conhecimento técnico dos profissionais de saúde quanto ao manejo da sífilis e o que tem sido feito em relação às intervenções educativas para estes profissionais?”

A busca foi feita no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); em seguida, no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), utilizando o *login* da Universidade Federal da UNIRIO. Foram selecionados termos controlados (descritores) extraídos do portal Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/*Medical Subject Headings* (MeSH), em inglês e português, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Descritores utilizados na busca de artigos para compor a revisão integrativa

Tema	Descritores	
	Português	Inglês
Sífilis	Sífilis	<i>Syphilis</i>
	Infecções por <i>treponema</i>	<i>Treponemal infections</i>
	Sífilis congênita	<i>Syphilis congenital</i>
Conhecimento	Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde	<i>Health Knowledge, attitudes, practice</i>
	Conhecimentos	<i>Knowledge</i>
Profissionais de saúde	Profissionais de saúde	<i>Health personnel</i>
	Pessoal da saúde	
Educação permanente	Educação continuada	<i>Education continuing</i>
	Educação permanente	
Residência médica	Internato e residência	<i>Internship and residency</i>
Residência não médica	Internato não médico	<i>Internship nonmedical</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Para realizar a busca, foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”. O operador OR foi usado para ampliar a busca dos descritores sinônimos; e o AND, para unir e aproximar estudos que se conciliassem com a temática encontrada.

Para a seleção dos artigos que compuseram esta revisão, foi efetuada a leitura dos títulos e resumos e depois a leitura na íntegra (quando disponíveis), sendo então selecionados os estudos pertinentes à temática pretendida no estudo.

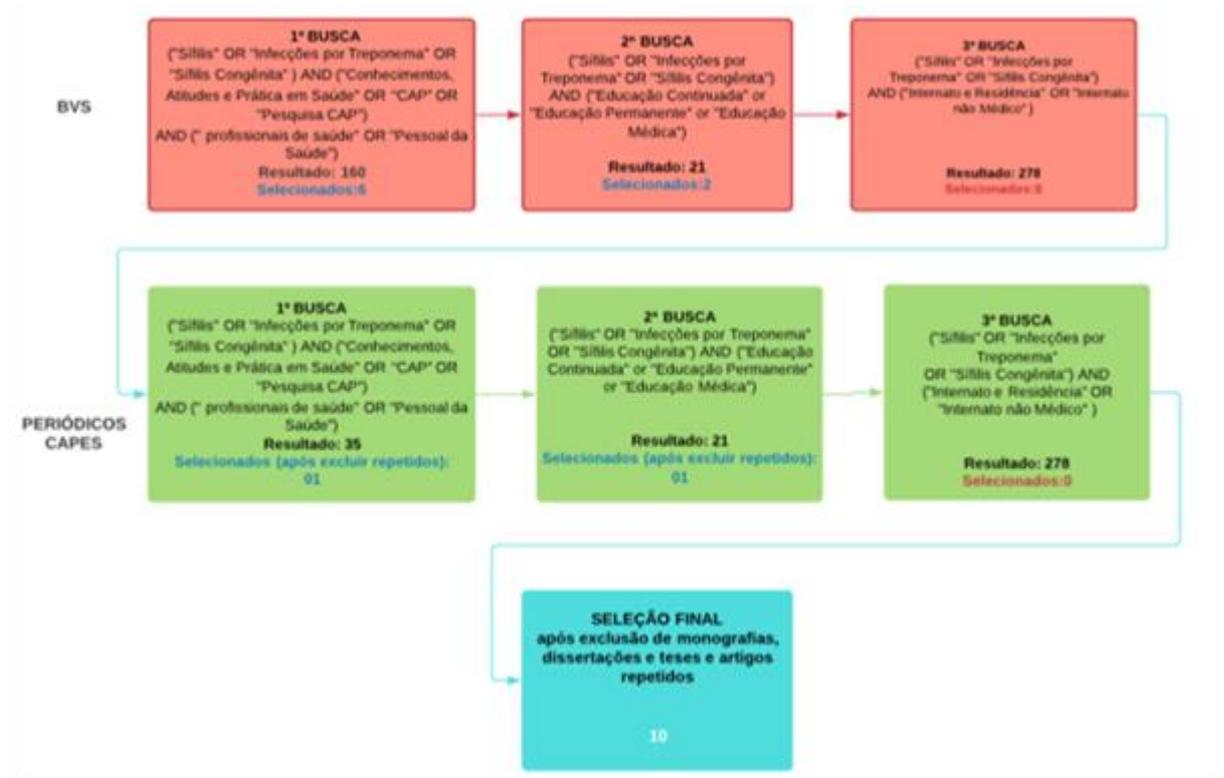
Os critérios utilizados para a inclusão dos estudos foram: idiomas português, espanhol e inglês com a temática pretendida, ou seja, conhecimentos dos profissionais de saúde lotados ou não em programas de residência acerca do manejo da sífilis, intervenções educativas com profissionais de saúde lotados ou não em programas de residência sobre o manejo desta doença. Além disso, optou-se por não estabelecer recorte temporal, pois o objetivo foi buscar o máximo de produções científicas relativas ao conhecimento e à capacitação em sífilis ao longo dos anos.

Os critérios de exclusão foram documentos considerados “literatura cinzenta” (monografias, dissertações, teses, livros, etc.) e artigos com resumo indisponível ou com dados insuficientes e que não respondessem à pergunta norteadora desta revisão.

O levantamento estendeu-se de julho de 2019 a novembro de 2020. A partir da estratégia lançada na primeira busca, chegou-se ao número de 793 publicações, sendo 459 do Portal BVS e 334 do Portal de Periódicos CAPES.

Após essa primeira etapa, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, selecionando-se os 10 artigos que compuseram esta análise, dois quais oito foram retirados do Portal BVS e dois do Portal Periódicos CAPES. A Figura 1 demonstra de forma resumida as etapas percorridas para esta seleção.

Figura 1 – Fluxograma de busca da revisão de literatura sobre sífilis, conhecimento, educação permanente, profissionais de saúde e residência



Nota: Foram utilizados descritores em inglês e a busca encontrou os mesmos quantitativos e estudos desta composição.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Os Quadros 2, 3 e 4 apresentam os estudos selecionados, conforme a base de dados utilizada, ano de publicação, método escolhido, participantes, resultados e conclusão de cada estudo.

Quadro 2 – Fluxograma de busca da revisão de literatura sobre sífilis, conhecimento, educação permanente, profissionais de saúde e residência

N	Estudo	Autores	Base	Descriptor
01	Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro	Domingues <i>et al.</i>	BVS/MEDLINE	Conhecimentos, atitudes e práticas AND sífilis
02	Intervenção educacional na atenção básica para prevenção da sífilis congênita	Lazarini e Barbosa, D.	CAPES	Conhecimentos, atitudes e práticas AND sífilis
03	Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal na atenção básica sobre o manejo da sífilis	Costa, L. <i>et al.</i>	BVS/LILACS BDNF	Educação continuada AND sífilis
04	Knowledge and compliance in practices in diagnosis and treatment of syphilis in maternity hospitals in Teresina - PI, Brazil	Santos, R. <i>et al.</i>	CAPES	Conhecimento and sífilis and profissional de saúde
05	Increased knowledge of safe and appropriate penicillin injection after viewing brief instructional video titled "How to Inject Bicillin LA"	Gertler, Ahrens e Klausner	BVS/MEDLINE	Syphilis and "health knowledge, atitudes, practice" and "health personel"
06	Diagnostic and therapeutic knowledge and practices in the management of congenital syphilis by pediatricians in public maternity hospitals in Brazil	Santos, R. <i>et al.</i>	BVS/MEDLINE	Syphilis and "health knowledge, atitudes, practice" and "health personel" and not hiv and not malaria Clear inputSearch
07	Educating health workers is key in congenital syphilis elimination in Colombia	Garcés <i>et al.</i>	BVS/MEDLINE	Syphilis and Education and "health personel"
08	Knowledge, attitudes, and practices regarding sexually transmitted infections among general practitioners and medical specialists in Karachi, Pakistan	Khandwalla, Luby e Rahman	BVS/PUBMED	Syphilis and Education and "health personel"
09	Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza	Silva, D. <i>et al.</i>	BVS/LILACS	Sífilis AND Conhecimentos
10	Management of syphilis in pregnancy: knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil	Rodrigues, D. e Domingues	BVS/MEDLINE	"SÍFILIS" AND "Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde" AND "profissionais de saúde"

Nota: SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quadro 3 – Estudos selecionados para análise e construção da justificativa

N	Local	Ano	Periódico	Método	Participantes
01	Rio de Janeiro/RJ	2013	Ciência e Saúde Coletiva	Inquérito CAP – Quantitativo	Médicos e enfermeiros
02	Londrina / PR	2017	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Quase-experimental com delineamento do tipo “antes e depois” – Quantitativo	Profissionais de saúde e coordenadores materno-infantis
03	Sudoeste do Paraná	2018	Ciência, Cuidado e Saúde	Descritivo, de natureza quantitativa e corte transversal	Enfermeiros e médicos que realizam pré-natal
04	Teresina/PI	2017	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Transversal – Quantitativo	Médicos obstetras e enfermeiros atuantes em maternidades
05	Estados Unidos	2009	Sexually Transmitted Diseases	Intervenção educacional, pré e pós-intervenção – Quantitativo	Profissionais de saúde
06	Teresina / PI	2019	International Journal of Health Services	Transversal – Quantitativo	Médicos obstetras e enfermeiros
07	Colombia	2017	Biomédica	Descritivo	Profissionais de saúde
08	Paquistão	2000	Sexually Transmitted Infections	Transversal	Dermatologistas, ginecologistas, urologistas e clínicos gerais
09	Fortaleza/CE	2014	Texto e Contexto Enfermagem	Descritivo – Quantitativo	Profissionais de saúde
10	Teresina/PI	2017	International Journal of Health Planning and Management	Transversal	Médicos e enfermeiros pré-natalistas

Nota: CAP – Conhecimentos, Atitudes e Práticas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quadro 4 – Resultados e discussões dos estudos (continua)

N	Nível de Evidência	Resultados	Conclusão
01	NÍVEL 4	Foram verificadas diversas barreiras relacionadas ao conhecimento e à familiaridade com os protocolos assistenciais, dificuldades na abordagem das DST, questões dos usuários e contexto organizacional, que apresentaram distribuição distinta segundo tipo de serviço de saúde. Profissionais com mais acesso a treinamentos e manuais técnicos obtiveram melhor desempenho, sendo estes efeitos discretos.	A identificação de barreiras para a adoção de protocolos é fundamental para a formulação de estratégias de intervenção. O acesso aos protocolos por treinamentos e manuais técnicos mostrou efeito discreto na melhoria das condutas assistenciais, sendo necessárias outras abordagens de educação continuada dos profissionais.
02	NÍVEL 3	A média de respostas corretas passou de 53% para 74,3% após a intervenção ($p < 0,01$). A adesão ao treinamento foi de 92,6%. Existiu redução importante na taxa de transmissão vertical da sífilis de 75% em 2013 para 40,2% em 2015. Em 2014 e 2015 não ocorreram registros de mortalidade infantil por esse agravo.	A intervenção educacional aumentou significativamente o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a sífilis e colaborou para a redução da taxa de transmissão vertical do agravo.
03	NÍVEL 4	A maioria dos profissionais tinha mais de cinco anos de formação (72,1%) e de atuação na área, (44,2%) e 67,4% afirmaram já ter feito treinamento em sífilis. Quanto ao medicamento alternativo em caso de alergia à penicilina, 34,8% escolheriam fármacos com alto potencial teratogênico. Para 74,4%, a principal dificuldade foi a falta de adesão do parceiro ao tratamento, e entre as estratégias sugeridas destacou-se a educação continuada para a equipe (86,0%).	A pesquisa identificou que os profissionais tiveram algumas dificuldades no diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação, o que pode justificar-se pela ausência de consenso entre os profissionais e gestores de saúde quanto ao estabelecimento de um único protocolo no município, sendo a principal dificuldade na assistência, segundo a equipe, a falta de adesão do parceiro.
04	NÍVEL 4	Foi observada concordância em dois critérios de conhecimento sobre exames sorológicos, um relacionado às práticas diagnósticas, e um de prática de tratamento, entre os médicos. Entre os enfermeiros, nenhum critério avaliado obteve concordância com os critérios padrão.	O perfil de baixa conformidade quanto aos critérios avaliados resulta em oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento das gestantes/puérperas e de seus parceiros. Estratégias de capacitação e integração das diversas categorias profissionais, melhoria nos registros no cartão de pré-natal e maior responsabilização da equipe hospitalar no manejo do parceiro são necessárias para superar as barreiras encontradas e interromper a cadeia de transmissão da doença.

Quadro 4 – Resultados e discussões dos estudos (continuação)

N	Nível de Evidência	Resultados	Conclusão
05	NÍVEL 4	A proporção de entrevistados que responderam todas as cinco perguntas corretamente aumentou de 32% no pré-teste para 81% na avaliação pós-teste ($P < 0.001$). Além disso, houve um aumento estatisticamente significativo ($P < 0.001$) na proporção de participantes escolhendo a resposta correta em cada um dos cinco domínios após a visualização do vídeo.	A visualização do vídeo digital instrutivo “Como Injetar Benzilpenicilina” foi associada a uma melhoria imediata e substancial no conhecimento sobre o tratamento da sífilis precoce e administração da penicilina G benzatina. Este vídeo pode fornecer um meio eficaz de educar os médicos sobre o uso adequado e administração da penicilina G benzatina para o tratamento da sífilis precoce.
06	NÍVEL 4	O estudo tem tornado evidente baixo acesso a cursos de capacitação (54%) e conhecimento insuficiente da definição do caso de sífilis congênita (42%) e testes rápidos para sífilis (39%). Foram constatadas falhas no estágio diagnóstico e tratamento de recém-nascidos. Solicitando VDRL (88%) e tratamento correto da neurosífilis (88%) foram as práticas que apresentaram maior conformidade com os protocolos padrão. A baixa conformidade com os protocolos leva a oportunidades perdidas para identificar e tratar adequadamente a sífilis congênita.	Com base nas barreiras identificadas no estudo, deve ser implantado maior acesso aos protocolos de diagnóstico e tratamento, registro em cartões pré-natal e prontuários hospitalares, disponibilidade de exames e medicamentos e trabalho educativo com gestantes, visando reverter a gestão atualmente inadequada da sífilis congênita e coibir sua disseminação.
07	NÍVEL 4	Foram detectados déficits de conhecimento no manejo da sífilis gestacional entre os profissionais de saúde pesquisados, incluindo médicos. Testes rápidos para sífilis são atualmente utilizados em laboratórios clínicos em Cali, porém foram observadas deficiências processuais em seu uso, incluindo garantia de controle de qualidade. Nos dois anos anteriores à pesquisa, a formação dos profissionais de saúde na prevenção da transmissão materno-infantil da sífilis/HIV foi limitada. Os profissionais de saúde estão interessados em identificar e tratar a sífilis gestacional em um único evento, no uso de testes diagnósticos rápidos e no recebimento de treinamento.	É necessário treinamento intensivo voltado para profissionais de saúde, formuladores de políticas/tomadores de decisão e grupos acadêmicos para garantir a implementação adequada de novas estratégias para a prevenção da transmissão materno-infantil da sífilis/HIV.
08	NÍVEL 4	Especialistas tiveram três vezes mais chances de reconhecer a herpes e foram duas vezes mais propensos a tratar clamídia, sífilis e herpes com antimicrobianos adequados do que os clínicos gerais. A IST mais diagnosticada foi a síndrome de uretrite/cervicite. 50% dos médicos sabiam dos antibióticos recomendados para gonorreia, embora apenas 46% deles soubessem a dosagem correta. Mais de 90% dos médicos estavam dispostos a participar de sessões educativas e seguir um protocolo nacional de IST.	Os médicos karachi devem ser educados no manejo correto e aconselhamento das IST para evitar a maior disseminação de IST, incluindo aids.

Quadro 4 – Resultados e discussões dos estudos (conclusão)

N	Nível de Evidência	Resultados	Conclusão
09	NÍVEL 4	Participaram 269 profissionais, 44,7% com seis a dez anos de atuação na saúde da família; 60% das perguntas foram respondidas corretamente sobre o conhecimento destes da seguinte forma: 75,8% conheciam o período de solicitação do exame VDRL; 78,1%, a droga alternativa para tratamento da gestante alérgica à penicilina; 55,1%, a periodicidade de solicitação do VDRL para controle de cura; e 50,2%, a conduta diante do parceiro sexual.	Os profissionais de saúde pesquisados não detinham conhecimento adequado acerca das ações preventivas e do controle da sífilis congênita.
10	NÍVEL 4	Apenas dois critérios, “conhecimento sobre transmissão mãe a filho de acordo com a idade gestacional” e “aconselhamento sobre infecção”, alcançaram 95% de conformidade. O conhecimento do perfil epidemiológico da sífilis congênita, o objetivo de eliminar a sífilis congênita e o conhecimento sobre exames sorológicos tiveram pontuações inferiores a 50%, enquanto as práticas relacionadas ao aconselhamento pós-teste, controle da cura e tratamento dos parceiros chegaram a 60%. Identificaram-se barreiras organizacionais quanto ao início tardio do pré-natal, ao atraso no retorno dos resultados dos exames de sífilis, à aplicação da penicilina benzatina nas unidades básicas de saúde e ao tratamento dos parceiros.	Estratégias para início precoce do pré-natal, implantação de testes rápidos para sífilis, garantia do tratamento de gestantes com penicilina, tratamento adequado de parceiros e formação continuada de profissionais de saúde sobre manejo clínico e aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis são necessárias para eliminar a sífilis congênita.

Nota: DST – Doenças sexualmente transmissível; HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana; IST – Infecção Sexualmente Transmissível; VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Em relação ao local de realização dos estudos, três (30%) ocorreram em território internacional e sete (70%) em território nacional sendo quatro na região Nordeste, dois na região Sul e um na região Sudeste, sendo este no Rio de Janeiro. Conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos estudos por área de procedência

PROCEDÊNCIA	N (%)
Estudos nacionais	7 (70%)
Teresina/PI	3 (30%)
Londrina/PR	1 (10%)
Sudoeste do Paraná/PR	1 (10%)
Fortaleza/CE	1 (20%)
Rio de Janeiro/RJ	1 (10%)
Estudos internacionais	3 (30%)
Colômbia	1 (10%)
Paquistão	1 (10%)
Estados Unidos	1 (10%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Com relação à abordagem metodológica, todos utilizaram a forma quantitativa (10). Com base na classificação em níveis de evidência de Souza, M. T., Silva, M. D. e Carvalho, R. C. (2010), os estudos foram na maioria (9) classificados como nível 4, e um deles como nível 3, como se vê no Quadro 5.

Quadro 5 – Classificação de estudos na classificação de nível de evidência

Nível de Evidência	N (%)
Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados	0
Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental	0
Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais	1 (10%)
Nível 4: evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa	9 (90%)
Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência	0
Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas	0

Fonte: Adaptado de Souza, M. T., Silva, M. D. e Carvalho, R. C. (2010).

Os participantes dos estudos foram médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde em atividade ou gestores envolvidos no manejo da sífilis; quanto aos cenários, foram a Atenção Primária com foco na ESF e maternidades. Não foram encontrados nos estudos profissionais lotados em programas de residência ou especialização. Com relação à sífilis, os estudos abordaram principalmente o manejo da sífilis na gestação e congênita.

Na análise de cada artigo selecionado, verificaram-se lacunas de conhecimentos em relação ao manejo da sífilis nos estudos nacionais e internacionais (COSTA, L. *et al.*, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2013a; GARCÉS *et al.*, 2017; GERTLER; AHRENS; KLAUSNER, 2009; KHANDWALLA; LUBY; RAHMAN, 2000; RODRIGUES, D.; DOMINGUES, 2018; SANTOS, R. *et al.*, 2017; SILVA, D. *et al.*, 2014).

Estudo realizado na Colômbia encontrou lacunas de conhecimento no manejo da sífilis na gestação entre profissionais de saúde (GARCÉS *et al.*, 2017). Em São Francisco/Califórnia, os profissionais administravam de maneira equivocada a penicilina benzatina para o tratamento da sífilis (GERTLER; AHRENS; KLAUSNER, 2009). Os médicos especialistas e clínicos gerais entrevistados no Paquistão apresentaram falhas de conhecimento técnico, o que prejudica o manejo adequado das IST (KHANDWALLA; LUBY; RAHMAN, 2000).

No Brasil, estudos realizados em diversas localidades avaliaram o manejo da sífilis da gestação e congênita e revelaram lacunas em etapas diversas do seguimento. Estudo conduzido no Rio de Janeiro com profissionais pré-natalistas identificou falhas quanto ao manejo da sífilis nesse contexto, principalmente em relação à solicitação do segundo exame, manejo frente ao VDRL com baixa titulação e abordagem dos parceiros (DOMINGUES *et al.*, 2013a).

No sudoeste do Paraná, pré-natalistas relataram que escolheriam fármacos teratogênicos como alternativas ao tratamento de gestantes alérgicas à penicilina (COSTA, L. *et al.*, 2018), fato também indicado em estudo realizado em Teresina/PI, que, além disso, encontrou baixa concordância na escolha do correto método sorológico para o diagnóstico da sífilis na gestação (SANTOS, R. *et al.*, 2017).

Em relação à SC, estudos evidenciaram lacunas significativas quanto a este manejo. Estudo realizado em Teresina/PI detectou entre os pediatras conhecimento insuficiente em relação à identificação de casos de sífilis congênita e utilização de testes rápidos (Santos *et al.*, 2017) e em Fortaleza/Ceará foi constatado entre os profissionais conhecimento inadequado acerca de ações preventivas em sífilis congênita (SILVA, D. *et al.*, 2014).

Apesar dessas lacunas, alguns estudos identificaram baixa proporção de treinamentos realizados por estes profissionais. Em Fortaleza, 39% dos profissionais afirmaram ter participado de capacitações sobre manejo da sífilis (SANTOS, R. *et al.*, 2017). Em Teresina, este percentual foi de 54% (SANTOS *et al.*, 2017). A educação permanente foi destacada como estratégia sugerida pelos profissionais nos estudos selecionados, como, por exemplo, no Sudoeste do Paraná, onde 86% dos profissionais a apontaram como sugestão de melhoria da qualidade da assistência (COSTA, L. *et al.*, 2018).

Dos estudos encontrados que avaliaram o conhecimento técnico dos profissionais sobre o manejo da sífilis, há predomínio de estudos em sífilis congênita e gestacional, demonstrando maior valorização da avaliação da assistência prestada quanto à qualidade do pré-natal e eliminação da sífilis congênita. Ressalta-se que a sífilis é um agravo que acomete o ser humano em todo o seu ciclo da vida, e ações para a população geral devem ser encaradas como oportunidades de identificação precoce, tratamento e consequente interrupção da cadeia de transmissão, melhora na qualidade do pré-natal e eliminação da sífilis congênita, bem como em relação aos seus diversos possíveis desfechos.

A estratégia de educação permanente mostrou resultados positivos quanto à aquisição de conhecimentos em relação ao manejo da sífilis em dois estudos. Estudo realizado em São Francisco/Califórnia, nos Estados Unidos, incluindo a produção de vídeos para o correto uso da benzilpenicilina no tratamento da sífilis, demonstrou incremento no conhecimento de 32 % no pré-teste para 81% na aplicação do pós-teste ($P < 0.001$) (GERTLER; AHRENS; KLAUSNER, 2009).

Estudo nacional, conduzido em Londrina/PR, demonstrou que profissionais de saúde envolvidos na assistência e gestores apresentaram incremento de conhecimento após a intervenção, evoluindo de 53% no pré-teste para 74,3% no pós-teste, e reduziram a transmissão vertical de 75% em 2013 para 40,2% em 2015, não sendo registrados óbitos infantis por sífilis durante este período (LAZARINI; BARBOSA, D., 2017).

Apesar da gama de estudos em sífilis publicados, há uma escassez de estudos que discorram sobre a avaliação de conhecimento técnico dos profissionais acerca deste manejo, ou que abordem a aplicação e a avaliação de ferramentas para educação permanente desses profissionais. Portanto, após busca, corrobora-se a relevância do presente estudo como forma de contribuir para a reflexão das necessidades manifestadas pelos profissionais de saúde quanto à capacitação para o manejo da sífilis em todo o ciclo da vida, bem como estimular

gestores para traçar ferramentas que busquem melhorias para a qualidade da assistência prestada ao usuário, família e comunidade acometida pela sífilis.

Não foram descobertos estudos que abordassem o conhecimento sobre a sífilis no âmbito dos programas de residência, tão pouco na APS. Os resultados motivaram ainda mais a realização deste estudo e, por conseguinte, houve o propósito de estimular o incremento do desenvolvimento científico e para a prática diária dos profissionais de saúde, neste caso em formação e aperfeiçoamento, diretamente ligados ao manejo da sífilis.

Os dois únicos estudos que discutiram a educação permanente para manejo da sífilis (GERTLER; AHRENS; KLAUSNER, 2009; LAZARINI; BARBOSA, D., 2017) resultaram em impactos positivos para os profissionais de saúde participantes, e reforçam a construção de estudos como este, que, além de avaliar o conhecimento dos profissionais, também buscou a construção de ferramentas educativas.

Faz-se necessária uma compreensão uniforme acerca deste agravo que acomete todas as classes sociais e educacionais, garantindo um atendimento integral com acesso universal e igualitário. Para o município do Rio de Janeiro, palco desta investigação, que tenhamos como meta diminuir a incidência da sífilis e da sífilis congênita.

Este estudo está vinculado ao Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPEEMC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da UNIRIO, e integra a pesquisa institucional “Sífilis no ciclo da vida: interfaces entre a educação e saúde”.

2. BASES CONCEITUAIS

2.1 Refletindo sobre os marcos históricos da sífilis

A sífilis é antiga no meio médico. O termo surgiu em 1530, criado pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro intitulado “*Syphilis Sive Morbus Gallicus*” (“A sífilis ou mal gálico”), que conta a história de *Syphilus*, um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis (BRASIL, 2010).

Inicialmente, a sífilis era considerada uma doença dermatológica, entretanto, em 1546, levantou-se a hipótese de sua transmissão sexual, denominada “*Seminaria contagionum*”, que só passou a ganhar crédito no final do século XIX, com Louis Pasteur (BRASIL, 2010). Fato é que a sífilis, devido à sua fácil e rápida disseminação, passou a ser à época uma das principais pragas mundiais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A descoberta do *Treponema pallidum* se deu pelo zoologista Fritz Schaudinn, diretor do Laboratório de Protozoários do Serviço de Saúde Imperial de Berlim, e Fred Neufeld, discípulo de Koch, como consultor em bacteriologia. Em 3 de março de 1905, Schaudinn examinou um preparado a fresco, obtido através de uma lesão na vulva de uma mulher com sífilis secundária (SOUZA, E., 2005). A descoberta da penicilina como droga de escolha para este tratamento ocorreu em 1943, sendo utilizada até os dias atuais como a primeira droga de escolha para tratamento e cura (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento de técnicas de diagnóstico é útil e fundamental até os dias de hoje, uma vez que a maioria dos casos de identificação da infecção pelo profissional de saúde é na forma assintomática. Em 1946, após vários testes criados, foi criado o *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL); em 1964, desenvolvido por Hunter, Deacon e Meyer, o Anticorpo *Treponêmico Fluorescente – absorvido* (FTA-ABS). No ano 2000, iniciou-se o desenvolvimento dos testes rápidos que, juntamente com o VDRL, compõem as principais ferramentas utilizadas para o manejo da sífilis na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

Estas descobertas de testagem foram fundamentais para o avanço diagnóstico e terapêutico. Antes de a cura ser reconhecida, foram realizados experimentos em diversos tratamentos, incluindo os de base de mercúrio que, além de não se mostrarem eficazes, provocavam efeitos colaterais severos, especialmente para as gestantes, tornando a sífilis temida no meio médico no Brasil ainda no século XX (VÁZQUEZ, 2018).

Ainda que reconhecida há mais de meio século, curável, com diagnóstico e tratamento disponíveis e pouco custosos, a sífilis é um desafio real e atual para diversos países, inclusive o Brasil, seus estados, municípios, e territórios de responsabilidade das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A complexidade deste agravo deve ser considerada, não apenas em relação aos protocolos, mas sim observando que se trata de um agravo que atinge o indivíduo e a família, cada qual com suas particularidades e necessidades. É preciso pensar no cuidado centrado na pessoa e pensar na coletividade, para que as ações de saúde para a diminuição da disseminação sejam mais eficazes.

2.2 Sífilis no mundo, no Brasil, na região Sudeste, estado e município do Rio de Janeiro: breve retrato no contexto da Atenção Básica

A sífilis faz parte do rol das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) curáveis, no entanto é um problema mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), milhões de pessoas se infectam todos os anos, embora exista uma gama de medidas eficazes e pouco custosas para sua prevenção e tratamento. Anualmente, dois milhões de gestantes são infectadas; destes casos, 25% resultam em natimortos ou abortos espontâneos e 25% em recém-nascido com baixo peso ao nascer ou infecção grave associada à morte perinatal (BRASIL, 2019).

A prevalência da sífilis no mundo entre 2009 a 2016, segundo dados da OMS, foi de 6,3 milhões (95% IC: 5,5-7,1 milhões), estimando-se a prevalência global de sífilis, em homens e mulheres, de 0,5% (95% IC: 0,4-0,6), com valores regionais variando de 0,1 a 1,6% (BRASIL, 2019). Dados como este fazem a sífilis ser classificada como uma epidemia em diversos territórios no mundo.

A sífilis recente, não tratada na gestação, pode gerar aborto espontâneo em 40% dos casos. O acometimento do concepto pode chegar de 70% a 100% dos casos de gestantes não tratadas, em que 11% podem vir a óbito a termo, 13% podem nascer prematuros ou com baixo peso e 20% podem apresentar sinais clínicos sugestivos de sífilis congênita (BRASIL, 2019).

De acordo com o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de 2016, os casos de sífilis dobraram em cinco anos, o número de crianças triplicou (170 por cada 100 mil nascidos vivos), triplicando a meta de eliminação (50 por cada 100 mil nascidos vivos) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

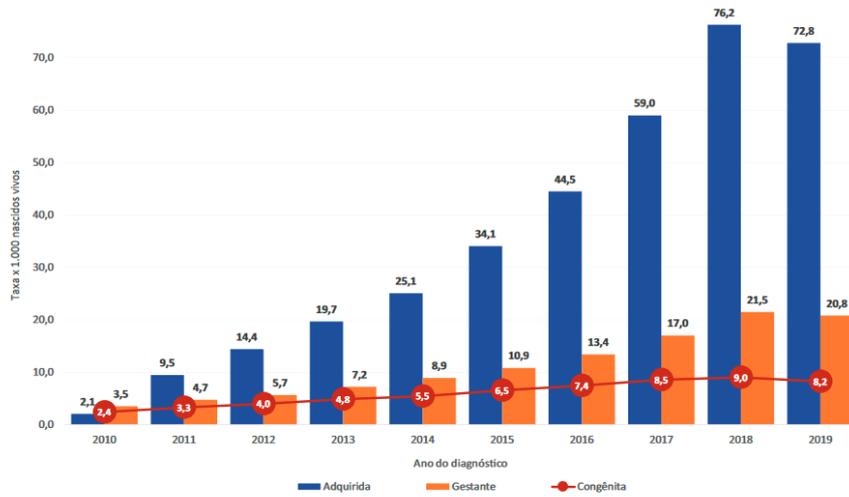
Em resposta a este agravo, a Assembleia Mundial de Saúde adotou uma nova estratégia para 2030 e uma de suas metas é acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, reduzindo para menos de 12 por mil nascidos vivos, e diminuir as taxas de incidência, acabando, assim, com problemas de saúde pública como a aids, tuberculose, malária, hepatites virais, doenças negligenciadas, doenças transmitidas pela água, arboviroses e outras doenças transmissíveis (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, [2015]). A sífilis está incluída neste espoco, pois é transmissível e negligenciada.

No Brasil, o último boletim epidemiológico aponta um aumento do número de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita no território brasileiro (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

Em 2019, o número de casos de sífilis adquirida foi de 152.915 (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes); 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos); 24.130 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos); e 173 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

De 2010 a 2018, a incidência de sífilis congênita aumentou 3,8 vezes (de 2,4 para 9,0 casos por mil nascidos vivos); a taxa de detecção de sífilis em gestante, 6,1 vezes (de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos); e a detecção de sífilis adquirida, de 34,1 casos em 2015 por 100 mil habitantes para 75,8 por 100 mil em 2018 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019a). Em 2019, a taxa de sífilis congênita diminuiu para 8,2 casos por mil nascidos vivos; a taxa de detecção de sífilis em gestantes decresceu para 20,8 por mil nascidos vivos; e a taxa de detecção de sífilis adquirida para 72,8 casos por 100 mil habitantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020), como mostra a Figura 2.

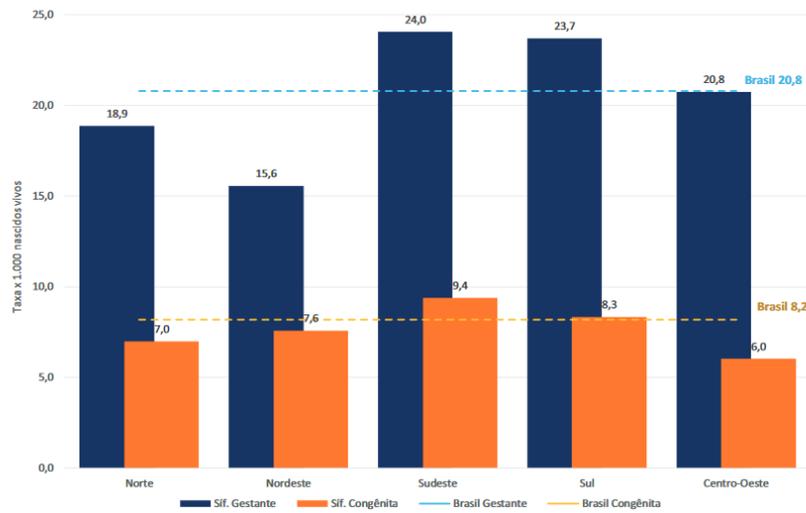
Figura 2 – Prevalência da sífilis adquirida, gestacional e congênita de 2009 e 2019. Brasil, 2019.



Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020.

O território brasileiro é extenso e diverso, formado por cinco regiões com características marcantes e particulares conforme visto na Figura 3. No que tange à comparação dos dados, é notório afirmar que, no contexto da sífilis, a região Sudeste, com destaque para o estado do Rio de Janeiro e sua capital, ultrapassa a média do Brasil em relação a todos os agravos.

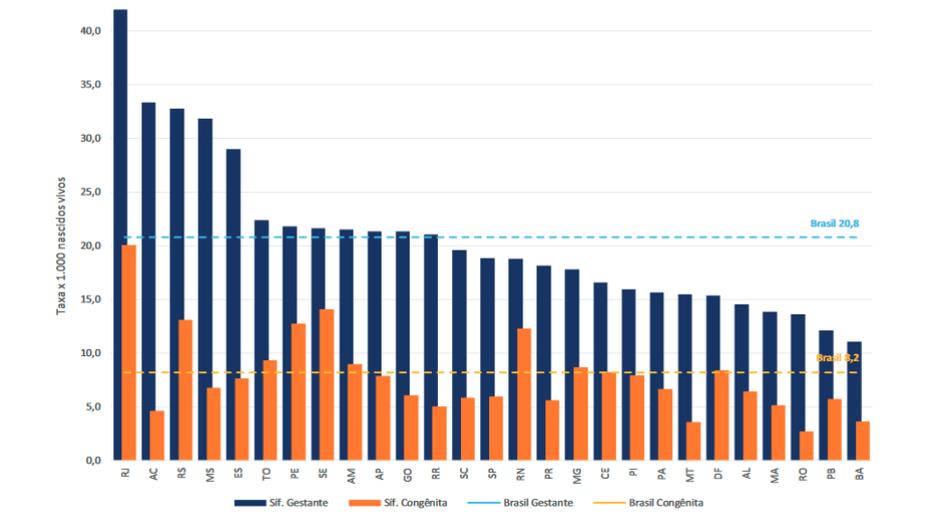
Figura 3 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo regiões do Brasil. Brasil, 2020.



Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020.

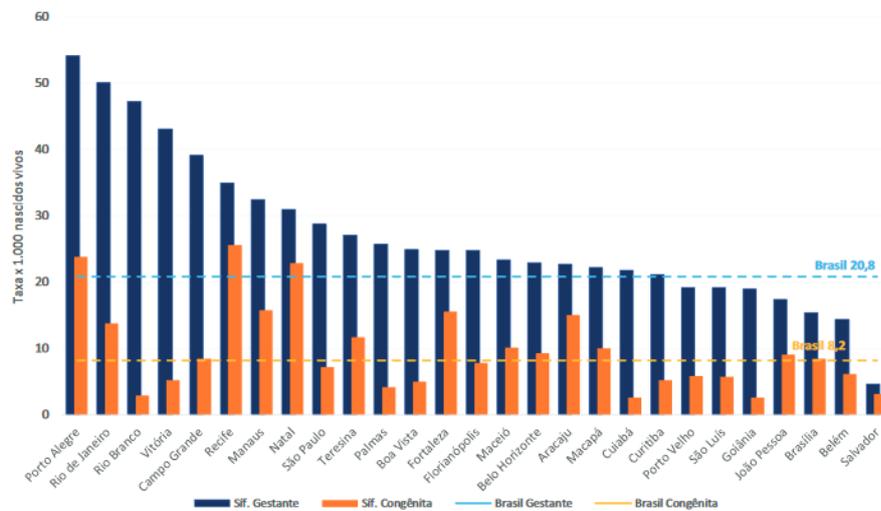
A respeito do contexto da sífilis, vale observar que a região Sudeste extrapola a média do país em taxa de detecção de sífilis na gestante e em incidência de sífilis congênita (Figura 3), tendo o estado do Rio de Janeiro (Figura 4) e o município do Rio de Janeiro (Figura 5) os maiores valores numéricos comparados a outras regiões, obedecendo este mesmo padrão crescente. Consta-se tendência semelhante para a sífilis adquirida.

Figura 4 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos por Unidade Federativa. Brasil, 2019.



Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020.

Figura 5 – Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo capitais. Brasil, 2019.



Fonte: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020.

Em relação à sífilis adquirida, a região Sudeste apresentou 52,7% dos 783.544 casos notificados no território nacional entre 2010 e julho de 2020. O estado do Rio de Janeiro e capital, em 2019, tiveram taxas de detecção acima da média brasileira, 95,5 casos/100.000 habitantes e 108,7/100.000 habitantes, respectivamente (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

Nesse mesmo ano, o estado do Rio de Janeiro alcançou a maior taxa de detecção em gestante no território nacional e acima da média em 2018 (44,5 casos/1.000 nascidos vivos, com incremento de 4,7% em comparação ao ano anterior). De forma semelhante, foram observadas, na capital, taxas maiores comparadas ao estado e Brasil (50,1 casos/1.000 nascidos vivos).

Quanto à sífilis congênita, o estado do Rio de Janeiro teve o maior coeficiente de mortalidade (19,5/10.000 nascidos vivos), acima do coeficiente do Brasil (7,4/10.000 nascidos vivos), e maior incidência de sífilis congênita (20,1 casos/1.000 nascidos vivos) em relação à incidência no Brasil (8,2/1.000 nascidos vivos). No município do Rio de Janeiro, foram 13,8/1.000 nascidos vivos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

Observa-se que as taxas aumentadas no estado, e principalmente no município do Rio de Janeiro, chamam atenção para ações neste âmbito de atuação. É essencial observar e refletir sobre estes dados sob alguns pontos de vista.

O primeiro se refere à crescente transmissibilidade da sífilis ao longo dos anos, refletindo-se nas práticas sexuais desprotegidas, seja relacionada a novas ou múltiplas parcerias ou parcerias sexuais atuais. O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) de manejo das IST de 2020 propõem o rastreamento oportuno e consideram fatores de risco associados idade inferior a 30 anos, novas ou múltiplas parcerias, presença de outra IST, presença de sinais e sintomas clínicos sugestivos, práticas sexuais não seguras e uso irregular ou não uso de preservativos e parcerias com pessoa infectada. Recomenda-se o rastreamento frequente em homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoa vivendo com HIV (PVHIV), profissionais do sexo, vítima de violência sexual e gestantes (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

Há predomínio da investigação em mulheres gestantes e não gestantes. O estudo de Barbosa, K. *et al.* (2019) identificou realização de testes rápidos para sífilis na atenção primária durante pré-natal, atendimento sob livre demanda, na maternidade e em prevenção de IST e, mesmo assim, temos desfechos desfavoráveis para sífilis congênita.

Os casos de sífilis na gestação representam maioria. O cuidado pré-natal continua sendo momento único para o rastreamento, onde se demonstram as maiores taxas de detecção e de casos da população, haja vista que neste período há um maior oferecimento de testagens inclusive para parceria sexual, em momentos diversos do acompanhamento. Minimamente, recomenda-se o oferecimento do teste rápido na primeira consulta de pré-natal, em torno da 28ª semana de gestação, em situações de abortamento/parto (BRASIL, 2019). E isso remete à ideia de que quanto menor o intervalo e maior a oferta de testagens, maior será o poder de detecção.

É notório afirmar que os números são crescentes e alarmantes, e muitos podem ser subestimados, já que se trata de uma população com características de práticas sexuais nem sempre seguras. Além disso, a incipiência de registro de casos é algo que deve ser considerado.

Estudo de Tiago *et al.* (2017) apontou que existem altas taxas de casos de sífilis entre os povos indígenas, evidenciando que há subnotificação nesta população. Avaliando registro de notificação de casos de sífilis no período de 2011 a 2014 em povos indígenas no Mato Grosso do Sul, segundo estado mais populoso do Brasil em povos indígenas, foram observadas subnotificações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), quando comparadas aos casos registrados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), principalmente em 2014 para a sífilis em gestante (45/79) e SC (8/17 casos), em 2011 de 5/9 e 2013 de 10/18 para sífilis adquirida, revelando falhas no adequado registro.

Casos de sífilis na gestação e congênita também são subnotificados, ainda que as taxas estejam aumentando constantemente. Nonato, Melo e Guimarães (2015) apresentaram em seu estudo que 55,2% das 353 gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) foram diagnosticadas com sífilis e Lafeté *et al.* (2016) fizeram uma análise de prontuários e identificaram 6,5% dos 214 casos de sífilis em gestantes e 24,1% dos 214 casos na forma congênita notificados. Em Soeiro *et al.* (2014) apontaram que, quanto aos dados entre a ficha Sinan e o Sistema de Informação de Mortalidade, também foram detectadas subnotificações nos casos de sífilis congênita, incluindo óbito fetal e infantil. Dados como estes podem retratar a fragilidade de registros feitos pelos profissionais de saúde que assistem esta população.

Ao refletir sobre o contexto da saúde pública no município do Rio de Janeiro nos últimos anos, tem-se a expansão da ESF, que passou de 3% em 2009 para quase 70% em

2016. O abastecimento das UBS com os testes rápidos para sífilis é garantido por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), da Rede Cegonha Carioca, e da Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), que respaldam a aplicação de benzilpenicilina benzatina intramuscular (IM) nas UBS e possibilitam uma maior oferta de acesso aos serviços e insumos de manejo da sífilis no âmbito da atenção básica.

Estudo de Nunes, P. *et al.* (2018), analisando dados de sífilis gestacional e congênita de 2007 a 2014 em Goiás, houve uma correlação positiva ($p < 0,05$) entre detecção de casos e a cobertura da APS, mas não se pôde comprovar relação causal. Figueiredo, D. *et al.* (2020) apontaram que o aumento da capacidade de identificação da sífilis em pessoas assintomáticas resultou no aumento do número de casos de sífilis adquirida, gestacional e congênita. Por outro lado, estudo em capitais brasileiras sobre adequação ao pré-natal, diagnóstico e tratamento de sífilis não encontrou correlação entre cobertura da Atenção Primária e qualidade de assistência ($p = 0,172$) (BENZAKEN *et al.*, 2020).

A oferta de suprimentos e o aumento de acesso podem não ser suficientes para uma atenção de qualidade. Observa-se no estudo de Benzaken *et al.* (2020) que, embora apenas 2,3% das gestantes não tenham realizado pré-natal, houve uma baixa adequação ao atendimento pré-natal nas capitais brasileiras. Isto denota qualidade insuficiente para o manejo da sífilis, apesar da disponibilidade de testes para diagnóstico e tratamento.

Ressalta-se que a APS desempenha papel de extrema importância, uma vez que é coordenadora e ordenadora do cuidado e porta preferencial do usuário nos serviços de saúde e visa garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial ao cuidado a toda a população, sendo resolutiva em mais de 85% dos casos (BRASIL, 2017b).

O artigo 5º da Portaria nº 2.436, de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, discorre sobre a integração da vigilância em saúde com a atenção básica como condição essencial para o atendimento às necessidades da população na ótica da integralidade do cuidado, com vistas a construir processos de trabalho que considerem determinantes os riscos de danos à saúde. Apesar do aparato legal, a atenção básica enfrenta inúmeros desafios na consolidação da estratégia assistencial, como a garantia de acesso aos serviços e a resolutividade aos problemas de saúde da população (SILVA, I. *et al.*, 2019).

O manejo da sífilis está incluso neste escopo (BRASIL, 2017a). Preocupado com o aumento da sífilis congênita e o não cumprimento da Meta do Milênio – menos de 0,5 casos de sífilis congênita para mil nascidos vivos – estabelecida pela OPAS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) até 2015, o Ministério da Saúde criou em 2016 a Agenda de

Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, e em 2017 a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil, com o objetivo de reduzir a sífilis no território nacional com a resposta rápida à sífilis nas redes de Atenção à Saúde, incluindo diversas atividades como a ampliação e o fortalecimento destas redes, a Atenção Básica, educação, ampliação dos comitês de investigação de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis e hepatites virais, fortalecimento da parceria do Ministério da Saúde com outros atores, qualificação de informações estratégicas, entre outros (BRASIL, 2017a). O maior desafio para diminuir a sua incidência está pautado na Agenda 2030 para Ações de Desenvolvimento Sustentável, visto que objetiva acabar com as epidemias decorrentes das doenças transmissíveis (ONU, 2015).

A APS é responsável por garantir o cuidado do indivíduo acometido por sífilis, seja na forma congênita ou adquirida, garantindo-lhes todas as etapas do manejo (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015; BRASIL, 2017a).

São atribuições da APS enquanto coordenadora do cuidado no **manejo da sífilis na gestante**: fazer o seguimento do planejamento reprodutivo com o rastreamento de IST, abordagem à saúde sexual e prevenção combinada; garantir o pré-natal de todas as gestantes e parcerias sexuais e incluir a testagem de sífilis no pré-natal no primeiro, terceiro trimestre e no puerpério; oferecer teste treponêmico (teste rápido) e não treponêmico – VDRL e *Rapid Test Reagin* (RPR); notificar todos os casos de sífilis em gestantes; oferecer e aplicar penicilina benzatina em casos de sífilis em gestante e registrar; orientar a gestante quanto ao risco de exposição e nova exposição à sífilis; investigar e tratar as parcerias sexuais da gestante; monitorar mensalmente a gestante com teste não treponêmico; referenciar a gestante para a maternidade/casa de parto com histórico de tratamento, resultado de exames realizados durante o pré-natal e número da notificação da gestante no Sinan (BRASIL, 2020a).

São atribuições da APS no contexto do **manejo da sífilis congênita**: receber referência da maternidade quanto à investigação clínica e laboratorial realizada na maternidade; fazer seguimento clínico e laboratorial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita; realizar puericultura conforme orientações da saúde da criança; notificar criança conforme definição de caso de sífilis congênita, se durante o seguimento houver alteração clínica e/ou laboratorial; coordenar o cuidado: referência e contrarreferência para especialidade, de acordo com protocolos e necessidade clínica; manter diálogo com a mulher puérpera sobre saúde sexual, ofertar prevenção combinada e rastrear para IST/HIV (BRASIL, 2020a).

Na ESF, organização preferencial da APS, o processo de trabalho é pautado pela territorialização e a adscrição da área, e cada equipe fica responsável pelo atendimento das famílias residentes neste território. São atribuições comuns a todos os membros da equipe, de acordo com a Política de Atenção Básica, seguir as normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições do escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017b).

Cada equipe, além de Agentes Comunitários de Saúde e técnico de enfermagem, conta com um médico e um enfermeiro. São algumas atribuições dos médicos: realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade; realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa (BRASIL, 2017b).

São algumas das atribuições do enfermeiro: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações, conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local – os protocolos de enfermagem de 2012 e 2017 do município do Rio de Janeiro incluem e respaldam a atuação do enfermeiro no manejo da sífilis, no tocante ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento pós-terapêutico, garantindo a autonomia que o enfermeiro precisa para o manejo adequado da doença (BRASIL, 2017b).

O manejo da sífilis neste nível de atenção é um desafio e alguns estudos indicam que há falhas na sua condução (BITTENCOURT; PEDRON, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2013b;

DOMINGUES; LEAL, 2016; RAMOS, V.; FIGUEIREDO, E.; SUCCI, 2014; ROCHA *et al.*, 2019). Domingues *et al.* (2013) associaram a ocorrência de sífilis congênita ao manejo inadequado dos casos, no que tange à perda de oportunidade do diagnóstico e tratamento, ao não aconselhamento e captação do parceiro sexual, e ao tratamento inadequado dos casos identificados, com uma maior proporção de casos de sífilis congênita em filhos de mulheres com início tardio de pré-natal e sem registro de sorologias preconizadas durante esta assistência (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Ramos, V., Figueiredo, E. e Succi (2014) verificaram incipiência de informações sobre o cuidado realizado no pré-natal quanto ao manejo da sífilis durante referenciamento das gestantes com sífilis a um Centro Obstétrico em São Paulo, demonstrando que o agravo sífilis possuiu fluxos menos estabelecidos do que o HIV, principalmente no que concerne às dificuldades nos sistemas de referência e contrarreferência e que houve falha na abordagem das parcerias sexuais das gestantes com sífilis durante a assistência pré-natal (ROCHA *et al.*, 2019).

Bittencourt e Pedron (2012) ressaltaram a não padronização do manejo da sífilis no pré-natal, apesar dos protocolos vigentes e fornecidos pela gestão local. Santos *et al.* (2020), em sua revisão integrativa acerca da atuação do enfermeiro frente à sífilis, descreveram o importante papel do enfermeiro face a este agravo, sobretudo no pré-natal, porém descobriram falhas identificadas nesta assistência.

Para Ferreira, V. *et al.* (2017), os casos de sífilis congênita podem evidenciar diretamente as fragilidades da assistência, em especial o pré-natal. Conclui-se, com isso, que avaliar os aspectos da assistência pré-natal contribui para a promoção à saúde materno-infantil, o que possibilita uma maior discussão desta problemática, apontando avanços e desafios a serem superados.

2.3 A importância da Educação Permanente em Saúde no contexto do manejo da sífilis no ciclo da vida

Os dispostos na Constituição de 1988 define na seção II da Saúde, no artigo 200, que uma das funções do Sistema Único de Saúde é de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) ratifica em seu artigo 27 o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na organização de um sistema que promova a formação de recursos humanos qualificados para o nosso sistema de

saúde para todos os níveis de ensino, incluindo a pós-graduação, bem como a elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento dos profissionais (BRASIL, 1990).

Desta forma, é primordial a implantação das políticas de saúde e mudança do modelo assistencial e a institucionalização de uma cultura educativa, que significarão a reorientação do processo de trabalho (SILVA, L. *et al.*, 2017). Portanto, o SUS tem um papel crucial na organização e estruturação dos serviços e na valorização dos trabalhadores de saúde, representando um importante desafio para o seu fortalecimento.

É necessário considerar as mudanças no perfil epidemiológico, demográfico e nos processos de trabalho em saúde, e prover novas maneiras de formação profissional, objetivando tornar estes profissionais aptos a lidar com as reais demandas. Logo, faz-se necessário reconhecer as necessidades de saúde das pessoas e populações, gestão setorial e controle social, no intuito de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Para a construção deste escopo de educação profissional, surge a Educação Permanente em Saúde (EPS), com a proposta de capacitar profissionais capazes de lidar com as necessidades individuais e coletivas circunstancialmente apresentadas (BRASIL, 2004).

A EPS é definida como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos, reconhecendo o cotidiano como um lugar de invenções, desafios e substituição criativa de modelos e práticas, entendendo a diversidade e pluralidade do país (BRASIL, 2014). É uma proposta de aprendizagem no ambiente de trabalho, que pretende "aprender e ensinar" nos serviços, com o propósito de melhorar a prática dos profissionais, o aprendizado individual, coletivo e institucional por meio da reflexão sobre o processo de trabalho em equipe, gestão e o cotidiano (BRASIL, 2017c).

É uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos, de modo interativo, visando a valorização da atenção à saúde, pautada em um modelo de formação com ações articuladas entre dois ou mais cursos de saúde, contribuindo para mudanças na qualidade de assistência (BRASIL, 2018b).

Sem dúvida, representa um grande avanço na revitalização do conhecimento na saúde e na enfermagem com respaldo nas teorias pedagógicas que visam o desenvolvimento integral dos trabalhadores, já que propõe a participação de diversos segmentos. A sua estratégia, de caráter resolutivo, inovador e transformador, é imperiosa para as práticas de gestão, atenção, formação, implementação de políticas públicas e controle social (SILVA, L. *et al.*, 2017). Ademais, contribui para uma maior qualificação do processo de trabalho quando estimulado o

desenvolvimento de mudanças de atitudes e a superação das dificuldades vivenciadas (MESQUITA *et al.*, 2020).

No Brasil, a EPS é uma política nacional desde 2004, atendendo ao papel do SUS na formação profissional, por meio da Portaria nº198, de 13 de fevereiro (BRASIL, 2004), que dispõe sobre a formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde, definindo, em seu artigo I, as estratégias do SUS para o desenvolvimento da EPS, dentre elas: a identificação das necessidades e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, com o fortalecimento do controle social e produção de impacto positivo para a saúde individual e coletiva; a mobilização e formação de gestores na integração da rede de atenção à saúde; o fomento de políticas e negociações interinstitucionais e intersetoriais na formação com base nas diretrizes do SUS; a articulação e o estímulo a transformação de práticas em saúde e educação em saúde; a formulação de políticas de formadores e formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade de gestão do SUS; o estabelecimento e pactuação de negociações permanentes entre os atores e as ações do SUS, docentes e estudantes na área de saúde; e o estabelecimento de relações cooperativas com outras articulações locais nos estados e no país.

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), dispõe sobre a divulgação do Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprovação de diretrizes operacionais deste pacto. A EPS é citada em vários momentos neste documento.

No âmbito da criação do Pacto pela Vida e da Diretriz de Fortalecimento da Atenção Básica, reconhecem-se as estratégias de EPS como primordiais para o desenvolvimento de ações de qualificação dos profissionais deste nível de atenção (BRASIL, 2006b).

Quanto ao Pacto de Gestão do SUS, as diretrizes do trabalho na Educação em Saúde incluem o avanço da implementação da Política Nacional de Educação Permanente; crer que a educação permanente seja parte essencial da política de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde e qualificação e estratégia do SUS; além de assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da sua implementação para ajustes necessários, atualizando conforme as experiências de sua implementação, com a participação dos municípios no processo; assim como a revisão da normatização vigente que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua efetiva descentralização, avaliação e execução orçamentaria (BRASIL, 2006a).

Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), definiu novas diretrizes e estratégias, de acordo com a instituição do Pacto pela Saúde,

momento em que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de EPS e à condução regional da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) por meio de colegiados de gestão regional formados por Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

No contexto da APS, a adoção de estratégias que visem a implementação da EPS também se faz presente nas políticas que regem este nível de atenção. A versão atual da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017b) institui como uma das diretrizes o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégicos de qualificação de força de trabalho, através do estímulo e da viabilização da formação, educação permanente e continuada com o propósito de qualificar os serviços ofertados às pessoas. Define como responsabilidades o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação profissional, espaços físicos e ambientes adequados, articulação com o subsistema indígena para o desenvolvimento das ações, estabelecimento de diretrizes nacionais e disponibilização de instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem todo o processo.

Além disso, prevê articulação com o Ministério da Educação para as estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, para a formação de gestores e profissionais da linha de frente com perfil adequado à Atenção Básica e o apoio à articulação com outras instituições em parcerias com as secretarias municipais de saúde, na garantia da educação permanente aos profissionais que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

Para Rodrigues, D. *et al.* (2020), as ações de EPS na ESF são essenciais e fazem parte do processo de trabalho das equipes, devendo fazer parte do cotidiano do serviço com respaldo de programa pedagógico, para a melhor análise, intervenção, autonomia e desenvolvimento de práticas das ESF.

Para o Ministério da Saúde, o fomento de processo de transformação entre profissionais de saúde tem alcançado êxito e, na Atenção Primária, há destaque na Educação Interprofissional por meio da ESF, pois envolve diferentes profissões em equipes para ações em conjunto (BRASIL, 2018b). Entretanto, alguns estudos (FERREIRA, L. *et al.*, 2019; JOSINO; DIAS, 2020; MESQUITA *et al.*, 2020; RODRIGUES, D. *et al.*, 2020; SIGNOR *et al.*, 2015) demonstram que as ações de educação têm ocorrido de maneira tradicional/antiga,

não respeitando o conceito de EPS, pois desconsideraram a realidade dos serviços, a participação dos profissionais na sua construção e o apoio da gestão.

Na revisão integrativa de Ferreira, L. *et al.* (2019), as ações em educação para os profissionais foram pautadas na concepção de educação instrumental com ênfase em ações pontuais, fragmentadas e descontextualizadas com o cotidiano dos serviços. O mesmo foi observado nos estudos avaliados na revisão integrativa de Josino e Dias (2020), que encontraram predomínio de atividades centradas no modelo biomédico.

Mesquita *et al.* (2020), em sua revisão sistemática, descreveram estratégias da EPS utilizadas no Processo de Avaliação das Equipes de Saúde da Família por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e apontaram que há evidências de práticas educativas e formativas verticalizadas, que não atentam para as reais necessidades do território nem para a demanda do cotidiano dos profissionais.

Rodrigues, D. *et al.* (2020), abordando a compreensão dos profissionais de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, identificaram uma boa compreensão e ações destes profissionais quanto à EPS, porém existem lacunas no processo de trabalho como o não planejamento e incentivo pela gestão.

No estudo de Signor *et al.* (2015), envolvendo a equipe multiprofissional no serviço de urgência e emergência, averiguou-se que esses profissionais não realizam EPS pelo não incentivo à realização de atividades educativas e falta de profissionais para a grande demanda do serviço, o que dificulta a saída destes profissionais do campo de trabalho para se dedicarem as atividades de educação em saúde. Somam-se a isso a ausência de um plano político-pedagógico de educação no trabalho e a não realização de atividades educativas nesse ambiente.

Portanto, os estudos de Mesquita *et al.* (2020), Rodrigues, D. *et al.* (2020) e Signor *et al.* (2015) fortalecem a ideia de que a existência das políticas públicas é essencial, mas não se mostra suficiente para garantir a execução concreta da EPS nas rotinas de trabalho, conforme demonstrado em Josino e Dias (2020), que discorrem que é preciso compreensão, movimentos de reivindicação dos trabalhadores, gestores e usuários, planejamento, monitoramento e avaliação da execução para a sua efetivação nos serviços de saúde.

No contexto da sífilis, a educação permanente também consiste em uma ferramenta importante no seu enfrentamento. A Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil (BRASIL, 2017a) estabelece a Educomunicação como um dos eixos de atuação e a define como atividades que envolvem a produção de curso à distância sobre manejo da sífilis,

especialmente para médicos e enfermeiros da Atenção Básica, além de divulgar cursos à distância nas plataformas Telelab, voltados para diagnóstico, UNASUS e AVASUS para os profissionais de saúde.

Embora incluídas no escopo da Agenda de Compromissos, estudos de Silva, A. *et al.* (2018), Rocha *et al.* (2019), Bittencourt e Pedron (2012), Nunes, J. *et al.* (2017) e Heringer *et al.* (2020) ressaltam que, na visão dos profissionais que trabalham na linha de frente, há escassez de atividades de educação permanente como capacitações e assinalam que são necessárias para a melhoria de qualidade do manejo da sífilis.

No estudo de Silva, A. *et al.* (2018), os profissionais alegam que há pouca oferta de treinamentos e capacitação em aconselhamento para o manejo da sífilis junto aos usuários, situação responsável por acarretar baixo desempenho em ações de controle, tais como prescrição de testes sorológicos em períodos gestacionais equivocados, resultando em diagnósticos tardios e no aumento de riscos de transmissão vertical, falha em abordagem do parceiro, tratamento, entre outros.

Rocha *et al.* (2019) recomendam a qualificação profissional e sensibilização para a padronização de condutas. Bittencourt e Pedron (2012) abordam a necessidade de capacitação dos profissionais diante das condutas relatadas.

Os resultados do estudo de Heringer *et al.* (2020), que tratou da descrição da distribuição temporal e das características epidemiológicas da sífilis congênita no município de Niterói de 2007 a 2016, distinguiram uma curva crescente ao longo dos anos e sugeriram que as falhas no pré-natal são provenientes do despreparo dos profissionais, da dificuldade de adesão aos protocolos vigentes, demora nos resultados dos exames, não valorização de títulos de VDRL baixos, e dificuldade de avaliação das parcerias sexuais.

O estudo de Nasser *et al.* (2017) avaliou 2.735 serviços de APS no SUS, localizados em 586 municípios do estado de São Paulo, e constatou incipiência nas ações em saúde sexual e reprodutiva, limitação do tratamento para sífilis e em parte das UBS avaliadas foi verificada ausência de casos de sífilis congênita, indicando a necessidade de investimento em educação permanente.

Desta forma, a capacitação dos profissionais de saúde para o manejo da sífilis, com olhar voltado para populações vulneráveis, realização de trabalho educativo com usuários dos serviços de saúde, em todas as faixas etárias, intersetorialidade para alcançar o controle e a eliminação da sífilis e da sífilis congênita, é de suma importância.

Soares *et al.* (2020) julgam ser essenciais ações de enfrentamento desta doença, adequadas às necessidades de cada município, visando atender para o diagnóstico precoce, tratamento, captação das parcerias sexuais, registro no cartão da gestante e captação das gestantes faltosas, assim como a capacitação dos profissionais de saúde. Dessa maneira, entender os aspectos protocolares, da Rede da Atenção à Saúde e da vigilância epidemiológica e centrar o cuidado na pessoa devem ser alvos da Educação Permanente no contexto do manejo da sífilis.

Ademais, é preciso fornecer meios para a manutenção de uma assistência de qualidade, oferecendo subsídios para os profissionais de saúde, compromisso e logística dos gestores, estabelecendo um plano de ação, pois estas ações podem contribuir para a organização dos processos de trabalho e educação nos serviços de saúde e gestão, repercutindo direta ou indiretamente na saúde da população (BRASIL, 2017a).

Portanto, a EPS constitui uma importante ferramenta para uma assistência de qualidade, e a revisão integrativa realizada para a justificativa deste estudo ratifica a lacuna do conhecimento sobre o manejo da sífilis, o que evidencia uma maior necessidade para todos os níveis de atenção à saúde.

2.4 A sífilis no ciclo de vida: aspectos fisiopatológicos, protocolos vigentes e a rede de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, crônica, com curso lento e alternância entre fases sintomáticas e principalmente assintomáticas, perpassando anos ou décadas. É causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, com transmissão por via principalmente sexual, seguida da vertical (mãe para concepto) e parenteral (transfusão sanguínea), sendo possível acometer o homem (único hospedeiro) desde a sua forma congênita à adquirida, durante todo o seu ciclo da vida, com potencial acometimento do sistema nervoso, cardiovascular, respiratório, ósseo, e, assim sendo, há possibilidade de incapacidade, desfiguração e morte (BRASIL, 2020a). Apesar de curável e com as ferramentas necessárias para o seu manejo, a sífilis é considerada uma epidemia, desafiando os sistemas de saúde do Brasil e outros países.

O manejo adequado da sífilis deve ser iniciado com o rastreamento amplo e disponível em todos os serviços de saúde. Recomenda-se preferencialmente a realização dos testes sorológicos (treponêmicos e/ou não treponêmicos), que devem ser oferecidos especialmente

na vigência de relação sexual desprotegida, suspeita clínica de infecção (sinais e sintomas) por esta e outras IST, violência sexual, durante a assistência pré-natal, para pessoas convivendo com HIV, HSH, profissionais do sexo, e crianças expostas verticalmente (BRASIL, 2020a).

Na vigência de sinais e sintomas clínicos, há a possibilidade da pesquisa direta do treponema através das lesões nas fases sintomáticas, e é feita por meio do exame de microscopia de campo escuro ou imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias, porém a não identificação do treponema nas lesões não exclui a possibilidade da infecção. Os testes imunológicos são mais comumente utilizados, pois, além de serem pouco custosos, têm sensibilidade e especificidade seguras, com janelas imunológicas precoces, dividindo-se em testes treponêmicos e não treponêmicos (BRASIL, 2020a).

Os testes treponêmicos pesquisam anticorpos específicos ao treponema; são os primeiros a se tornarem reativos e geralmente permanecem mesmo após tratamento e cura do indivíduo, sendo eles: o *Treponema Pallidum Hemagglutination Assay* (TPHA), FTA-Abs, quimioluminescência (EQL), ensaio imunoenzimático indireto (ELISA), teste rápido (mais comumente usado pela praticidade e custo baixo), não sendo úteis para avaliação do seguimento pós-tratamento ou reinfeção por sífilis (BRASIL, 2020a).

Os testes não treponêmicos pesquisam anticorpos inespecíficos ao treponema, como a cardiolipina. São quantitativos, diminuindo em função do sucesso do tratamento ou aumentando em função de falha terapêutica, sendo úteis para avaliação do seguimento pós-terapêutico ou avaliação de reinfeção por sífilis. São exemplos o VDRL, RPR e *Toluidine Red Unheated Serum Test* (TRUST) (BRASIL, 2020a).

O diagnóstico deve avaliar um conjunto de fatores, que se complementam e não se excluem, ou seja, a ausência de um fator não isenta a possibilidade da infecção, por isso é imprescindível considerar aspectos clínicos, história pregressa e solicitação de exames laboratoriais (BRASIL, 2020a).

O tratamento é preferencialmente à base de penicilina para toda a população, com dosagem e formas de administração de acordo com a fase clínica, formas de apresentação (congenita e adquirida). A cura se comprova através da avaliação clínica (ex.: involução das lesões, se presentes) e resposta imunológica adequada por meio da avaliação comparativa da queda de títulos em diluições em testes não treponêmicos (BRASIL, 2020a).

2.4.1 A sífilis adquirida

2.4.1.1 Fases clínicas da sífilis adquirida

A sífilis adquirida é dividida didaticamente em duas fases: sífilis recente e sífilis tardia. A sífilis recente é composta pelo período do primeiro ano de infecção, sendo dividida em sífilis primária, secundária e latente recente. A sífilis tardia é composta pelo período após o primeiro ano de infecção e é dividida em latente tardia e terciária. A neurosífilis é a manifestação neurológica da sífilis, que pode ocorrer desde a fase recente da sífilis; sua classificação se dá como neurosífilis recente e neurosífilis tardia (BRASIL, 2020a).

Na sífilis recente, após o contágio, há um período de incubação de 10 a 90 dias. Os primeiros sintomas são locais, correspondentes à entrada do treponema no organismo por uma mucosa ou uma solução de continuidade, caracterizando-se por uma lesão única (geralmente), de fundo brilhante, base dura, indolor, não pruriginosa, denominada cancro duro, que é acompanhada de uma linfadenomegalia regional. Esta fase é chamada de sífilis primária (BRASIL, 2020a).

Tendo em vista que nesta fase os testes sorológicos podem ainda ser não reagentes, o diagnóstico pode ser feito através da observação clínica das lesões e/ou com a pesquisa direta do *Treponema pallidum* por meio da pesquisa direta (ex.: microscopia de campo escuro). Como esses testes não se fazem presentes e negativos não excluem a infecção, para auxílio diagnóstico, o manejo pode ser feito com segurança pela abordagem sindrômica das IST, pois que o cancro duro está incluído na síndrome úlcera genital (BRASIL, 2020a).

De seis semanas a seis meses após o aparecimento do cancro duro (sífilis primária), surgem sintomas sistêmicos como: manifestações cutâneas com características de erupções maculares eritematosas (roséolas sífilíticas), sobretudo no tronco e na raiz dos membros e lesões em mucosas, com características de placas mucosas e lesões acinzentadas, que evoluem para lesões mais evidentes, papulosas, eritemato-acastanhadas, acometendo tegumento e mucosas, que ganham forma de colarinho e descamação, não sendo, em geral, pruriginosas, surgindo principalmente na região palmar e plantar. Também podem surgir condilomas planos, em particular na mucosa anogenital, que podem ser confundidas com verrugas causadas por Papiloma Vírus Humano (HPV) (BRASIL, 2020a).

Pode haver sintomas como alopecia em clareira, linfadenomegalia sistêmica, febre baixa, adinamia e artralgia. Na sífilis primária, esses sintomas desaparecem em semanas com

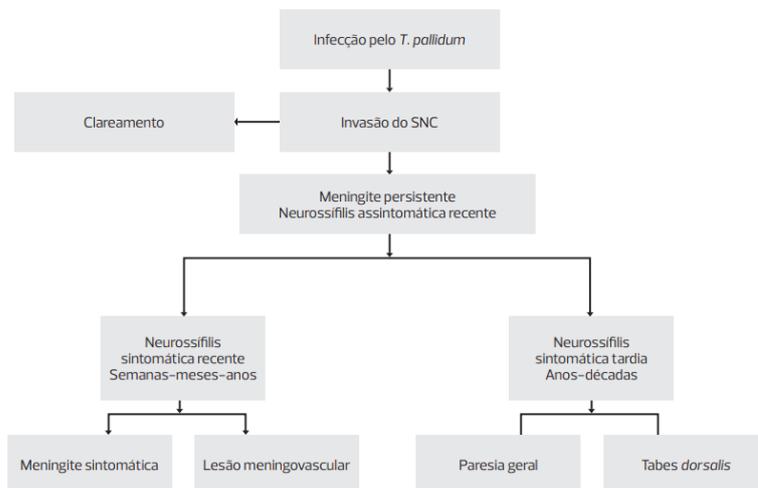
a instituição ou não do tratamento. Devem ser considerados também sintomas neurológicos que podem surgir nesta fase, como a neurosífilis meningovascular, com acometimento de pares cranianos, quadros meníngeos e isquêmicos, indo contra ideia de que a neurosífilis é um quadro exclusivo da fase terciária da infecção. O Ministério da Saúde chama a atenção que 25% dos pacientes não tratados podem intercalar lesões de secundarismo e latência (BRASIL, 2020a).

Após involução dos sintomas, há um período de latência, que até um ano de infecção é considerado período de latência recente, sendo chamado de sífilis latente recente (BRASIL, 2020a).

A sífilis tardia é compreendida como o período posterior a um ano de infecção, e é dividida em sífilis latente tardia e terciária. O período de latência precedente à sífilis terciária é variável e 15% a 25% dos pacientes desenvolvem sintomas terciários após um a 40 anos do início da infecção. A sífilis terciária é resultante da destruição tecidual provocada pela inflamação crônica causada pelo treponema nos tecidos que podem gerar desfiguração, incapacidade e até morte. Acomete principalmente o sistema nervoso e cardiovascular, e também se observam gomas sífilíticas em pele, mucosas, ossos ou qualquer outro tecido (BRASIL, 2020a).

A neurosífilis é ocorre no sistema nervoso central devido à invasão do *Treponema pallidum*, em qualquer fase clínica da sífilis; este evento pode suceder em questão de horas ou dias após inoculação, sendo transitório ou não. A neurosífilis se divide em neurosífilis recente e neurosífilis tardia, como mostra a Figura 6 (BRASIL, 2020a).

Figura 6 – Classificação clínica da neurosífilis



Fonte: adaptado de Marra, 2015.

Fonte: BRASIL, 2020.

No período pré-antibiótico, era uma condição comum em pacientes não tratados desenvolverem sintomas terciários neurológicos, podendo afetar de 5% a 10%, sendo comum uma grande variedade de sintomas como acidente vascular cerebral (AVC), demência e morte. Com o advento dos antibióticos, estes sintomas se tornaram, em boa parte dos casos, oligossintomáticos e variáveis. São sintomas clínicos da neurosífilis com envolvimento: ocular (uveíte, paralisia de nervos cranianos); auditivo; paresia geral; deficiência cognitiva; mudanças de comportamento; demência; depressão; mania; psicose com alucinações visuais ou auditivas; dificuldades de memória; confusão mental; meningite sífilítica; lesão meningovascular: acometimento isquêmico, principalmente da cápsula interna, artéria cerebral média, carótida, artéria basilar, artéria cerebral posterior, vasos cerebelares; *tabes dorsalis*; goma sífilítica; epilepsia (BRASIL, 2020a).

2.4.1.2 O rastreamento da sífilis adquirida e neurosífilis

É indicado para pessoas com exposição sexual, pessoa em situação de violência sexual, presença de outra IST, parcerias sexuais de pessoa infectada por sífilis, para gestantes, parcerias sexuais da gestante, puérperas (sem registro de teste de sífilis), mulher em abortamento espontâneo/natimorto, sinais e sintomas clínicos sugestivos de sífilis (úlceras anogenital, erupção cutânea, lesões orais, vegetantes, alopecia em clareira, febre, mal-estar, cefaleia, astenia, linfonodomegalia generalizada) (BRASIL, 2020a).

A periodicidade do rastreamento é indicada da seguinte forma:

- Anualmente: adolescentes/jovens com idade menor ou igual a 30 anos com vida sexual ativa;
- A cada seis meses: trabalhadores do sexo/transsexual/travesti, PVHIV, HSH, usuário de álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade;
- A cada três meses: para pessoas em uso de Profilaxia Pré-Exposição (PreP).

Para o rastreamento da neurosífilis, indica-se para o seu rastreamento: a presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos; a evidência de sífilis terciária ativa; em caso de falha terapêutica sem nova exposição para a população geral e para os PVHIV, independente de reexposição. É recomendado o uso do VDRL como método de escolha para este rastreamento (BRASIL, 2020a).

O diagnóstico da sífilis adquirida deve levar em conta o histórico do indivíduo, sinais e sintomas e a avaliação dos testes imunológicos. Os sinais e sintomas favorecem a suspeição

clínica, mas a ausência deles não excluem a doença, em razão de a sífilis não possuir sintomas patognomônicos e o curso da infecção é, na grande maioria das vezes, assintomático (BRASIL, 2020a).

Os testes sorológicos apontaram a presença de infecção em fases sintomáticas e assintomáticas, por isso são os testes preferencialmente utilizados para o diagnóstico. Deve-se optar preferencialmente por iniciar pelo teste treponêmico, em função do seu período de janela imunológica mais precoce e da sua especificidade. Para pacientes com histórico de sífilis, o diagnóstico deve ser feito com os testes não treponêmicos, através da comparação da titulação atual com a titulação em diagnóstico anterior (BRASIL, 2020a).

O Quadro 6, adaptado do PCDT (BRASIL, 2020a), explica como é a interpretação dos testes imunológicos.

Quadro 6 – Interpretação testes treponêmicos e não treponêmicos e conduta

PRIMEIRO TESTE	(+)	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	(+)	TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	Diagnóstico de sífilis. • Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	(+)	TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. • Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	(+)	TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	Diagnóstico de sífilis. • Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
PRIMEIRO TESTE	(+)	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	(+)	TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste. • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. • Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE ou TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	(+)	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente	Em caso de suspeita clínica e/ ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex: visualização de úlcera anagênica) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Fonte: Brasil, 2020a.

O diagnóstico da neurosífilis se dá através da punção lombar. O exame ideal a ser utilizado é o VDRL por ter sensibilidade e especificidade maior em relação aos outros testes (BRASIL, 2020a). No município do Rio de Janeiro, há um fluxo estabelecido de encaminhamento para a punção lombar no Hospital São Sebastião, que é o de fazer contato telefônico com a instituição para agendamento de procedimento (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018b).

O tratamento preferencial é o uso da penicilina, e não há resistência documentada da droga (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2015). É a única droga aconselhada durante a gestação por ser a única que penetra na membrana hemato-placentária, tratando gestante e concepto, reduzindo os danos ao concepto (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2015). Há tratamento alternativo indicado para indivíduos não gestantes, que incluem o uso da doxiciclina, porém com acompanhamento rigoroso, ambulatorial e laboratorial para certificar a resposta imunológica adequada e cura. A dosagem, a via de administração e a apresentação da penicilina dependerão da classificação clínica. Para o tratamento da sífilis, indica-se o uso da penicilina benzatina por via intramuscular; e para neurosífilis, a penicilina cristalina por via endovenosa (BRASIL, 2020a).

O tratamento deve ser iniciado imediatamente após comprovação diagnóstica nos casos de violência sexual, gestação, possibilidade de perda de seguimento, sinais e sintomas sugestivos de sífilis primária ou secundária e pessoas sem diagnóstico de sífilis prévio. Deve-se iniciar o tratamento imediatamente, com apenas um teste sorológico positivo (treponêmico ou não treponêmico). Além disso, recomenda-se o tratamento na vigência de sinais e sintomas sugestivos de sífilis primária e secundária e ausência de testes sorológicos disponíveis para auxílio diagnóstico. O Quadro 7, adaptado do PCDT (BRASIL, 2020a), apresenta o esquema terapêutico de acordo com a fase clínica da sífilis.

Quadro 7 – Tratamento conforme fase clínica da sífilis adquirida

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVAS (EXCETO PARA GESTANTES E LACTANTES)	SEGUIMENTO PÓS-TERAPÊUTICO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização
<p>Notas: a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. b A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO,2016)</p>			

Fonte: Brasil, 2020a.

O seguimento pós-terapêutico deve ser feito com teste não treponêmico por serem quantitativos e reduzirem em função de resposta imunológica adequada, ou aumentarem ou persistirem aumentados por conta de reativação ou reinfeção, indicando falha terapêutica (BRASIL, 2020a).

Orienta-se que a solicitação de teste não treponêmico seja feita a cada três meses por um ano para pacientes não gestantes, incluindo PVHIV, e mensal para gestantes, preferencialmente com o mesmo método e no mesmo laboratório. Considera-se resposta imunológica adequada quando há queda em duas diluições em seis meses para sífilis recente e em 12 meses para sífilis tardia. A persistência de teste não treponêmico reativo com queda prévia em duas diluições não configura falha terapêutica, e sim indica cicatriz sorológica (BRASIL, 2020a).

Por outro lado, são critérios para retratamento (reativação e/ou reinfeção): a ausência de redução de titulação em duas diluições em um intervalo de seis meses para sífilis recente

ou 12 meses para sífilis tardia, após tratamento adequado ou aumento em duas diluições ou recorrência ou persistência de sinais e sintomas clínicos. Deve-se atentar para investigar neurosífilis em casos de falha terapêutica em que não há reexposição que justifique alterações laboratoriais na população geral, e em todos os casos de retratamento de PVHIV, independente de reexposição. O seguimento pós-terapêutico em caso de neurosífilis é feito por punção lombar a cada seis meses até a normalização das taxas nesta amostra (BRASIL, 2020a).

A apresentação clínica da sífilis na gestante não muda em razão da gravidez, no entanto, devido ao alto potencial de acometimento do conceito, a sífilis neste período merece atenção especial e as intervenções oportunas. A transmissão vertical dá-se principalmente de forma transplacentária e aumentam os riscos na fase recente da sífilis por níveis altos de treponema na circulação sanguínea, mas também é possível ocorrer durante a passagem do feto no canal de parto, desde que haja lesões, que são ricas em treponema (BRASIL, 2019).

Quanto ao rastreamento, deve ser realizado oportunamente na primeira consulta de pré-natal e minimamente repetido na 28^a semana de gestação, em nova exposição de risco, violência sexual, e também na internação obstétrica para trabalho de parto e aborto/natimorto (BRASIL, 2020a). O protocolo do município do Rio de Janeiro recomenda que o rastreamento durante rotina de pré-natal seja feito em três oportunidades: na 1^a consulta de pré-natal, na 2^a rotina entre 24 e 28 semanas de gestação e entre 32 e 34 semanas de gestação (RIO DE JANEIRO, 2020).

O diagnóstico da sífilis na gestação se dá apenas com um teste reativo para sífilis (treponêmico ou não treponêmico), visto que o benefício do uso da benzilpenicilina suplanta os riscos de transmissão vertical por aguardo de exames complementares para confirmação diagnóstica, mesmo em casos de gestante com histórico de sífilis (BRASIL, 2020a).

O tratamento deve considerar também a classificação clínica. A benzilpenicilina é o único tratamento seguro para a gestante, haja vista que, além de ser comprovadamente o tratamento mais eficaz para a sífilis, é a única droga que penetra na membrana hemato-placentária, tratando oportunamente o conceito, diminuindo o potencial de morbimortalidade e reduzindo para 1% a 2% os riscos da transmissão vertical. A alergia à penicilina não constitui contraindicação absoluta para o uso; para estes casos, as gestantes alérgicas à penicilina devem ser referenciadas para dessensibilização. É preciso destacar que a alergia à penicilina é evento raro e faz-se necessária a avaliação com critério, para confirmar se

realmente existe histórico deste evento (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2015).

É possível que o evento de Jarisch-Herxheimer seja confundido com reação alérgica. Este evento ocorre principalmente nas fases primárias e secundárias, pois é caracterizado por exacerbação de lesões cutâneas como eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regridem espontaneamente após 12 e 24 horas e que podem ser controladas com analgésicos simples, não sendo preciso interromper o tratamento (BRASIL, 2020a).

No município do Rio de Janeiro, há um fluxo bem estabelecido para dessensibilização, feito através da disponibilização de vagas na plataforma do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que acontece no setor de Imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) (<https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index>).

O seguimento pós-terapêutico deve ser mensal, para que se identifique precocemente a falha terapêutica (reativação ou reinfecção). Considera-se resposta imunológica adequada para gestante: a redução dos títulos em duas diluições aos três meses e quatro diluições aos seis meses. Classifica-se como falha terapêutica e, com isso, a necessidade de um novo tratamento: a não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32); ou aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; ou persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento (BRASIL, 2019).

Por outro lado, para fins de investigação de sífilis congênita, considera-se gestante adequadamente tratada, segundo o último PCDT de 2019 (BRASIL, 2019), quando há: administração de penicilina benzatina; esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico; início do tratamento até 30 dias antes do parto; respeito ao intervalo recomendado de doses; avaliação quanto ao risco de reinfecção; documentação de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada.

Em relação às parcerias sexuais, é recomendado o rastreamento amplo e oportuno, visando a captação de casos de sífilis, o oferecimento do tratamento e cura, além da interrupção da cadeia de transmissão. Devido à alta prevalência da sífilis e de um terço das parcerias estarem em janela imunológica no momento da testagem, a oferta do tratamento

“profilático” de uma dose única de benzilpenicilina Benzatina a 2,4 milhões de Unidade Internacional (UI) se faz necessária para esta população, mesmo com sorologia negativa (BRASIL, 2020a).

Em caso de testagem positiva, é necessário considerá-la como caso de sífilis adquirida e proceder com a notificação, tratamento conforme estadiamento clínico e acompanhamento laboratorial e ambulatorial para seguimento pós-tratamento (BRASIL, 2020a). Na gestação, com o advento do protocolo “Guia do Pré-Natal do Parceiro”, que discorre sobre o pré-natal do homem, é recomendado o rastreamento da sífilis em todos os parceiros sexuais, independente do *status* sorológico da gestante, ampliando, assim, as possibilidades de captação precoce de infecção por sífilis, para diminuir os riscos de transmissão vertical (HERRMANN *et al.*, 2016).

Para gestantes com diagnóstico de sífilis, a orientação para as parcerias é a mesma: rastreamento e tratamento, com dose profilática para parcerias com sorologia negativa (BRASIL, 2019, 2020).

2.4.2 A sífilis congênita

2.4.2.1 As classificações clínicas da sífilis congênita

A sífilis congênita é resultante da transmissão vertical do *Treponema pallidum* por via transplacentária ou durante o contato de lesões primárias e secundárias no canal de parto. Há possibilidade de contágio em qualquer fase clínica, porém os riscos estão aumentados nas fases recentes da sífilis. As consequências para o conceito são inúmeras, desde aborto, prematuridade, baixo peso, malformações congênitas, óbito fetal e óbito infantil (BRASIL, 2019).

A sífilis recente não tratada na gestação pode gerar aborto espontâneo em 40% dos casos. O acometimento do conceito pode chegar de 70% a 100% dos casos de gestantes não tratadas, 11% poderão vir a óbito a termo, 13% poderão nascer prematuros ou com baixo peso e 20% apresentarão sinais clínicos sugestivos de sífilis congênita (BRASIL, 2019).

A sífilis congênita se divide em recente e tardia. A sífilis congênita recente é o período compreendido até os dois anos de vida, e a sífilis tardia é o período compreendido após os dois anos de vida.

As principais manifestações clínicas da sífilis congênita recente são perinatais (aborto, natimorto, alterações placentárias e em cordão umbilical, prematuridade, baixo peso), sistêmicas (febre, hepatomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenomegalia generalizada, edema, atraso no desenvolvimento psicomotor, edema), mucocutâneas (rinite sífilítica, *rash* maculo-papular, pênfigo sífilítico, condiloma lata, icterícia) alterações hematológicas (anemia, leucopenia, leucocitose, trombocitopenia), alterações músculo-esqueléticas (pseudoparalisia de Parrot, anormalidades radiológicas, periostite, sinal de Wegner, sinal de Wimberger, neurológicas (alterações de liquor, leptomeningite sífilítica aguda, sífilis crônica meningovascular), síndrome nefrótica e alterações respiratórias (pneumonia, pneumonite e esforço respiratório) (BRASIL, 2019).

As manifestações da sífilis congênita tardia surgem em cerca de 40% das crianças nascidas de mulheres que não foram tratadas na gestação, e é caracterizada pela inflamação cicatricial ou persistente e formação de gomas sífilíticas em diversos tecidos. As principais manifestações são faciais (fronte olímpica, nariz em sela, hipodesenvolvimento maxilar, palato em ogiva), oculares (ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia óptica), auditivas (perda aditiva sensorial), orofaríngeas (dentes de *Hutchinson*: incisivos medianos deformados, molares em amora, perfuração do palato duro), cutâneas (rágades: fissuras periorais e perinasais; gomas), sistema nervoso central (atraso no desenvolvimento, comprometimento intelectual, hidrocefalia, crises convulsivas, atrofia do nervo óptico, paresia juvenil), esqueléticas (tíbia em sabre, sinal de *Higoumenakis* (alargamento da porção esternoclavicular da clavícula), juntas de *Clutton* (artrite indolor), escápula escafoide) (BRASIL, 2019).

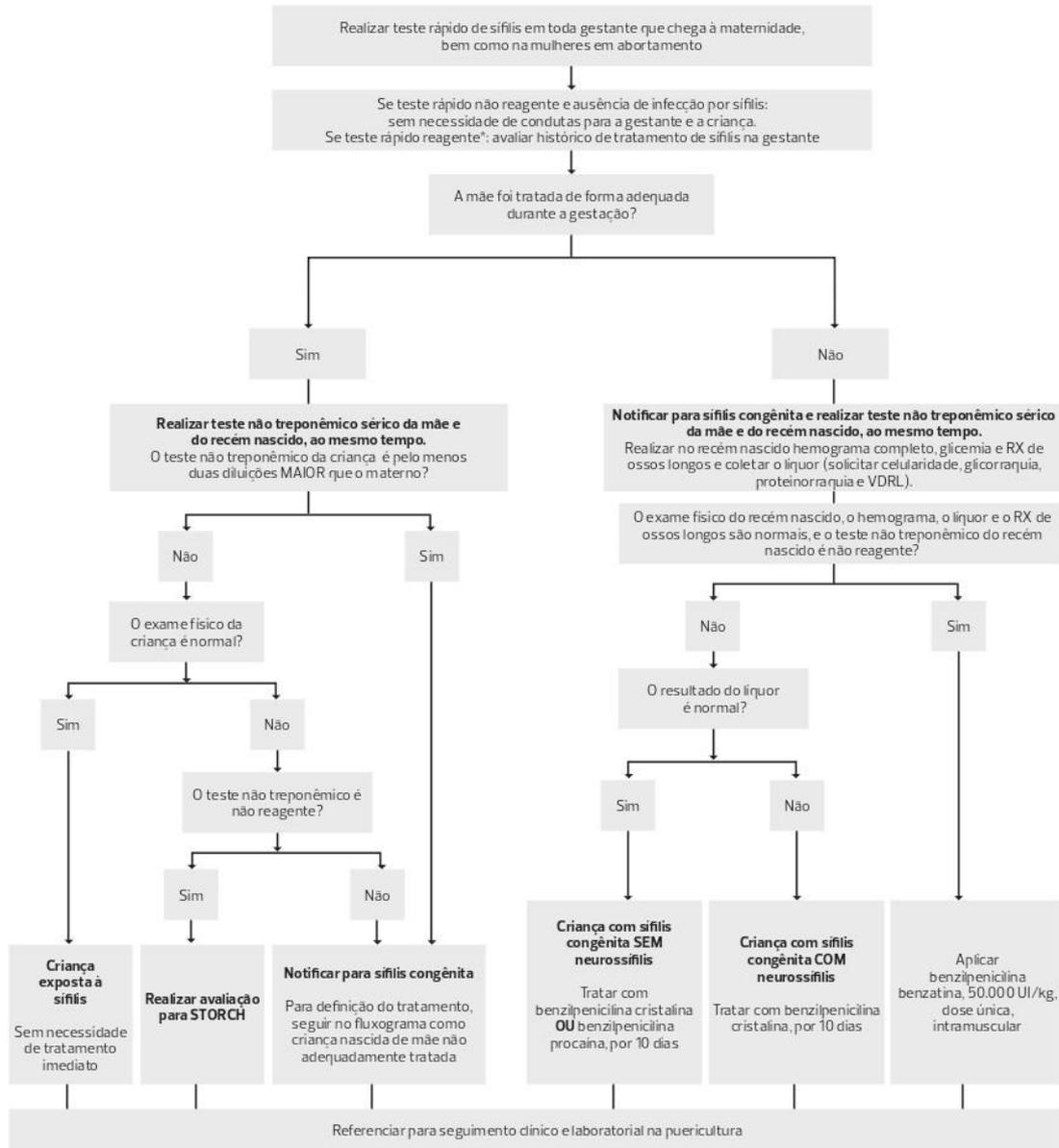
2.4.2.2 O manejo da sífilis congênita

O manejo da criança exposta verticalmente à sífilis está pautado nas diretrizes para o acompanhamento da criança desde o nascimento. O rastreamento e diagnóstico devem atender a três itens importantes: o histórico materno ao tratamento e seguimento na gestação, teste não treponêmico comparado ao materno, sinais clínicos da criança (BRASIL, 2019).

A avaliação da criança é feita desde o nascimento, ainda na maternidade. Todas as crianças expostas verticalmente deverão ser submetidas à avaliação; qualquer alteração que surgir da infecção por sífilis, seja ela laboratorial ou clínica, será suficiente para iniciar oportunamente o tratamento.

O tratamento preconizado deve ser realizado à base de penicilina, a depender se há ou não presença de neurosífilis, conforme fluxograma do PCDT de 2020 (BRASIL, 2020a) na Figura 7.

Figura 7 – Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto



Fonte: Brasil, 2020a.

Às crianças que são diagnosticadas com sífilis congênita sem neurosífilis, orienta-se que sejam tratadas com penicilina procaína por via intramuscular com dose de 50.000UI/Kg ou cristalina por via endovenosa, na dosagem de 50.000UI/Kg por 10 dias. Já as crianças

diagnosticadas com sífilis congênita com neurosífilis deverão ser tratadas com penicilina cristalina endovenosa, na dosagem de 50.000UI/Kg por 10 dias (BRASIL, 2019).

Para crianças nascidas de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas, mas com exame físico normal e teste não treponêmico não reativo, é preconizado a prescrição de benzilpenicilina 50.000 UI/kg, intramuscular, dose única (BRASIL, 2019).

Crianças cujo diagnóstico de sífilis congênita foi descartado a princípio, ou seja, mãe adequadamente tratada na gestação e, após avaliação clínica minuciosa, excluídos os sinais e sintomas clínicos sugestivos, não serão tratadas ou notificadas como crianças com sífilis congênita, mas serão submetidas apenas ao teste não treponêmico (BRASIL, 2019).

Devido à possibilidade do aparecimento de sinais e sintomas tardios ao nascimento, todas as crianças, expostas ou com diagnóstico de sífilis congênita, deverão ter seguimento laboratorial e ambulatorial semelhantes. O acompanhamento laboratorial consiste na solicitação de teste não treponêmico, que deve ser feita no nascimento, com um mês, três meses, seis meses, 12 meses e 18 meses. Espera-se que os resultados declinem aos três meses e se tornem não reagentes aos seis meses (BRASIL, 2019).

No nascimento, é imprescindível a comparação entre o teste não treponêmico da criança e o da mãe com o mesmo tipo de metodologia e coleta simultânea, sendo que a presença de resultado da criança em pelo menos duas diluições a mais em relação ao materno constitui presença de infecção, porém a ausência deste achado não exclui a possibilidade de infecção, devendo, assim, proceder com uma avaliação e acompanhamento rigorosos (BRASIL, 2019).

Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos três meses de idade, devendo ser não reagentes aos seis meses, caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório. Em contrapartida, a persistência da titulação reagente do teste não treponêmico após seis meses de idade; e/ou o aumento nos títulos não treponêmicos em duas diluições ao longo do seguimento (ex.: 1:2 ao nascimento e 1:8 após) e/ou a persistência ou surgimento de sinais clínicos sugestivos sugerem falha terapêutica (BRASIL, 2019).

Demais exames complementares, como hemograma, raio-x de ossos longos, radiografia de tórax, dosagem de enzimas hepáticas, eletrólitos, são solicitados para todas as crianças consideradas com sífilis congênita na Maternidade e são repetidos a critério clínico. A punção lombar para a obtenção de líquor é feita também no nascimento para crianças com

diagnóstico de sífilis congênita e repetida a cada seis meses, até a normalização das taxas em caso de crianças com sífilis congênita com neurosífilis.

Não é recomendado que o teste treponêmico seja realizado antes dos 18 meses de vida devido à possibilidade de resultado falso positivo, pela transferência de anticorpos materno para o conceito, e após os 18 meses de vida não se mostra obrigatório, de acordo com o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde. Porém, o protocolo instituído pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) orienta a realização do teste rápido ou outro teste treponêmico aos 18 meses de vida, após seguimento laboratorial de testes não treponêmico a fim de encerrar o acompanhamento laboratorial (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018b).

O seguimento ambulatorial, segundo o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), deve ser feito minimamente com consultas periódicas na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18. O protocolo, instituído pela SMS-RJ, sugere a realização de consultas mensais até os seis meses e bimestrais até os dois anos de vida (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018b). Para crianças com sífilis congênita, o PCDT 2019 recomenda a realização de avaliação audiológica, oftalmológica e neurológicas a cada seis meses até os dois anos (BRASIL, 2019).

Já o Protocolo Municipal indica o encaminhamento para audiologia (via SISREG: audiologia pediátrica/aba Infecções congênicas) e oftalmologia (oftalmologia pediátrica/aba Infecções congênicas) em duas oportunidades: na primeira até o sexto mês de vida e na segunda aos dois anos de vida (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018b).

Além disso, é recomendado acompanhamento compartilhado com infectologista pediatra em casos de crianças com neurosífilis, crianças com o teste não treponêmico maior que o materno, crianças tratadas com ceftriaxona, crianças com indicação de falha terapêutica e crianças com indicação de investigação de neurosífilis que não tenham sido submetidas à punção lombar. O encaminhamento para neurologia pediátrica dá-se na vigência de sinais clínicos de SC (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018b).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipologia de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, de intervenção, do tipo quase-experimental com abordagem de método misto.

O delineamento quase-experimental se aplica a estudos em que não há a seleção aleatória dos sujeitos e em que se pode utilizá-los também como grupo de controle com pré e pós-intervenção e quando há evidências de benefícios em determinadas intervenções, ou seja, a modalidade é não probabilística (DUTRA; REIS, 2016).

A pesquisa mista permite uma combinação de técnicas quantitativas e qualitativas no mesmo desenho de pesquisa (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011). Sua ideia central é a de que a interação entre os dois métodos fornece melhores possibilidades de análise (PARANHOS *et al.*, 2016).

Objetivou-se, nesta construção metodológica, a avaliação do conhecimento e vivência dos participantes sobre o manejo da sífilis a partir do desenvolvimento de um curso intitulado “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária”, voltado para os profissionais da atenção primária, sua aplicação com residentes médicos e enfermeiros e avaliação quanto à sua capacidade de incremento de conhecimento e percepção dos participantes quanto à sua aplicabilidade.

A construção deste material virtual foi realizada pela pesquisadora e contou com o auxílio dos dados obtidos na intervenção educativa presencial, sucedida antes da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), deflagrada em fevereiro de 2020, levando-se em conta as experiências compartilhadas pelos participantes durante a sua execução e as lacunas encontradas.

Didaticamente, a apresentação metodológica foi dividida em duas seções: 1ª Seção: O desenvolvimento da intervenção educativa e 2ª Seção: A implementação e a avaliação da intervenção educativa.

3.2 O desenvolvimento da intervenção educativa

3.2.1 A seleção dos participantes do estudo

São participantes do estudo os residentes médicos e enfermeiros do Curso de Especialização na Modalidade Residência Uniprofissional, lotados nos Programas de Residência em Saúde da Família e Comunidade vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), distribuídos nas Unidades de Saúde da Família das 10 Áreas de Planejamento (AP) do município do Rio de Janeiro.

O município do Rio do Rio de Janeiro tem uma população estimada de 6.747.815 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [2020]). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa a principal porta de entrada de acesso aos serviços de saúde neste município, e atualmente apresenta cobertura de 53% da população do território. Com isso, os programas de residência neste âmbito são uma realidade e representam um contundente método de formação.

O Programa de Residência em Enfermagem de Família disponibilizou em 2020 um total de 160 vagas distribuídas entre residentes do 1º ano (100) e residentes do 2º ano (60). No período da coleta de dados, ocorreram sete desistências, cinco no 1º ano e duas no 2º ano; desta forma, estão vinculados ao programa 153 residentes de enfermagem, alocados nas 10 AP do município do Rio de Janeiro.

O Programa de Residência em Medicina de Família ofertou 182 vagas, distribuídas em residentes do 1º ano (107) e residentes do 2º (75), nas AP 1.0, 2.1, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0 e 5.2. Até o momento, houve 22 desistências, 12 trancamentos e uma transferência, de modo que, atualmente, estão matriculados e cursando a residência 141 residentes médicos.

O Quadro 8 mostra a distribuição dos residentes matriculados por AP e por ano de residência.

Quadro 8 – Distribuição dos residentes médicos e enfermeiros por Área de Planejamento

Categoria	Médicos		Enfermeiros		
	Área de Planejamento	R1	R2	R1	R2
AP 1.0		4	10	9	4
AP 2.1		22	24	14	10
AP 2.2		0	0	12	6
AP 3.1		20	28	19	15
AP 3.2		5	4	8	0
AP 3.3		0	3	9	9
AP 4.0		7	6	6	4
AP 5.1		0	0	10	7
AP 5.2		1	7	6	0
AP 5.3		0	0	5	0
Total por ano de Residência		59	82	98	55
Total por Programa		141		153	
Potenciais participantes do estudo		294			

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Optou-se por esta população por se tratar de profissionais em franca formação, futura mão de obra qualificada para a Atenção Primária em Saúde (APS). Outrossim, estão inseridos na realidade da ESF e podem compartilhar o conhecimento com os demais membros das equipes, bem como realizar as ações visando o manejo mais eficiente e o combate à sífilis. O fato de não terem sido encontrados estudos envolvendo residentes com a temática sífilis motivou ainda mais a sua realização.

Os critérios de inclusão para este estudo foram ser residentes médicos e enfermeiros inscritos nos Programas de Residência em Saúde da Família e em atividade nas Unidades ou Domiciliar (em detrimento de condições médicas que contraindiquem sua atuação no campo prático), não havendo limite de idade, tempo de formação e experiência profissional anterior ou lotação. Os critérios de exclusão foram estar de licença de qualquer tipo no momento do convite para participação no estudo.

Todos os residentes foram convidados para participação na pesquisa, com apoio da Coordenação do Programa, através dos preceptores e coordenadores, e convite via e-mail.

3.3 Critérios para a continuidade e descontinuidade das etapas da intervenção

A fim de comparar adequadamente os dados sobre a intervenção educativa, foram considerados critérios de descontinuidade para a utilização comparativa destes dados o não preenchimento adequado do questionário pré-intervenção (preenchimento de menos de 80% do questionário), a não participação em todas as etapas do curso (atividades assíncronas da plataforma e atividade síncrona: encontro virtual), o não preenchimento adequado do questionário pós-intervenção (preenchimento inferior a 80% do questionário) e o pedido de trancamento ou desistência do programa durante o curso de manejo da sífilis no ciclo da vida.

3.4 Os cenários de lotação dos participantes

3.4.1 Em relação à lotação dos residentes

Os cenários propostos para o estudo foram as 40 Unidades vinculadas aos Programas de Residência Uniprofissionais de Enfermagem e Medicina, sendo 21 do Programa de Residência em Enfermagem de Família, 10 do Programa de Residência em Medicina de Família e nove de dois Programas de Residência lotados simultaneamente, conforme descrição do Quadro 9.

Quadro 9 – Distribuição de Unidades por Programa de Residência e por Área de Planejamento do município do Rio de Janeiro

Área de Planejamento	Somente PRESF	Somente PRMFC	Ambos
AP 1.0	3	2	0
AP 2.1	1	1	3
AP 2.2	4	0	0
AP 3.1	2	0	3
AP 3.2	2	2	1
AP 3.3	3	3	0
AP 4.0	0	0	2
AP 5.1	3	0	0
AP 5.2	2	2	0
AP 5.3	2	0	0
TOTAL	21	10	9

Nota: PRESF – Programa de Residência de Enfermagem de Família; PRMFC – Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Os Residentes de Enfermagem de Família estão distribuídos em 30 Unidades de Saúde da Família pertencentes a 10 AP, e cada qual é lotado em uma Equipe de Saúde da Família. Os Residentes de Medicina de Família estão lotados em 19 Unidades em sete AP, lotados cada um em uma equipe. Ambos têm a proposta de inserir um residente como um membro da equipe, assumindo todas as necessidades das famílias adscritas.

3.4.2 Os cenários na dinâmica para a construção dos dados

O primeiro cenário para a coleta de dados foi presencial, tendo os encontros ocorrido no mês de fevereiro de 2020, em um auditório situado no Centro Municipal de Saúde, no Bairro do Catete, localizado na zona sul do município do Rio de Janeiro, com capacidade para 50 pessoas, e contou com a participação de 28 residentes, todos enfermeiros. A atividade foi feita pela manhã, com duração de quatro horas.

O segundo cenário foi o ambiente virtual, com duração de agosto a novembro, devido à mudança no formato de pesquisa para on-line, dado o contexto da pandemia do novo

coronavírus. Utilizou-se a plataforma *Google Classroom*® para atividades assíncronas e sala de Reunião do *Google*® para a atividade síncrona. Estas atividades ocorreram em nove Unidades, com a participação de seis residentes por Unidade.

3.5 A construção dos dados

A construção dos dados foi realizada em cinco etapas: 1) Formulação dos questionários pré e pós-intervenção; 2) Validação dos questionários por especialistas; 3) Realização de intervenção educativa presencial com residentes; 4) Ajustes dos questionários autorrespondidos no formato on-line; 5) Elaboração da intervenção educativa on-line “Curso On-line Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária”.

3.6 Dos questionários pré e pós-intervenção

3.6.1 Primeira etapa: confecção dos questionários pré e pós-intervenção

A confecção dos questionários seguiu as normas técnicas e protocolos vigentes do município do Rio de Janeiro, constantes na “Coleção Guia de Referência Rápida: Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2016”, “Coleção Guia de Referência Rápida: Pré-natal, 2016” (RIO DE JANEIRO, 2016a, 2016b), bem como em ofícios divulgados pela Secretaria de Saúde, disponibilizados na Plataforma Subpav.

Foram consultados também os protocolos e normas técnicas vigentes do Ministério da Saúde: “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020” (BRASIL, 2020a) e “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da transmissão Vertical de sífilis, HIV e Hepatites B e C, 2019” (BRASIL, 2019).

O questionário da pré-intervenção, intitulado “Questionário pré-intervenção da pesquisa de intervenção educativa em sífilis”, foi construído em três módulos: o 1º módulo trata do perfil da população estudada, incluindo informações com relação aos dados sociodemográficos, à formação acadêmica e experiência profissional. O 2º módulo buscou as opiniões quanto às possíveis facilidades e/ou dificuldades no manejo da sífilis na realidade em que vivem e, por fim, o 3º módulo se destina a perguntas fechadas sobre o manejo da sífilis adquirida, gestacional e congênita (APÊNDICE A).

O questionário da pós-intervenção, intitulado “Questionário pós-intervenção da pesquisa de intervenção educativa em sífilis”, foi composto por dois módulos: o 1º buscou a identificação e a opinião sobre a intervenção educativa e o 2º constitui-se de perguntas fechadas sobre o manejo da sífilis de nível igual às perguntas do questionário pré-intervenção, buscando avaliação equivalente (APÊNDICE B).

O questionário de validação do pré e pós-intervenção, intitulado “Validação dos questionários pré e pós-intervenção da pesquisa de intervenção educativa em sífilis”, coletou a opinião dos especialistas com relação ao módulo de Conhecimentos sobre sífilis do pré e pós-intervenção para ajustes. Este questionário foi composto por perguntas fechadas e abertas (APÊNDICE C).

3.6.2 Segunda etapa: validação dos questionários por especialistas

Para a validação do módulo conhecimento dos questionários pré e pós-intervenção, foi realizada a validação de conteúdo da seção “Perguntas sobre a temática: (conhecimentos)”. Utilizou-se a técnica DELPHI, que permite obter consenso por juízes, profissionais efetivamente engajados na área de estudo, sobre um determinado fenômeno (FARO, 1997; PEREIRA, R. D.; ALVIM, 2015; PERROCA; GAIDZNSKI, 1998). É um método sistemático, com o objetivo de alcançar o consenso entre os especialistas por meio de validações articuladas em rodadas até que haja consenso de opinião (SILVA, M. B. *et al.*, 2013).

DELPHI é um método que estima a probabilidade e impacto de acontecimentos futuros, no qual os peritos são consultados para ajudar a identificar riscos, suposições e premissas. O processo de análise continua até todos os participantes chegarem ao consenso. Dividem-se em cinco etapas: 1º – definição do facilitador; 2º – identificação dos especialistas; 3º – definição do problema; 4º – rodada de perguntas (quantas forem necessárias até se entrar em consenso); 5º – tomada de decisão (AZEVEDO, c2021).

Por ser uma técnica que possui flexibilidade, permite diversidade para a sua aplicação (SILVA, R.; TANAKA, 1999). Para este estudo, a técnica DELPHI seguiu os seguintes passos:

3.6.2.1 Primeiro passo: a definição do facilitador

O facilitador foi a própria pesquisadora que fez o convite, e após aceite, enviou os questionários de validação para os especialistas.

3.6.2.2 Segundo passo: identificação dos especialistas

Para a técnica DELPHI, não existe quantitativo mínimo ou máximo de especialistas participantes; fica a cargo do pesquisador. Estudo de Castro, A. e Rezende (2009), uma revisão bibliográfica envolvendo estudos de 1996 a 2008 que utilizaram a técnica Delphi, encontrou uma variação de cinco a 111 especialistas.

Foram convidados especialistas para validação dos questionários pré e pós-intervenção, optando-se por profissionais pesquisadores na área e/ou com vivência prática. Os critérios de inclusão foram atuação prática ou por meio de pesquisa acadêmica na área da sífilis.

Foram convidados 10 profissionais para participar da pesquisa e houve o aceite de oito especialistas: seis enfermeiras, sendo quatro doutoras em enfermagem e professoras universitárias, uma pós-doutora em enfermagem, uma mestre em enfermagem e professora universitária, uma enfermeira especialista em enfermagem obstétrica atuante em uma maternidade, e dois médicos, sendo um médico dermatologista e professor universitário e uma médica obstetra e professora universitária.

Todos os avaliadores que aceitaram participar desta etapa do estudo são pesquisadores da temática da sífilis. Sete são membros do Grupo de Pesquisa “Sífilis no Ciclo da Vida: interfaces entre a saúde e a educação”, sob coordenação da Prof. Dra. Leila Rangel da Silva, uma faz parte do grupo “Cuidado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)”, e uma é pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina. Seis deles trabalham em locais onde é exigido conhecimento com relação ao manejo da sífilis para a conduta na sua assistência/cuidado, como se observa no Quadro 10.

Quadro 10 – Perfil dos avaliadores dos questionários autorrespondidos

Categoria	Especialidade	Grau de Escolaridade	Pesquisador do Tema	Atende Casos	Atuação (em Anos)
Médico	Dermatologia	Mestrado	Sim	Sim	35
Médica	Obstetrícia	Mestrado	Sim	Sim	35
Enfermeira	Obstetrícia	Especialização	Sim	Não	0
Enfermeira	Pediatria	Doutorado	Sim	Sim	7
Enfermeira	Não informado	Doutorado	Sim	Sim	10
Enfermeira	Não informado	Doutorado	Sim	Sim	5
Enfermeira	Não informado	Pós-Doutorado	Sim	Sim	10
Enfermeira	Obstetra	Doutorado	Sim	Não	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

3.6.2.3 Terceiro passo: definição do problema

Os itens avaliados foram os conhecimentos técnicos para o manejo da sífilis adquirida, gestacional e congênita no contexto da APS.

3.6.2.4 Quarto passo: rodada de perguntas

Os especialistas preencheram um questionário autorrespondido de avaliação (APÊNDICE C) quanto à parte “Conhecimentos”, e avaliaram cada item desta seção, bem como a seção como um todo. A proposta foi a de que eles julgassem se o questionário avalia o conhecimento técnico sobre sífilis adquirida, gestacional e congênita, com perguntas fechadas, assinalando uma das alternativas: concordo plenamente/concordo parcialmente/não concordo, e perguntas abertas, que oportunizaram aos especialistas emitirem opiniões e sugestões.

Em relação ao nível de concordância pretendido, de acordo com Pereira, R. D. e Alvim (2015), o ponto de corte é feito pelo pesquisador, mas deve obedecer a um critério mínimo maior que 50%, embora percentis próximos ao mínimo possam não gerar credibilidade; deste modo, recomenda-se, para pesquisas de enfermagem, um percentual maior que 75%. Para este estudo, foi utilizado o nível de discordância de 80% para definição da inclusão do item e abaixo de 80% para a revisão.

Foram respeitados todos os preceitos éticos; todos os especialistas deram o consentimento, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma virtual via *Google Forms*[®], disponível no Apêndice D.

A Tabela 2 indica o nível de concordância dos itens propostos.

Tabela 2 – Nível de concordância dos especialistas na seção “Conhecimentos” dos questionários pré e pós-teste por pergunta

Perguntas	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Não concordo
	N (%)	N (%)	N (%)
1. A sífilis é uma infecção (marque verdadeiro ou falso)	8(100%)	0	0
2. Qual é o agente etiológico da sífilis?	8 (100%)	0	0
3. Sobre a transmissão da sífilis (marque verdadeiro ou falso)	8 (100%)	0	0
4. O profissional de saúde deve rastrear a sífilis: (marque uma ou mais opções)	8 (100%)	0	0
5. Correlacione a classificação clínica da sífilis com a sintomatologia correspondente	8 (100%)	0	0
6. A sífilis é uma doença de notificação compulsória nos seguimentos. (marque uma ou mais opções que julgar necessário)	8 (100%)	0	0
7. Quanto ao tipo de teste (correlacione)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0
8. Em relação aos testes sorológicos para sífilis, marque verdadeiro ou falso	8 (100%)	0	0
9. Correlacione a classificação clínica com as opções de tratamento (marque uma ou mais caso julgar necessário)	8 (100%)	0	0
10. As parceiras sexuais são tratadas	8 (100%)	0	0
11. Sobre o seguimento pós-terapêutico, correlacione	8 (100%)	0	0
12. Considera-se gestante adequadamente tratada quando: (marque verdadeiro ou falso)	7 (87,5)	1 (12,5%)	0
13. Em caso de gestante alérgica à penicilina	8 (100%)	0	0
14. Sobre o acompanhamento clínico da criança exposta (marque verdadeiro ou falso)	8 (100%)	0	0
15. Sobre o seguimento laboratorial da criança exposta (marque verdadeiro ou falso)	8 (100%)	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A Tabela 3 demonstra o nível de concordância dos especialistas em relação à seção “Conhecimentos” dos questionários pré e pós-intervenção como um todo.

Tabela 3 – Nível de concordância dos especialistas na seção “conhecimentos” dos questionários pré e pós-intervenção de modo geral

Perguntas	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Não concordo
	N (%)	N (%)	N (%)
De um modo geral, o questionário avalia os conhecimentos sobre sífilis? (adquirida, gestacional e congênita)	8 (100%)	0	0
O questionário abrange os protocolos vigentes (Ministério da Saúde e município)?	7 (87,5)	1 (12,5%)	0
O questionário é aplicável aos objetivos propostos no estudo?	8(100%)	0	0
O questionário é aplicável para a avaliação pré e pós-intervenção?	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quanto ao nível de concordância, houve a obtenção de concordância superior ao pretendido dos itens avaliados e ficou decidido por uma rodada.

3.6.2.5 Quinto passo: tomada de decisão

Como não houve discordância com relação às perguntas apresentadas, não houve necessidade de ajustes; apenas feitas alterações do questionário presencial para o virtual de nomenclaturas que se modificaram após divulgação do último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de 2020 (BRASIL, 2020a).

3.6.3 Terceira etapa: intervenção educativa presencial com residentes (avaliação dos questionários pré e pós-intervenção)

O formato presencial, ocorrido em 12 de fevereiro de 2020, teve a proposta de realizar uma oficina voltada para a discussão de casos hipotéticos relacionados à sífilis adquirida, gestacional e congênita. Foi realizado em três momentos: primeiramente, foi aplicado um

questionário pré-intervenção, a intervenção educativa e a aplicação do questionário pós-intervenção.

O questionário pré-intervenção teve duração de preenchimento de 30 minutos. Em seguida, realizou-se uma oficina que consistiu na discussão de casos clínicos hipotéticos com a intenção de aproximá-los do seu dia a dia, bem como a discussão das possíveis inconsistências de respostas ao questionário pré-intervenção, com duração de três horas. Após esta intervenção, foi aplicado o questionário pós-intervenção com perguntas de mesmo nível de dificuldade do questionário pré-intervenção, com tempo de 30 minutos para sua resolução. Ao final de todas as etapas, foi disponibilizado a cada participante, de maneira sigilosa, o desempenho antes e depois da intervenção educativa e os comentários de cada item.

O conteúdo da oficina baseou-se, em um primeiro momento, na discussão dos dados epidemiológicos da sífilis e na realidade local dos residentes com a exposição de suas dúvidas e experiências. Em seguida, os residentes foram divididos em três grupos de cinco pessoas e dois grupos de quatro pessoas para discutir os cinco casos, com o objetivo de agregar o conhecimento da sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita, e do cuidado centrado na pessoa, entendendo suas vulnerabilidades e contexto social.

Foi utilizado como referencial teórico o PCDT Prevenção da Transmissão Vertical de 2019 e de Manejo das IST de 2020 (BRASIL, 2019). Os cinco casos discutidos foram distribuídos da seguinte forma: dois relacionados ao manejo da sífilis adquirida, um referente ao manejo da sífilis na gestação e dois relativos ao manejo da sífilis na gestação e congênita.

Nesse ínterim, a pesquisadora foi a responsável por guiar os grupos durante a discussão, dividindo-os e esclarecendo todos os questionamentos dos participantes. Cada grupo ficou responsável por discutir um caso e, ao final, houve uma rodada de discussão coletiva dos cinco casos, em que o grupo apresentou suas considerações e condutas e os demais pontuavam suas opiniões. A discussão foi mediada e, quando necessário, eram feitas intervenções para corrigir conduta não preconizada ou acrescentar questões importantes no manejo da sífilis. Ao final, os residentes foram convidados a preencher um questionário pós-intervenção para a verificação da fixação dos conteúdos da oficina.

Devido à pandemia do novo coronavírus, com as atividades coletivas restringidas dado o risco de disseminação da doença, não foi possível prosseguir com essa modalidade de intervenção educativa. Os dados coletados no único encontro realizado antes da deflagração da pandemia estão descritos no Capítulo IV: Descrição da Criação do Curso On-line. Cabe

destacar que o encontro presencial foi primordial e deu subsídios para a construção do curso, que foi a principal intervenção deste estudo.

3.6.4 Quarta etapa: os ajustes dos questionários autorrespondidos no formato on-line

Esta etapa consistiu na realização dos ajustes éticos e atualização de informações conforme PCDT de Manejo das IST (BRASIL, 2020a). O formato on-line do questionário foi submetido a uma emenda no Comitê de Ética da SMS-RJ e da UNIRIO, descrita no item “Aspectos éticos” deste capítulo.

3.6.5 Quinta etapa: a elaboração da intervenção educativa on-line “Curso On-line Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária”

A confecção do material levou em conta as lacunas do conhecimento identificadas na atividade presencial, além das opiniões, experiências, dúvidas e sugestões apresentadas pelos residentes neste encontro. O curso possui duração de 40h, divididas em atividades assíncronas na plataforma *Google Classroom*® e uma síncrona (encontro virtual). A ementa do curso on-line consta no Quadro 11.

Quadro 11 – Ementa do curso

Curso de EAD: Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária	
Questionário Pré-intervenção: 30 minutos – Preenchimento do “Questionário Pré-intervenção da Pesquisa de Intervenção Educativa em Sífilis”	
Módulos	Conteúdos abordados
M01 CH 6 h	Aspectos clínicos e epidemiológicos da sífilis; E-book: Alguns momentos marcantes da história da sífilis; Vídeo: Testes de sífilis; Materiais disponibilizados: Fichas de notificação compulsória da sífilis adquirida, gestacional e congênita; Materiais disponibilizados: Boletim epidemiológico da sífilis 2019; Pergunta no Fórum: Quais são os testes de sífilis que você utiliza no manejo da sífilis? Pergunta no Fórum: O que vocês consideram quando classificam a sífilis no Sinan? Sintomas ou titulação? Pergunta no Fórum: Quando devo e quando não devo pedir os testes? Pergunta no Fórum: Qual é o seu papel no manejo da sífilis no ciclo da vida enquanto Enfermeiro/Médico na APS? Pergunta no Fórum: Existe alguma diferença entre VDRL e teste rápido quanto à finalidade de uso? Pergunta no Fórum: Qual é o seu papel no manejo da sífilis na atenção primária?
M02 CH 10 h	Manejo da Sífilis Adquirida na Atenção Primária; Vídeo: Fases clínicas da sífilis adquirida; Vídeo: <i>Checklist</i> da sífilis adquirida; E-book: <i>Checklist</i> da sífilis adquirida; Tarefa 01: Estudo de Caso 1; E-book: Estudo de Caso 01 (acesso individual após a conclusão da tarefa); Tarefa 02: Estudo de Caso 02; E-book: Estudo de Caso 02 (acesso individual após a conclusão da tarefa); Materiais disponibilizados: PCDT 2020: Abordagem das IST.
M03 CH 10h	Manejo da Sífilis na Gestação; Vídeo: Sífilis na gestação; E-book: <i>Checklist</i> da sífilis na gestação; Tarefa 03: Estudo de Caso 03; E-book: Estudo de Caso 03 (acesso individual após conclusão da tarefa); Vídeo: O que fazer com uma gestante alérgica à penicilina? Materiais disponibilizados: PCDT Transmissão Vertical HIV, Sífilis e Hepatite B e C, 2019; Pergunta no Fórum: Comente aqui como funciona a rotina do pré-natal e o manejo da sífilis gestacional.
M04 CH 10 h	Manejo da Sífilis Congênita; Vídeo: Manejo da Sífilis congênita; E-book: <i>Checklist</i> da Sífilis congênita; Tarefa 04: Estudo de Caso 04; E-book: Estudo de Caso 04 (acesso individual após conclusão da tarefa); Tarefa 05: Estudo de Caso 05; E-book: Estudo de Caso 05 (acesso individual após conclusão da tarefa); Pergunta no Fórum: “Por onde eu começo?”. Escreva nos comentários onde começa a prevenção da sífilis congênita.
Encontro Virtual CH 3h – “Discutindo a sífilis como problema de saúde pública na Atenção Primária.”	
**Proposta de Discussão de Casos Os casos utilizados foram construídos de maneira hipotética, não sendo utilizados dados de prontuários reais. Para o material da intervenção educativa, foram disponibilizados apresentação por material digital, preenchimento de fichas de notificação compulsória e cartões de serviço (ex.: cartão de pré-natal) com dados fictícios, para ilustração do cotidiano dos profissionais.	
Questionário Pós-intervenção: 30 minutos – Preenchimento do “Pós-intervenção da Pesquisa de Intervenção Educativa em Sífilis”	

Nota: CH – Carga Horária; M – Módulo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Ao concluir todas as atividades do curso, o participante foi convidado a preencher o Questionário Pós-intervenção (APÊNDICE B), destinado a medir o conhecimento posterior a esta intervenção educativa.

Os participantes do estudo receberam um certificado após conclusão da Intervenção Educativa – Manejo da Sífilis, que foi fornecido pelo Núcleo de Pesquisa Estudos e Experimentação na Área da Saúde da Criança e da Mulher (NUPEEMC) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da UNIRIO, totalizando uma carga horária de 40 horas.

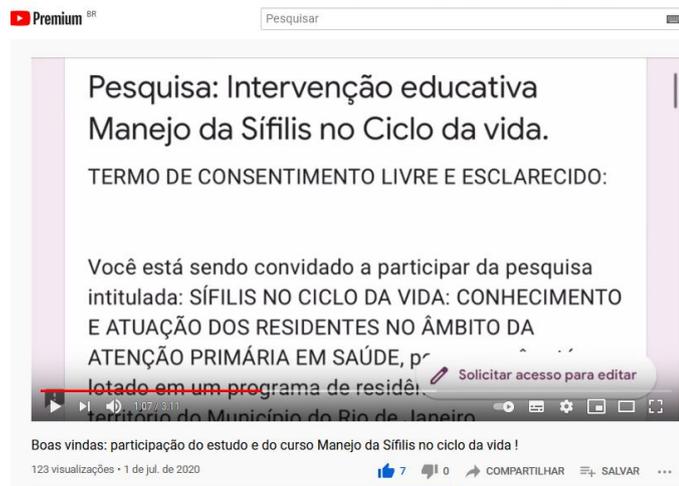
3.7 A implementação e a avaliação da intervenção educativa

A seguir, serão demonstrados os passos para a realização do curso on-line com os participantes e a análise dos dados obtidos durante a construção dos dados, descritos abaixo.

3.7.1 Realização do curso on-line com os residentes (convite, aplicação do questionário pré-intervenção, intervenção educativa e pós-intervenção)

Os residentes foram convidados para participação do estudo por meio do apoio da Coordenação e preceptores dos programas, via contato telefônico – mensagem de texto em Whatsapp® – e e-mail, sendo-lhes esclarecidas todas as etapas (Figura 8). Além disso, receberam o vídeo intitulado “Boas-vindas: participação do estudo e do curso on-line Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida!”, disponível na plataforma YouTube, através do *link* <https://www.youtube.com/watch?v=ZAHJOxDQNDY&feature=youtu.be>. Neste vídeo há a explicação de todas as etapas do estudo.

Figura 8 – Convite para a participação da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

O aceite para a participação na pesquisa foi feito por meio do TCLE eletrônico, sendo enviado, assim, o questionário pré-intervenção, criado no *Google Forms*® (APÊNDICE A) àqueles que aceitaram participar da pesquisa. Em seguida, os participantes foram convidados a realizar o curso “Curso Manejo da Sífilis na Atenção Primária” na Plataforma *Google Classroom*®, cujo link de acesso foi disponibilizado via e-mail. Somente após a conclusão de todas as atividades da plataforma, os participantes compareceram ao encontro virtual.

Após a realização de todas as dinâmicas do curso, iniciou-se a etapa do questionário pós-intervenção (APÊNDICE B) para avaliar os conhecimentos após a participação no curso, no intuito de medir o conhecimento posterior à intervenção educativa.

3.7.2 Análise dos dados

Para a análise quantitativa, optou-se por migrar os dados do banco de dados da Planilha *Google*® para o *Excel* e estas para o *R software*, em destaque o pacote *Rcmdr*. Os dados expostos são referentes aos 111 questionários de pré-intervenção autorrespondidos, que continham 108 perguntas sobre o perfil do residente, a vivência com a temática sífilis, divididas em 15 grandes seções; e 28 questionários pós-intervenção, com perguntas sobre a avaliação da intervenção educativa virtual e 108 perguntas divididas em 15 grandes seções.

Na maioria das perguntas, optou-se por questões do tipo verdadeiro ou falso; somente as perguntas 2 (sobre agente etiológico), 5 (classificação clínica), 9 (tratamento da Sífilis), e 10 (parceria de gestante) eram questões para assinalar a opção correta à resposta pretendida.

3.7.3 *Formatos da análise dos dados*

Para a análise, os dados foram divididos em três etapas: A avaliação das respostas do pré-teste, as impressões sobre a realização do curso pelos residentes durante as respostas às perguntas abertas do questionário pós-intervenção, e suas impressões durante os encontros virtuais e a comparação dos dados do pré e pós-intervenção dos participantes que concluíram todas as etapas da intervenção.

3.7.4 *Os dados do pré-intervenção*

3.7.4.1 Perfil dos participantes

O perfil dos participantes foi traçado por idade, tipo de instituição (pública ou privada) onde fez a graduação, tempo de graduação, tempo na residência (residência no primeiro ou segundo ano).

3.7.4.2 Vivência com a temática

Neste item, as perguntas foram feitas com o objetivo de identificar a experiência dos participantes com o manejo da sífilis, tanto do ponto de vista teórico, por meio da realização de treinamentos e incremento do conhecimento, quanto à sua prática no que diz respeito à assistência prestada à população acometida, consulta a materiais técnicos para o manejo da sífilis e suas percepções quanto a dificuldades, facilidades e sugestões.

3.7.4.3 Conhecimentos por pergunta

A 3ª Seção do questionário se refere ao conhecimento sobre a temática da sífilis. Ao todo, foram 108 subitens distribuídos em 15 questões. Cada erro do subitem correspondente à questão correspondeu à pontuação 0 e cada acerto correspondeu a 1 ponto, ou seja, o número de acertos máximos concerne ao número de subitens perguntados na questão. Para a análise dos dados, optou-se por realizar por pergunta e tema (aspectos gerais da sífilis, sífilis adquirida, sífilis na gestante, sífilis congênita), por tipo de estágio de seguimento

(rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento pós terapêuticos). O Quadro 12 ilustra o que foi abordado em cada questão e seu respectivo número de acertos.

Quadro 12 – Número de subitens e acertos máximos por questão

Questão	Subitens/ Acertos
1. A sífilis é uma infecção (marque verdadeiro ou falso).	7
2. Qual o agente etiológico da sífilis?	1
3. Sobre a transmissão da sífilis (marque verdadeiro ou falso).	10
4. O profissional de saúde deve rastrear a sífilis: (marque uma ou mais opções).	20
5. Correlacione a classificação clínica da sífilis com a sintomatologia correspondente.	6
6. A sífilis é uma doença de notificação compulsória nos seguimentos (marque uma ou mais opções de julgar necessário).	4
7. Quanto ao tipo de teste rápido.	8
8. Em relação aos testes sorológicos para sífilis, marque verdadeiro ou falso.	10
9. Correlacione a classificação clínica com as opções de tratamento (marque uma ou mais caso julgar necessário).	7
10. As parceiras sexuais são tratadas.	1
11. Sobre o seguimento pós terapêutico, correlacione.	3
12. Considera-se gestante adequadamente tratada quando: (marque verdadeiro ou falso).	8
13. Em caso de gestante alérgica à penicilina.	4
14. Sobre o acompanhamento clínico da criança exposta, marque verdadeiro ou falso.	11
15. Sobre o seguimento laboratorial da criança exposta, marque verdadeiro ou falso.	8
Total de Subitens	108

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

3.7.4.4 Conhecimento por temática

As variáveis foram organizadas em 14 temas com porcentagens de acerto de cada tema. O objetivo desta forma de análise foi propor uma mensuração de análise do conhecimento para a atuação na prática. A integração dos dados, assim como a sua associação, pode constituir uma boa forma de se aproximar do raciocínio clínico dos participantes do estudo. No Quadro 13, veem-se os critérios utilizados para avaliar o desempenho com base em cada tema.

Quadro 13 – Critérios utilizados para avaliação de cada tema

Tema	Questões e perguntas consideradas para avaliação
Aspectos gerais da sífilis	questão 2, questão 3 (todos os itens), questão 4 (todos os itens), questão 6 (pergunta 4), questão 7 (todos os itens), questão 8 (todos os itens), e questão 10
Sífilis adquirida	questão 1 (todos os itens), questão 5 (todos os itens), questão 6 (pergunta 1), questão 9 (todos os itens), questão 11 (perguntas 1 e 3)
Sífilis em gestante	questão 6 (pergunta 2), questão 11 (pergunta 2), questão 12 (todos os itens), questão 13 (todos os itens)
Sífilis congênita	questão 6 (pergunta 3), questão 14 (todos os itens), questão 15 (todos os itens)
Aspectos clínicos	questão 1 (perguntas 1, 2 e 7) e questão 5 (todos os itens)
Transmissão	questão 1 (perguntas 3, 4 e 5) e questão 3 (todos os itens)
Notificação	questão 1 (pergunta 6) e questão 6 (todos os itens)
Rastreamento	questão 4 (todos os itens)
Diagnóstico	questão 7 (todos os itens) e questão 8 (perguntas 1, 3 e 7)
Tratamento geral e da gestante	questão 9 (todos os itens) e questão 10
Tratamento apenas da gestante	questão 12 (até pergunta 6) e questão 13 (todos os itens)
Seguimento pós-terapêutico geral	questão 8 (perguntas 2, 4, 5, 6, 8, 9 e 10) e questão 11 (perguntas 1 e 3)
Seguimento pós-terapêutico gestante	questão 11 (pergunta 2) e questão 12 (perguntas 7 e 8)
Seguimento pós-terapêutico sífilis congênita	questão 14 (todos os itens) e questão 15 (todos os itens)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

3.7.4.5 A realização do curso: impressões sobre a participação

Neste item, a pesquisadora avaliou de um modo geral as impressões de cada módulo e o encontro virtual. Este item é discutido no capítulo Resultados.

3.7.5 Os dados do pós-intervenção

3.7.5.1 Sugestões para o curso

Foi perguntado aos participantes as opiniões e percepções a respeito do curso on-line.

O desempenho comparativo entre o questionário pré e pós-intervenção

O desempenho comparativo se deu por meio da análise comparativa da seção “Conhecimento dos questionários pré-intervenção e pós-intervenção”, obedecendo à análise por pergunta e por tema, conforme já mencionado nos itens C e D do item pré-intervenção.

3.7.5.2 Análise estatística

Com o intuito de verificar a normalidade dos dados, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk. A variável desfecho foi o total de acertos no questionário e as demais foram de associação. O teste de hipótese T independente foi aplicado para avaliar o conhecimento dos 111 participantes da etapa de pré-intervenção. Para avaliação da intervenção, que foi feita por 28 participantes do curso on-line, foram realizados o teste T pareado, análise de variância (ANOVA) e teste de correlação de Pearson. Em casos de não normalidade dos dados, executou-se uma abordagem não paramétrica, com a realização dos testes de hipóteses de Wilcoxon e Kruskal-Wallis e o teste de correlação de Spearman.

3.8 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo obedece à Resolução nº466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados foram coletados e tratados de forma anônima e confidencial, e apenas destinados à produção deste estudo, sendo assegurado aos participantes o sigilo de identidade.

Os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos e serão destruídos após este período. O estudo foi submetido à anuência dos Programas de Residência de Enfermagem e Medicina (ANEXO A) e, após aceite, foi enviado por meio

da Plataforma Brasil para o Comitê de Ética da UNIRIO (Instituição Proponente) e da SMS-RJ.

A pesquisa foi enviada para apreciação dos comitês em dois momentos. No primeiro momento, foi solicitada a autorização de realização de pesquisa de intervenção presencial, sendo aprovada nos dois comitês em novembro de 2019 sob Pareceres nº 3.785.975 e nº 3.799.859, respectivamente (ANEXO B).

Em um segundo momento, tendo em vista a pandemia do novo coronavírus, foi solicitada uma emenda, para a adição da pesquisa virtual no escopo do estudo, incluindo a solicitação de autorização de consentimento virtual, sendo aprovada pelos dois comitês em julho de 2020 – Parecer nº 4.167.390 e nº 4.167.294. Todas as etapas respeitaram a Resolução nº 466, nº 510 e nº 580, do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013, 2016, 2018), da Coordenação dos Programas de Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem e Comunidade da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, aprovadas pelas chefias correspondentes (ANEXO A).

Atendendo às prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013, 2018).

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo deste estudo e foi assegurado o resguardo de quaisquer constrangimentos e possíveis riscos relacionados a esta pesquisa. Há possibilidade de risco mínimo relacionado ao constrangimento em efetuar respostas incorretas durante a realização dos questionários autorrespondidos, que foi minimizado através dos esclarecimentos sobre possíveis dúvidas quanto à temática e assessoria técnica. Cabe ressaltar também que o participante teve todo o direito de não prosseguir com a pesquisa em qualquer etapa do estudo.

Os TCLE encontram-se no Apêndice D para os especialistas que validaram o instrumento e no Apêndice E para os participantes do estudo. Os TCLE foram enviados no formato *Google Forms*[®] por e-mail ou por mensagem em número de celular, na plataforma de comunicação *Whatsapp*[®].

Para o aceite, o participante preencheu o seu e-mail (considerado como sua assinatura) e assinalou “Li e aceito participar da pesquisa”; em seguida, foi direcionado ao Questionário

Pré-intervenção. O participante (residentes ou avaliadores) receberam imediatamente a cópia do TCLE junto com suas respostas deste questionário. O sigilo foi respeitado em todas as etapas. Em caso de não aceitação em participar do estudo, o participante assinalaria “Li e NÃO aceito participar da pesquisa”, sendo descartado de todas as etapas do estudo.

4. CURSO ON-LINE “MANEJO DA SÍFILIS NO CICLO DA VIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA” COMO OPORTUNIDADE DE REINVENÇÃO EM MEIO À PANDEMIA

4.1 A motivação para a construção do curso on-line

Diante de novo cenário global advindo da pandemia do novo coronavírus, em que o mundo está vivenciando a recomendação de isolamento social, foi necessário pensar uma nova forma de coleta de dados sem perder a qualidade da forma presencial, uma vez que a proposta é um estudo de intervenção.

Com o chamado “novo mundo”, a tecnologia passou a ser utilizada a favor da sociedade e esta deve ser aliada na formação dos profissionais de saúde, incluindo cursos de Educação à Distância (EAD) para capacitação. Sem dúvida, as ferramentas tecnológicas têm sido as maiores aliadas destes profissionais.

As propostas de cursos de EAD na área da saúde deverão ser atreladas à realidade dos participantes, objetivas, instigantes, motivadoras e que prendam a atenção dos profissionais de saúde, para que consigam realizar as capacitações/reciclagens em prol de uma assistência/cuidado de qualidade com vistas à resolutividade.

A proposta de capacitação para o manejo da sífilis on-line foi construída a partir das lacunas do conhecimento já apresentadas no capítulo 1, e tem como objetivo plantar uma semente nos profissionais de saúde, para que eles possam ser multiplicadores do conhecimento e mais resolutivos, comprometidos, dinâmicos, precisos no diagnóstico da sífilis, garantia de tratamento e seguimento, lançando mão do tempo para que o desfecho seja a cura.

O curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida na Atenção Primária” traz esta proposta de ferramenta inovadora e foi criado com base na experiência profissional da pesquisadora, que aplicou, na sua trajetória profissional, várias oficinas sobre manejo da sífilis para profissionais, e reconheceu a importância de se criar um arcabouço teórico pautado nos documentos ministeriais, unindo a discussão dinâmica dos casos clínicos advindos da prática de enfermeiros e médicos, da rede da atenção básica que estão na linha de frente para o combate da sífilis e da sífilis congênita.

4.2 A utilização dos dados da oficina presencial para a construção do curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida na Atenção Primária”

Os dados da oficina presencial, realizada antes da pandemia, foram úteis para a confecção do curso on-line. Para avaliação da intervenção presencial, foram utilizados dados comparativos dos questionários pré e pós-intervenção de 10 participantes, que compuseram o total da amostra após a exclusão das demais pelos seguintes motivos: não preenchimento do pré-teste, não preenchimento completo do pré-teste, não preenchimento do pós-teste ou sua incompletude em pelo menos 20% dele.

4.3 A dinâmica da oficina presencial

A oficina contou, no primeiro momento, com o preenchimento do questionário pré-intervenção sobre vivência e conhecimentos teóricos sobre sífilis. Foram disponibilizados 30 minutos para a completude do preenchimento. Os residentes participantes levaram no máximo 20 minutos para o preenchimento completo.

Na segunda etapa, foram apresentados os dados epidemiológicos da sífilis ao longo dos anos, bem como o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto da sua expansão. Foi explicada a dinâmica da oficina, composta pela discussão de casos clínicos hipotéticos no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS).

Os participantes foram organizados em cinco grupos para discutir cada qual um caso. Foram disponibilizados dois casos relacionados à sífilis adquirida, um caso relacionado à somente sífilis na gestação e dois casos relacionados à sífilis congênita, contendo informações relevantes também de sífilis na gestação. O objetivo desta proposta foi estimular o residente ao raciocínio clínico integral, considerando questões técnicas, aplicação de protocolos vigentes, além das vulnerabilidades individuais, familiares, coletivas e do território.

Na terceira etapa, foi separada uma hora para esta discussão. O produto foi apresentado para todos os participantes na quarta etapa da oficina e foram realizadas considerações sobre cada caso. Foi um momento de troca de experiência bastante produtiva.

Ao final da oficina, os participantes receberam o questionário pós-intervenção, para medir o conhecimento e compará-los ao questionário pré-intervenção, entendendo como uma forma de checar se a intervenção educativa foi útil para os residentes participantes.

4.4 A realização da oficina presencial: conhecimentos pré e pós-intervenção educativa

Perfil dos participantes

Os 10 participantes da oficina eram enfermeiros, na faixa etária entre 20 e 35 anos, a maioria do sexo feminino (8), com conclusão de graduação entre 2015 a 2020 e com formação em universidades públicas (6) e privadas (4), e Especialização em Saúde da Família (4).

A maioria (6) já havia realizado treinamento para sífilis antes da proposta da oficina e considerou útil para prática clínica. Todos (10) afirmaram ter sido capacitados para realização dos testes rápidos, fizeram o treinamento pelo Telelab, consideram a residência o momento oportuno para aprender sobre o seu manejo, preparando-os para assistir os usuários dos serviços de saúde na APS, consideram a sífilis como problema de saúde pública, já atenderam casos de sífilis e necessitam realizar consultas aos protocolos ministeriais e do município para atendimento clínico com mais segurança. Para estudar a temática, utilizam livros de enfermagem e artigos publicados em revistas de enfermagem referentes ao tema.

Os participantes foram perguntados sobre sugestões, facilidades, dificuldades e dúvidas. Como sugestões, sugeriram mais visitas domiciliares para a realização de testagens rápidas, oferecimento de testes rápidos em todos os atendimentos e, acima de tudo aos usuários de maior vulnerabilidade social, melhor controle para evitar reinfecções e maior divulgação da sífilis nos meios televisivos e nas redes sociais, incluindo educação em saúde.

Como dificuldades, foram citadas a não adesão ao uso de preservativo e não aceitação ou incompletude do tratamento, dificuldade na busca das parcerias sexuais, a classificação clínica da sífilis, o manejo adequado e a burocracia que por vezes dificulta o cuidado. Como facilidades, foram elencadas a importância da ESF para maior proximidade dos usuários, existência de protocolos municipal já definidos para o diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis, facilidade no acesso amplo e descentralizado ao diagnóstico, tratamento e disponibilidade da antibioticoterapia e a segurança que todo o manejo da sífilis pode ser realizado pelo enfermeiro, incluindo a prescrição do tratamento. As dúvidas foram a respeito de casos clínicos apresentados e ao seguimento pós-terapêutico, sobretudo nos casos de gestantes.

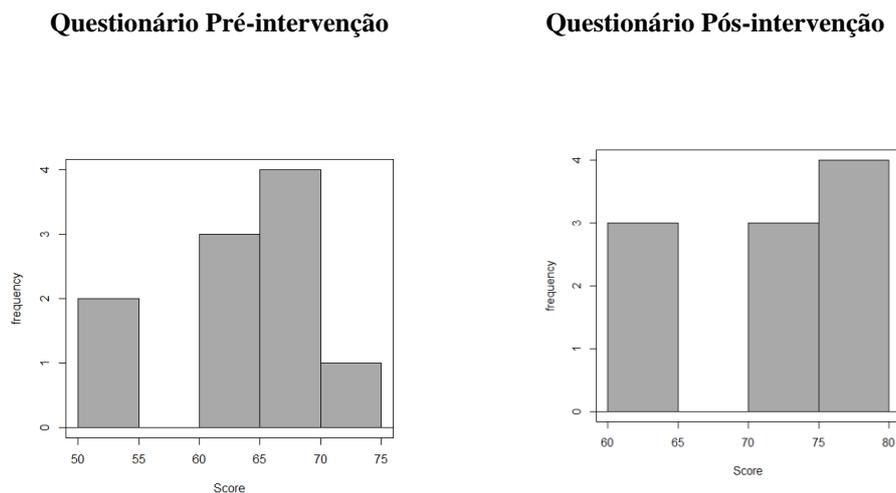
4.5 Desempenho antes e depois da oficina

O desempenho dos participantes foi com base em perguntas fechadas, divididas em 14 questões, com 91 acertos totais. Esperou-se como resultado da oficina um melhor desempenho comparativo pós-intervenção, representando um incremento do conhecimento. Para facilitar o entendimento e a comparação, foram agrupadas em temas e as etapas do seguimento.

Em relação ao desempenho geral no questionário pré-intervenção, dois participantes apresentaram entre 50 e 55 acertos no questionário. A maior prevalência de acertos foi na faixa entre 65 e 70 acertos e a maior pontuação foi 72. A média de acertos foi de 64 das 91 questões ($dp=6.08$), o que corresponde a uma porcentagem de 71% do questionário.

O desempenho pós-intervenção demonstrou que houve aumento no conhecimento quanto ao manejo da sífilis. A prevalência foi maior no intervalo de 75 a 80 pontos, com nenhuma pontuação abaixo de 60 acertos, sendo a maior pontuação de 80. A média foi de 72 acertos num total de 91 perguntas, o que corresponde a 79% de acertos no questionário (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Análise comparativa de desempenho geral nos questionários pré e pós-intervenção dos participantes da oficina presencial do manejo da sífilis no ciclo da vida



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

No tocante à avaliação do curso presencial, foi realizada agrupando as informações por temas: aspectos clínicos, transmissão, notificação, rastreamento, diagnóstico, tratamento, seguimento pós-terapêutico da sífilis adquirida, na gestante e congênita e estágios do

seguimento. Optou-se por apresentar as informações nas Tabelas 1 e 2, por entender a importância de um olhar voltado para o raciocínio clínico no dia a dia da prática.

A Tabela 4 apresenta o desempenho dos questionários pré e pós-intervenção, de acordo com os temas categorizados. Em todos os quesitos, foi conferido aumento na pontuação, demonstrando efeitos positivos neste tipo de intervenção. No questionário pré-intervenção, a partir das medianas de acertos, o tema sífilis em gestante (57%) obteve maior lacuna de conhecimento, seguido dos aspectos gerais (71%), sífilis adquirida (75%) e, por último, sífilis congênita (80%). No questionário pós-intervenção, o tema sífilis em gestante indicou a aquisição de maior conhecimento (16%), seguida da sífilis adquirida (10%), aspectos gerais (8%) e sífilis congênita (6%).

Tabela 4 – Desempenho comparativo pré e pós-intervenção de oficina presencial por tipo de agravo

Temas	Pré-intervenção	Pós-intervenção
	Mediana da % de acertos	Mediana da % de acertos
Aspectos Gerais	71 (67, 78)	79 (73, 83)
Sífilis Adquirida	75 (60, 78)	85 (73, 91)
Sífilis em Gestante	57 (53, 69)	73 (63, 76)
Sífilis Congênita	80 (63, 80)	86 (70, 93)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

O tema “aspectos gerais” concerne a todas as perguntas relacionadas à temática sífilis e que são comuns a todos os tipos de agravo e manejo clínico. Os temas “sífilis adquirida”, “sífilis em gestante” e “sífilis congênita” se referem a todos os momentos do manejo da sífilis específicos a cada tipo de agravo. Todos os temas foram abordados a partir da discussão dos casos clínicos.

Na Tabela 5, pode-se observar o desempenho por estágio de seguimento. No questionário pré-intervenção, a etapa de seguimento com a maior conhecimento foi o tratamento geral e em gestante (12%), seguido de tratamento apenas em gestante (50%), aspectos clínicos (66%) e diagnóstico (66%), seguimento pós-terapêutico em gestante (75%), seguimento pós-terapêutico em crianças expostas (78%). As etapas “Seguimento pós-terapêutico na população geral” (83%), “Rastreamento (86%)” apresentaram menor conhecimento. O item notificação não apresentou erros.

Tabela 5 – Desempenho comparativo pré e pós-intervenção de oficina presencial por estágio de manejo

Temas	Pré-intervenção	Pós-intervenção
	Mediana da % de acertos	Mediana da % de acertos
Aspectos clínicos	66 (47, 100)	77 (66, 100)
Transmissão	86 (75, 100)	90 (90, 100)
Notificação	100 (85, 100)	100 (100, 100)
Rastreio	87 (81, 92)	84 (76, 92)
Diagnóstico	66 (50, 86)	88 (88, 97)
Tratamento geral e gestante	12 (3, 34)	25 (25, 34)
Tratamento apenas em gestante	50 (42, 67)	70 (62, 80)
Seguimento pós-terapêutico em população geral	83 (83, 100)	83 (83, 100)
Seguimento pós-terapêutico em gestante	75 (50, 100)	75 (50, 100)
Seguimento pós-terapêutico em Crianças expostas	78 (60, 78)	85 (67, 92)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Com base no questionário pós-intervenção, houve progresso no desempenho dos temas relacionados a tratamento geral e em gestante, tratamento apenas em gestante, seguimento pós-terapêutico em crianças expostas, em que foram identificadas melhoria de desempenho. Já os temas seguimento da população geral e em gestante e a notificação se mantiveram com o mesma pontuação e tema rastreamento apresentou queda de desempenho de 3%.

4.6 Percepção dos participantes sobre a realização da oficina

Foi perguntado no questionário pós-intervenção a percepção dos participantes sobre a realização da oficina e o formato de discussão dos casos clínicos. Todos os participantes consideraram a oficina e este formato importante para a aquisição de conhecimentos voltados para a prática clínica; além disso, enfatizaram que a metodologia utilizada para a discussão de casos foi bastante didática, prendendo a atenção e estimulando o raciocínio clínico aliado à realidade. O Quadro 14 apresenta os comentários sobre a oficina presencial.

Quadro 14 – Comentários sobre a oficina presencial

Comentários dos participantes da oficina presencial
Participante 17 – idade: 26 anos (Presencial): <i>“Considero a discussão de casos uma metodologia rica para aprendizagem, tornando possível avaliar a teoria de forma mais palpável e lúdica.”</i>
Participante 23 – idade: 21 anos (Presencial): <i>“O curso correu de forma lúdica e muito interessante. Os materiais de apoio foram de grande importância, não somente para o acompanhamento e estudo, como também pro meu futuro profissional. Os casos clínicos foram bem idealizados e me ajudaram a pensar praticamente no manejo da sífilis.”</i>
Participante 03 – idade: 39 anos (Presencial): <i>“Discussões de caso são didaticamente eficientes para elucidar casos da prática, retirando as dúvidas e fixando o conteúdo abordado, de uma forma leve.”</i>
Participante 04 – idade: 24 anos (Presencial): <i>“Casos muito importantes para refinar o manejo.”</i>
Participante 11 – idade: 30 anos (Presencial): <i>“Só elogios. Discutir casos ‘reais’ foi ótimo.”</i>
Participante 10 – idade: 27 anos (Presencial): <i>“Aproximação com a prática facilita o entendimento da teoria.”</i>
Participante 08 – idade: 30 anos (Presencial): <i>“Oficina bem estruturada, com casos que levam ao raciocínio clínico.”</i>
Participante 07 – idade: 26 anos (Presencial): <i>“Achei a metodologia interessante. Os casos foram muito bem elaborados, pensados de acordo a realidade da assistência.”</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

4.7 Resultados da oficina presencial como direcionamento para o desenvolvimento do curso on-line

Os resultados da pré-intervenção foram importantes para conhecer as lacunas do conhecimento no manejo da sífilis no ciclo da vida, que apontou que é preciso ajustes relacionados ao conhecimento em sífilis e o formato da discussão dos casos clínicos. Reforçaram ser uma boa ferramenta para a obtenção de conhecimento, e com a conjuntura atual em que estamos vivendo, foi mais um motivo para a repaginação da oficina presencial para o curso on-line.

Todo o curso no formato on-line foi montado pensando em agregar aspectos teóricos atuais pautados nos protocolos do Ministério da Saúde, do município do Rio de Janeiro e na Rede de Atenção à Saúde. Foram mantidos e incrementados às discussões dos casos clínicos a fim de oferecer mais informações.

Foram gravados seis vídeos com o propósito de chamar a atenção sobre a sífilis, com chamadas descontraídas e reflexivas, e criados oito e-books com as temáticas: sífilis adquirida, sífilis na gestação e congênita (cinco destes foram destinados a explicar as

condutas para cada caso e três e-books foram destinados a criar sugestões de *checklists* para atendimentos) e criados fóruns para discussão.

Para não perder a clareza das informações e com o objetivo maior de esclarecer dúvidas e trocar experiências/vivências, foi incluído um momento de interação virtual com um encontro virtual com os participantes.

4.8 A construção do curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida na Atenção Primária”

4.8.1 A operacionalização

Figura 9 – Exemplo de vídeo confeccionado e utilizado no curso pela pesquisadora



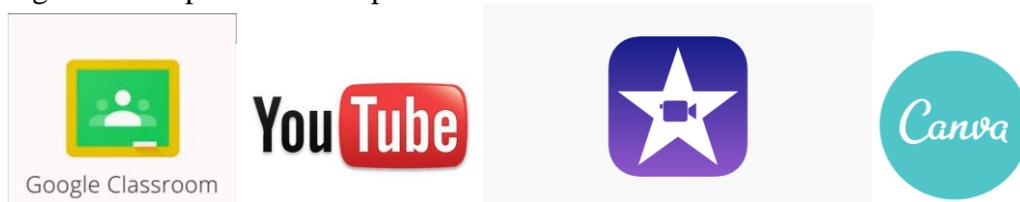
Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Para a operacionalização do curso, foi preciso um computador, uma câmera semiprofissional para a gravação dos vídeos, um celular para edição dos vídeos e um ambiente tranquilo e iluminado.

4.8.2 As ferramentas utilizadas

As ferramentas utilizadas para a confecção do curso on-line foram *sites* e aplicativos gratuitos. Os aplicativos utilizados foram o *Google Classroom*®, *YouTube*®, *Imovie*® e *Canva*®.

Figura 10 – Aplicativos de apoio ao curso



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

4.8.3 A plataforma de ensino

A plataforma do curso foi o *Google Classroom*®, local de organização de todas as atividades assíncronas, ou seja, não realizadas em tempo real, possibilitando a interação do professor e aluno em tempos diferentes, permitindo a organização do tempo para a realização de tarefas. Foram sistematizados todos os módulos do curso, postagens de materiais e vídeo, tais quais fóruns, vídeos explicativos e exercícios de discussão dos casos clínicos.

Figura 11 – A plataforma utilizada no curso:
Google Sala de Aula



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

4.8.4 A produção, edição e publicação dos vídeos

Todos os conteúdos dos vídeos foram gravados, editados e publicados de forma amadora pela própria pesquisadora, dentro da própria residência, mais precisamente na sala de jantar e com um cenário iluminado. Foi filmado por câmera semiprofissional e utilizaram-se também ferramentas gratuitas, para edição no aplicativo Imovie® e para a publicação na plataforma YouTube®.

O roteiro dos vídeos foi elaborado buscando uma linha de raciocínio: primeiramente, propor uma interação com os participantes, estimulando-os a escrever nos fóruns e também refletir sobre o tema proposto; em seguida, a exposição do conteúdo, feita de maneira didática seguindo a ordem das etapas. Buscou-se não ultrapassar 30 minutos de conteúdo para cada vídeo para manter a atenção dos participantes.

Os principais temas foram pautados nos protocolos do município do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde. A linguagem foi técnica, porém fácil e acessível para todos, para manter a atenção e não perder a qualidade das informações pretendidas para o curso. Foram construídos seis vídeos e a duração total foi de 92 minutos e 40 segundos (1 hora, 32 minutos e 40 segundos). Os títulos estão descritos no Quadro 15.

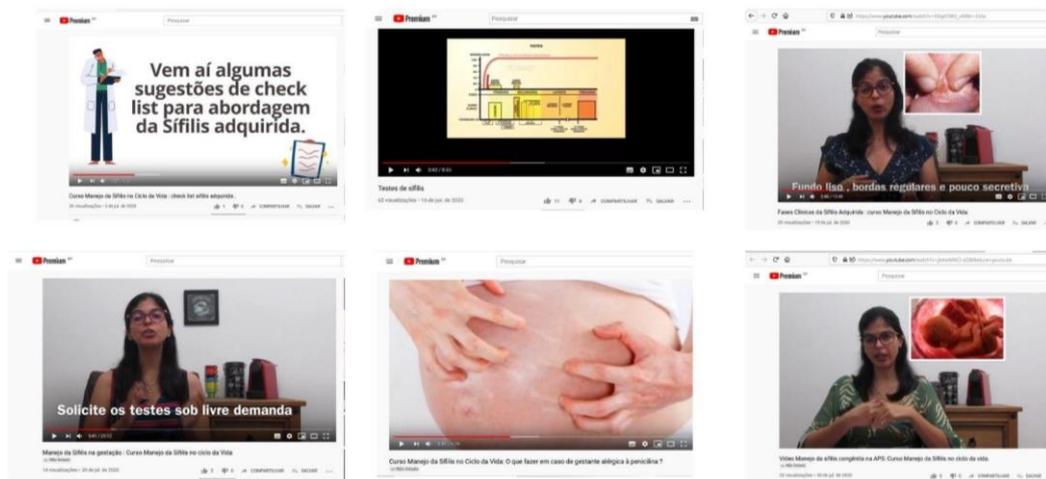
Quadro 15 – Links dos vídeos do curso

Título	Duração (min)	Link do vídeo
Testes de sífilis	8 min e 55 seg	https://www.youtube.com/watch?v=0aOk5NRI9Gw&feature=emb_logo
Fases clínicas da sífilis adquirida	15 min e 40 seg	https://www.youtube.com/watch?v=KSJglOW2_vM&feature=emb_logo
Checklist da sífilis adquirida	6 min e 08 seg	https://www.youtube.com/watch?v=aw1ZrMcOpGo&feature=emb_logo
Manejo da sífilis na gestação	25 min e 12 seg	https://www.youtube.com/watch?v=1dyeWrPKsKo&feature=emb_logo
O que fazer com a gestante alérgica à penicilina	6 min e 25 seg	https://www.youtube.com/watch?v=WND-cGeLlDI&feature=emb_logo
Manejo da sífilis congênita na APS	31 min e 40 seg	https://www.youtube.com/watch?v=jbAatM6O-zQ&feature=emb_logo

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Os vídeos foram disponibilizados apenas para os participantes do curso, e por essa razão foram postados na plataforma do curso on-line.

Figura 12 – Os seis vídeos construídos para o curso



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2020.

4.8.5 A produção dos e-books (livros em formato digital)

Todas as artes para a produção dos e-books foram confeccionadas gratuitamente no aplicativo Canva®. Optou-se por usar ilustrações para tornar o conteúdo atraente e, também, servir de fonte de consulta permanente. Os oito e-books foram criados para trazer aos participantes os conteúdos de respostas dos exercícios dos cinco estudos de casos e os três *checklists* para atendimento, distribuídos entre os módulos. O acesso para os e-books de discussão dos casos clínicos foi autorizado após a realização do estudo de caso correspondente. Os e-books para *checklist* de atendimento estiveram disponíveis na plataforma para consulta no módulo correspondente.

4.8.6 E-books para subsidiar as discussões dos casos clínicos

Conforme já mencionado, foram confeccionados cinco e-books, a fim de fornecer as respostas a cada estudo de caso disponibilizado como tarefas do curso. Nestes, cada um apresentou, além das condutas recomendadas pelos protocolos vigentes, sugestões de como

abordar as vulnerabilidades relacionadas ao indivíduo e família, sociais, econômicas e educacionais.

Figura 13 – As capas dos e-books utilizados para os estudos de caso



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Quadro 16 – Link dos e-books para estudo de caso

Título do e-book discussão dos estudos de casos	Nº de páginas	Link do e-book
E-book Estudo de Caso 01- Módulo 02	9	https://drive.google.com/file/d/1drV982UnqOzrM3Q-c0h6mRjhm4RAriTj/view
E-book Estudo de Caso 02- Módulo 02	9	https://drive.google.com/file/d/1jbtVBpJ2IL902KL486LPtoMDFgiUGhh4/view?usp=sharing
E-book Estudo de Caso 03- Módulo 03	12	https://drive.google.com/file/d/176WPZprmDK2HQFgOJxtzc2IAGB3KRTcC/view?usp=sharing
E-book Estudo de Caso 04- Módulo 04	11	https://drive.google.com/file/d/1kLFn-aCkz8KW20L32kdzhtd6GMJS8PN/view?usp=sharing
E-book Estudo de Caso 05- Módulo 05	9	https://drive.google.com/file/d/1fJP00xn5nID5JijOiqDiRReEHJ1VPCF/view?usp=sharing

Nota: O link direciona o leitor à página de solicitação de acesso. A notificação de acesso será enviada ao autor que fará a liberação do acesso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

4.8.7 E-books “Checklist de atendimento”

Figura 14 – Capas dos e-books “Checklist de atendimento”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Foram criados três e-books, propondo facilitar os atendimentos, cada um para um tipo de agravo, todos em formato de *checklist*, a fim de reforçar a ideia de que cada etapa deve ser cumprida e não esquecida nos atendimentos. Foi solicitado aos participantes que fornecessem ideias para a inclusão de ações nos atendimentos. Todas as sugestões foram levadas em consideração para a confecção final destes e-books.

Quadro 17 – Link para e-books de checklist para atendimento

Título do E-book <i>Checklist para atendimento</i>	Nº de Páginas	Link do e-book
<i>Checklist Sífilis Adquirida</i>	3	https://drive.google.com/file/d/1PFudTkgiEU4Jd0upwhXsE22STTsKpPI1/view?usp=sharing
<i>Checklist Sífilis na Gestação</i>	3	https://drive.google.com/file/d/1PHw3RvZfIHHyZE-BFJBnDNIA18HzHQk7/view?usp=sharing
<i>Checklist Sífilis Congênita</i>	3	https://drive.google.com/file/d/1hHMisPGZi3uQDoTfsB1ohlpur8chSyPc/view?usp=sharing

Nota: O *link* direciona o leitor à página de solicitação de acesso. A notificação de acesso será enviada ao autor que fará a liberação do acesso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

4.8.8 Divulgação do curso

A divulgação do curso ocorreu por meio do vídeo “Boas-vindas ao Curso Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária”, mensagem por aplicativo e via e-mail, após o aceite do estudo via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) virtual e preenchimento do questionário pré-intervenção.

Figura 15 – Dinâmica de convite para o curso



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Figura 16 – As etapas do curso



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

O curso foi estruturado em quatro etapas. A primeira etapa consiste no “Questionário Pré-Intervenção da Pesquisa de Intervenção Educativa em Sífilis”, que faz parte dos dados quantitativos da pesquisa de intervenção educativa. A segunda etapa é o acesso à plataforma do curso para a realização das atividades assíncronas. Após o término das atividades assíncronas, há a terceira etapa, o encontro virtual, para a discussão dos casos, esclarecimento de dúvidas e troca de experiências. E, por fim, a quarta etapa consiste no “Questionário Pós-Intervenção da Pesquisa de Intervenção Educativa em Sífilis”, útil para a comparação dos conhecimentos de antes da intervenção educativa.

4.8.9 O conteúdo do curso

O conteúdo do curso objetivou a aproximação dos participantes com a prática, e deste modo, optou-se pelo oferecimento dos materiais referentes aos protocolos vigentes, vídeos expositivos referentes às principais temáticas e exercícios de estudos de caso para a fixação e a formação do raciocínio clínico através da discussão de casos hipotéticos no contexto da APS.

Foram elencados casos clínicos que associam conteúdos de manejo da sífilis adquirida, sífilis na gestante e congênita, em conjunto com aspectos individuais e coletivos, evidenciando vulnerabilidades como acesso, adesão, falhas de condução e Redes de Atenção à Saúde. Ao final das atividades assíncronas, houve um momento síncrono: a realização de uma reunião virtual para discussão dos casos, esclarecimento de dúvidas e troca de experiências com pequenos grupos de residentes, para melhor e maior interação.

O curso foi dividido em quatro módulos: Aspectos gerais da Sífilis, Manejo da Sífilis Adquirida, Manejo da Sífilis na Gestação e Manejo da Sífilis Congênita.

Figura 17 – A plataforma de ensino do curso



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

4.8.10 As atividades assíncronas

As atividades assíncronas foram feitas na Plataforma *Google Classroom*® e foram divididas em quatro módulos, conforme já mencionado anteriormente. A seguir, serão descritos, de forma sucinta, cada módulo e suas atividades.

4.8.10.1 Módulo 1: Aspectos gerais da sífilis

Materiais disponibilizados

- Boletim da Sífilis de 2019 do Brasil (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019a);
- Boletim Epidemiológico Sífilis Adquirida, Materna e Congênita nº/2018 do Rio de Janeiro (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018b);
- Fichas de Notificação Compulsória da Sífilis Adquirida;
- Fichas de Notificação Compulsória da Sífilis Gestacional;
- Fichas de Notificação Compulsória da Sífilis Congênita;
- Nota Técnica SUBPAV/CDT/GSAIDS02/2018 – Dispõe sobre a Vigilância Epidemiológica de Sífilis atualizando Notas Técnicas anteriores (RIO DE JANEIRO, 2018a);
- Nota Informativa GSAIDS 05-2019 – Informações técnicas sobre o indicador “Proporção e tratamento completo em gestante (Fonte: NAF)” e prestação de contas da Penicilina G Benzatina-1.200.000UI (RIO DE JANEIRO, 2019a);
- Procedimento Operacional Padrão: Teste rápido para sífilis – 2018 (RIO DE JANEIRO, 2018b);
- Laudo para Testes Rápidos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Atividades

Interação dos participantes no fórum:

- Marcos históricos da sífilis: Observe na imagem alguns marcos históricos da sífilis ao longo dos anos. Escreva nos comentários a sua opinião e faça sugestões de inclusão de outros momentos, caso julgue pertinente.

Figura 18 – Alguns marcos históricos da sífilis



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

- Quais são os testes de sífilis que você utiliza no manejo da sífilis?
- O que vocês consideram quando classificam sífilis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)? Sintomas ou titulação?
- Quando devo e quando não devo pedir os testes?
- Qual é o seu papel no manejo da sífilis no ciclo da vida enquanto enfermeiro/médico na APS?
- Existe alguma diferença entre *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e teste rápido quanto à finalidade de uso?
- Qual é o seu papel no manejo da sífilis na Atenção Primária?

Assista ao vídeo Testes de Sífilis:

Tempo de vídeo: 8 minutos e 55 segundos.

Figura 19 – Atividade: Testes de Sífilis

A captura de tela mostra a interface de uma atividade no Google Classroom. No topo, há uma barra de navegação com o nome da turma 'Manejo da Sífilis na Atenção Primária' e abas para 'Mural', 'Atividades', 'Pessoas' e 'Notas'. O título da atividade é 'Aspectos gerais na investigação da sífilis'. Abaixo, há uma seção de materiais para consulta com três itens: 'Materiais para consulta', 'Alguns momentos relevantes para o ma...', e 'Assista ao vídeo Testes de Sífilis!'. O vídeo 'Testes de sífilis' é o foco principal, com 19 entregas e 111 trabalhos atribuídos. Abaixo do vídeo, há um gráfico de linha que mostra a curva de reatividade dos testes de sífilis ao longo do tempo, com eixos rotulados como 'TEMPO' e 'REATIVIDADE'. O gráfico indica que a reatividade aumenta rapidamente e se estabiliza em um nível alto após um certo período. Abaixo do gráfico, há uma seção de comentários da turma com 5 comentários e uma opção para ver a atividade.

Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Assuntos abordados:

- Testes disponíveis;
- Diferença entre testes treponêmicos e não treponêmicos;
- Quando solicitar e quando não solicitar.

O vídeo “Testes de Sífilis” foi destinado a discutir sobre os testes disponíveis para o rastreamento e diagnóstico da sífilis, enfatizando a importância da solicitação de testes sorológicos na rotina do atendimento dos profissionais. Além disso, foram esclarecidas as dúvidas relacionadas à diferença entre testes treponêmicos e não treponêmicos e a importância de dispor dessas ferramentas corretamente. Os participantes foram estimulados a

fazer comentários no fórum sobre dúvidas, experiências e sugestões para inclusão de itens neste vídeo.

4..8.10.2 Módulo 2: Manejo da sífilis adquirida

Materiais disponibilizados:

- Protocolos de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas Atenção Integral a Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a);
- Guia de Referência Rápida: Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2016 do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2016a);
- Linha de Cuidado de Sífilis na Atenção Primária - VERSÃO PRELIMINAR (RIO DE JANEIRO, 2019b).

Atividades:

Interação dos participantes no fórum:

“Tá faltando alguma coisa no meu atendimento?”. Escreva o que achou do *checklist* da sífilis adquirida.

Figura 20 – Ilustração da atividade do *checklist* da sífilis adquirida

The image shows a forum post interface for a course titled 'Manejo da Sífilis na Atenção Primária'. The post title is 'Tá faltando alguma coisa no meu atendimento?' and it has 100 points. Below the title, there are two attachments: an 'e-book check list da sífilis a...' PDF and a 'Curso Manejo da Sífilis no CL...' video. Below the forum post, there are two versions of a checklist for 'SÍFILIS SÍFILIS ADQUIRIDA'. The left version is a blue-themed graphic with a doctor and a clipboard, listing authors 'Enf. Lívia S. Câmara' and 'Prof. Dr. Leila Rangel da Silva'. The right version is a white-themed checklist with four items: 1. 'Amplie o rastreamento da população através da estratégia seriológica com Teste rápido (primeira diagnóstico) ou VDRL (reinfecção). Rastreie também outras IST'; 2. 'Realize SÍSERE anamnése (exposição sexual, uso de preservativo e histórico de Sífilis ou IST) e exame físico, especialmente mediana e glande e sintomas. NUNCA trate com base apenas no relato do usuário'; 3. 'Atenda todos os casos sintomáticos por demanda na mesma demanda na mesma escala de retorno'; 4. 'Trate com Penicilina conforme classificação clínica, sinais e sintomas) NUNCA por demanda. Na dúvida trate como Sífilis Latente. Trate e monitore a tomada dos doses e o intervalo correto entre elas:'.

Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Proposta: Estimular os residentes a conhecer e experimentar o *checklist*, que consiste em um material compacto do passo a passo do manejo da sífilis e opinar com críticas e sugestões de inclusão de outras ações.

Figura 21 – Fases clínicas da sífilis adquirida



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Figura 22 – O vídeo “Checklist da Sífilis Adquirida”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Duração do vídeo: 6 minutos e 8 segundos.

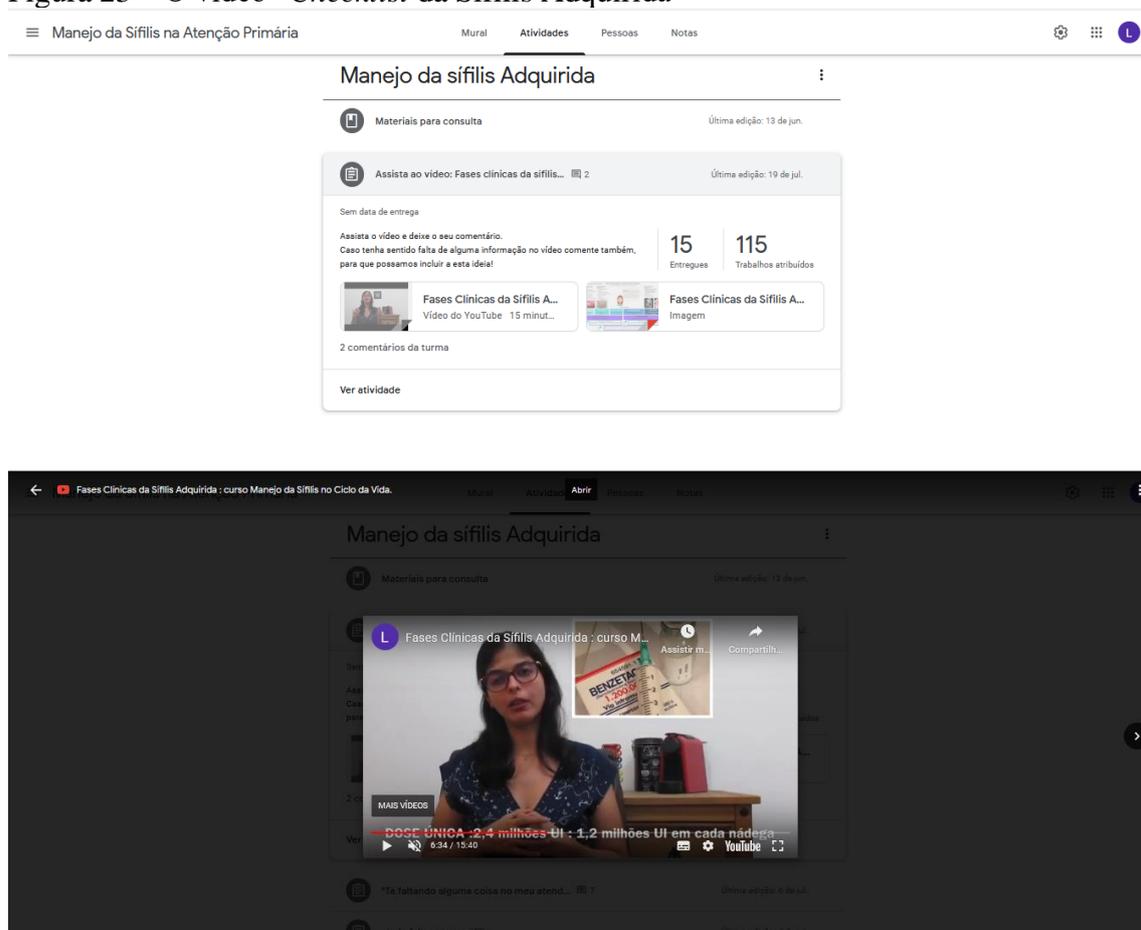
Assuntos abordados:

- A importância da Atenção Primária no Manejo da Sífilis;
- Etapas no atendimento com base nos atendimentos.

Proposta: O vídeo *Checklist* da Sífilis Adquirida foi destinado a expor todos os passos para o atendimento, estimulando o raciocínio clínico com a diminuição dos riscos de perdas de etapas.

Assista ao vídeo: Vídeo Fases Clínicas da Sífilis Adquirida.

Figura 23 – O vídeo “*Checklist* da Sífilis Adquirida”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Tempo de vídeo: 15 Minutos e 41 segundos.

Assuntos abordados:

- O Diagnóstico da Sífilis Adquirida;
- Classificação clínica;
- Manejo da Sífilis Adquirida;
- Tratamento de acordo com o estágio clínico;
- Seguimento pós-terapêutico.

Proposta: O vídeo “Fases Clínicas da Sífilis Adquirida” se propôs a discutir sobre os aspectos clínicos, a fisiopatologia da sífilis adquirida e suas classificações clínicas e o manejo da sífilis adquirida no contexto da Atenção Primária, buscando a reflexão dos participantes quanto à importância deste manejo e ao controle da disseminação da doença.

Faça o Estudo de Caso 01:

Usuário 01, sexo masculino, 22 anos, comparece à Unidade de Atenção Primária para atendimento em livre demanda. Durante o acolhimento do ACS, informou que necessitava falar com o enfermeiro, porém não disse o porquê, o que gerou certo estranhamento ao ACS. Ao conseguir contato com o enfermeiro, o usuário 1 se queixa de aparecimento de um machucado na “cabeça do pênis” há 7 dias, mas que não arde, não coça e não sai pus. Refere ter vindo apenas por insistência de sua parceira após a mesma alertá-lo, já que para ele não está incomodando. Sua parceira, por outro lado, preocupada com isso, lembrou que apareceu uma “afta endurecida” há 3 semanas na boca, tratada pelo dentista, mas que não sumiu.

Perguntas:

- A. Escreva as condutas para este caso:
- B. Você considera essa lesão compatível com sífilis?
- C. Se sim, essa apresentação corresponde a que fase clínica da sífilis?
- D. Se for indicado tratamento, como deve ser?
- E. Como deve ser o seguimento pós-terapêutico?

Objetivos do Estudo de Caso 01:

- Estimular o acolhimento e captação precoce dos usuários e suas parcerias sexuais com queixas de lesões compatíveis com uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST);
- Estimular a inserção de outras categorias profissionais como o dentista no contexto da identificação de lesões sugestivas de IST;
- Identificar lesão compatível com sífilis primária;
- Entender a sífilis no contexto da Abordagem Sindrômica das IST;
- Entender o tratamento conforme classificação clínica;
- Entender como funciona o seguimento pós-terapêutico.

E-book do Estudo de Caso 01: com sugestões de manejo do caso.

Liberado para o acesso após o participante fazer a atividade.

Figura 24 – O e-book do *checklist* do caso 01



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Faça o Estudo de Caso 02:

Usuária 2, mulher, 65 anos, comparece à UAP para consulta agendada de retorno para avaliar sua condição de hipertensão arterial. No momento da consulta, refere redução dos níveis pressóricos após uso dos medicamentos prescritos. Ao ser examinada, o médico da equipe percebe que a Usuária 2 apresenta manchas arredondadas vermelhas na pele pelo corpo todo que não coçam. Refere ter tido febre baixa, um leve mal-estar e cansaço. Foi à UPA, pois pensou em alergia aos medicamentos de hipertensão, sendo-lhe prescrito antialérgico e suspensão dos anti-hipertensivos, no entanto essa conduta não surtiu efeito.

Perguntas:

- A. Escreva as condutas para este caso;
- B. Você considera essa lesão compatível com sífilis?
- C. Se sim, essa apresentação corresponde a que fase clínica da sífilis?
- D. Se for indicado tratamento, como deve ser?
- E. Como deve ser o seguimento pós-terapêutico?

Objetivos do Estudo de Caso 02:

- Perceber os entraves na rede quanto ao manejo da sífilis em tempo oportuno;
- Identificar lesão compatível com sífilis secundária;
- Rastrear sífilis como hipótese diagnóstica de erupções cutâneas de origem desconhecida;
- Estimular o rastreamento da sífilis em idosos;

- Estimular o oferecimento dos testes em diversos contextos;
- Entender o tratamento conforme classificação clínica;
- Entender como funciona o seguimento pós-terapêutico.

E-book do Estudo de Caso 02:

- Com sugestões de manejo do caso;
- Liberado para o acesso após o participante responder a atividade.

Figura 25 – E-book Estudo de Caso 02



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2020.

4.8.10.3 Módulo 3: Manejo da sífilis na gestação

Materiais disponibilizados:

- Protocolos de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas de Transmissão Vertical da Sífilis, HIV e Hepatites B e C (BRASIL, 2019);
- Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (HERRMANN *et al.*, 2016);
- Novos Protocolos GSM Julho 2020 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) (RIO DE JANEIRO, 2020);

Atividades:

Interações dos participantes no fórum:

- Comente aqui como funciona a rotina pré-natal e o manejo da sífilis nesse período;
- Quando rastreamos as parcerias sexuais das gestantes?

- O que vocês fazem em caso de gestante alérgica à penicilina?
- “Tá faltando alguma coisa no meu atendimento?”. Leia o *checklist* e escreva nos comentários a sua opinião e acrescente também itens caso julgue pertinente.

Figura 26 – E-book “*Checklist da sífilis na gestação*”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Proposta: Estimular os residentes para utilizar o *checklist*, que consiste em um material compacto do passo a passo do manejo da sífilis e opinar com críticas e sugestões de inclusão de ações no manejo da sífilis.

Figura 27 – A atividade: Assista ao vídeo “Manejo da sífilis na gestação”

Manejo da Sífilis na Gestação

📄 Materiais para consulta (Protocolos do MS e... Última edição: 11 de jun.

📺 Assista ao vídeo manejo da sífilis na ges... 1 Última edição: 30 de jul.

Sem data de entrega

Assista ao vídeo Manejo da Sífilis na Gestação.
Como você lida com esse agravo na sua prática clínica?
Deixe nos comentários alguma experiência, dúvida ou sugestões de temas dentro da temática deste agravo.

19 Entregues 111 Trabalhos atribuídos

Manejo da Sífilis na gesta...
Vídeo do YouTube 25 minut...

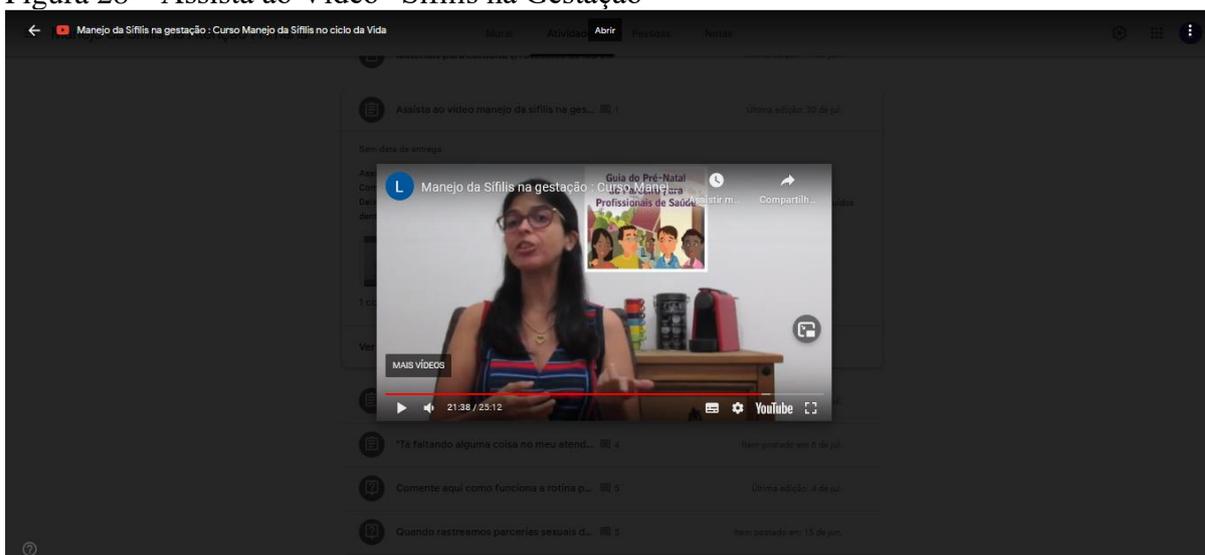
1 comentário da turma

Ver atividade

📄 *O que eu faço para tratar uma gestan... 16 Última edição: 6 de jul.

Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Figura 28 – Assista ao Vídeo “Sífilis na Gestação”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

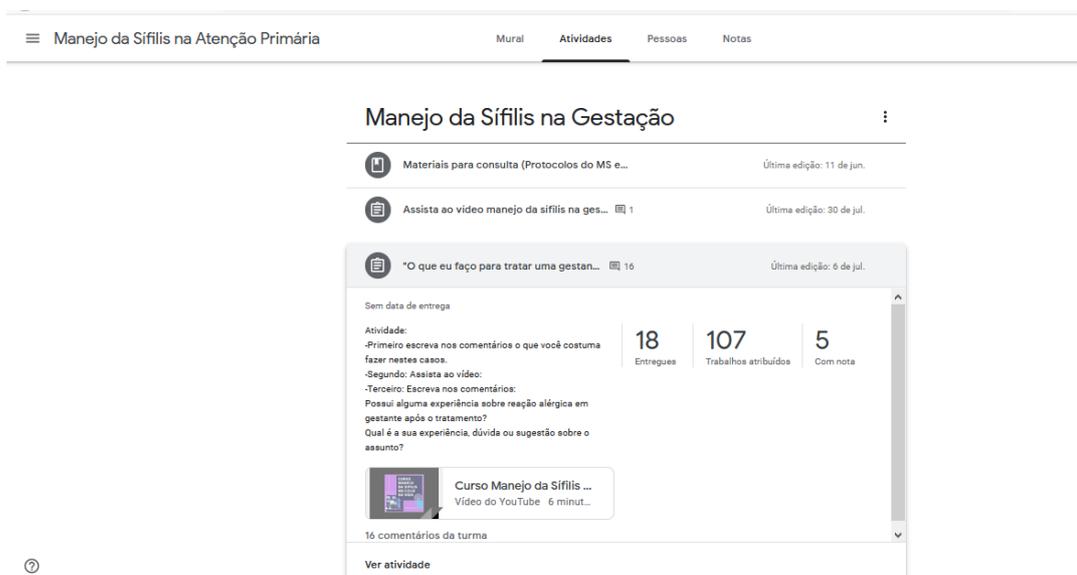
Assuntos abordados:

- Aspectos gerais do manejo da sífilis na gestação;
- O papel da APS no contexto da sífilis na gestação;
- A transmissão vertical;
- O rastreamento;
- O diagnóstico;
- O tratamento;
- O seguimento pós-terapêutico;
- O manejo das parcerias sexuais;
- O pré-natal das parcerias sexuais.

Proposta: O vídeo “Manejo da Sífilis na Gestação” tem como objetivo discutir os aspectos clínicos, a fisiopatologia da sífilis no período gestacional, a transmissão vertical e seu potencial de morbimortalidade para o conceito, pré-natal das parcerias sexuais e manejo da sífilis na gestação no contexto da APS, buscando a reflexão dos participantes quanto à importância deste manejo e da eliminação da sífilis congênita.

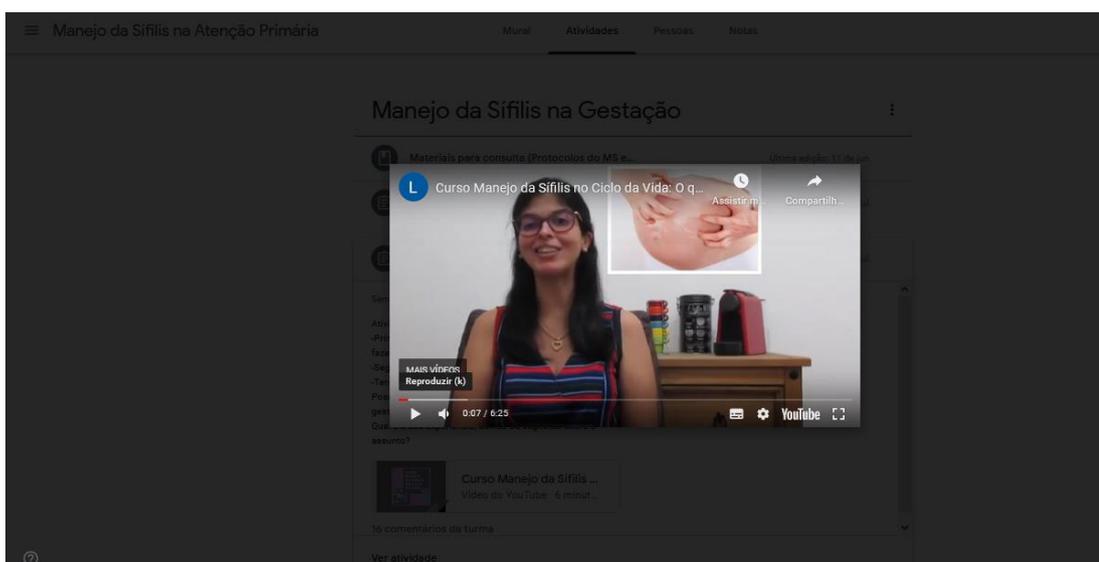
Assista ao vídeo: O que eu faço para tratar a gestante alérgica à penicilina?

Figura 29 – A Atividade “o que eu faço para tratar a gestante alérgica à penicilina”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Figura 30 – O vídeo “o que eu faço para tratar a gestante alérgica à penicilina?”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Assuntos abordados:

- Aspectos gerais do manejo da gestante alérgica à penicilina;
- Fluxos de referência e contrarreferências;
- Situações que não configuram alergia à penicilina.

Proposta: O vídeo “O que eu faço com a gestante alérgica à penicilina” foi destinado a discutir sobre as condutas necessárias à gestante alérgica à penicilina no contexto da APS e a

Rede de Atenção à Saúde no município do Rio de Janeiro, buscando a reflexão dos participantes quanto à importância deste manejo e da eliminação da sífilis congênita.

Faça o Estudo de Caso 03:

Usuária 3, 42 anos, gestante, comparece à Unidade de Atenção Primária para agendamento de pré-natal, pois iniciou pré-natal em outra unidade, mas se mudou de território. A equipe do seu território a acolheu e por organização da unidade procederam com a testagem rápida para sífilis, HIV e hepatites B e C, apenas o resultado de sífilis foi positivo. Durante anamnese detalhada: nega queixas, G: IV P: I (parto normal há 20 anos) A: II (espontâneos há 3 e 1 ano), nega problemas de saúde, uso de medicamentos regulares ou alergias medicamentosas, refere nunca ter ouvido falar em sífilis, nunca realizou exame e muito menos ter sido submetida a qualquer tratamento para sífilis, o cálculo da IG da usuária 3 pela DUM é de 35 semanas de gestação. No cartão de pré-natal não há registros de testes rápidos, a última consulta de pré-natal há duas semanas foi sem alterações no registro. Ao exame físico: lúcida, orientada, com bom estado geral, corada, hidratada, IMC adequado para a idade gestacional, inspeção céfalo-caudal sem alterações, exame ginecológico normal e obstétrico com FU de 29 cm. Por não conseguir contato com a equipe anterior, por curiosidade, o enfermeiro entrou no SINANRIO para pesquisar possíveis notificações prévias. Para a sua surpresa, encontrou 3 notificações passadas (2 nas internações obstétricas anteriores e 1 na gestação atual com 7 semanas de gestação).

Objetivos do Estudo de Caso 03:

- Identificar lacunas de registro e entender a sua importância;
- Entender os fluxos de atendimento da gestante com sífilis;
- Identificar desfechos adversos da sífilis na gestação para o conceito;
- Identificar vulnerabilidades como falhas de adesão, entendimento sobre seu autocuidado e sua situação de saúde;
- Identificar e refletir sobre falhas na condução pré-natal.

E-book Estudo de Caso 3:

- Com sugestões de manejo da sífilis na gestação;
- Liberado para o acesso após o participante fazer a atividade.

Figura 31 – O e-book Estudo de Caso 03



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

4.3.10.4 Módulo 4: Manejo da sífilis congênita

Materiais disponibilizados:

- Fluxograma do Seguimento da Criança Exposta e Criança com Sífilis congênita SMS-RJ (RIO DE JANEIRO, [2018]).

Atividades:

Interações dos participantes no fórum:

- “Tá faltando alguma coisa no meu atendimento?”. Leia o *checklist* e escreva nos comentários a sua opinião e acrescente também itens caso julgue pertinente.

Figura 32 – O e-book “*Checklist da sífilis congênita*”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Proposta: Estimular os residentes a experimentar o *checklist*, que consiste em um material compacto do passo a passo do manejo da sífilis e opinar com críticas e sugestões de ações no manejo da sífilis.

- “Por onde eu começo?”. Escreva nos comentários onde começa a prevenção da Sífilis Congênita;
- O que você acha da educação em serviço no contexto da Sífilis congênita? Leia o artigo “Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita” e escreva a sua opinião (de forma sucinta) sobre a intervenção educativa no contexto do Manejo da Sífilis Congênita.

Figura 33 – Atividade: Leia o Artigo “Intervenção educacional na Atenção Básica para intervenção da sífilis congênita”

Rev. Latino-Am. Enfermagem
2017;25:e2845
DOI: 10.1590/1518-8345.1612.2845
www.eerp.usp.br/rlae



Artigo Original

Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita¹

Flaviane Mello Lazarini²
Dulce Aparecida Barbosa³

Fonte:
tela realizada pela autora, 2021.

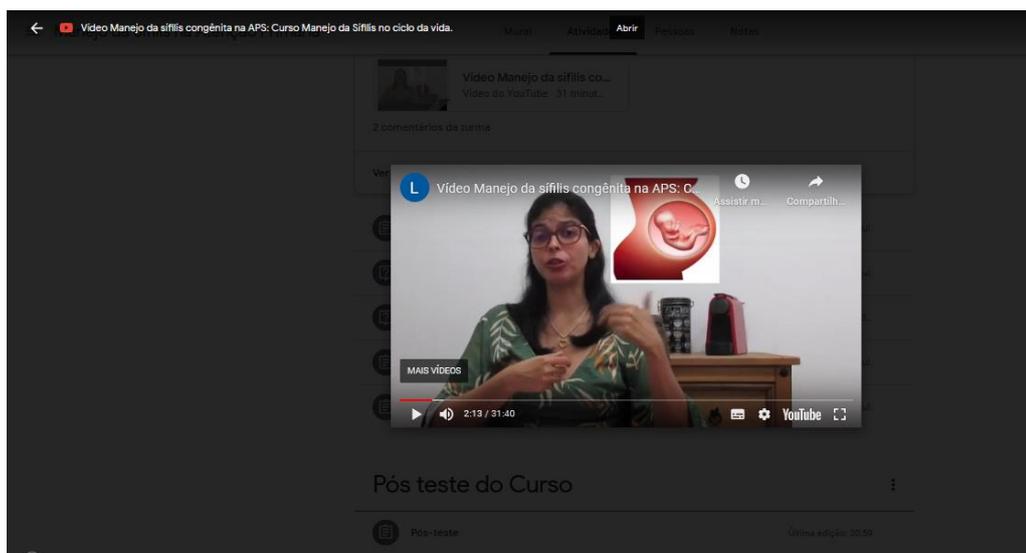
Captura de

Assista ao vídeo Manejo da Sífilis Congênita na APS:

Figura 34 – Atividade: Assista ao vídeo Manejo da Sífilis Congênita na APS

Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Figura 35 – O vídeo “Manejo da Sífilis Congênita na APS”



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Tempo de vídeo: 31 minutos e 40 segundos.

Assuntos abordados:

- Formas de transmissão vertical;
- Fisiopatologia da sífilis congênita;
- Classificações clínicas da sífilis congênita;
- Manejo na Maternidade;
- Papel da APS;
- Acompanhamento clínico;
- Acompanhamento laboratorial;
- Redes de Atenção à Saúde.

Proposta: Este vídeo objetivou propor uma reflexão do papel da Atenção Primária na coordenação do cuidado e sua resolutividade e importância no que tange à eliminação da sífilis congênita, bem como a Rede de Atenção à Saúde neste contexto.

Faça o Estudo de Caso 04:

Usuária 4, puérpera, 20 dias, pós-parto normal, comparece à Unidade com o seu bebê. Ela nega cadastro, pois refere ter se mudado recentemente (após internação hospitalar) para a casa da sogra. Em seu cartão pré-natal há registro de teste rápido positivo para sífilis, de alergia à penicilina após primeira dose administrada que foi suspensa e substituída por ceftriaxona IM com 15 semanas de gestação no pré-natal de outra UAP, e não há registro de solicitação de VDRL mensal. Para a sua revolta, apesar de ter sido garantido que ela não precisaria tratar o bebê, pois a sífilis tinha sido eliminada, ficou 10 dias na maternidade com o bebê para tratamento de sífilis congênita com penicilina cristalina intravenosa e submetido a todos os exames. O exame físico da puérpera e do recém-nascido foi sem alterações e no cartão de vacina da criança constam as seguintes anotações: VDRL da mãe 1/16, VDRL da criança: 1/64, liquor sem alterações, raio-X de ossos longos sem alterações e demais exames laboratoriais inalterados.

Perguntas:

- A. Escreva as condutas para este caso:
- B. O tratamento se mostrou adequado durante a gestação?
- C. Se a resposta for não, qual deveria ser o tratamento indicado?
- D. Se gestante é alérgica à penicilina, como proceder com o tratamento?
- E. A apresentação clínica da mulher corresponde a que fase clínica da sífilis?
- F. Em caso de criança com sífilis, qual é a classificação clínica?
- G. A criança é considerada com que diagnóstico?
- H. Como deve ser o acompanhamento ambulatorial da criança?
- I. Como deve ser o seguimento laboratorial?
- J. Quais são os encaminhamentos necessários?

Objetivos do Estudo de Caso 04:

- Entender a importância do pré-natal na eliminação da sífilis congênita;
- Entender o fluxo de atendimento na maternidade;
- Entender a Rede de Atenção à Saúde para gestantes alérgicas à penicilina;
- Entender como funciona o acompanhamento clínico e laboratorial nos primeiros dias de vida;
- Aprender a interpretar exames laboratoriais;
- Refletir sobre o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado;
- Incentivar a continuidade do cuidado à mulher e suas parcerias sexuais;
- Identificar vulnerabilidades e como abordar casos complexos no contexto da sífilis.

E-book do Estudo de Caso 04:

- Como sugestões de manejo do caso;
- Liberado para o acesso após o participante fazer a atividade.

Figura 36 – E-book Estudo de Caso 04



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Faça o Estudo de Caso 05:

Usuário 5, cinco meses de vida, está recebendo acompanhamento na UAP desde o nascimento, pois a mãe apresentou sífilis gestacional. O histórico materno foi: pré-natal: diagnóstico de sífilis com 20 semanas, com prescrição de 3 doses de penicilina benzatina nas seguintes datas (01/02, 10/02 e 18/02). VDRL=1/128, sem registro de nova solicitação. Na interação obstétrica: VDRL 1/32. Realizado novo esquema de tratamento. Histórico do usuário 5 na maternidade: exame físico sem alterações VDRL 1/128, VDRL NO LIQUOR +, bioquímica e hemograma e raio-x de ossos longos sem alterações. Durante acompanhamento na UAP, foram feitos os seguintes exames: VDRL: 1 mês de vida: 1/64, 3 meses: 1/32.

Perguntas:

- Escreva as condutas para este caso;
- O tratamento se mostrou adequado durante a gestação?
- Se a resposta for não, qual deveria ser o tratamento indicado?
- Se gestante é alérgica à penicilina, como proceder com o tratamento?
- A apresentação clínica da mulher corresponde a que fase clínica da sífilis?

F. Em caso de criança com sífilis, qual é a classificação clínica?

G. A criança é considerada com que diagnóstico?

H. Como deve ser o acompanhamento ambulatorial da criança?

I. Como deve ser o seguimento laboratorial?

Quais são os encaminhamentos necessários?

Objetivos do Estudo de Caso 05:

- Entender a importância do pré-natal na eliminação da sífilis congênita;
- Entender o fluxo de acompanhamento compartilhado com a referência;
- Entender como funciona o acompanhamento clínico e laboratorial da criança com sífilis congênita com neurosífilis;
- Aprender a interpretar exames laboratoriais;
- Entender como funciona a Rede de Atenção à Saúde da criança com sífilis congênita;
- Refletir sobre o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado;
- Incentivar a continuidade do cuidado à mulher e suas parcerias sexuais;
- Identificar vulnerabilidades e como abordar casos complexos no contexto da sífilis.

E-book do Estudo de Caso 05:

- Como sugestões de manejo do caso;
- Liberado para o acesso após o participante fazer a atividade.

Figura 37 – E-book Estudo de Caso 05



Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

4.8.11 A atividade síncrona

4.8.11.1 O encontro virtual

O encontro virtual tem a proposta de discutir a temática da sífilis, após a realização das atividades assíncronas da plataforma. A intenção é a discussão dos casos clínicos hipotéticos, distribuídos entre os módulos e também há um momento de esclarecimento de dúvidas, troca de experiência entre os participantes, propondo uma interação dinâmica e voltada às necessidades dos participantes. A duração desta atividade foi de três horas.

Figura 38 – O encontro virtual

The screenshot displays a virtual meeting interface. On the left, a flowchart titled "Figura 13 – Fluxograma para manejo de infecções que causam úlcera genital" is shown. The flowchart is divided into two parts: "PARTE 1" and "PARTE 2".

PARTE 1:

- Starts with "Queixa de úlcera genital" (Genital ulcer complaint).
- Followed by "Anamnese e exame clínico" (History and clinical examination).
- Decision point: "IST como causa provável?" (Is ST a likely cause?).
- If "Não" (No), the path leads to "Investigar outras causas" (Investigate other causes).
- If "Sim" (Yes), the path leads to "Laboratório disponível?" (Laboratory available?).
- If "Sim" (Yes) to the second question, it leads to "Fazer teste" (Perform test).
- If "Não" (No) to the second question, it leads to "Investigar outras causas" (Investigate other causes).

PARTE 2:

- Decision point: "Tratamento disponível?" (Treatment available?).
- If "Sim" (Yes), it leads to "Tratar" (Treat).
- If "Não" (No), it leads to "Investigar outras causas" (Investigate other causes).

Text boxes provide additional information:

- História clínica:** avaliar práticas sexuais e fatores de risco para IST. Lesões: ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.
- Fatores de risco para IST:** Idade abaixo de 30 anos; Novas ou múltiplas parcerias sexuais; Parcerias com IST; História prévia de presença de outra IST; Uso irregular de preservativo.

On the right side of the screenshot, a video feed shows a participant named "Livia De Souza Camara".

Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

Figura 39 – O encontro virtual: estudo de caso

The screenshot displays a virtual meeting interface. The main content is a slide titled "Estudo de caso 05:" (Case Study 05:). The slide is divided into several sections with icons and text:

- Preceitos:** Preciseza tratamento de sífilis com Penicilina conforme Clínica apresentada.
- Registre:** todos as informações necessárias para a gestante ler a maternidade; desde o diagnóstico ao seguimento pós tratamento.
- acompanhe o criança:** Exposto ao com diagnóstico de sífilis congênita; segundo o subdiagnóstico de consultas mensais até os 6 meses e a cada 2 meses até os 2 anos de vida.
- Realize exame físico completo,** atentando ao crescimento e desenvolvimento, verificando sinais e sintomas de sífilis (Ex: Deficiências neurológicas, alterações ósseas).
- Encaminhe a criança à avaliação oftalmológica sífilis - Infecções congênicas Oftalmologia Pediatrica e oftalmologia - sífilis - avaliação Auditiva; até a sexta mês e aos 2 anos de vida.**
- Encaminhe para infectologia pediátrica para acompanhamento compartilhado com a APS.**
- Estabeleça vínculo e pactue as ações com a família - estimulando o seu papel de protagonista no cuidado.**
- Solicite teste Não Treponêmico (ex.: VDRL) com 6, 12, 18 meses;**
- Continue solicitando VDRL de mãe de 2 em 2 meses por 1 ano.**
- Registre todas as consultas e realize no SINAIS.**

On the right side of the screenshot, a video feed shows a participant wearing a headset, identified as "Livia De Souza Camara".

Fonte: Captura de tela realizada pela autora, 2021.

4.9 Objetivos da pós-intervenção

Espera-se como resultado da oficina um melhor desempenho comparativo pós-intervenção, representando um incremento do conhecimento. Além disso, as impressões positivas dos participantes em relação ao curso demonstraram sua aplicabilidade às necessidades dos participantes quanto ao manejo da sífilis e aos preceitos do conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS).

5. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PARTICIPANTES

Seção 01: Avaliação dos conhecimentos e percepções dos 111 participantes quanto ao manejo da sífilis na etapa pré-intervenção.

5.1 Descrição do perfil dos residentes

Participaram desta etapa do estudo 111 residentes, sendo 106 (96%) enfermeiros e cinco (4%) médicos. Do total da amostra eleita para o estudo, demonstrou-se uma maior adesão por enfermeiros – correspondendo a 72,5% (106) de aceite –, comparada a dos médicos, que apresentaram aceite de 3,5% (cinco).

A maioria dos participantes estava na faixa etária entre 20 e 25 anos (42%); era do sexo feminino (77%); cursava o primeiro ano de residência (67%); e estava no segundo ano de residência (33%).

A maior parte deles cursou a graduação em instituição particular (52%), seguida de instituição pública (48%), concluindo entre os anos de 2016 e 2020 (72%); cursou pós-graduação antes de ingressar na residência, sendo a maioria especialização em Saúde da Família (66%), seguida da especialização em oncologia (3%), e um participante informou possuir mestrado (1%), 29% e não possui cursos de especialização, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Perfil dos participantes

Variáveis	N	%
Faixa etária		
20-25 anos	47	42
26-30 anos	38	34
31-35 anos	14	13
37 e mais	12	11
Total	111	100
Sexo		
F	86	77
M	10	9
Não informado	15	14
Total	111	100
Categoria:		
Residente Enfermeiro	106	96
Residente Médico	5	4
Total	111	100
Ano de residência:		
Cursando o 1º ano da residência	74	67
Cursando o 2º ano da residência	37	33
Total	111	100
Local de Graduação		
Instituição articular	58	52
Instituição pública	53	48
Total	111	100
Faixa de Graduação		
2008 a 2015	8	7
2016 a 2020	80	72
Não informado	23	21
Total	111	100
Formação Acadêmica		
Especialização em Saúde da Família	73	66
Especialização em Enfermagem em Oncologia	3	3
Mestrado	1	1
Outros	5	4
Não possui	29	26
Total	111	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.2 Vivência no campo prático x atendimento de usuários com diagnóstico de sífilis

A maioria dos residentes está lotada na Área de Planejamento (AP) 3.1 (30%), seguida da AP 2.1 (15%) e AP 3.3 (12%). As demais seguiram aproximadamente a mesma média de distribuição percentual. Todos consideram a sífilis um problema de saúde pública. A maioria (92%) já prestou assistência a usuários com diagnóstico de sífilis, atendendo gestantes (86%), mulheres não gestantes (68%), homens (63%) e parcerias sexuais (48%) e 16% já prestaram assistência a todas as formas da sífilis acima descritas. Com relação à sífilis congênita, 66% informam nunca ter prestado assistência à criança exposta e 16% nunca atenderam usuários com diagnóstico de sífilis.

No que se refere à utilização de protocolos e materiais científicos disponíveis, 97% dos residentes preferem fazer uso de materiais técnicos para prestar assistência aos usuários acometidos pela sífilis, 87% possuem como rotina a consulta do Guia Rápido de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2016a) e 78% consultam protocolos do Ministério da Saúde. Entretanto, apenas 17% consultam livros acadêmicos e 7% utilizam o aplicativo do Ministério da Saúde sobre manejo da sífilis para profissionais de saúde. Estes dados foram sintetizados na Tabela 7.

Tabela 7 – Campo prático x contato com a temática sífilis (continua)

Variáveis	N	%
Área de Planejamento do Campo Prático		
AP 1.0	8	7
AP 2.1	16	15
AP 2.2	8	7
AP 3.1	33	30
AP 3.2	5	5
AP 3.3	13	12
AP 4.0	7	6
AP 5.1	8	7
AP 5.2	7	6
AP 5.3	6	5
Total	111	100
Sífilis como um problema de saúde pública		
Sim	111	100
Não	0	0
Total	111	100
Atendimento de casos de sífilis?		
Sim	102	92

Tabela 7 – Campo prático x contato com a temática sífilis (continuação)

Variáveis	N	%
Não	8	7
Não informado	1	1
Total	111	100
Atendimento às gestantes com diagnóstico de sífilis		
Sim	95	86
Não	8	7
Não informado	8	7
Total	111	100
Atendimento aos homens com diagnóstico de sífilis		
Sim	70	63
Não	33	30
Não informado	8	7
Total	41	100
Atendimento às mulheres não gestantes com diagnóstico de sífilis		
Sim	75	68
Não	28	25
Não informado	8	7
Total	111	100
Atendimento às crianças expostas com diagnóstico de sífilis		
Sim	30	27
Não	73	66
Não informado	8	7
Total	111	100
Atendimento as parcerias sexuais		
Sim	53	48
Não	51	46
Não informado	7	6
Total	111	100
Consulta a materiais sobre o manejo da sífilis		
Sim	108	97
Não	3	3
Total	111	100
Consulta aos protocolos do Ministério da Saúde		
Sim	86	77
Não	22	20
Não informado	3	3
Total	111	100
Consulta ao Guia Rápido do Município do Rio de Janeiro		
Sim	96	86
Não	12	11

Tabela 7 – Campo prático x contato com a temática sífilis (conclusão)

Variáveis	N	%
Não informado	3	3
Total	111	100
Consulta de livros sobre o manejo da sífilis		
Sim	19	17
Não	89	80
Não informado	3	3
Total	111	100
Consulta dos aplicativos do Ministério da Saúde na temática da sífilis		
Sim	8	7
Não	100	90
Não informado	3	3
Total	111	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quando questionados sobre o manejo da sífilis, a maioria (84%) considera que existem dificuldades e facilidades (67%), entretanto a maior parte (55%) não possui sugestões para o enfrentamento da sífilis, conforme se observa na Tabela 8.

Tabela 8 – Sugestões, dificuldades e facilidades no manejo da sífilis

Variáveis	N	%
Dificuldades no manejo da sífilis		
Sim	93	84
Não	17	15
Não informado	1	1
Total	111	100
Facilidades no manejo da sífilis		
Sim	74	67
Não	30	27
Não informado	7	6
Total	111	100
Sugestões no manejo da sífilis		
Sim	46	41
Não	61	55
Não informado	4	4
Total	111	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

As perguntas relacionadas às dificuldades, facilidades e sugestões também contaram com campos para respostas abertas. O Quadro 18 demonstra as categorias formadas a partir das respostas dos participantes às perguntas abertas.

Quadro 18 – Assuntos abordados nas perguntas abertas

Assuntos abordados nas perguntas abertas					
Dificuldades		Facilidades		Sugestões	
Não adesão ao tratamento	39	Disponibilidade de tratamento	30	Educação em saúde	32
Abordagem às parcerias sexuais	24	Oferecimento dos testes rápidos	24	Rastreamento	8
Seguimento pós-terapêutico	12	Acesso aos protocolos	14	Educação Permanente	6
Desconhecimento da população	8	Oferta de insumos	5	Oferecimento de preservativos	5
Despreparo dos profissionais de saúde	8	Educação em saúde	4	Mídias sociais	4
Estadiamento clínico	3	Vínculo	4	Conscientização da população	5
Possibilidades de reinfeção	3	Autonomia do enfermeiro	3	Oferecimento amplo ao tratamento	3
Vulnerabilidades sociais	3	Busca ativa	3	Busca ativa	2
Estigma com o diagnóstico	3	Acesso ao diagnóstico	3	Atenção à população privada de liberdade	1
Busca ativa	3	Oferta de preservativos	3	Campanhas	1
Educação em saúde	2	Acesso à informação	1	Vigilância epidemiológica	1
Logística	2			Atenção à família	1
				Pré-natal do parceiro	1
				Promoção à saúde	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

As facilidades referidas pelos participantes foram: disponibilidade do tratamento, o oferecimento dos testes rápidos, acesso aos protocolos, oferta de insumos, educação em saúde, a autonomia do enfermeiro, a busca ativa, acesso ao diagnóstico, oferta de preservativos e acesso à informação. No Quadro 20 constam alguns relatos dos participantes.

Quadro 20 – Alguns relatos dos participantes quanto às facilidades

Facilidades
<i>P 3 (idade:24 anos): Diagnóstico por testes rápidos, de baixo custo, resposta em pouco tempo, sem necessidade de tecnologias duras.</i>
<i>P 12 (idade: 30 anos): Se o profissional for capacitado de forma adequada, organizar-se a partir do protocolo de IST que temos como base, e tiver à sua disposição ferramentas para o manejo e insumos como, por exemplo, testes rápidos, VDRL e medicações, o manejo contra sífilis tem tudo para ser desenvolvido de forma correta.</i>
<i>P13 (idade: 21 anos): Nas USF, temos a oportunidade de viabilizar com mais rapidez o tratamento, pois o teste pode ser realizado tanto por solicitação do usuário que se expôs ao risco de infecção e reconhece isso, como por solicitação do profissional quando percebe que o usuário se expôs ao risco de infecção da doença durante uma consulta, por exemplo.</i>
<i>P16 (idade: 25 anos): A detecção da doença pode ser feita de forma rápida e o tratamento pode ser imediatamente fornecido pela APS.</i>
<i>P20 (idade: 46 anos): O teste rápido é uma forma de manejo facilitadora.</i>
<i>P27 (idade: 26 anos): Testagem, aconselhamento e o tratamento são ofertados no SUS de forma gratuita. Casos em gestante e crianças são acompanhados pelos agentes comunitários de saúde do território, visando o efetivo tratamento e quebra da cadeia de transmissão. Os demais grupos também são acompanhados pela unidade, realiza-se busca ativa, seja pelo telefone na ausência de comparecimento à unidade no dia da dose ou antes que perca o tratamento.</i>
<i>P83 (idade: 23 anos): A criação de vínculo com o usuário fazendo-o entender a importância do tratamento para si e para seu filho, no caso de gestante.</i>
<i>P67 (idade: 26 anos): Protocolos e diretrizes que direcionam o atendimento e respaldam os profissionais.</i>
<i>P2 (idade: 41 anos): A testagem rápida estar disponível na UBS, o resultado sair rápido, a prescrição da enfermeira para o tratamento facilita o acesso ao tratamento, a medicação ser de baixo custo.</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quadro 21 – Alguns relatos dos participantes quanto às sugestões

Sugestões
<i>P3 (idade: 24 anos): Utilização dos meios de comunicação e mídias sociais para abordar o assunto, formas de prevenção/contaminação e sinais/sintomas, dando visibilidade tanto quanto outras IST; maior incentivo ao pré-natal do parceiro, a fim de captar os parceiros sexuais de gestantes para a realização de testes rápidos e, se necessário, tratamento para sífilis e outras IST; maior incentivo e captação para linha de cuidado de saúde do homem.</i>
<i>P4 (idade: 27 anos): Tenho um plano de intervenção para o Dezembro Vermelho. Busca ativa dos motoboys da Rocinha. Porém é uma unidade com gestão difícil para implementar.</i>
<i>P16 (idade: 25 anos): Realizar maior educação em saúde sobre o assunto, buscar levar mais informações sobre a doença para a população.</i>
<i>P18 (idade: 24 anos): Distribuição de preservativos femininos para as meninas, maior incentivo e orientação acerca do uso de preservativos, atividades escolares em PSE, maior divulgação nas mídias, incentivo governamental, realização de grupos educativos para adolescentes nas UBS.</i>
<i>P27 (idade: 26 anos): Devemos olhar com maior atenção para a população privada de liberdade, quer seja em um presídio ou até dentro da própria comunidade em que reside. É necessário que haja aconselhamento e testagem a essa população, e seu devido tratamento quando necessário. Trabalhamos em um sistema que traz como princípio a equidade, mas, por vezes, negligenciamos.</i>
<i>P34 (idade: 66 anos): Conscientização da população, prevenção, adesão ao tratamento, rastreamento dos casos suspeitos, testagem (teste treponêmico e não treponêmico), testagem periódica de pessoas com comportamento de risco.</i>
<i>P39 (idade: 27 anos): Rastreio massivo, principalmente de mulheres em idade fértil, já que é um problema recorrente no município e muitas mulheres só descobrem o problema ao iniciar o pré-natal, por exemplo.</i>
<i>P49 (idade: 30 anos): Qualificação dos profissionais que atuam diretamente com os pacientes, Educação em Saúde, realizando orientações, tanto em grupos educativos na Unidade, tanto no Programa Saúde na Escola, orientando quanto à prevenção da sífilis e outras IST.</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.3 Capacitação no manejo da sífilis

Quando perguntados sobre a capacitação para o manejo da sífilis, 64% referiram que não participaram de qualquer treinamento para a sífilis. A maior parte dos que realizaram algum curso na área avaliou ser útil para a prática clínica. Apesar de a maioria (82%) ter sido treinado para fazer testes rápidos, 68% não realizaram o curso Telelab para diagnósticos de sífilis. Todos consideraram a residência um ambiente oportuno para adquirir conhecimentos em sífilis. A Tabela 9 demonstra esses dados.

Tabela 9 – Capacitações no âmbito da sífilis

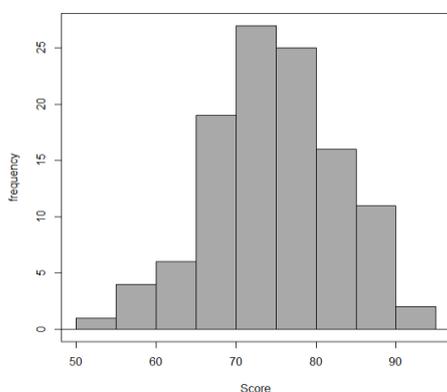
Variáveis	N	%
Treinamento em sífilis		
Sim	40	36
Não	71	64
Total	111	100
Utilidade do treinamento para a prática clínica		
Sim	41	76
Não	13	24
Total	41	100
Realização do curso para o manejo da sífilis pelo Telelab		
Sim	36	32
Não	75	68
Total	36	100
Capacitação para realização de testes rápidos		
Sim	89	81
Não	22	19
Total	89	81
Residência como ambiente oportuno para adquirir conhecimento para sífilis		
Sim	110	99
Não	1	1
Total	111	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

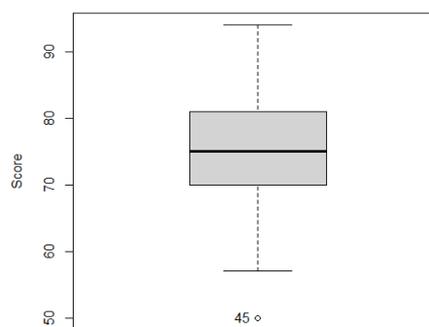
5.4 Avaliação do conhecimento teórico

Primeiramente, a pontuação total do teste foi de 108 acertos, pois cada pergunta teve valor de 1 acerto. Como resultado do desempenho geral dos participantes, foi encontrada a média de 75 acertos, com desvio padrão de 8,2, o que corresponde a uma porcentagem de 69,4% de acertos no teste. A maior nota foi 94, ou seja, aproximadamente 87% do teste. Quatro pessoas tiveram um *score* abaixo de 60 acertos. Um residente acertou 50 perguntas do teste, sendo o menor desempenho apresentado, afastando-se dos demais da série, como pode ser verificado no *boxplot* abaixo como *outlier*. Deste modo, 99,1% dos residentes tiveram índice superior a 50% de acertos no teste. O Gráfico 2 representa o histograma frequência de acertos e o Gráfico 3 corresponde ao *boxplot* da frequência absoluta de acertos.

Gráfico 2 – Frequência de acertos



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 3 – *Boxplot* de frequência de acertos

5.4.1 *Conhecimento técnico demonstrado em cada um dos 15 enunciados*

A seguir, serão descritos os resultados da avaliação de conhecimento técnico demonstrado por cada enunciado e item perguntado.

A primeira questão: “A sífilis é uma infecção (marque verdadeiro ou falso)”, se refere às características da sífilis como uma infecção. Foi solicitado assinalar verdadeiro ou falso para as afirmativas. Neste item, 46% dos participantes acertaram todos os itens. A maioria dos participantes considera a sífilis como uma infecção crônica (88%), de diagnóstico clínico e laboratorial, com fases sintomáticas e assintomáticas, que possui maior transmissibilidade nas fases iniciais da infecção (86%), que facilita a ocorrência de outras IST (86%), com sintomas que somem e desaparecem mesmo sem o tratamento (88%), além de ser de notificação obrigatória (95%), como se vê na Tabela 10.

Tabela 10 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 1

1. A sífilis é uma infecção (verdadeiro ou falso):	Resposta	Mediana de acertos
Acerto em todo o enunciado:	//////////	51 (46%)
Aguda, de diagnóstico e tratamento simples e eficaz. Não há necessidade de acompanhamento para verificar cura. *Resposta correta: Crônica, de diagnóstico laboratorial e clínico. Possui fases sintomáticas e assintomáticas, e há necessidade de acompanhamento para verificar cura pós-tratamento.	Falso	104 (94%)
Crônica, de diagnóstico laboratorial e clínico. Possui fases sintomáticas e assintomáticas, e há necessidade de acompanhamento para verificar cura pós-tratamento.	Verdadeiro	98 (88%)
Que possui maior transmissibilidade nas fases iniciais da doença (devido à presença de lesões).	Verdadeiro	96 (86%)
Que possui maior transmissibilidade nas fases tardias da doença. *Resposta correta: Possui maior transmissibilidade nas fases iniciais da doença.	Falso	93 (84%)
Que facilita a ocorrência de outras IST.	Verdadeiro	95 (86%)
De notificação obrigatória.	Verdadeiro	105 (95%)
Os sintomas somem e reaparecem sem tratamento instituído.	Verdadeiro	98 (88%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na segunda questão: “Qual é o agente etiológico da sífilis?”, 98% dos participantes responderam que o *Treponema pallidum* é o agente etiológico da sífilis e 2% destes assinalaram equivocadamente a opção *Neisseria gonorreae*, que é o agente etiológico da gonorreia.

Tabela 11 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 2

2. Agente etiológico da sífilis	N (%)
<i>Treponema pallidum</i> *Resposta	108 (98%)
<i>Neisseria gonorreae</i>	2 (1%)
<i>Haemophilus ducrey</i>	0
<i>Herpes virus simples</i>	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A terceira questão solicita aos participantes que assinalem verdadeiro ou falso nas formas de transmissão da sífilis. 28% assinalaram corretamente todas as formas de transmissão da sífilis. A maior porcentagem de acertos foi quando os residentes avaliaram como verdadeira a transmissão por sexo vaginal (100%), seguida de transmissão vertical (99%), sexo anal (97%), sexo oral (84%), beijo com presença de lesões (87%).

As menores porcentagens de acerto em possíveis vias de transmissão da sífilis foram a de uso de drogas injetáveis (57%) e transfusão sanguínea (67%). Em relação às alternativas que não são consideradas formas de transmissão, houve uma alta porcentagem de acerto ao assinalarem como falso o beijo sem presença de lesão (94%) e o aleitamento materno (88%). A Tabela 12 ilustra esses dados.

Tabela 12 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 3

3. Formas de transmissão da sífilis (verdadeiro ou falso):	Resposta	Acerto
Acerto em todo o enunciado:	-----	31(28%)
Transmissão vertical (mãe para o filho).	Verdadeiro	110 (99%)
Aleitamento materno.	Falso	98 (88%)
Transfusão sanguínea.	Verdadeiro	74 (67%)
Sexo anal.	Verdadeiro	107 (96%)
Sexo vaginal.	Verdadeiro	111 (100%)
Sexo oral.	Verdadeiro	93 (84%)
Beijo (com presença de lesões).	Verdadeiro	72 (65%)
Beijo (sem presença de lesões).	Falso	104 (94%)
Uso de drogas injetáveis.	Verdadeiro	63 (57%)
Somente através do contato com as lesões.	Falso	96 (87%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 4 indaga quando o profissional deve rastrear a sífilis. 9.9% dos participantes acertaram todas as perguntas sobre rastreamento. As maiores porcentagens de acerto foram durante a rotina de pré-natal (99%), para crianças expostas (98%), para vítimas de violência sexual (98%), em caso de relação sexual desprotegida (98%), presença de outra IST (97%), parcerias sexuais de pessoas com sífilis (97%), pessoa vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (95%), profissionais do sexo (89%) e na internação obstétrica (86%).

As menores porcentagens de acerto foram quanto ao rastreamento de pessoas com idade maior que 30 (35%), idosos (40%), com idade menor que 30 anos (35%), usuários de drogas (68%), adolescentes que iniciaram atividade sexual (62%), Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) (70%). Quando as alternativas eram com a resposta falso, ou seja, em que não há indicação pela condição mencionada no enunciado, ocorreu uma porcentagem alta de acertos para pessoas com baixa renda (79%) e em caso de matrícula escolar (98%); por outro lado, a minoria (40%) considerou falsa a afirmação de que as parcerias sexuais de gestantes com sífilis devem ser rastreadas. A Tabela 13 representa esses dados.

Tabela 13 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 4

4. O profissional de saúde deve rastrear a sífilis: (marque uma ou mais opções):	Resposta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	-----	11 (9.9%)
Na rotina pré-natal.	Verdadeiro	110 (99%)
Na internação obstétrica (ex.: trabalho de parto e curetagem), independente de resultado anterior.	Verdadeiro	96 (86%)
Relação sexual desprotegida.	Verdadeiro	109 (98%)
Parcerias sexuais de gestante (somente nos casos de gestante com sífilis).	Falso	44 (40%)
Sinais e sintomas sugestivos (suspeita clínica).	Verdadeiro	108 (97%)
Parceria da gestante (independente do <i>status</i> sorológico).	Verdadeiro	79 (72%)
Vítima de violência sexual.	Verdadeiro	109 (98%)
Crianças filhas de mãe com sífilis (exposição vertical).	Verdadeiro	108 (97%)
Em populações de baixa renda (apenas pela maior vulnerabilidade).	Falso	88 (79%)
No ato da matrícula da criança da escola.	Falso	108 (98%)
Homens que fazem Sexo com Homens (HSH).	Verdadeiro	78 (70%)
Profissionais do sexo.	Verdadeiro	99 (89%)
No idoso.	Verdadeiro	42 (38%)
Adolescentes que iniciaram atividade sexual.	Verdadeiro	69 (62%)
Usuário de drogas.	Verdadeiro	75 (68%)
Presença de outra IST.	Verdadeiro	108 (97%)
Parcerias sexuais (de pessoa infectada).	Verdadeiro	108 (97%)
Pessoas acima de 30 anos.	Verdadeiro	37 (33%)
Pessoas abaixo de 30 anos.	Verdadeiro	39 (35%)
Pessoa vivendo com HIV (PVHIV).	Verdadeiro	104 (94%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão de número 5 discorre sobre as classificações clínicas da sífilis adquirida. Com relação aos acertos de todos os itens, 41% dos participantes gabaritaram. A maior proporção de acertos foi relacionada à definição de sífilis primária (73%), seguida de neurosífilis (68%), sífilis secundária (68%) e as menores proporções de acerto foram a definição de sífilis terciária (57%), seguida de sífilis latente tardia (54%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 5

5. Correlacione a classificação clínica da sífilis com a sintomatologia correspondente:	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	-----	45 (41%)
Assintomática e é determinada pelo primeiro ano de contágio.	Sífilis latente recente	66 (59%)
Assintomática e é determinada após o primeiro ano de contágio.	Sífilis latente tardia	60 (54%)
Acomete 15% a 25% dos indivíduos, entre 1 a 40 anos de infecção. Acomete órgãos vitais, principalmente sistema cardiovascular e nervoso.	Sífilis terciária	63 (57%)
Manifestações sistêmicas como roséolas e sífilides, artralgia, adminamia e febrícula.	Sífilis secundária	76 (68%)
Lesão única e indolor, de bordas regulares, fundo brilhante, pouco exsudativa no local onde ocorreu a entrada do treponema.	Sífilis primária	82 (73%)
Invasão do treponema no sistema nervoso central em qualquer fase da doença.	Neurossífilis	75 (68%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 6 se refere à notificação compulsória para a sífilis. A maioria (66%) acertou todos os itens relacionados. Com porcentagens acima dos 85%, os residentes responderam que a sífilis adquirida (86%), sífilis na gestação (95%) e sífilis Congênita (93%) são considerados agravos de notificação compulsória. A informação de que parcerias sexuais devem ser tratadas profilaticamente foi considerada falsa pela maioria dos participantes (81%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 6

6. A sífilis é uma doença de notificação compulsória nos seguimentos (marque uma ou mais opções se julgar necessário):	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado.	//////////	73 (66%)
Sífilis adquirida.	Verdadeiro	95 (86%)
Sífilis na gestação.	Verdadeiro	105 (95%)
Sífilis congênita.	Verdadeiro	103 (93%)
Parceria sexual tratada profilaticamente.	Falso	90 (81%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 7 se refere às definições dos testes sorológicos, no que tange às diferenças entre testes treponêmicos e não treponêmicos, bem como à classificação dos principais testes disponíveis no dia a dia da prática clínica. Neste item, 8.1% acertaram corretamente todas as alternativas. A definição de teste treponêmico foi corretamente assinalada por 80% dos residentes e a de teste não treponêmico por 81%. Os testes rápidos foram corretamente considerados como treponêmicos por 82% dos participantes e o *Venereal Disease Research*

Laboratory (VDRL) não treponêmico por 87%, já os demais testes treponêmicos – Ensaio Imunoenzimático Indireto (ELISA) e Anticorpo Treponêmico Fluorescente absorvido (FTA-ABS) – tiveram porcentagem de acerto inferior. O FTA-ABS foi considerado como treponêmico por menos da metade dos residentes (42%), assim como em relação ao ELISA (38%). Para testes não treponêmicos, como o *Rapid Test Reagin* (RPR) e o *Toluidine Red Unheated Serum Test* (TRUST), a porcentagem de acertos foi maior. O RPR obteve 57% de acertos e o TRUST (66%), como se vê na Tabela 16.

Tabela 16 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 7

7. Quanto ao tipo de teste:	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	////////	9 (8%)
Busca inespecífica de anticorpos e apresentação quantitativa de resultado, que diminui titulação após tratamento eficaz ou aumenta em caso de reativação e reinfeção. Útil para seguimento pós-tratamento.	Teste não treponêmico	89 (80%)
Busca específica de anticorpos conferindo memória imunológica, independente de cura ou não, não sendo útil para avaliação de seguimento pós-tratamento.	Teste treponêmico	90 (81%)
RPR	Teste não treponêmico	63 (57%)
Teste rápido	Teste treponêmico	90 (81%)
VDRL	Teste não treponêmico	87 (78%)
FTA-ABS	Teste treponêmico	52 (47%)
ELISA	Teste treponêmico	42 (38%)
TRUST	Teste não treponêmico	73 (66%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 8 também diz respeito aos testes sorológicos. Diante dos enunciados apresentados, verificou-se que a maioria das respostas às afirmativas foi correta e 11% acertaram todas as perguntas.

Quase que a totalidade (97%) considerou falsa a afirmativa de que o teste rápido é essencial para o seguimento pós-terapêutico, pois se torna negativo após tratamento eficaz; 87% dos participantes marcaram como falsa a afirmativa que dizia que o VDRL tem a mesma finalidade: diagnóstico e seguimento pós-terapêutico para sífilis, porém, em porcentagem inferior, 53% interpretaram como falsa a afirmativa de que a titulação define classificação clínica; 69% consideraram falsa a afirmativa de que apenas a persistência ou o ressurgimento de sinais e sintomas clínicos após tratamento adequado não indicam falha terapêutica; abaixo de 1/8 do VDRL sempre indica cicatriz sorológica, no entanto 54% acreditaram ser falsa a afirmativa de que os níveis de titulação (ex.: 1:8, 1:128) determinam a classificação clínica, sendo úteis para a melhor escolha do tratamento.

Todos os participantes (100%) assinalaram como verdadeira a afirmativa de que o teste rápido é útil no diagnóstico de triagem rápida (em 15 a 30 minutos), porém não é útil para a avaliação do tratamento, pois permanece positivo mesmo após a cura (cicatriz sorológica).

Com relação ao VDRL, 90% o acreditam que é útil para o diagnóstico, principalmente na avaliação de tratamento (seguimento pós-terapêutico), uma vez que o acompanhamento quantitativo tem por objetivo avaliar a queda na titulação frente à eficácia do tratamento. Com relação ao aumento da titulação do VDRL em duas diluições, o que indica reinfecção ou reativação, 92% consideram proceder com novo tratamento.

Quanto à tendência de cura, 76% marcaram como verdadeira a afirmativa quando há queda de titulação do VDRL em duas diluições da inicial em três meses e 73% consideraram que a persistência de titulações altas ou inalteradas, apesar do tratamento e ausência de nova exposição e apesar da realização de tratamento adequado repetidas vezes, sugere neurosífilis, indicando avaliação clínica e exames laboratoriais, tais como o liquor e investigação clínica de sintomas neurológicos ou oculares. Estes dados estão descritos na Tabela 17.

Tabela 17 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 8

8. Em relação aos testes sorológicos para sífilis, marque verdadeiro ou falso:	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	///////	12 (11%)
O VDRL e o teste rápido possuem a mesma metodologia e finalidade: diagnóstico e seguimento pós-terapêuticos da sífilis.	Falso	97 (87%)
O teste rápido é essencial para o seguimento pós-terapêutico, pois se torna negativo após tratamento eficaz.	Falso	109 (98%)
O teste rápido é útil no diagnóstico triagem rápida (em 15 a 30 minutos). Porém, não é útil para avaliação do tratamento, pois permanece positivo mesmo após cura (cicatriz sorológica).	Falso	111 (100%)
A titulação abaixo de 1/8 do VDRL sempre indica cicatriz sorológica.	Falso	77 (69%)
O VDRL é útil no diagnóstico, mas principalmente na avaliação atamento (seguimento pós-terapêutico), pois é quantitativo, apresentando queda na titulação frente ao tratamento eficaz da doença.	Verdadeiro	100 (90%)
Considera-se tendência de cura quando há queda de titulação do VDRL em duas diluições da inicial em três meses.	Verdadeiro	84 (76%)
Os níveis de titulação (ex.: 1:8, 1:128) determinam classificação clínica, sendo úteis para a melhor escolha do tratamento.	Falso	59 (53%)
O aumento da titulação do VDRL em duas diluições indica reinfeção ou reativação e deve-se proceder com novo tratamento.	Verdadeiro	102 (92%)
Apenas a persistência ou o ressurgimento de sinais e sintomas clínicos após tratamento adequado não indicam falha terapêutica.	Falso	77 (69%)
A persistência de titulações altas ou inalteradas a despeito do tratamento e ausência de nova exposição a despeito da realização de tratamento adequado repetidas vezes sugere neurosífilis, indicando avaliação clínica e exames laboratoriais, tais como o liquor e investigação clínica de sintomas neurológicos ou oculares.	Verdadeiro	81 (73%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 9 relaciona-se ao tipo de tratamento indicado conforme a classificação clínica. Neste item, nenhum participante acertou todo o enunciado. A maioria dos participantes não acertou na plenitude a indicação de cada opção.

A maior porcentagem de acertos foi o uso da penicilina cristalina no tratamento da neurosífilis (43%); 14% considerou a benzilpenicilina benzatina 7,2 Milhões UI como tratamento para sífilis tardia (latente tardia e terciária); 11% consideraram a doxaciiclina 100mg via oral por 15 dias no tratamento da sífilis recente (sífilis primária, secundária e latente tardia); 14% consideraram a penicilina benzatina 2,4 milhões UI intramuscular no tratamento da sífilis recente (sífilis primária, secundária e latente tardia) e 14% consideraram a ceftriaxona 1g no tratamento da neurosífilis (Tabela 18).

Tabela 18 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 9

9. Correlacione a classificação clínica com as opções de tratamento (marque uma ou mais caso julgue necessário):	Indicado para	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	//////////	0%
Benzilpenicilina 7,2 milhões UI IM: 2,4 milhões UI por semana (intervalo de sete dias) - por três semanas).	Sífilis latente tardia, terciária e em gestante	16 (14%)
Doxiciclina 100mg, VO, 2x ao dia, por 15 dias.	Sífilis primária, secundária e latente recente	12 (11%)
Ceftriaxona 1g, IV ou IM 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias.	Neurossífilis	16 (14%)
Benzilpenicilina 2,4 milhões UI IM (dose única).	Sífilis primária, secundária e latente recente	15 (14%)
Benzilpenicilina 4,8 milhões UI IM: 2,4 milhões/por semana: (intervalo de 7 dias) por 2 semanas.	Não indicado	0 (0%)
Penicilina Cristalina 18-24 milhões UI, a cada 4 h IV- 10 dias.	Neurossífilis	48 (43%)
Doxiciclina 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 30 dias.	Latente tardia e terciária	13 (12%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 10 concerne ao tratamento das parcerias sexuais. A porcentagem de acertos foi de 54%, quando os participantes responderam corretamente, assinalando a alternativa que afirma que, independente do resultado dos testes, as parcerias devem ser tratadas. Entretanto, 33% consideraram erroneamente que são tratados apenas quando dois testes (treponêmico e não treponêmico) são necessários para tratamento; 12% acreditam que o teste precisa estar reagente e 0,9% interpretam que não há necessidade de tratar parceria sexual, pois não é mais critério para considerar a gestante adequadamente tratada. A Tabela 19 apresenta estes dados.

Tabela 19 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 10

10. As parceiras sexuais são tratadas:	Acerto N (%)
Independente do resultado das testagens, deve-se proceder com o tratamento, pois a parceria pode se encontrar em janela imunológica ou o VDRL pode ser negativo por efeito prozona.	60 (54%) *Resposta certa
Quando os testes rápidos e VDRL estiverem reativos. Apenas o teste rápido reativo não indica presença de infecção, pois pode ser cicatriz sorológica.	37 (33%)
Somente quando os testes estiverem reativos. Testes negativos confirmam que não houve transmissão sexual e descartam infecção.	13 (12%)
De acordo com a nova diretriz, a parceria sexual não é mais importante para considerar tratamento adequado. Portanto, não há necessidade de tratamento.	1 (0.9%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 11 aborda a periodicidade do seguimento pós-terapêutico, em que 32% dos participantes acertaram todos os itens. A maioria dos participantes que responderam a esta questão assinalou corretamente que é mensal o seguimento da gestante (78%), trimestral para a população geral (78%), mas, em menor proporção (49%), que é trimestral para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), como ilustra a Tabela 20.

Tabela 20 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 11

11. Sobre o seguimento pós-terapêutico, correlacione:	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	///////	36 (32%)
População geral (excluindo gestantes)	Trimestral	75 (68%)
Gestante	Mensal	87 (78%)
Pessoa vivendo com HIV	Trimestral	54 (49%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quando perguntados, na questão 12, quais são os critérios para considerar uma gestante adequadamente tratada, um participante acertou todos os subitens. Quase a totalidade (98%) marcou como verdadeira a documentação de queda de título em VDRL, 89% responderam como verdadeira a avaliação quanto ao risco de reinfecção, 86% o respeito ao intervalo entre as doses (sete dias), mas, em menor proporção, 66% marcou que o tratamento deve ser à base de penicilina benzatina (66%), e tratamento indicado 30 dias antes do parto (59%). Das assertivas falsas, os participantes apresentaram desempenho menor: 47% assinalaram como falsa a afirmativa que considera tratamento adequado quando instituído a qualquer momento da gestação, 56% julgaram falsa a afirmativa de que o tratamento pode ser feito com qualquer antibiótico e 7% marcaram a afirmativa de que a parceria sexual tratada também é critério para considerar gestante como adequadamente tratada. A Tabela 21 exhibe esses dados.

Tabela 21 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 12

12. Considera-se gestante adequadamente tratada quando (marque verdadeiro ou falso).	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	/////	1 (0,9%)
Parceria sexual tratada.	Falso	8 (7%)
Tratamento com antibióticos indicado para sífilis (ceftriaxona, doxaciclina, eritromicina, penicilinas).	Falso	62 (56%)
Tratamento realizado APENAS com penicilina benzatina de acordo com a fase clínica da doença. Em caso de desconhecimento da fase clínica, tratamento como sífilis latente tardia (7,200.000 UI).	Verdadeiro	73 (66%)
Tratamento iniciado até 30 dias antes do parto.	Verdadeiro	65 (59%)
O tratamento é feito independente do tempo de gestação, pois assegura a não transmissão vertical para o feto, uma vez que, na maioria dos casos, ela ocorre durante o trabalho de parto.	Falso	52 (47%)
Respeita-se o intervalo das doses (sete dias).	Verdadeiro	95 (86%)
Avaliação quanto ao risco de reinfecção.	Verdadeiro	99 (89%)
Documentação de queda de título de VDRL.	Verdadeiro	109 (98%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 13 discorre sobre o manejo da gestante alérgica à penicilina. Para esta pergunta, 25% acertaram todas as respostas sobre gestante alérgica à penicilina; 63% dos profissionais responderam corretamente que a gestante alérgica deve ser encaminhada para a dessensibilização; e 82% assinalaram corretamente como falsa a informação de que a gestante deve ser tratada com um antialérgico concomitantemente ao uso da penicilina. Os subitens mais erroneamente marcados como verdadeiros (47%) foram: tratar com ceftriaxona e tratar com doxaciclina. O subitem com mais acertos (82%) foi sobre não tratar com penicilina concomitantemente à prescrição de antialérgico (Tabela 22).

Tabela 22 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 13

13. Em caso de Gestante alérgica À penicilina:	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	/////	28 (25%)
Tratar com ceftriaxona IM, porém sabendo que este medicamento só trata a mãe, e o bebê será submetido ao esquema de tratamento para sífilis congênita.	Falso	52 (47%)
Tratar com doxaciclina VO, porém sabendo que este medicamento só trata a mãe e, assim, o recém-nascido será submetido ao tratamento no nascimento.	Falso	52 (47%)
Tratar com penicilina e prescrever antialérgico próprio para gestante, assegurando tratamento adequado.	Falso	91 (82%)
Encaminhar à consulta de alergologia: dessensibilização com penicilina via SISREG.	Verdadeiro	71 (63%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quanto à questão 14, que trata do acompanhamento clínico das crianças expostas à sífilis (com SC e verticalmente expostas), um participante (1%) acertou todo o enunciado. Ao

assinalarem verdadeiro e falso, 45% consideraram falsa a informação de que crianças filhas de mãe adequadamente tratada não desenvolverão sífilis congênita, 47% interpretaram como falsa a informação de que o acompanhamento da criança deve seguir o calendário de puericultura comum a todas as crianças, 58% julgaram falsa a informação de que todas as crianças devem ter avaliação com infectologista pediatra, 67% acreditavam que era falsa a informação de que o acompanhamento das crianças expostas é mensal até os dois anos.

Destaca-se que uma boa parte dos participantes marcou corretamente como falsa a informação de que as crianças só devem ser acompanhadas se tiverem recebido tratamento durante a estadia na maternidade, ou seja, com diagnóstico de sífilis congênita (85%), e que só devem ser acompanhadas por pediatra e/ou infectologista (94%).

Das afirmativas assinaladas como verdadeiras, 60% consideraram verdadeira a informação de que as crianças expostas devem ter acompanhamento com consultas na 1ª semana de vida, 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses; 60% interpretaram como verdadeira a informação de que as consultas devem ser realizadas imediatamente após a alta hospitalar, mensal até seis meses e bimestral até dois anos; e 77% julgaram que, a qualquer alteração no crescimento e desenvolvimento da criança, deve-se retomar a investigação e o tratamento, independente de resultado laboratorial e histórico de tratamento.

A maioria considerou verdadeira algumas informações importantes, por exemplo, 96% assinalaram como verdadeira a informação de que crianças devem ser acompanhadas na atenção primária independente de compartilhamento do cuidado com a referência e 90% consideraram que crianças com sífilis devem receber avaliação oftalmológica e audiológica especializada até o sexto mês e aos dois anos de vida (Tabela 23).

Tabela 23 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 14

14. Sobre o acompanhamento clínico da criança exposta, marque verdadeiro ou falso:	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	/////	1 (1%)
Consulta mensal até os dois anos.	Falso	74 (67%)
Acompanhamento compatível com o calendário de puericultura comum a todas as crianças.	Falso	52 (47%)
Consulta na 1º semana de vida, 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses.	Verdadeiro	62 (56%)
Consulta imediatamente após a alta hospitalar, mensal até seis meses e bimestral até dois anos.	Verdadeiro	64 (58%)
Crianças com sífilis devem receber avaliação oftalmológica e audiológica especializada até o sexto mês e aos dois anos de vida.	Verdadeiro	98 (88%)
Só devem ser acompanhadas se tiverem recebido tratamento durante a estadia na maternidade, ou seja, com diagnóstico de sífilis congênita.	Falso	92 (82%)
Só devem ser acompanhadas por pediatra e/ou infectologista.	Falso	101 (91%)
Devem ser acompanhadas na atenção primária, independente de compartilhamento do cuidado com a referência.	Verdadeiro	104 (94%)
A qualquer alteração no crescimento e desenvolvimento da criança, deve-se retornar à investigação e ao tratamento, independente de resultado laboratorial e histórico de tratamento.	Verdadeiro	82 (74%)
Todas as crianças devem ter avaliação com infectologista pediatra.	Falso	64 (58%)
Crianças filhas de mãe adequadamente tratada não desenvolverão sífilis congênita.	Falso	50 (45%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

No tocante ao seguimento laboratorial, 2% dos participantes acertaram todas as perguntas sobre seguimento laboratorial da criança exposta. Nas afirmativas tidas como verdadeiras, 33% consideram o VDRL da criança só tem repercussão quando em duas diluições maior que o materno, 33% consideraram que o exame de liquor deve ser feito a cada seis meses em crianças com histórico de alteração neste exame até a sua negatificação, 51% afirmaram que crianças filhas de mãe adequadamente tratada e que não possuem alterações clínicas e laboratoriais não são notificadas, porém devem ter seguimento ambulatorial e laboratorial compatível com as diagnosticadas com SC.

Em maior proporção de acertos, 73% julgaram que deve ser realizado o VDRL no 1º, 3º 6º, 12º e 18º meses e com dois resultados negativos, consecutivos ou a queda dos títulos em duas diluições excluem a doença e recomenda-se interromper o seguimento laboratorial. 80% avaliaram que a ausência de queda de diluição aos três meses, ou teste positivo aos seis meses ou o aumento de duas diluições, ou presença de sinais e sintomas indicam presença de infecção e deve ser feito novo tratamento, 80% responderam como verdadeira que a ausência de queda de diluição aos três meses, ou teste positivo aos seis meses ou o aumento de duas

diluições, ou presença de sinais e sintomas indicam presença de infecção e deve ser feito novo tratamento.

Por outro lado, como afirmativas falsas, 60% marcaram como falsa a informação de que o seguimento laboratorial deve ser feito por VDRL mensal e alta após resultado negativo, 69% avaliaram que o VDRL só tem utilidade em avaliação após os 18 meses de vida. Antes disso, podem ser falso-positivos pela transferência de anticorpos maternos; e em maior proporção de acertos, 86% consideraram falsa a informação de que o seguimento laboratorial deve ser feito por teste rápido seis meses após o tratamento e, em caso de resultado negativo, é considerada curada; se persistir positivo, é necessário proceder com novo tratamento (Tabela 24).

Tabela 24 – Avaliação do conhecimento referente à Questão 15

15. Sobre o seguimento laboratorial da criança exposta marque verdadeiro ou falso:	Resposta correta	Acerto N (%)
Acerto em todo o enunciado:	/////	2 (2%)
Deve ser feito por VDRL mensal e alta após resultado negativo.	Falso	67 (60%)
Deve ser feito por VDRL em 1, 3, 6, 12 e 18 meses. Dois resultados negativos consecutivos ou a queda dos títulos em duas diluições excluem a doença e recomenda-se interromper o seguimento laboratorial.	Verdadeiro	81 (73%)
Deve ser feito por teste rápido seis meses após o tratamento. Em caso de resultado negativo, é considerada curada; se persistir positivo, é necessário proceder com novo tratamento.	Falso	89 (80%)
A titulação do VDRL no bebê só tem repercussão quando apresenta diluição duas vezes maior que a da mãe.	Verdadeiro	37 (33%)
O exame de LIQUOR deve ser feito a cada seis meses em crianças com histórico de alteração neste exame até a sua negatificação.	Verdadeiro	37 (33%)
A ausência de queda de diluição aos três meses, ou teste positivo aos seis meses ou o aumento de duas diluições, ou presença de sinais e sintomas indicam presença de infecção e deve ser feito novo tratamento.	Verdadeiro	89 (80%)
Crianças filhas de mãe adequadamente tratada e que não possuem alterações clínicas e laboratoriais não são notificadas, porém devem ter seguimento ambulatorial e laboratorial compatível com as diagnosticadas com sífilis congênita.	Verdadeiro	57 (51%)
VDRL só tem utilidade em avaliação após os 18 meses de vida. Antes disso, podem ser falso-positivos pela transferência de anticorpos maternos.	Falso	77 (69%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.4.2 Avaliação do conhecimento por tema

O desempenho por tema se referiu à mensuração de conhecimentos acerca dos aspectos gerais da sífilis, sífilis adquirida, sífilis na gestante e sífilis congênita. Ao organizar desta forma, observou-se que as questões vinculadas à sífilis adquirida foram as que apresentaram menor proporção de acertos (56%), enquanto os aspectos gerais obtiveram o maior percentual (78%), conforme demonstrado na Tabela 25.

Ao se efetuar os *boxplots* dessas variáveis (na ordem em que aparecem na Tabela 25), nota-se que aspectos gerais e sífilis congênita foram os que apresentaram menor variabilidade dos dados, embora a sífilis congênita apresente mais *outliers*, ou seja, nesse caso, ela apresenta mais residentes com notas abaixo do padrão.

Tabela 25 – Avaliação do conhecimento por tema

Variáveis	% Mediana	IQR
Temas		
Aspectos Gerais	78	72-82
Sífilis Adquirida	56	43-55
Sífilis em Gestante	64	57-79
Sífilis Congênita	70	65-75

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 4 – *Boxplot* dos aspectos gerais

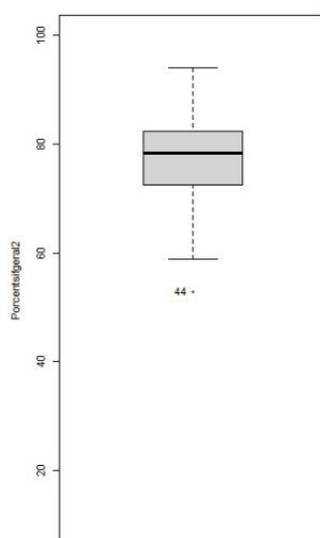
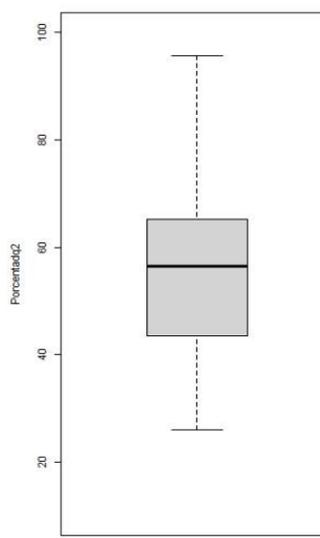


Gráfico 5 – *Boxplot* sífilis adquirida



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 6 – *Boxplot* sífilis na gestação

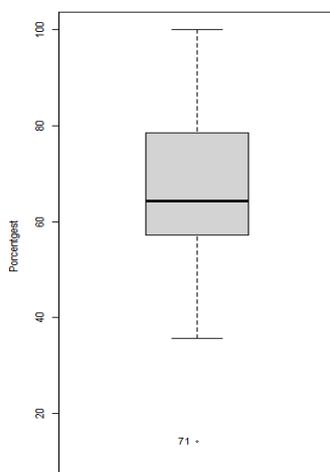
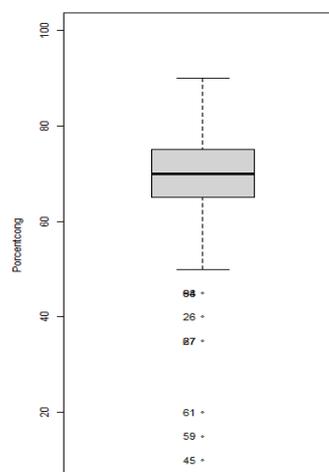


Gráfico 7 – *Boxplot* sífilis congênita



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Ao realizar a organização da temática: aspectos clínicos, transmissão, notificação, rastreamento, diagnóstico, tratamento para sífilis adquirida, tratamento para sífilis na gestante, seguimento pós-terapêutico para sífilis adquirida, na gestante e congênita, observou-se que nos aspectos clínicos o desempenho médio foi de 78% de acertos; sobre a transmissão, houve um desempenho de 84%; a notificação apresentou média de 100% de acerto; em diagnóstico, a média foi de 73%; tratamento geral e gestante foi de 12%; seguimento pós-terapêutico da sífilis adquirida foi de 77%; o seguimento pós-terapêutico da gestante foi 100%; e no seguimento pós-terapêutico em sífilis congênita foi de 68%.

A comparação dos desempenhos demonstrou que o tratamento geral e em gestante foi o tema que apresentou menor mediana de acertos, com 12%. No item tratamento, nenhum participante obteve êxito em todas as afirmativas; e no tratamento da gestante, um (0,8%) participante acertou todos os itens. O item com maior destaque foi aquele em que oito pessoas acertaram ao responder que parceria sexual tratada não é critério para gestante adequadamente tratada. No item diagnóstico, dois (2%) participantes acertaram todos os itens.

A transmissão da sífilis apresentou lacunas de conhecimentos, e 16 (17,76%) participantes acertaram todas as perguntas deste item.

Quanto aos aspectos clínicos, 34 (37,74%) participantes acertaram todas as perguntas. O item seguimento pós-terapêutico da sífilis adquirida apresentou como resultados o acerto de

todos os itens em sete (7,7%) participantes. O seguimento pós-terapêutico da sífilis congênita demonstrou maior lacuna de conhecimento, e nenhum profissional acertou todas as perguntas.

A notificação e seguimento pós-terapêutico da gestante foram os que tiveram mediana de 100% de acertos. No tema notificação, mais que a metade (72% participantes) acertou todas as perguntas. O seguimento pós-terapêutico da gestante apresentou desempenho melhor, tendo 75 (83,25%) dos participantes acertado todas as perguntas, com 90% de índice de acerto neste item, como se observa na Tabela 26.

Tabela 26 – Avaliação do conhecimento por etapa do seguimento

Variáveis	% Mediana	IQR
Temas		
Aspectos clínicos	78	44-100
Transmissão	84	77-92
Notificação	100	80-100
Rastreio	80	65-90
Diagnóstico	73	64-82
Tratamento geral e gestante	12	12 25
Tratamento apenas gestante	60	40-70
Seguimento pós-terapêutico adquirida	77	66-88
Seguimento pós-terapêutico gestante	100	66-100
Seguimento pós-terapêutico congênita	68	63-74

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.4.3 Desfechos por Área de Planejamento

Ao serem cruzadas as variáveis de associação com o desfecho (*score*), obteve-se uma associação significativa com AP, ano de residência em curso, se já realizou treinamento para sífilis e se ele foi útil na prática diária. Verificou-se que a AP 3.1 foi a que obteve maior média de acertos (79.3 -> cerca de 74% do teste), enquanto a AP 5.2 a menor (71.1 -> cerca de 66% do teste).

Em relação ao ano da residência que o participante estava cursando, aqueles no segundo ano apresentaram média de acertos superior à daqueles no primeiro ano.

No item realização de treinamento para sífilis, aqueles que o fizeram tiveram média maior de acertos no teste, sendo que os que fizeram e relataram que foi útil na prática diária também tiveram uma média superior.

Pode-se verificar que a AP 3.1 e a AP 3.3 ficaram com médias próximas. A AP 5.1 foi a que apresentou maior variabilidade no gráfico, o que pode estar associado também a um número não muito grande de participantes dessa área (oito residentes participaram). Os desfechos por AP estão relacionados no Quadro 22.

Quadro 22 – Desfechos de resultados por Área de Planejamento, ano de residência treinamento, e sua utilidade

Área Programática	p-valor	Mediana de acertos
AP 1.0	<i>p-value</i> = 0.036	AP 1.0: 73.2 (dp=7.5)
AP 2.1		AP 2.1: 72.1 (dp=9.9)
AP 2.2		AP 2.2: 77.8 (dp=8.4)
AP 3.1		AP 3.1: 79.3 (dp=6.5)
AP 3.2		AP 3.2: 73.0 (dp=3.5)
AP 3.3		AP 3.3: 77.0 (dp=7.7)
AP 4.0		AP 4.0: 70.5 (dp=4.8)
AP 5.1		AP 5.1: 75.2 (dp=11.5)
AP 5.2		AP 5.2: 71.1 (dp=6.2)
AP 5.3		AP 5.3: 71.8 (dp=10.2)
Residência	p-valor	Mediana de acertos
Primeiro ano	IC = -7.668150 - 1.250769	73.9
Segundo ano	<i>p-value</i> = 0.007104	78.4
Realizou treinamento	p-valor	Mediana de acertos
Sim	IC = -7.640583 - 1.638290	78.4
Não	<i>p-value</i> = 0.002809	73.7
Utilidade do treinamento	p-valor	Mediana de acertos
Sim	IC = -10.03257 - 0.226337	77.9
Não	<i>p-value</i> = 0.04119	72.8

Nota: Teste estatístico utilizado: ANOVA.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.5 Participantes da intervenção virtual

5.5.1 O convite para a intervenção

O convite ao curso se estendeu a todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa e responderam ao questionário pré-intervenção. Participaram do curso 55 residentes

(50% da amostra inicial), todos enfermeiros, cursando a maioria o primeiro ano de residência (70%).

5.5.2 *Impressões sobre a participação dos residentes no curso on-line*

Conforme descrito no capítulo referente à elaboração do curso on-line, houve divisão de atividades, entre assíncronas, divididas em módulos com atividades como vídeos abordando temas relevantes sobre o manejo, materiais para consulta construídos pela pesquisadora, protocolos vigentes e exercícios de estudos de caso. Ao final da realização das atividades assíncronas, ocorreu a atividade síncrona e o encontro virtual. Para a descrição das impressões de cada módulo, foi avaliada a participação dos residentes nas atividades, bem como os comentários destes a respeito das atividades.

No módulo 1, referente à temática aspectos gerais da sífilis, os residentes apresentaram boa aceitação/interação em relação às atividades propostas. Disseram que há informações importantes e úteis para o manejo da sífilis. Como sugestões, foram citadas uma explicação mais detalhada das atividades da vigilância epidemiológica e uma melhor forma de se preencher as fichas de notificação compulsória. Questionaram como extrair os dados epidemiológicos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e o papel da Atenção Primária em Saúde (APS) na vigilância dos casos. Foi discutida a importância da modificação do formato de alimentação do Sinan, com a inclusão de campo para preencher o seguimento pós-terapêutico e encerrar os casos após verificação de cura. Essa percepção demonstrou uma preocupação por parte dos participantes quanto à vigilância do território.

No módulo 2, referente à temática sífilis adquirida, também foi boa a avaliação entre os residentes. Ocorreu ótima interação e exemplos positivos da aplicação prática dos conteúdos abordados. Quatro residentes afirmaram que, após os estudos de caso e do vídeo sobre manejo da sífilis adquirida, conseguiram identificar usuários em fases sintomáticas e, com isso, proporcionaram diagnóstico por abordagem sindrômica para lesões de sífilis primária e rastreamento positivo para roséolas sifilíticas, presentes na fase secundária da doença. Como sugestões, foi solicitada a postagem de mais exercícios nos estudos de caso envolvendo avaliação de classificação clínica, o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde concernente aos casos de difícil manejo e a criação de fluxogramas que facilitem a visualização para os atendimentos. Como importantes ferramentas, podem ser citados o *checklist* e os vídeos, que foram bastante elogiados pelos participantes do curso.

O módulo 3, sobre manejo da sífilis na gestação, propiciou aos residentes a oportunidade de discutir o papel da APS na identificação precoce da sífilis durante o período gestacional e a sua importância quanto ao indicador de qualidade na assistência pré-natal com vistas à eliminação da sífilis congênita. A interação se deu principalmente nos fóruns. Após estudarem os conteúdos, dois residentes referiram conseguir realizar tratamento adequado à gestante e o registro correto, o que gerou elogio por parte das maternidades que receberam as usuárias. Como sugestão, foi solicitada uma ferramenta que facilite o contato com as maternidades. Como importantes ferramentas, foram citados novamente o *checklist* e os vídeos.

Em relação ao módulo 4, manejo da sífilis congênita, os participantes externaram dúvidas substanciais quanto ao papel da APS no acompanhamento à criança exposta verticalmente e, na visão deles, o conteúdo conseguiu alcançar as dúvidas que surgiram. Foi um momento de troca de experiências entre os participantes. Os principais assuntos abordados foram relacionados ao papel da Equipe de Saúde da Família no acompanhamento e os entraves com a maternidade. As sugestões apresentadas pelos residentes foram a abordagem a casos de crianças com sífilis congênita tardia, não diagnosticadas adequadamente na maternidade e/ou desassistidas em tempo hábil pela APS.

Finalmente, a atividade síncrona, o encontro virtual realizado nas Unidades de Atenção Primária com os residentes participantes do curso, teve a proposta de discutir o compilado de informações obtidas nas atividades assíncronas, por meio da discussão dos casos clínicos que foram apresentados aos residentes em forma de exercícios de estudo de casos. Além disso, foi levada em consideração as necessidades de cada um, com relação à condução da dinâmica, para que assim se adequasse à realidade vivenciada por eles. Desta forma, além da discussão dos casos, houve esclarecimento de dúvidas, troca de experiências e estudo de casos reais trazidos pelos participantes. Este momento também foi útil para perguntar a opinião dos residentes e suas sugestões em relação ao curso como um todo. Os participantes foram unânimes em considerar o curso factível à realidade em que estão inseridos, além de o formato ter sido extremamente viável e produtivo à sua prática clínica.

Apesar de metade dos participantes do questionário pré-intervenção terem seguido até o final das etapas de participação do curso, apenas 28 responderam ao pós-teste, representando uma perda de informações importante para a avaliação de impacto em relação ao alcance de incremento de conhecimento pretendido pelo curso.

5.6 Desempenho comparativo dos participantes do curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária à Saúde”

Nesta seção serão apresentados os resultados comparativos do questionário pré e pós-intervenção dos participantes que obedeceram a todas as etapas da pesquisa de intervenção (pré-intervenção, intervenção educativa e pós-intervenção). Os dados a seguir se referem a 28 dos 111 participantes que aceitaram participar da pesquisa e aos 55 que participaram até a atividade síncrona, mas que não responderam ao questionário pós-intervenção.

5.6.1 Descrição do perfil dos residentes que participaram da intervenção educativa em todas as etapas propostas

Participaram de todas as etapas da intervenção 28 residentes, todos enfermeiros, a maioria do sexo feminino (89 %), cursando o primeiro ano de residência (86%), com faixa etária entre 20 a 29 anos (64%), tendo cursado graduação em instituição particular (54%) e pública (48%) e com pós-graduação em saúde da família anterior à residência (64%). A Tabela 27 representa esses dados.

Tabela 27 – Perfil dos residentes participantes da intervenção educativa (continua)

Variáveis	N	%
Faixa etária		
20-29	18	64
30 e mais	10	36
Total	28	100
Sexo		
F	25	89
M	1	4
Não informado	2	7
Total	28	100
Categoria		
Residente Enfermeiro	28	100
Residente Médico	0	0
Total	28	100
Ano de residência		
Cursando o primeiro ano da residência	24	86
Cursando o segundo ano da residência	4	14
Total	28	100
Local de graduação		

Tabela 27 – Perfil dos residentes participantes da intervenção educativa (conclusão)

Variáveis	N	%
Instituição particular	15	54
Instituição pública	13	46
Total	28	100
Faixa de graduação		
2008 a 2015	1	4
2016 a 2020	27	96
Total	28	100
Formação acadêmica		
Especialização em Saúde da Família	18	64
Outros	4	14
Não possui	6	22
Total	28	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Os participantes que realizaram a intervenção educativa em todas as etapas são lotados em sete AP, a maioria na AP 3.1 (21%), seguida da AP 2.1 e 5.2 com 18%, da AP 3.2 e 4.0 com 11%, e AP 1.0 com 4%. Não foram observados participantes respondentes ao questionário pós-intervenção lotados nas AP 2.2, 5.1, 5.3, embora tenha sido feita intervenção educativa em todas as 10 AP do Município.

Todos estes participantes consideram a sífilis um problema de saúde pública e a maioria (96%) já atendeu casos de sífilis, principalmente gestantes (93%), mas, por outro lado, a maioria não atendeu crianças (93%). Para auxiliar no atendimento, a maioria (96%) utiliza algum material para a consulta, principalmente os Guias de Referência Rápida do Município (89%) e manuais do Ministério da Saúde (89%), como se nota na Tabela 28.

Tabela 28 – Campo prático x contato com a temática sífilis (continua)

Variáveis	N	%
Área de Planejamento do Campo Prático		
AP 1.0	1	4,00%
AP 2.1	5	18%
AP 2.2	0	0
AP 3.1	6	21%
AP 3.2	3	11%
AP 3.3	5	18%
AP 4.0	3	11%
AP 5.1	0	0
AP 5.2	5	18%
AP 5.3	0	0
Total	28	100%
Considera a sífilis um problema de saúde pública?		
Sim	28	100
Não	0	0
Total	28	100
Já atendeu casos de sífilis?		
Sim	27	96
Não	1	4
Total	28	100
Já atendeu gestantes?		
Sim	26	93
Não	1	3,5
Não informado	1	3,5
Total	28	100
Já atendeu homens?		
Sim	18	64,5
Não	9	32
Não informado	1	3,5
Total	28	100
Já atendeu mulheres não gestantes?		
Sim	18	64
Não	9	32,5
Não informado	1	3,5
Total	28	100

Tabela 28 – Campo prático x contato com a temática sífilis (conclusão)

Variáveis	N	%
Já atendeu crianças expostas?		
Sim	1	3,5
Não	26	93
Não informado	1	3,5
Total	28	100
Já atendeu parcerias sexuais?		
Sim	12	43
Não	15	53,5
Não informado	1	3,5
Total	28	100
Consulta algum material?		
Sim	27	96
Não	1	4
Total	28	100
Consulta protocolos do Ministério da Saúde?		
Sim	25	89
Não	1	4
Não informado	2	7
Total	28	100
Consulta guia rápido do município?		
Sim	25	89
Não	2	4
Não informado	1	7
Total	28	100
Consulta livros?		
Sim	1	4
Não	24	86
Não informado	3	10
Total	28	100
Consulta o aplicativo do Ministério da Saúde ?		
Sim	1	4
Não	26	92
Não informado	1	4
Total	28	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Em relação à capacitação anterior para sífilis, a maioria dos participantes da intervenção não havia feito treinamento anterior de um modo geral (68%), nem o curso Telelab de sífilis (64%), disponível no formato virtual; entretanto, a maioria (73%) que os realizou, considerou útil para a prática clínica. A maioria referiu que é capacitado para realização dos testes rápidos (82%). Todos consideram a residência um ambiente oportuno para o incremento do conhecimento para o manejo da sífilis, como se observa na Tabela 29.

Tabela 29 – Capacitações em sífilis

Variáveis	N	%
Já fez treinamento em sífilis		
Sim	9	32
Não	19	68
Total	28	100
Foi útil para a prática clínica?		
Sim	11	73
Não	4	27
Total	15	100
Já fez o curso de Telelab?		
Sim	10	36
Não	18	64
Total	28	100
É capacitado para fazer os testes rápidos?		
Sim	23	82
Não	5	18
Total	28	100
Considera a residência um ambiente oportuno para adquirir conhecimentos para sífilis?		
Sim	28	100
Não	0	0
Total	28	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.6.2 Opiniões e impressões sobre a intervenção educativa

Os enfermeiros que participaram da intervenção educativa e responderam ao questionário intervenção foram questionados sobre o curso on-line realizado. Todos (100%) avaliaram o curso como útil para a prática clínica, com formato factível para a aquisição de

conhecimentos quanto à sífilis; a maioria (96%) considerou o conteúdo suficiente para adquirir conhecimento nesta temática. Esses dados podem ser visualizados na Tabela 30.

Tabela 30 – Opiniões dos participantes sobre o curso on-line

Você considerou a intervenção educativa útil para a sua prática clínica?	N	%
Sim	28	100%
Não	0	0
Total	28	100
Você considera essa forma de intervenção (discussão de casos) útil para aquisição de conhecimentos sobre sífilis?	N	%
Sim	28	100%
Não	0	0
Total	28	100
Você considera essa forma de intervenção (on-line) útil para aquisição de conhecimentos sobre sífilis?	N	%
Sim	28	100%
Não	0	100
Total	28	100
Você considera os vídeos úteis para aquisição de conhecimentos sobre sífilis?	N	%
Sim	28	100%
Não	0	0
Total	28	100%
O conteúdo do curso foi suficiente para elucidar a esta temática?	N	%
Sim	27	96%
Não	1	4%
Total	28	100%
Você acessou os materiais da plataforma do curso?	N	%
Sim	28	100%
Não	0	0
Total	28	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Nesta etapa do questionário, foram também realizadas perguntas abertas com o campo “Justifique caso julgue necessário”, para cada pergunta. O Quadro 23 demonstra os comentários dos participantes para cada pergunta, todos relatando aspectos positivos em

relação ao formato do curso e ao material. Chama atenção o fato de ter sido enfatizada a proximidade do conteúdo do curso com a realidade vivenciada nas Unidades, bem como a utilidade do material em meio à pandemia do novo coronavírus. A única pessoa que respondeu “não” ao questionamento sobre o conteúdo ser suficiente para a aquisição de conhecimento referia-se à impossibilidade de esgotamento do assunto como um todo.

Quadro 23 – Comentários dos participantes que responderam ao questionário pós-intervenção

Você considera essa forma de intervenção (discussão de casos) útil para aquisição de conhecimentos sobre sífilis?
<i>P3 (idade: 24 anos): “Acho útil, pois estimula buscarmos soluções considerando os materiais que temos disponíveis e os recursos dispostos na rede, considerando situações que podem ser facilmente encontradas no cotidiano da APS.”</i>
<i>P 10 (idade:24 anos): “Dessa forma de discussão de caso fica mais fixado o conhecimento, porque pensamos na subjetividade do paciente.”</i>
<i>P 49 (idade: 30 anos): “Sim, porque fica mais próximo da nossa realidade na UBS.”</i>
<i>P 20 (idade: 47 anos): “Os casos estudados são casos que vivenciamos nos atendimentos, por isso é de extrema importância.”</i>
<i>P 28 (idade: 24 anos): “Acredito que os casos clínicos poderiam ser diferentes dos já abordados no curso.”</i>
Você considera essa forma de intervenção (on-line) útil para aquisição de conhecimentos sobre sífilis?
<i>P95 (idade: 24 anos): “Sim, considerando o tempo disposto e os recursos utilizados (videoaula disponível, e-books, estudo de casos). Importante o momento de debate em live para discutir e tirar dúvidas.”</i>
<i>P51 (idade: 39 anos): “Nesse momento de pandemia é uma forma segura de adquirirmos conhecimento e praticarmos o que já conhecemos.”</i>
<i>P9 (idade: 25 anos): “A interatividade com vídeos animados e informações bem estruturadas e objetivas ajudou na fixação do conteúdo! Adorei!”</i>
<i>P20 (idade: 47 anos): “Ótima forma de mantermos conhecimento, aquisição enriquecedora.”</i>
Você considera os vídeos úteis para aquisição de conhecimentos sobre sífilis?
<i>P51 (idade: 39 anos): “Eu aprendo mais vendo e ouvindo do que somente lendo.”</i>
<i>P29 (idade: 47 anos): “Mostra fatos importantíssimos.”</i>
O conteúdo do curso foi suficiente para elucidar esta temática?
<i>P19 (idade: 25 anos): “Não. Acho que o tema nunca se esgota... por isso marquei não. Porém, achei o curso bem completo e bem explicativo.”</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.7 Avaliação do conhecimento comparativo antes e depois da intervenção

Utilizaram-se os mesmos critérios verificados na seção de desempenho de todos os 111 participantes do estudo, ou seja, será demonstrada a mediana total de acertos, os acertos por questão e enunciado e por tema e etapas de seguimento para o manejo da sífilis. Nesta

seção do questionário, será feito um comparativo de dados antes e depois da intervenção, a fim de identificar incremento do conhecimento quanto à capacitação realizada. Como não houve adesão de todos os participantes, foi preciso dividir as etapas e comparar o desempenho somente dos participantes que aderiram a todas as etapas de intervenção.

Primeiramente, a pontuação total do teste foi de 108 acertos, pois cada pergunta teve valor de 1 acerto. Como resultado do desempenho geral dos participantes, foi encontrada no questionário pré-intervenção a média de acertos de 73.75 (desvio padrão = 8.4), cerca de 68% do questionário, e mediana de 72 (intervalo interquartil = 13.2). A pontuação mais baixa foi 59 e a mais alta foi 89. Um participante obteve pontuação abaixo de 60.

No questionário pós-intervenção, a média foi de 86.4 acertos (dp= 8.6), o que equivale a 80% do questionário. A mediana foi de 88 (intervalo interquartil= 9.2), equivalendo a 81% de acertos. A pontuação mais baixa foi 62 e a mais alta 97. Não houve pontuação abaixo de 60, com apenas três entre 60 e 70. Os *outliers* são referentes às pontuações de 62 e 68.

O p valor < 0,001 obteve correlação positiva forte na comparação, com efeito positivo da intervenção no resultado pós-intervenção. A Tabela 31 e os Gráficos 8 e 9 demonstram as informações acima descritas.

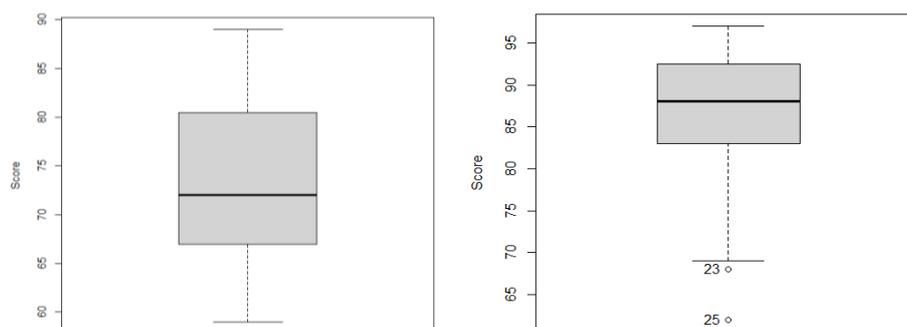
Tabela 31 – Desempenho comparativo pré e pós-intervenção

Score pré-intervenção	Score pós-intervenção	P-valor
Média = 73.75 acertos (dp=8.4) (68% do questionário)	Média = 86.4 acertos (dp=8.6) (80% do questionário)	< 0.001
Mediana = 72 (IQR = 13.2) (67% do questionário)	Mediana = 88 acertos (IQR= 9.2) (81% do questionário)	

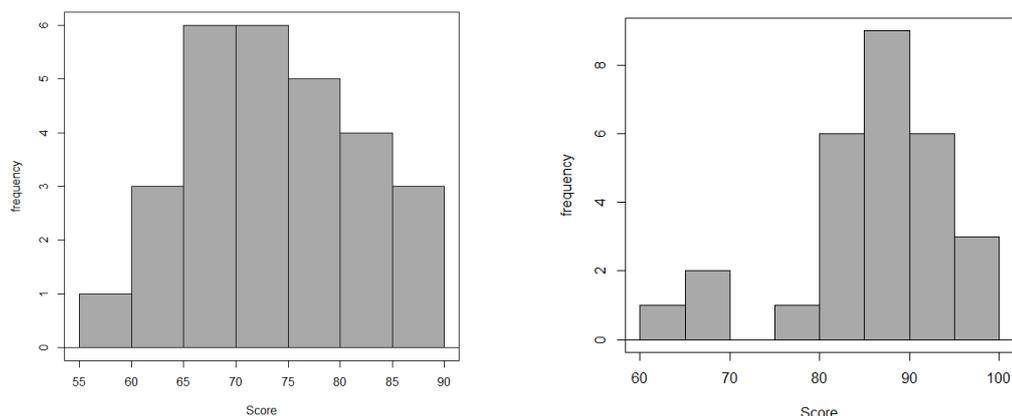
Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 8 – Desempenho comparativo pré e pós-intervenção



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 9 – *Boxplots* de frequência absoluta pré e pós-intervenção

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.7.1 Avaliação do conhecimento comparativo das 15 questões

Foi avaliado o resultado do desempenho comparativo por cada questão e por cada item, a fim de identificar, em detalhes, conteúdos específicos para o manejo da sífilis.

A primeira questão, “A sífilis é uma infecção (marque verdadeiro ou falso)”, se refere às características da sífilis como uma infecção. Foi solicitado assinalar verdadeiro ou falso para as afirmativas. Neste item, o p-valor do enunciado foi 0.0646, positivo fraco, entretanto é notório afirmar que houve aumento na mediana de desempenho em diversos itens apresentados. 39% dos participantes acertaram todos os itens no questionário pré-intervenção e 64% acertaram no pós-intervenção, representando uma melhoria em relação ao desempenho.

O mesmo quantitativo de participantes (89%) considerou falsa a informação de que a sífilis é uma infecção aguda, de diagnóstico simples e eficaz, e que não há necessidade de acompanhamento para verificar cura. Porém, houve aumento dos participantes que avaliaram corretamente que a sífilis é crônica, de diagnóstico clínico e laboratorial, e que há fases sintomáticas e assintomáticas, com necessidade de controle pós-tratamento para verificar a cura (de 82% na pré-intervenção para 96% na pós-intervenção), que possui maior transmissibilidade nas fases iniciais da infecção (de 82% na pré-intervenção para 93% na pós-intervenção), que facilita a ocorrência de outras IST (de 86% na pré-intervenção para 96% na pós-intervenção), com sintomas que somem e desaparecem mesmo após a instituição do tratamento (de 89% na pré-intervenção para 93% na pós-intervenção). A Tabela 32 considera esses dados.

Tabela 32 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 1

1. A sífilis é uma infecção (marque verdadeiro ou falso):	Resposta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		0.0646	
Acerto em todo o enunciado.	//////////	11 (39%)	18 (64%)
Aguda, de diagnóstico e tratamento simples e eficaz. Não há necessidade de acompanhamento para verificar cura. *Resposta correta: crônica, de diagnóstico laboratorial e clínico. Possui fases sintomáticas e assintomáticas, e há necessidade de acompanhamento para verificar cura pós-tratamento.	Falso	25 (89%)	25 (89%)
Crônica, de diagnóstico laboratorial e clínico. Possui fases sintomáticas e assintomáticas, e há necessidade de acompanhamento para verificar cura pós-tratamento.	Verdadeiro	23 (82%)	27 (96%)
Que possui maior transmissibilidade nas fases iniciais da doença (devido à presença de lesões).	Verdadeiro	23 (82%)	26 (93%)
Que possui maior transmissibilidade nas fases tardias da doença. *Resposta correta: possui maior transmissibilidade nas fases iniciais da doença.	Falso	20 (71%)	23 (82%)
Que facilita a ocorrência de outras IST.	Verdadeiro	24 (86%)	27 (96%)
De notificação obrigatória.	Verdadeiro	27 (96%)	26 (93%)
Os sintomas somem e reaparecem sem tratamento instituído.	Verdadeiro	25 (89%)	26 (93%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na segunda questão, “Qual é o agente etiológico da sífilis?”, todos os participantes mantiveram a resposta correta – o *Treponema pallidum* é o agente etiológico da sífilis – no questionário pré e pós-intervenção; sendo assim, não se aplicou o cálculo de p-valor.

Tabela 33 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 2

2. Qual é o agente etiológico da sífilis? *Resposta: <i>Treponema Pallidum</i>	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor	não se aplica	
<i>Treponema Palidum</i>	28 (100%)	28 (100%)
<i>Neiseria Ghonorrae</i>	0	0
<i>Haemophilus ducrey</i>	0	0
<i>Herpes virus simples</i>	0	0

Nota: Teste estatístico utilizado: não se aplica.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A terceira questão, que solicita aos participantes que assinalem verdadeiro ou falso nas formas de transmissão da sífilis, apresentou porcentagem de acerto maior no questionário pós-

intervenção. Neste item, o p-valor do enunciado foi 0.05129, positivo fraco; entretanto, houve aumento na mediana de desempenho em diversos itens apresentados.

A porcentagem de acertos em todos os itens do enunciado no questionário pós-intervenção foi maior que no questionário pré-intervenção (de 29% para 50%). Houve incremento de conhecimento principalmente na maioria dos enunciados, quando consideraram verdadeira a informação da transmissão por beijo com presença de lesões (de 86% para 100%), por transfusão sanguínea (75% para 93%) e por uso de drogas injetáveis (de 68% para 79%), sexo anal (de 93% para 96%), sexo oral (de 89% para 96%), transmissão vertical (de 96% para 100%), e falsa a informação da transmissão por aleitamento materno (de 86% para 93%). Houve um declínio de acertos em relação à informação falsa de que a sífilis é transmissível quando há beijo sem presença de lesão (de 96% para 86%), como se constata na Tabela 34.

Tabela 34 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 3

3. Sobre a transmissão da sífilis (marque verdadeiro ou falso):	Resposta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		0.05129	
Acerto em todas as alternativas	//////////	8 (29%)	14 (50%)
Transmissão vertical (mãe para o filho).	Verdadeiro	27 (96%)	28 (100%)
Aleitamento materno.	Falso	24 (86%)	26 (93%)
Transfusão sanguínea.	Verdadeiro	21 (75%)	26 (93%)
Sexo anal.	Verdadeiro	26 (93%)	27 (96%)
Sexo vaginal.	Verdadeiro	28 (100%)	28 (100%)
Sexo oral.	Verdadeiro	25 (89%)	27 (96%)
Beijo (com presença de lesões).	Verdadeiro	24 (86%)	28 (100%)
Beijo (sem presença de lesões).	Falso	27 (96%)	24 (86%)
Uso de drogas injetáveis.	Verdadeiro	19 (68%)	22 (79%)
Somente através do contato com as lesões.	Falso	24 (86%)	22(79%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 4 indaga quando o profissional deve rastrear a sífilis. O p-valor neste item foi <0,01, indicando correlação positiva forte, que indica efeito positivo da intervenção.

Houve aumento do percentual de participantes que acertaram todo o enunciado (de 11% para 32%). Também se observou aumento quando responderam corretamente sobre o rastreamento na rotina pré-natal (de 96% para 100%), na internação obstétrica (de 86% para 89%), parceria da gestante independente do *status* sorológico (de 61% para 86%), crianças filhas de mães com sífilis (de 96% para 100%), profissionais do sexo (89% para 96%), no idoso (de 43% para 79%), em adolescentes que iniciaram a atividade sexual (de 54% para

86%), em usuários de drogas (de 61% para 89%), pessoas abaixo de 30 anos (de 39% para 82%) e acima de 30 anos (39% para 82%) e o não rastreamento, ou seja, marcaram como falsa a informação de que parcerias de gestantes só podem ser rastreadas em razão de gestante com testagem positiva para sífilis (de 63% para 86%).

Os profissionais mantiveram o máximo de acertos (100%) em rastreamento de pessoas vítimas de violência sexual, relação sexual desprotegida, sinais e sintomas sugestivos, presença de outra IST e a mesma porcentagem de conhecimento em relação ao rastreamento em PVHIV (96%).

Entretanto, como exposto na Tabela 35, houve diminuição de média de acerto ao considerarem falsa a informação de que há rastreamento da sífilis em população de baixa renda, apenas pela maior vulnerabilidade (de 82% para 67%).

Tabela 35 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 4

4. O profissional de saúde deve rastrear a sífilis: (marque uma ou mais opções):	Resposta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		< 0.001	
Acerto em todas as alternativas	//////////	3 (11%)	9 (32%)
Na rotina pré-natal.	Verdadeiro	27 (96%)	28 (100%)
Na internação obstétrica (ex.: trabalho de parto e curetagem), independente de resultado anterior.	Verdadeiro	24 (86%)	25 (89%)
Relação sexual desprotegida.	Verdadeiro	28 (100%)	28 (100%)
Parcerias sexuais de gestante (somente nos casos de gestante com sífilis).	Falso	9 (32%)	17 (61%)
Sinais e sintomas sugestivos (suspeita clínica).	Verdadeiro	28 (100%)	28 (100%)
Parceria da gestante (independente do <i>status</i> sorológico).	Verdadeiro	17 (61%)	24 (86%)
Vítima de violência sexual.	Verdadeiro	28 (100%)	28 (100%)
Crianças filhas de mãe com sífilis (exposição vertical).	Verdadeiro	27 (96%)	28 (100%)
Em populações de baixa renda (apenas pela maior vulnerabilidade).	Falso	23 (82%)	18 (64%)
No ato da matrícula da criança da escola.	Falso	27 (96%)	26 (93%)
Homens que fazem sexo com Homens (HSH).	Verdadeiro	17 (61%)	25 (89%)
Profissionais do sexo.	Verdadeiro	25 (89%)	27 (96%)
No idoso.	Verdadeiro	12 (43%)	22 (79%)
Adolescentes que iniciaram atividade sexual.	Verdadeiro	15 (54%)	24 (86%)
Usuário de drogas.	Verdadeiro	17 (61%)	25 (89%)
Presença de outra IST.	Verdadeiro	28 (100%)	28 (100%)
Parcerias sexuais (de pessoa infectada).	Verdadeiro	27 (96%)	28 (100%)
Pessoas acima de 30 anos.	Verdadeiro	11 (39%)	23 (82%)
Pessoas abaixo de 30 anos.	Verdadeiro	11 (39%)	23 (82%)
Paciente vivendo com HIV (PVHIV).	Verdadeiro	27 (96%)	27 (96%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A Questão de número 5 discorre sobre as classificações clínicas da sífilis adquirida. O p-valor neste item foi $<0,01$, indicando correlação positiva forte, que indica efeito positivo da intervenção.

Neste enunciado, deu-se incremento de conhecimento quando avaliado o acerto em todas as alternativas (de 25% para 68%) e de forma individual: em sífilis primária (de 75% para 93%), secundária (de 68% para 89%), latente recente (de 53% para 86%), latente tardia (de 50% para 86%), terciária (de 39% para 79%) e neurosífilis (de 61% para 86%) (Tabela 36).

Tabela 36 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 5

5. Correlacione a classificação clínica da sífilis com a sintomatologia correspondente:	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor	< 0.001		
Acerto em todas as alternativas	//////////	7 (25%)	19 (68%)
Assintomática e é determinada pelo primeiro ano de contágio.	Sífilis latente recente	15 (54%)	24 (86%)
Assintomática e é determinada após o primeiro ano de contágio.	Sífilis latente tardia	14 (50%)	24 (86%)
Acomete 15% a 25% dos indivíduos, entre 2 a 40 anos de infecção. Acomete órgãos vitais, principalmente sistema cardiovascular e nervoso.	Sífilis terciária	11 (39%)	22 (79%)
Manifestações sistêmicas como roséolas e sífilides, artralgia, adenopatia e febrícula.	Sífilis secundária	17 (68%)	25 (89%)
Lesão única e indolor, de bordas regulares, fundo brilhante, pouco exsudativa no local onde ocorreu a entrada do treponema.	Sífilis primária	21 (75%)	26 (93%)
Invasão do treponema no sistema nervoso central em qualquer fase da doença.	Neurosífilis	17 (61%)	24 (86%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados pesquisa, 2021.

A Questão 6 se refere à notificação compulsória para a sífilis. O p-valor neste enunciado não foi significativo (0.5653). Houve estabilidade nas medianas e ocorreu um aumento do percentual de participantes que acertaram todos os itens do enunciado (de 61% para 71%).

Observou-se também um melhor desempenho pós-intervenção quanto à correta escolha de notificação de sífilis congênita (de 82% para 93%) e em relação à falsa informação de que parcerias sexuais tratadas profilaticamente devem ser notificadas (de 79% para 82%).

Entretanto, houve um declínio na mediana de acertos em relação à correta escolha de notificação em casos de sífilis adquirida (de 93% para 86%) e manteve-se inalterado o

desempenho acerca da correta escolha de notificação de sífilis na gestação (96%). A Tabela 37 demonstra os dados descritos acima.

Tabela 37 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 6

6. A sífilis é uma doença de notificação compulsória nos seguimentos (marque uma ou mais opções de julgar necessário)	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		0.5653	
Acerto em todas as alternativas.	////////////////	17 (61%)	20 (71%)
Sífilis adquirida.	Verdadeiro	26 (93%)	24 (86%)
Sífilis na gestação.	Verdadeiro	27 (96%)	27 (96%)
Sífilis congênita.	Verdadeiro	23 (82%)	26 (93%)
Parceria sexual tratada profilaticamente.	Falso	22 (79%)	23 (82%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados pesquisa, 2021.

A questão 7 se refere às definições dos testes sorológicos, no que tange às diferenças entre testes treponêmicos e não treponêmicos, bem como à classificação dos principais testes disponíveis no dia a dia da prática clínica. O p-valor neste item foi 0.01836, indicando correlação positiva forte, que indica efeito positivo da intervenção. O enunciado que antes não fora integralmente acertado por nenhum participante, passou a ser de oito pessoas (29%).

Quanto à análise de cada item perguntado neste enunciado, houve aumento do conhecimento na classificação de ELISA (de 25% para 54%), FTA-ABS (de 29% para 61%) e testes rápidos (de 82% para 100%) como testes treponêmicos, porém a definição deste tipo de teste apresentou menor média na avaliação pós-intervenção (de 86% para 82%). Em relação aos testes não treponêmicos, ocorreu incremento de conhecimento no VDRL (75% para 96%) e RPR (50% para 64%) e a sua definição evidenciou melhor média de conhecimento (de 82% para 86%), como contemplado na Tabela 38.

Tabela 38 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 7

7. Quanto ao tipo de teste:	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		0.01836	
Acerto em todas as alternativas.	////////	0	8 (29%)
Busca inespecífica de anticorpos e apresentação quantitativa de resultado, que diminui titulação após tratamento eficaz ou aumenta em caso de reativação e reinfeção. Útil para seguimento pós-tratamento.	Teste não treponêmico	23 (82%)	24 (86%)
Busca específica de anticorpos, conferindo memória imunológica, independente de cura ou não, não sendo útil para avaliação de seguimento pós-tratamento.	Teste treponêmico	24 (86%)	23 (82%)
RPR.	Teste não treponêmico	14 (50%)	18 (64%)
Teste rápido.	Teste treponêmico	23 (82%)	28 (100%)
VDRL.	Teste não treponêmico	21 (75%)	27 (96%)
FTA-ABS.	Teste treponêmico	8 (29%)	17 (61%)
ELISA.	Teste treponêmico	7 (25%)	15 (54%)
TRUST.	Teste não treponêmico	22 (79%)	19 (68%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados pesquisa, 2021.

A questão 8 também diz respeito aos testes sorológicos, com foco no teste rápido e VDRL. O p-valor neste item foi 0.1408, não significativo, porém foi verificado que a maioria dos resultados das afirmativas foram corretas e houve aumento no percentual de participantes que acertaram todas as perguntas do enunciado (de 4% para 25%).

Neste enunciado, ocorreu aumento na média de conhecimento quando interpretaram como falsa a informação de que a titulação até 1:8 de VDRL significa sempre cicatriz sorológica (de 64% para 82%) e determinam classificação clínica (de 43% para 71%) e ao marcarem como verdadeira a informação de que o VDRL é útil para o seguimento pós-terapêutico (de 89% para 93%). A queda de sua titulação em duas diluições ser avaliada como tendência de cura, o aumento do VDRL em duas diluições ou a persistência a despeito de tratamentos repetidos indicam avaliação clínica para neurosífilis (de 79% para 89%).

Por outro lado, houve diminuição nos acertos em relação às respostas do questionário pré-intervenção quando julgaram falsa a afirmativa de que o VDRL e teste rápido possuíam a mesma metodologia e finalidade de diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis (de 93% para 86%), de que teste rápido se torna negativo após a cura (de 100% para 89%), e verdadeira a informação de que teste rápido não é útil para avaliação de seguimento pós-terapêutico, pois permanece positivo por cicatriz sorológica (de 100% para 96%).

A afirmativa falsa de que apenas a persistência de sintomas não indica necessidade de tratamento permaneceu inalterada (57%). A Tabela 39 demonstra os dados descritos acima.

Tabela 39 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 8

8. Em relação aos testes sorológicos para sífilis, marque verdadeiro ou falso:	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		0.1408	
Acerto em todas as alternativas.	///////	1 (3,6%)	7 (25%)
O VDRL e o teste rápido possuem a mesma metodologia e finalidade: diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis.	Falso	26 (93%)	24 (86%)
O teste rápido é essencial para o seguimento pós-terapêutico, pois se torna negativo após tratamento eficaz.	Falso	28 (100%)	25 (89%)
O teste rápido é útil no diagnóstico triagem rápida (em 15 a 30 minutos). Porém, não é útil para avaliação do tratamento, pois permanece positivo mesmo após cura (cicatriz sorológica).	Falso	28 (100%)	27 (96%)
A titulação abaixo de 1/8 do VDRL sempre indica cicatriz sorológica.	Falso	18 (64%)	23 (82%)
O VDRL é útil no diagnóstico, mas principalmente na avaliação atamento (seguimento pós-terapêutico), pois é quantitativo, apresentando queda na titulação frente ao tratamento eficaz da doença.	Verdadeiro	25 (89%)	26 (93%)
Considera-se tendência de cura quando há queda de titulação do VDRL em duas diluições da inicial em três meses.	Verdadeiro	22 (79%)	25 (89%)
Os níveis de titulação (ex.: 1:8, 1:128) determinam classificação clínica, sendo úteis para a melhor escolha do tratamento.	Falso	13 (46%)	20 (71%)
O aumento da titulação do VDRL em duas diluições indica reinfecção ou reativação e deve-se proceder com novo tratamento.	Verdadeiro	25 (89%)	28 (100%)
Apenas a persistência ou o ressurgimento de sinais e sintomas clínicos após tratamento adequado não indicam falha terapêutica.	Falso	16 (57%)	16 (57%)
A persistência de titulações altas ou inalteradas, apesar do tratamento e ausência de nova exposição e da realização de tratamento adequado repetidas vezes sugere neurosífilis, indicando avaliação clínica e exames laboratoriais, tais como o liquor e investigação clínica de sintomas neurológicos ou oculares.	Verdadeiro	22 (79%)	25 (89%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

A questão 9 se refere ao tipo de tratamento indicado conforme a classificação clínica. Ninguém acertou todo o enunciado no questionário pré-intervenção e no pós-intervenção.

Conforme exposto na Tabela 40, houve melhor média de acertos em todas as opções de tratamento: na escolha de benzilpenicilina benzatina 7,2 Milhões UI intramuscular como tratamento para sífilis latente tardia e terciária (de 14% para 36%), de doxiciclina 100 mg via

oral por 15 dias no tratamento de sífilis primária, secundária e latente recente (de 11% para 54%), da ceftriaxona 1g, intravenosa ou intramuscular no tratamento de neurosífilis (de 7% para 25%). Da benzilpenicilina 2,4 milhões UI intramuscular no tratamento de sífilis primária, secundária e latente recente (de 8% para 32%), da penicilina cristalina 18-24 milhões UI intravenosa no tratamento da neurosífilis (de 36% para 64%) e da doxiciclina 100 mg, via oral por 30 dias no tratamento da sífilis latente tardia e terciária (de 7% para 50%).

Tabela 40 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 9

9. Correlacione a classificação clínica com as opções de tratamento (marque uma ou mais caso julgue necessário):	Indicado para	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		< 0.001	
Acerto em todas as alternativas.	//////////	0	0
Benzilpenicilina 7,2 milhões UI IM :2,4 milhões UI por semana (intervalo de sete dias) por três semanas.	Sífilis latente tardia, terciária e em gestante	4 (14%)	10 (36%)
Doxiciclina 100 mg, VO, 2 x ao dia, por 15 dias.	Sífilis Primária, Secundária e Latente recente	3 (11%)	15 (54%)
Ceftriaxona 1g, IV ou IM 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias.	Neurosífilis	2 (7%)	7 (25%)
Benzilpenicilina 2,4 milhões UI IM (dose única).	Sífilis Primária, Secundária e Latente recente	2 (8%)	9 (32%)
Benzilpenicilina 4,8 milhões UI IM: 2,4 milhões/por semana (intervalo de 7 dias) por 2 semanas.	Não indicado	0 (0%)	0 (0%)
Penicilina Cristalina 18-24 milhões UI, a cada 4 h IV-10 dias.	Neurosífilis	10 (36%)	18 (64%)
Doxiciclina 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 30 dias.	Latente tardia e Terciária	2 (7%)	14 (50%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 10 diz respeito ao tratamento das parcerias sexuais. Neste item, houve melhor média de acertos na pós-intervenção em relação à única alternativa correta: considerar que o tratamento para as parcerias sexuais deve ser feito independentemente do *status* sorológico (de 57% para 71%). A afirmativa incorreta, que diz que o tratamento só deve ser feito em caso de dois testes sorológicos reativos, permaneceu com a mesma porcentagem (29%), porém na pós-intervenção os participantes não assinalaram a alternativa que discorre sobre o tratamento em caso de apenas um teste sorológico. A Tabela 41 demonstra os dados descritos.

Tabela 41 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 10

10. As parceiras sexuais são tratadas:	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor	0,2669	
Independente do resultado das testagens, deve-se proceder com o tratamento, pois a parceria pode se encontrar em janela imunológica ou o VDRL pode ser negativo por efeito prozona.	16 (57%) *Resposta certa	20 (71%)
Quando os testes rápidos e VDRL estiverem reativos. Apenas o teste rápido reativo não indica presença de infecção, pois pode ser cicatriz sorológica.	8 (29%)	8 (29%)
Somente quando os testes estiverem reativos. Testes negativos confirmam que não houve transmissão sexual e descartam infecção.	4 (14%)	0
De acordo com a nova diretriz, a parceria sexual não é mais importante para considerar tratamento adequado. Portanto, não há necessidade de tratamento.	0	0

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 11 aborda a periodicidade do seguimento pós-terapêutico. O p-valor neste item foi $<0,01$, indicando correlação positiva forte, que significa efeito positivo da intervenção. Houve aumento na média de acertos em todos os itens (de 25% para 68%). Em cada item também foi observado esse aumento na média de desempenho: no seguimento trimestral para a população geral (de 50% para 96%) e PVHIV (de 43% para 68%) e mensal para gestantes (de 71% para 96%), como se observa na Tabela 42.

Tabela 42 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 11

11. Sobre o seguimento pós terapêutico, correlacione:	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor	$< 0,001$		
Acerto em todas as alternativas.	///////	7 (25%)	19 (68%)
População geral (excluindo gestantes).	Trimestral	14 (50%)	27 (96%)
Gestante.	Mensal	20 (71%)	27 (96%)
Pessoa vivendo com HIV.	Trimestral	12 (43%)	19 (68%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quando perguntados, na questão 12, quais são os critérios para considerar uma gestante adequadamente tratada, o p-valor neste item foi 0,01025, indicando correlação positiva forte, que indica efeito positivo da intervenção. Dois participantes (7%) passaram a acertar todas as alternativas no questionário pós-intervenção, e ocorreu aumento na mediana de acertos em todos os itens perguntados neste enunciado.

Houve aumento na mediana de acertos quando consideraram falsa a alternativa que mencionava que qualquer tratamento com antibióticos indicados para sífilis torna a gestante

adequadamente tratada (de 61% para 86%), a alternativa que afirma que a gestante é considerada adequadamente tratada apenas com parceria sexual tratada (de 4% para 18%), e verdadeira a afirmativa de que somente com o tratamento à base de penicilina pode-se considerar a gestante adequadamente tratada (de 64% para 86%), de que o tratamento deve ser iniciado 30 dias antes do parto (de 59% para 79%).

Por outro lado, houve diminuição na mediana de acertos em comparação à afirmativa verdadeira “avaliação quanto ao risco de reinfecção” (de 96% para 82%) e à falsa afirmativa que discorre sobre o tratamento ser feito independente do tempo de gestação, tendo em vista que a transmissão se dá em grande maioria no parto (de 54% para 50%) (Tabela 43).

Tabela 43 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 12

12. Considera-se a gestante adequadamente tratada quando: (marque verdadeiro ou falso)	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p valor		0.01025	
Acerto em todas as alternativas.	/////	0	2 (7%)
Parceria sexual tratada.	Falso	1 (4%)	5 (18%)
Tratamento com antibióticos indicado para sífilis (ceftriaxona, doxaciiclina, eritromicina, penicilinas).	Falso	17 (61%)	24 (86%)
Tratamento realizado APENAS com penicilina benzatina de acordo com a fase clínica da doença. Em caso de desconhecimento da fase clínica, tratamento como sífilis latente tardia (7,200.000UI).	Verdadeiro	18 (64%)	24 (86%)
Tratamento iniciado até 30 dias antes do parto.	Verdadeiro	16 (59%)	22 (79%)
O tratamento é feito independente do tempo de gestação, pois assegura a não transmissão vertical para o feto, uma vez que, na maioria dos casos, ela ocorre durante o trabalho de parto.	Falso	15 (54%)	14 (50%)
Respeita-se o intervalo das doses (sete dias).	Verdadeiro	26 (93%)	28 (100%)
Avaliação quanto ao risco de reinfecção.	Verdadeiro	27 (96%)	23 (82%)
Documentação de queda de título de VDRL.	Verdadeiro	28 (100%)	28 (100%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A questão 13 discorre sobre o manejo da gestante alérgica à penicilina. O p-valor neste item foi < 0.001 , indicando correlação positiva forte, que indica efeito positivo da intervenção. Neste enunciado, houve aumento na mediana de acertos em relação à pré-intervenção (de 21% para 54%). Houve também aumento na mediana de acertos em comparação às alternativas falsas, tais como a escolha de tratamento com a ceftriaxona (de 43% para 64%), a doxaciiclina (de 50% para 82%), o tratamento da penicilina e o uso concomitante de um antialérgico (de 71% para 86%). A verdadeira, o encaminhamento à consulta em alergologia para dessensibilização via Sistema Nacional de Regulação (SISREG),

apresentou aumento e acerto em quase a totalidade dos participantes (de 67% para 96%). Esses dados estão dispostos na Tabela 44.

Tabela 44 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 13

13. Em caso de gestante alérgica à penicilina	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		< 0.001	
Acerto em todas as alternativas.	/////	6 (21%)	15 (54%)
Tratar com ceftriaxona IM, porém sabendo que este medicamento só trata a mãe, e o bebê será submetido ao esquema de tratamento para sífilis congênita.	Falso	12 (43%)	18 (64%)
Tratar com doxaciclina VO, porém sabendo que este medicamento só trata a mãe e, assim, o recém-nascido será submetido ao tratamento no nascimento.	Falso	14 (50%)	23 (82%)
Tratar com penicilina e prescrever antialérgico próprio para gestante, assegurando tratamento adequado.	Falso	20 (71%)	24 (86%)
Encaminhar à consulta de alergologia: dessensibilização com penicilina via SISREG.	Verdadeiro	16 (57%)	27 (96%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quanto à questão 14, que trata do acompanhamento clínico das crianças expostas à sífilis (com sífilis congênita e verticalmente expostas), o p-valor neste item foi 0.2152, não indicando efeito da intervenção. Neste enunciado não se identificou acerto integral comparativamente ao questionário pré-intervenção (de 21% para 0%).

Evidenciou-se aumento na mediana de acerto em relação ao correto seguimento preconizado pelo Ministério da Saúde (de 61% para 79%), a alternativa falsa de que o seguimento deve ser mensal (de 79% para 82%) e a alternativa falsa do acompanhamento compatível com o calendário de puericultura de todas as crianças (de 36% para 39%). Porém, houve diminuição da mediana de acertos concernente ao seguimento ambulatorial mensal até seis meses e bimestral até os dois anos preconizados pelo Município do Rio de Janeiro (de 61% para 43%).

No tocante aos critérios para acompanhamento de crianças expostas, verificou-se aumento de mediana de acertos em relação ao acompanhamento de crianças expostas, independentemente do diagnóstico de sífilis congênita (de 85% para 89%), ao acompanhamento da APS independentemente da necessidade de acompanhamento na referência (de 92% para 96%) e ao não encaminhamento para avaliação do infectologista para todas as crianças (de 57% para 64%). Manteve-se na mesma mediana de acertos a falsa afirmativa de que o acompanhamento ambulatorial deve ser feito apenas com infectologista pediatra.

Contatou-se aumento na mediana de acertos em relação ao fato de considerar falsa a afirmativa de que crianças cuja mãe foi adequadamente tratada não desenvolverão sífilis congênita (26% para 54%).

Tabela 45 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 14

14. Sobre o acompanhamento clínico da criança exposta, marque verdadeiro ou falso:	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p-valor		0.2152	
Acerto em todas as alternativas.	/////	6 (21%)	0
Consulta mensal até os dois anos.	Falso	22 (79%)	23 (82%)
Acompanhamento compatível com o calendário de puericultura comum a todas as crianças.	Falso	10 (36%)	11 (39%)
Consulta na 1º semana de vida, 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses.	Verdadeiro	17 (61%)	22 (79%)
Consulta imediatamente após a alta hospitalar, mensal até seis meses e bimestral até dois anos.	Verdadeiro	17 (61%)	12 (43%)
Crianças com sífilis devem receber avaliação oftalmológica e audiológica especializada até o sexto mês e aos dois anos de vida.	Verdadeiro	26 (93%)	25 (89%)
Só devem ser acompanhadas se tiverem recebido tratamento durante a estadia na maternidade, ou seja, com diagnóstico de sífilis congênita.	Falso	23 (82%)	25 (89%)
Só devem ser acompanhadas por pediatra e/ou infectologista.	Falso	24 (86%)	24 (86%)
Devem ser acompanhadas na atenção primária, independente de compartilhamento do cuidado com a referência.	Verdadeiro	26 (92%)	27 (96%)
A qualquer alteração no crescimento e desenvolvimento da criança, deve-se retomar a investigação e o tratamento, independente de resultado laboratorial e histórico de tratamento.	Verdadeiro	23 (82%)	24 (86%)
Todas as crianças devem ter avaliação com infectologista pediatra.	Falso	16 (57%)	18 (64%)
Crianças filhas de mãe adequadamente tratada não desenvolverão sífilis congênita.	Falso	7 (26%)	15 (54%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Ao avaliar o seguimento laboratorial da criança verticalmente exposta, na questão 15, observou-se aumento ou manutenção do desempenho da mediana de acertos em todo o enunciado. O p-valor neste item foi < 0.001 , indicando correlação positiva forte, que indica efeito positivo da intervenção. A mediana de acertos em todo o enunciado aumentou de 4% para 18%. Na maioria dos itens, ocorreu aumento da mediana de acertos, como ao considerarem corretamente falsas a solicitação do VDRL mensal e alta após resultado negativo (de 59% para 86%) e o uso do teste rápido como seguimento pós-terapêutico até seis meses após o tratamento (de 82% para 86%). Já na afirmativa falsa que comenta que a

utilização do VDRL antes dos 18 meses de vida não é útil por apenas detectar anticorpos maternos, indicando cicatriz sorológica, permaneceu inalterada (68%).

Quanto às afirmativas verdadeiras, houve um aumento na mediana de acertos em todas as assertivas, tais como no intervalo correto de solicitação de VDRL para seguimento (de 61% para 89%); a titulação só apresentar repercussão no bebê exposto quando em duas diluições maior que o materno (de 36% para 68%); a utilização do exame de liquor ser útil a cada seis meses para crianças com sífilis congênita com neurosífilis até a sua negativação (de 32% para 75%); alterações em VDRL até os seis meses e/ou persistência de sinais e sintomas clínicos da sífilis indicarem necessidade de novo tratamento (de 79% para 93%); e o seguimento das crianças expostas, independente do seu diagnóstico (de 61% para 64%) (Tabela 46).

Tabela 46 – Avaliação do conhecimento comparativo referente à Questão 15

15. Sobre o seguimento laboratorial da criança exposta marque verdadeiro ou falso:	Resposta correta	Acertos Pré-intervenção	Acertos Pós-intervenção
p valor		< 0.001	
Acerto em todas as alternativas.	/////	1 (4%)	5 (18%)
Deve ser feito por VDRL mensal e alta após resultado negativo.	Falso	16 (59%)	24 (86%)
Deve ser feito por VDRL em 1, 3, 6, 12 e 18 meses. Dois resultados negativos consecutivos ou a queda dos títulos em duas diluições excluem a doença e recomenda-se interromper o seguimento laboratorial.	Verdadeiro	17 (61%)	25 (89%)
Deve ser feito por teste rápido seis meses após o tratamento. Em caso de resultado negativo, é considerada curada; se persistir positivo, é necessário proceder com novo tratamento.	Falso	23 (82%)	24 (86%)
A titulação do VDRL no bebê só tem repercussão quando apresenta diluição 2 vezes maior que a da mãe.	Verdadeiro	10 (36%)	19 (68%)
O exame de liquor deve ser feito a cada seis meses em crianças com histórico de alteração neste exame até a sua negativação.	Verdadeiro	9 (32%)	21 (75%)
A ausência de queda de diluição aos três meses, ou teste positivo aos seis meses ou o aumento de duas diluições, ou presença de sinais e sintomas indicam presença de infecção e deve ser feito novo tratamento.	Verdadeiro	22 (79%)	26 (93%)
Crianças filhas de mãe adequadamente tratada e que não possuem alterações clínicas e laboratoriais não são notificadas, porém devem ter seguimento ambulatorial e laboratorial compatível com as diagnosticadas com sífilis congênita.	Verdadeiro	17 (61%)	18 (64%)
VDRL só tem utilidade em avaliação após os 18 meses de vida. Antes disso, podem ser falso-positivos pela transferência de anticorpos maternos.	Falso	19 (68%)	19 (68%)

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

5.7.2 Dados comparativos sobre o conhecimento dos participantes antes e depois intervenção por tema

O desempenho comparativo por tema se referiu à mensuração de conhecimentos acerca dos aspectos gerais da sífilis, sífilis adquirida, sífilis na gestante e sífilis congênita, conforme descrito no capítulo da metodologia. Nesta modalidade de avaliação, o p-valor neste item foi < 0.001 , indicando correlação positiva forte, que demonstra efeito positivo da intervenção em todos os temas.

Verificou-se aumento de mediana em todos os temas, adquirindo média mínima maior que a metade de acertos em todos os quesitos na avaliação pós-intervenção.

Os intervalos interquartis também sofreram alterações na comparação pré e pós-intervenção. Houve um aumento no intervalo inferior e superior em todas as categorias, indicando também relevante melhora no desempenho nas categorias mencionadas. A Tabela 47 e os *boxplots* (Gráficos 10 a 15) apresentam os dados encontrados.

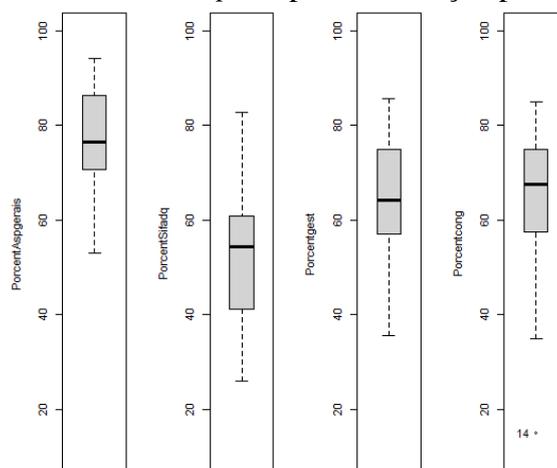
Tabela 47 – Avaliação do conhecimento comparativo por tema

Variáveis	% Mediana	IQR	% Mediana	IQR	p valor
Temas	Antes da Intervenção		Depois da intervenção		
Aspectos Gerais	76	70-86	88	82-92	< 0.001
Sífilis Adquirida	54	42-60	78	68-82	< 0.001
Sífilis em Gestante	67	58-75	85	76-87	< 0.001
Sífilis Congênita	64	57-73	80	73-85	< 0.001

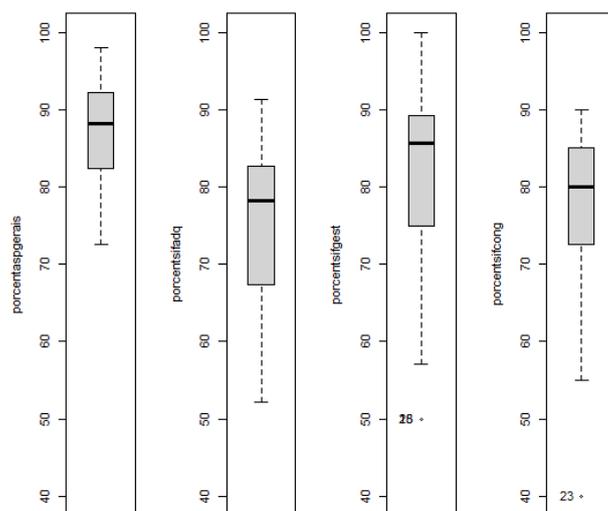
Nota: Testes estatísticos utilizados: para Aspectos gerais, Teste T pareado; demais temas: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

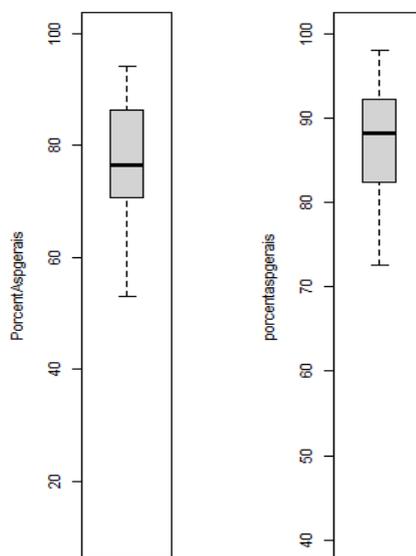
Gráfico 10 – *Boxplots* pré-intervenção por tema



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

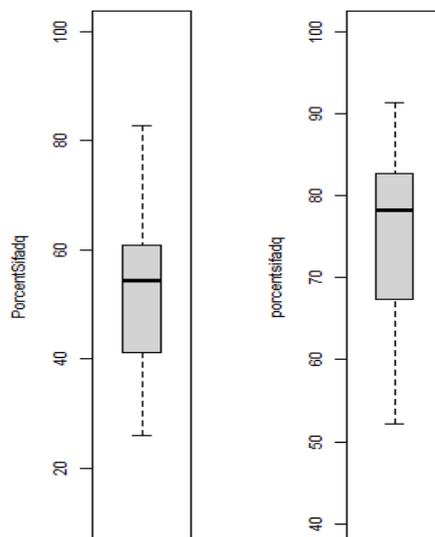
Gráfico 11 – *Boxplots* pós-intervenção por tema

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 12 – *Boxplots* pré e pós-intervenção: tema: aspectos gerais da sífilis

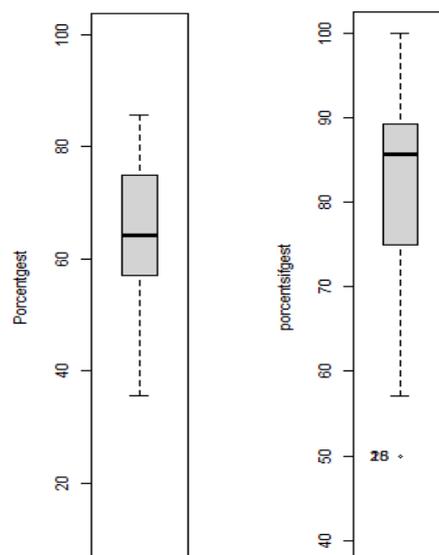
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 13 – *Boxplots* pré e pós-intervenção: tema: sífilis adquirida



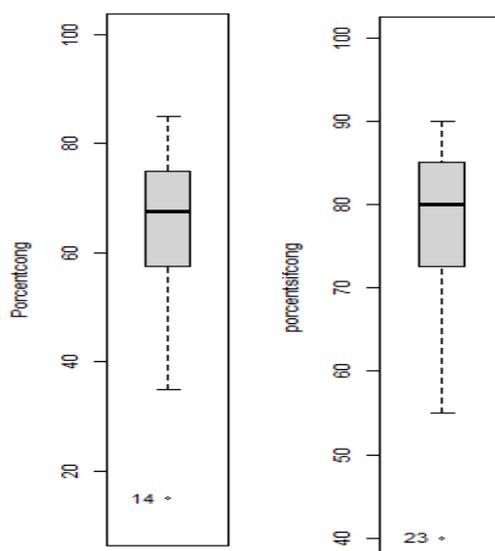
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 14 – *Boxplots* pré e pós-intervenção: tema: sífilis na gestação



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Gráfico 15 – *Boxplots* pré e pós-intervenção: tema: sífilis congênita



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Por último, foi realizada a avaliação de etapas de seguimento comparando dados da pré e pós-intervenção. Ao avaliar os resultados em p-valor, houve resultado significativo apenas na etapa diagnóstico e seguimento pós-terapêutico em sífilis congênita.

O p-valor foi significativo em diagnóstico e seguimento pós-terapêutico de sífilis congênita. Nas demais, o p-valor não foi significativo, embora, de um modo geral, as medianas cresceram da pré para a pós-intervenção. Por outro lado, evidenciou-se aumento das medianas em todas as etapas, exceto diagnóstico, que apresentou redução de 100% para 90%.

O maior aumento percentual foi verificado no item tratamento geral e gestante (de 12% para 44%), tratamento da gestante (de 55% para 80%), aspectos clínicos (de 77 para 100%), rastreamento (de 70% para 90%), diagnóstico (de 72% para 81%) e seguimento pós-terapêutico da sífilis adquirida (de 77 para 87%) e da sífilis congênita (de 68% para 78%).

Os intervalos interquartis também sofreram alterações na comparação pré e pós-intervenção. Observou-se um aumento nos intervalos inferior e superior em todas as categorias, indicando também relevante melhora no desempenho nas categorias mencionadas, conforme disposto na Tabela 48.

Tabela 48 – Avaliação do conhecimento das etapas de seguimento

Variáveis	% Mediana	IQR	% Mediana	IQR	p-valor
Temas	Antes da intervenção		Depois da intervenção		
Aspectos Clínicos	77	44-80	100	86-100	< 0.001
Transmissão	88	77-92	92	84-100	0.003
Notificação	100	80-100	90	80-100	0.8016
Rastreo	70	65-95	90	89-100	< 0.001
Diagnóstico	72	61-81	81	63-90	0.03707
Tratamento geral e gestante	12	12-25	44	25-62	< 0.001
Tratamento apenas gestante	55	50-70	80	70-82	< 0.001
Seguimento pós-terapêutico adquirida	77	66-88	87	75-100	0.002
Seguimento pós-terapêutico gestante	100	66-100	100	100-100	0.6061
Seguimento pós-terapêutico congênita	68	58-74	78	72-84	0.002

Nota: Teste estatístico utilizado: Wilcoxon pareado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

O capítulo a seguir fará uma discussão sobre os dados do perfil dos residentes, contato prático com a temática, opiniões e desempenho pré-intervenção de todos os participantes e do desempenho comparativo pré e pós-intervenção de todos os participantes de todas as etapas do curso, demonstrados por meio das tabelas e quadros. Objetiva-se, a seguir, uma reflexão crítica relacionada ao desempenho destes profissionais inseridos nas Equipes de Saúde da Família e em um cenário de ensino, ou seja, de uma pós-graduação *lato sensu* e com carga horária principalmente prática. Além disso, serão feitas algumas comparações com estudos com metodologia de avaliação de conhecimento dos profissionais acerca do manejo da sífilis, bem como ao contexto epidemiológico atual.

6. DISCUSSÃO

Neste capítulo, objetiva-se propor uma reflexão sobre a formação do profissional médico e enfermeiro, residentes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Comunidade, suas condutas acerca do cuidado ao indivíduo, à família e à sociedade no contexto do manejo da sífilis adquirida, gestacional e congênita, bem como a utilização de ferramenta-tecnológica em saúde como proposta de intervenção educativa virtual.

Estudos que avaliaram o conhecimento entre profissionais de saúde no manejo da sífilis apontam lacunas no que se refere ao conhecimento e trazem importantes reflexões entre a teoria e a prática. Afirmam que há uma escassez de treinamentos e propõem a criação de ferramentas de apoio (COSTA, L. *et al.*, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2013a; PEREIRA, R. M., 2020; RODRIGUES, D., 2015).

Dados os altos índices de sífilis e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro, esta investigação teve a pretensão de ir além da avaliação do conhecimento e apresentar a proposta de um curso on-line, interativo e adaptado à realidade, no intuito de contribuir para os serviços de saúde pública do Brasil para o combate à sífilis e sífilis congênita.

Tese de doutorado, realizada com médicos e enfermeiros da Atenção Primária em Saúde (APS) na cidade de Volta Redonda/RJ, ratifica a importância de capacitação e aponta a necessidade de planejamento junto aos gestores de saúde para a execução de ações de combate à sífilis, com atividades de educação permanente, e ressalta que é necessário investir nos treinamentos para o manejo da sífilis adquirida, gestacional e congênita (PEREIRA, R. M., 2020).

O perfil dos participantes desta investigação foi majoritariamente de residentes enfermeiros (96%) e uma pequena parcela de residentes médicos (4%). A categoria profissional enfermeiro também foi identificada como a principal participante de outros estudos (COSTA, L., 2018; LAZARINI; BARBOSA, D., 2017; PEREIRA, R. M., 2020; RODRIGUES, D., 2015), que desenvolveram avaliação de conhecimento sobre sífilis a partir do Inquérito CAP – Conhecimento, Atitudes e Práticas – com profissionais de saúde atuantes na APS, o que possivelmente pode se refletir em uma maior adesão e interesse em contribuir para o conhecimento relacionado ao manejo da sífilis.

No estudo de Pereira, R. M. (2020), 65,5% dos profissionais foram enfermeiros e 35,5% médicos. No estudo de Rodrigues, D. (2015), 56% dos participantes eram enfermeiros e 44% médicos. Em Costa, L. *et al.* (2018) participaram 53,5% enfermeiros e 46,5% médicos.

Em Lazarini e Barbosa, D. (2017), 70,6% também foram enfermeiros e 20,6% médicos. Contudo, no estudo de Domingues *et al.* (2013a), os médicos representaram a maioria (70%) e os enfermeiros 30%. Comparado com os outros estudos, a presente pesquisa teve a menor participação de médicos.

Esta investigação chama a atenção para o interesse dos enfermeiros comparado ao dos médicos, em relação a outros estudos. O profissional enfermeiro, no âmbito da APS, desempenha papéis importantíssimos, sendo essenciais para o avanço neste nível de atenção (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018). Promovem cuidados ao usuário, à família e à comunidade em atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, supervisionam Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de enfermagem da ESF. Além disso, ocupam espaços importantes da gestão em Unidades, atuam em setores de assessoria técnica e na construção de materiais aos profissionais da linha de frente e vigilância em saúde.

A faixa etária dos participantes em média foi inferior a 30 anos (76%) e a formação acadêmica da maioria concluída nos últimos quatro anos (72%). Por se tratar de residentes, são profissionais que, em geral, ingressam após a graduação e não podem possuir outro vínculo empregatício. Estas características divergem de outros estudos (DOMINGUES *et al.*, 2013a; LAZARINI; BARBOSA, D. 2017; PEREIRA, R. M., 2020; RODRIGUES, D., 2015), em que os profissionais possuem cinco ou mais anos de experiência profissional, atuantes em unidades de saúde, entretanto sem vínculos com programas de pós-graduação.

O que chama atenção é que, embora os participantes estejam cursando uma pós-graduação *lato sensu*, a maioria já possuía especialização prévia em Saúde da Família (65,78%), refletindo o verdadeiro interesse no aprofundamento prático neste nível de atenção, uma vez que a especialização na modalidade residência é a única que possui 80% de carga horária prática no território nacional para os profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2010).

A avaliação do conhecimento deve ser entendida como um primeiro passo, ferramenta importante para identificar falhas na condução do manejo da sífilis, para que possa servir de base para intervenções que visem a melhoria do cuidado e subsidiar a educação permanente para todos os serviços de saúde.

O conhecimento relacionado à sífilis apresentado neste capítulo Resultados, quanto à pré-intervenção e intervenção educativa, teve o objetivo de avaliar a estratégia e se foi importante para o conhecimento e adequada à realidade. A proposta de realizar uma avaliação

de conhecimento utilizando raciocínio clínico com estudos de caso e um curso on-line interativo voltado para suprir as necessidades da prática assistencial, em outras palavras, a sua interação com a temática e o seu conhecimento em relação a todas as etapas do seguimento da sífilis e da sífilis congênita foi o diferencial neste estudo, o que difere de outros estudos (COSTA, L. *et al.*, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2013a; PEREIRA, R. M., 2020) que avaliaram o conhecimento, porém não integraram em categorias de agravo ou etapas de seguimento.

A capacitação deve ir além da busca limitada de sinais e sintomas clássicos constantes na literatura e nos protocolos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), buscando a interpretação, a realização de acompanhamento dos diferentes resultados laboratoriais para o diagnóstico de sífilis, com a articulação da história progressa e exame físico acurado, escuta ativa e consideração dos contextos familiares, sociais e culturais (PEREIRA, R. M., 2020).

Por ser este o primeiro estudo de avaliação de conhecimentos sobre sífilis em um programa de pós-graduação na modalidade residência e que utilizou a tecnologia virtual para aprendizagem, é válido afirmar que as características que divergem de outros estudos podem trazer novas possibilidades de ensino/educação permanente que serão úteis para a comunidade científica, gestores de saúde e instituições de ensino, no que tange às estratégias de enfrentamento da sífilis e da sífilis congênita. Além disso, em virtude da sua originalidade e relevância, pela proposta intervencionista, é possível ser adaptado a outras temáticas.

Presume-se, por se tratar de profissionais médicos e enfermeiros jovens, recém-egressos de graduação e pós-graduação e sem outro vínculo empregatício, que os dados apresentados desta investigação refletiriam o conhecimento adquirido nos diversos cenários em que passaram na formação. O que chama atenção é o fato de que a temática da sífilis deve ser assunto prioritário em todos os programas de ensino, tanto no ensino médio quanto na graduação, principalmente dos cursos da área da saúde. Entretanto, os dados encontrados em relação a contato anterior com a temática sífilis, por meio de cursos/atividades educativas oferecidos, evidenciam que a maioria (64%) não havia experimentado essa experiência.

Quanto mais precocemente se falar de sífilis, melhores poderão ser os resultados em relação à qualidade da assistência e, desta maneira, o alcance da detecção, tratamento e cura precoces da sífilis e a eliminação da sífilis congênita. A inclusão, já na graduação, de atividades educativas direcionadas à sífilis pode ser benéfica para o incremento de conhecimento e, conseqüentemente, para a correta orientação à população.

Estudo realizado por Cavalcanti *et al.* (2019) demonstra um exemplo de atividade bem-sucedida de acadêmicos de diversos cursos voltados para área de saúde da população,

denominada Tenda da Sífilis, realizada na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Um exemplo ímpar desta atividade foi desmitificar formas erradas de transmissão a um idoso de 74 anos, sexualmente ativo e com nível superior, que acreditava que uma das formas de transmissão da sífilis poderia ser por andar descalço. Este relato reflete uma população que, possivelmente, não tem sido orientada pelos profissionais de saúde, visto que ainda desconhece aspectos de transmissão da sífilis, uma doença secular. Por outro lado, percebe-se que uma orientação correta pode fazer a diferença para uma vida humana.

Estudo de Pereira, R. M. *et al.* (2018), que também envolveu estudantes dos cursos de ciências biológicas, educação física, enfermagem e odontologia com relação ao conhecimento da sífilis, identificou que a maioria, em especial os do curso de bacharelado em enfermagem, não recebeu informações sobre sífilis em sua formação, e aponta conhecimentos inadequados. Um quantitativo considerável de 30% recebeu informações apenas durante aulas de ensino médio.

A sífilis deve ser incluída obrigatoriamente na grade curricular de disciplinas ligadas à assistência prestada ao indivíduo em todos os níveis de complexidade e nas disciplinas de pós-graduação, haja vista que todos os espaços devem ser uma oportunidade de identificação e manejo precoce de casos da doença. A sua abordagem deve, portanto, ser o mais precoce possível para melhor prepará-los como futuros profissionais, que serão os responsáveis pelo enfrentamento da sífilis.

Todos os profissionais participantes deste estudo reconhecem a sífilis como problema de saúde pública. A grande maioria (97%) referiu consultar materiais científicos para prestar assistência, principalmente os protocolos do município do Rio de Janeiro (86%) e os do Ministério da Saúde (77%), demonstrando o reconhecimento da sífilis e o valor à adoção dos protocolos para o adequado manejo. Esta adoção para prestar assistência se faz necessária e pode demonstrar melhores desfechos (DOMINGUES *et al.*, 2013a).

Os participantes também foram questionados quanto à assistência prestada aos usuários acometidos por sífilis. Buscou-se identificar as suas experiências acerca do atendimento à população. A grande maioria (92%) referiu já ter prestado alguma assistência, especialmente em gestantes (86%) e menos da metade dos profissionais prestaram atendimento às parcerias sexuais (48%) e a crianças verticalmente expostas (27%). É importante destacar que, no município do Rio de Janeiro, tem-se um crescente número de casos ao longo dos anos para todos os agravos.

Com a pandemia do novo coronavírus, é preocupante o diagnóstico e manejo da sífilis e da sífilis congênita, já que a oferta dos serviços na APS está restrita à população. Futuramente, pode refletir em consequências desastrosas, com subnotificações pela diminuição da oferta de diagnóstico, reinfecção pela não orientação das parcerias sexuais e o aumento do número de casos de sífilis congênita constatados tardiamente, bem como complicações irreversíveis não oportunamente identificadas. O curso on-line “Manejo da Sífilis no Ciclo da Vida com Enfoque na Atenção Primária” pode ser uma ferramenta de apoio para os profissionais, uma vez que, por ser virtual, pode-se fazer o curso em diversos ambientes, como o próprio domicílio ou na Unidade, interagindo e compartilhando as informações com outros profissionais.

O Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2020 traz uma redução no número de casos, que, de acordo com este documento, pode estar relacionada à demora na notificação e alimentação das Bases de Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), pela mobilização dos profissionais de saúde em razão da pandemia (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

Não houve publicações governamentais e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) voltadas para as estratégias de enfrentamento da sífilis no contexto da pandemia. Entretanto, em relação ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, em abril de 2020, publicou o Ofício nº 15/2020 (BRASIL, 2020b), que estabelece a distribuição de autotestes de HIV para ampliação do acesso à testagem durante o período da pandemia para pessoas com maior vulnerabilidade para contrair o HIV, a fim de reduzir o tempo de espera de atendimentos.

Uma alternativa que pode ser implementada é o atendimento por Telessaúde, que vem sendo utilizado em diversos espaços, inclusive no município do Rio de Janeiro. Deve-se entender que esta dinâmica não visa substituir o atendimento presencial, mas, no caso do enfrentamento da sífilis, se configura como uma possibilidade de busca ativa, importante estratégia no contexto da pandemia, além de estimular a procura dos serviços para o oportuno tratamento e diminuição da cadeia de transmissão e reinfecção em caso de testagem reagente para a sífilis.

Embora precocemente, pode-se afirmar que a pandemia impactará diretamente no potencial de detecção de casos e intervenção. Apesar de não ser objeto desta investigação medir o impacto da pandemia no cuidado à sífilis e sífilis congênita, durante as atividades

virtuais com os médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, a redução de notificações identificada no último boletim aponta firmemente para esta real possibilidade.

É importante pensar em alternativas para o enfrentamento da sífilis e da sífilis congênita, especialmente em situações em que há mudança na dinâmica de funcionamento das Unidades de Saúde. Ressalta-se a importância de uma proposta educativa diferenciada para um problema que persiste. O número crescente de casos identificados nos últimos anos não deve ser tido apenas como disseminação do *Treponema pallidum* pela crescente exposição ao risco do indivíduo, embora esta deva ser também considerada e valorizada.

É preciso considerar o aumento da oferta do diagnóstico pela ampliação do acesso, inclusive referente à expansão da ESF, sobretudo no município do Rio de Janeiro, e a descentralização dos testes rápidos para as Unidades de Atenção Primária. Então, a redução do acesso é uma oportunidade perdida para a detecção e manejo da sífilis.

No tocante ao enfrentamento da sífilis congênita, faz-se necessário refletir sobre as dinâmicas de acesso, bem como encarar o não atendimento destes indivíduos como perdas de oportunidade de ensino a estes profissionais em franca formação.

A sífilis congênita é um grave problema de saúde pública que pode acometer a criança nas suas mais variadas formas (BRASIL, 2020a); sendo assim, é prioritário e fundamental o seguimento ambulatorial e laboratorial da criança para a identificação precoce de alterações durante o tratamento ou a necessidade de retratamento com potencial para as diversas sequelas da sífilis congênita. Salienta-se que, no município do Rio de Janeiro, a incidência de SC é uma das mais altas em todo o território nacional, o que chama atenção para a adoção de estratégias que ampliem o acesso a esta população, mesmo que em situações adversas.

Ao serem questionados sobre as possíveis dificuldades no enfrentamento da sífilis, grande parte dos participantes (84%) considera que existem dificuldades no seu manejo, elencando principalmente a não adesão ao tratamento, abordagem às parcerias sexuais, seguimento pós-terapêutico, desconhecimento da população e o despreparo dos profissionais de saúde. Achados como estes foram observados em outros estudos que abordaram esses temas citados pelos profissionais (BASTOS *et al.*, 2018; CARDOSO, F., 2016; DOMINGUES *et al.*, 2013a; KAWAGUCHI *et al.*, 2014; RIBEIRO, 2019).

No que tange ao desconhecimento da população, o estudo realizado no município de Sobral/Ceará (BASTOS *et al.*, 2018) objetivou avaliar o conhecimento de idosos acerca da sífilis e do HIV/AIDS antes da realização de ações educativas e constatou o desconhecimento sobre a sífilis em 67,3% dos entrevistados e 70,9% afirmaram não saber suas formas de

transmissão. Estudo realizado no alojamento conjunto de uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, envolvendo a experiência transicional de familiares da criança hospitalizada para o tratamento de sífilis congênita, evidenciou que estes familiares possuíam conhecimento rudimentar sobre sífilis e sobre sífilis congênita (RIBEIRO, 2019).

Sobre o seguimento pós-terapêutico, que é longo e composto por uma avaliação clínica e laboratorial, em crianças é até os dois anos e para adultos é por 12 meses. Estudo realizado em seis hospitais públicos no Distrito Federal, por meio da análise de fichas de notificação e prontuários de crianças para tratamento e seguimento da sífilis congênita, identificou que durante atendimento de crianças expostas, apenas quatro crianças (4,9%) fizeram o acompanhamento conforme protocolo do Ministério da Saúde e nenhuma realizou seguimento laboratorial até os 18 meses (KAWAGUCHI *et al.*, 2014).

A dificuldade em abordar as parcerias sexuais também foi um achado no estudo de Costa, L. *et al.* (2018), destinado à avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde pré-natalistas sobre sífilis na gestação, em que se verificou como dificuldade, na opinião dos participantes (74,4%), a falta de adesão do parceiro no tratamento.

Quando questionados sobre as dificuldades no manejo da sífilis, 40% dos profissionais pré-natalistas, entrevistados no estudo de Domingues *et al.* (2013a) realizado no município do Rio de Janeiro, relataram dificuldade em conversar sobre sífilis com os parceiros das gestantes. Este dado foi também verificado em estudo realizado no Rio de Janeiro com médicos de Família, que igualmente encontrou dificuldade na abordagem dos parceiros que, na opinião destes profissionais, muitas vezes não residem no território e não fazem parte da família da gestante (CARDOSO, F., 2016).

O despreparo profissional e a ausência de treinamentos elencados pelos profissionais foram observados em outros estudos já mencionados anteriormente e esses dados, assim como os do presente estudo, devem encorajar os gestores a buscar alternativas para a educação permanente dos profissionais da linha de frente a fim de maximizar as potencialidades das equipes quanto ao manejo da sífilis e, ao mesmo tempo, diminuir possíveis danos resultantes das fragilidades nas práticas (PEREIRA, R. M., 2020).

A não qualificação profissional foi identificada como um dos fatores que interferem na adesão ao tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis na percepção dos enfermeiros da ESF também no município de Crato/Ceará, em estudo realizado por Figueiredo, M. *et al.* (2015). Achado semelhante foi encontrado no estudo de Cardoso, F. (2016).

A adesão ao tratamento, importantíssima para alcançar a cura, foi outro fator citado como uma dificuldade em relação ao manejo da sífilis. Não foram aprofundados os motivos dessa não adesão na opinião dos participantes, mas o fato de terem pontuado este tema como dificuldade demonstra o reconhecimento desta realidade, que deve ser o primeiro passo para o enfrentamento deste agravo.

Silva, P. *et al.* (2020) identificou, na análise de uma revisão integrativa de sete estudos abordando o tema adesão ao tratamento à sífilis adquirida, que as dificuldades de adesão ao tratamento foram relacionadas à ausência de informação e diagnóstico precoce, dificuldade na avaliação e identificação de contatos, a deficiência de vigilância epidemiológica e ausência de ações de adesão de parceiros ao tratamento, refletindo a não conscientização e banalização enquanto prática sexual segura durante e depois do tratamento, gerando possibilidade de transmissão e reinfecção, evidenciadas sobretudo em condições de vulnerabilidade como a baixa escolaridade e uso de drogas.

No estudo em questão, embora a maioria dos participantes tenha discorrido quanto às dificuldades referentes ao manejo da sífilis, a minoria (41%) apresentou sugestões como a educação permanente, a educação em saúde da população e o rastreamento. Os profissionais da linha de frente não são os únicos responsáveis no enfrentamento, mas devem ser os primeiros a apontar sugestões, pois são os atores principais no combate à sífilis e entendem as dinâmicas do território e das relações interpessoais, além de lidarem com os diversos problemas como os de desabastecimento de insumos e contato com os gestores.

Quanto à educação permanente e educação popular, foram pontuadas no estudo de Costa, L. *et al.* (2018), no qual 86% dos participantes (enfermeiros e médicos) sugeriram a educação continuada e 81,4% treinamentos e capacitações sobre sífilis. Os pré-natalistas participantes do estudo de Domingues *et al.* (2013a) sugeriram trabalhos educativos com a população geral (81,5%) e treinamentos curtos no próprio serviço, além da importante facilitação do diagnóstico e tratamento dos parceiros (80,4%), garantia de exames de qualidade (62,7%) e manejo clínico (65,3%).

Portanto, este e outros estudos contribuem para que todos os profissionais reflitam e estejam envolvidos na construção de ações que visem a redução da sífilis e a eliminação da SC no território brasileiro e os profissionais da linha de frente devem estar atentos a contribuir neste sentido.

Ao elencar a educação permanente e a educação popular como dificuldades e sugestões de enfrentamento, os participantes apontam para a necessidade de se investir em

ferramentas de apoio por parte dos gestores, tendo em vista que são ferramentas importantes para o enfrentamento da sífilis em todo o ciclo da vida (BITTENCOURT; PEDRON, 2012; CARDOSO, F., 2016; HERINGER *et al.*, 2020; NUNES, J. *et al.*, 2017; OLIVEIRA, T., 2017; PEREIRA, R. M., 2020; ROCHA *et al.*, 2019; SILVA, A. *et al.*, 2018).

No estudo de Costa, C. (2012), 73,7% dos enfermeiros referiram realizar a educação em saúde para o controle da sífilis congênita. O mesmo autor destaca que estas ações devem ser planejadas e postas em prática, pois propõem a autonomia do usuário na sua promoção à saúde.

Santos, R. *et al.* (2019) também defende que se faz necessária a construção de ferramentas inovadoras que promovam educação em saúde, uma vez que essas ações promovem mudanças em conjunto e, conseqüentemente, ao indivíduo em relação às doenças e à sua prevenção.

Os participantes deste estudo, quando questionados sobre as atividades de educação permanente anteriores e no contexto da residência, apontaram que a residência em Saúde da Família é um ambiente oportuno para o aprendizado sobre a sífilis, embora a maioria não tenha participado de nenhum treinamento específico (64%) e não fez o curso disponível para diagnósticos de sífilis pelo Telelab (68%), apesar de a maioria ter referido capacitação para a realização dos testes rápidos (81%).

A escassez de acesso e oferta a cursos relacionados ao enfrentamento da sífilis parece ser recorrente, tendo sido identificada neste e em outros estudos. No estudo de Silva, D. *et al.* (2014), conduzido em Fortaleza/Ceará, 53,2% dos profissionais médicos e enfermeiros de família referiram já ter feito treinamento sobre sífilis. Domingues *et al.* (2013a) verificaram maior capacitação entre profissionais da atenção básica (70%), em comparação aos profissionais da casa de parto (50%). No estudo de Santos, R. *et al.* (2017), realizado com enfermeiros e médicos obstetras lotados em uma maternidade em Teresina/Piauí, a escassez de treinamentos foi maior, apenas 39% dos profissionais haviam participado.

Contudo, em estudo realizado na Área de Planejamento (AP) 3.3 do município do Rio de Janeiro, os médicos de família entrevistados referiram que os treinamentos sobre sífilis são oferecidos em diversos espaços pelos gestores, mas quando oferecidos há baixa adesão por parte desses profissionais por desinteresse profissional e desorganização dos serviços de saúde em articular a agenda assistencial com a acadêmica, embora as temáticas sífilis na gestação e congênita tenham sido pouco ou não abordadas nestes treinamentos (CARDOSO, F., 2016). Esse desinteresse do próprio profissional de saúde parece ter sido averiguado no presente

estudo, cujo conteúdo contribui diretamente para o conhecimento teórico-prático relacionado ao manejo da sífilis, entretanto não houve participação plena dos residentes em franca formação.

A intervenção educativa se mostrou uma ferramenta importante para aprimorar os atendimentos dos profissionais, tendo sido citada como sugestão de enfrentamento para o manejo. No presente estudo, o desempenho dos participantes no questionário pré-intervenção foi discretamente melhor quando referiram ter participado de algum treinamento anterior e quando o avaliaram como útil para a prática clínica (77.9%), comparando aos que não realizaram treinamento (73,7%) e não o consideraram útil para a prática clínica. Um fator relevante foi a maior quantidade de tempo de permanência na residência como potencializador de efeitos positivos no desempenho geral, o que demonstra que a residência é um ambiente de aprendizado sobre a sífilis. Estes dados reforçam ainda mais a importância da intensificação da educação permanente em todos os espaços e oportunidades possíveis. Essas atividades devem ser ferramentas à disposição dos serviços com vistas à implantação e implementação de condutas já estabelecidas para a assistência à saúde.

Os participantes do estudo foram questionados sobre as facilidades e a maioria (67%) considerou que estas existem no manejo da sífilis, citando, especialmente, disponibilidade de tratamento, o oferecimento dos testes rápidos para acesso ao diagnóstico e acesso aos protocolos, evidenciando na prática a existência das pactuações estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as suas execuções na SMS-RJ.

A Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil, em 2017, estabeleceu a ampliação do compromisso com novas parcerias e a inclusão de ações conjuntas com a estratégia interministerial de resposta rápida à sífilis nas Redes de Atenção, objetivando principalmente a redução da sífilis adquirida, na gestação e congênita no Brasil, incluindo a oferta diagnóstica, o tratamento para usuários e suas parcerias, a disponibilização de dados epidemiológicos e a produção e atualização de Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2017a).

A SMS-RJ também faz cumprir estas ações estratégicas, visto que garante o abastecimento de testes rápidos nas Unidades de Atenção Primária, o abastecimento da penicilina, restringindo a liberação apenas para o tratamento da sífilis e febre reumática, a captação precoce das gestantes no pré-natal, bem como o fluxo de atendimento para dessensibilização de gestantes alérgicas à penicilina, atendimento e identificação precoce de crianças expostas verticalmente na maternidade, com a garantia de tratamento à base de

penicilina e o fluxo de referência para crianças para infectologia pediátrica e exames como os de audiologia e oftalmologia, dentre outros.

O acesso aos manuais técnicos do Ministério da Saúde também foi apontado entre os pré-natalistas (Domingues *et al.*, 2013a), próximo a 80%, porém a leitura completa do material foi referida por apenas 57,7% dos profissionais.

Ao realizar um estudo de análise de efetividade de ações de detecção e tratamento para a prevenção da transmissão vertical em municípios com população acima de 20.000 habitantes e cobertura de ESF superior a 50%, Figueiredo, D. *et al.* (2020) identificaram maior mediana de incidência (1,63) em municípios com maior oferta de testes rápidos comparado aos municípios com menor oferta, embora não tenha impactado na incidência de SC, uma vez que a mediana nestes municípios de maior incidência foi 1,14 vezes maior.

Neste mesmo estudo de Figueiredo, D. *et al.* (2020), a incidência da sífilis congênita foi inferior em municípios que utilizavam penicilina benzatina e o grupo de municípios com maior redução de transmissão vertical apresentou maior mediana de realização de testes rápidos e penicilina benzatina. Dados como estes evidenciam a importância das estratégias no enfrentamento da sífilis no país.

Outros estudos encontraram dificuldades diferentes das apontadas na visão dos participantes do presente estudo. Pícoli e Cazola (2020) relatam, em seu estudo com população indígena durante assistência pré-natal, a disponibilidade de coleta adequada de teste de sífilis na primeira consulta pré-natal, contudo observaram demora nos resultados, acarretando diagnóstico e tratamento tardios. Lopes *et al.* (2016) identificaram dificuldades na implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV em Unidades de Atenção Primária no município de Fortaleza/Ceará, bem como espaço físico para a sua realização e acondicionamento. Embora não tenham sido fatores suficientes para o impedimento de sua utilização, podem dificultar a logística para um bom funcionamento e, conseqüentemente, a sua correta execução.

Partindo da ideia da avaliação do conhecimento no manejo da sífilis no contexto da APS e em programa de pós-graduação na modalidade residência, considerando também a sífilis adquirida, pretende-se chegar a uma reflexão mais ampla, para um olhar integral e um compromisso para o cuidado em todo o ciclo da vida dos usuários com diagnóstico de sífilis, por profissionais em franca formação e formadores, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade.

É importante destacar que o desempenho dos participantes apresentou resultados positivos em relação ao manejo da sífilis, sendo superior às lacunas encontradas, apesar de estas obviamente precisarem ser solucionadas, o que demonstra a importância de se intensificar a discussão da sífilis nos espaços da prática clínica e nos espaços de ensino, realizar atividades de educação em saúde nas comunidades e escolas de ensino fundamental e ensino médio, até mesmo por meio da intervenção educativa virtual como proposto nesta investigação.

Os resultados apresentados com relação à etapa pré-intervenção trazem uma importante reflexão em relação ao conhecimento dos profissionais atuantes na APS, no contexto do processo de ensino-aprendizagem em serviço e à sua forma de capacitação.

O desempenho dos participantes, demonstrado pela mediana, foi de 75 acertos do total de 108 máximos, representando 69,44% de acertos, com dados superiores a outros estudos que mediram conhecimento com profissionais destas categorias, mas com maior tempo de formação, com pós-graduação e com experiência no manejo da sífilis (COSTA, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2013a; GOMES, 2013; SILVA, D. *et al.*, 2014).

Nota-se um resultado favorável, e deve ser ainda mais evidenciado, por se tratar de um grande quantitativo de perguntas variadas para uma avaliação de conhecimentos mais amplo, ou seja, visando a verificação de itens relacionados à sífilis adquirida, gestacional e congênita com enfoque na APS.

Identificou-se em Costa (2012) que 67,3% dos enfermeiros possuíam conhecimento adequado. O desempenho médio dos profissionais de saúde atuantes na ESF em Fortaleza/Ceará sobre a prevenção e controle da transmissão vertical da sífilis foi de 60% e foi avaliado como aquém, visto que para este estudo a sífilis é de fácil manejo (SILVA, D. *et al.*, 2014).

No entanto, sabemos que a sífilis não é de fácil manejo, pois muitos fatores estão imbricados, como as questões culturais que envolvem esta infecção, e que muitas vezes dificultam a cura. Além disso, por ser uma infecção com apresentação assintomática na maioria do seu curso, ou seja, “invisível”, e ter em sua fase sintomática apresentações confundíveis com outras infecções, sendo conhecida como “a impostora”, não lhe é dado o devido valor quanto à sua gravidade.

Na avaliação de conhecimentos quanto ao manejo da sífilis gestacional com realização de estudo de caso, Domingues *et al.* (2013a) verificaram conhecimento adequado em apenas 50% dos participantes. E no estudo de Gomes (2013), o desempenho dos enfermeiros e

médicos de família sobre sífilis em gestante a partir do Inquérito CAP foi de 63,6% e 61,5%, respectivamente.

Quando medido desempenho por meio dos temas que foram propostos neste estudo, foi encontrado um melhor desempenho quanto aos aspectos gerais da sífilis, seguido de sífilis congênita, sífilis na gestação e sífilis adquirida, que apresentou maiores lacunas de conhecimentos. Este método de avaliação não foi feito em outros estudos, pois a maioria buscou identificar conhecimento acerca do manejo da sífilis na gestação e congênita. Desta forma, não há como realizar desempenho comparativo em todos os temas elencados para o estudo.

Objetivou-se, na categoria “Aspectos gerais da sífilis”, avaliar os conhecimentos básicos, que são úteis para o manejo da sífilis em todo o ciclo da vida. Os dados para este tema demonstraram que os profissionais apresentaram bom desempenho em importantes quesitos perguntados (como o agente etiológico da sífilis, principais vias de transmissão da sífilis, diferença entre testes treponêmicos e não treponêmicos, quando se faz necessária a realização do rastreamento), da mesma maneira que lacunas do conhecimento, mas em aspectos menos abordados no seu dia a dia (vias de transmissão menos frequentes, aleitamento materno como via de transmissão, rastreamento em parcerias sexuais de gestante, Homens que fazem Sexo com homens [HSH], idosos e em faixas etárias, definição de quais são testes treponêmicos e não treponêmicos como Anticorpo Treponêmico Fluorescente absorvido [FTA-ABS] e *Rapid Test Reagin* [RPR]).

O conhecimento demonstrado em itens importantes reflete que estes profissionais estão sendo corretamente instruídos, e as lacunas identificadas sugerem que ainda é preciso que o ensino englobe as informações como um todo, não somente o que mais se vivencia no dia a dia.

Os residentes reconheceram o *Treponema pallidum* como agente etiológico da sífilis (98%), achado superior ao estudo em Volta Redonda (PEREIRA, R. M., 2020) com acerto de 92,5% dos profissionais, e bem superior ao estudo realizado em Fortaleza (COSTA, C., 2012) com 81,3% de acertos entre enfermeiros, e até mesmo do estudo realizado no mesmo cenário, no município do Rio de Janeiro (DOMINGUES *et al.*, 2013a), com acerto de 97,3% dos profissionais pré-natalistas. Depreende-se que a maioria dos estudos aponta que os participantes reconhecem o agente etiológico da sífilis, demonstrando que este conhecimento é difundido entre os profissionais.

Outrossim, souberam identificar as formas de transmissão mais frequentes da sífilis, como as por vias sexual e vertical (BRASIL, 2020a), divergindo de outro estudo, o qual demonstrou que a minoria (49,1%) dos profissionais conhece as formas de transmissão da sífilis (COSTA, C., 2012).

Um quantitativo expressivo dos profissionais de saúde não considera a sífilis como transmissível por vias como o uso de drogas injetáveis (43%), beijo com presença de lesões na mucosa oral (35%) e transfusão sanguínea (34%). Embora sejam vias de transmissão menos frequentes, é possível ressaltar que os profissionais devem estar aptos a reconhecê-las e identificá-las durante a anamnese.

Um número expressivo de profissionais (12%) interpreta erroneamente o aleitamento materno como forma de transmissão da sífilis. O aleitamento materno também foi colocado como forma de transmissão da sífilis por 50,7% dos enfermeiros participantes em Costa, C. (2012). Considerar a sífilis como transmissível por aleitamento materno pode desencadear o desmame precoce, pelo desencorajamento da mulher por parte dos profissionais, por exemplo. É importante desmistificar esta informação aos profissionais durante o processo de Educação Permanente e junto à população que está sob os seus cuidados.

Em relação ao rastreamento da sífilis, os profissionais residentes sabem reconhecer as suas principais formas, tais como durante a assistência pré-natal (99%), na presença de outras IST (97%), em caso de relações sexuais desprotegidas (98%), em atendimento a pessoas vítimas de violência sexual (98%), em crianças verticalmente expostas (97%), em parcerias sexuais de pessoas acometidas (97%), em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (94%) e em profissionais do sexo (89%), momentos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a).

Por outro lado, uma minoria acredita que os idosos (38%), pessoas com idade abaixo de 30 anos (35%), pessoas com idade acima dos 30 anos (33%), e a minoria, mas em um quantitativo expressivo, não considera os HSH (30%), usuários de drogas (32%) e adolescentes que já iniciaram atividade sexual (38%) como momentos necessários para o rastreamento e não considera o rastreamento das parcerias sexuais da gestante independente do *status* sorológico, julgando-o elegível apenas em parcerias de gestantes infectadas.

As taxas de sífilis são maiores nas faixas etárias abaixo dos 30 anos, de acordo com o último Boletim Epidemiológico da Sífilis (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020). Deste modo, o Ministério da Saúde, por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de 2020, orienta que o rastreamento seja anual, por exemplo, em adolescentes e

pessoas abaixo dos 30 anos com vida sexual ativa. Recomenda-se também, a cada seis meses, o rastreamento da sífilis em HSH e usuários de álcool e outras drogas (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020).

Em relação aos idosos, observou-se um incremento no número de casos de HIV, principalmente entre homens ao longo dos últimos 10 anos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019b). Para sífilis, também ocorreu um aumento progressivo desde 2010, subindo para 19,2% dos casos, porém como a informação é em relação à faixa etária acima dos 50 anos, sabe-se que há dados de idosos, mas é difícil uma análise mais precisa desta população. No estudo de Andrade *et al.* (2017), envolvendo vulnerabilidade de idosos às IST, a taxa de prevalência de sífilis (infecção mais identificada nestes idosos) foi considerada alta (3,5%) e todos os idosos entrevistados negaram uso de preservativo. Dados como estes chamam atenção para a promoção de ações que visem oportunizar a detecção e o manejo da sífilis nesta população.

Para as parcerias sexuais da gestante, está instituído desde 2017 o pré-natal do parceiro, com inclusão de solicitação de sorologia para sífilis como rotina de rastreamento a todos os parceiros, independentemente do *status* sorológico da gestante (HERRMANN *et al.*, 2016), entretanto o que se observa em alguns estudos é que há entraves à prestação da assistência às parcerias sexuais, evidenciando a dificuldade em tornar essa conduta uma realidade.

Estudo realizado em Porto Alegre verificou um elevado número de parceiros que não recebem tratamento e sugeriu a educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica, por ser um local de maior proximidade aos usuários e com maiores oportunidades de captação precoce desses usuários (HOLZTRATTNER *et al.*, 2019). Junto aos profissionais de saúde e mulheres com diagnóstico de sífilis, Rocha *et al.* (2019) identificaram que não existem estratégias para a notificação do parceiro, cabendo à mulher esta responsabilidade, sem o devido apoio emocional e orientações adequadas.

É fundamental a sensibilização dos profissionais e serviços de saúde quanto à inclusão das parcerias sexuais, pois, além do rastreamento oportuno de infecções de transmissão vertical, trazem apoio à mulher neste período (CARDOSO, A. *et al.*, 2018). O pré-natal do parceiro, assim como detecção precoce da sífilis com a diminuição das chances de ocorrência de sífilis congênita, reduz a violência doméstica, depressão puerperal e favorece o fortalecimento de vínculos (HORTA *et al.*, 2017).

A respeito do rastreamento da sífilis em HSH, Brignol *et al.* (2016) verificaram junto a 10 municípios uma alta prevalência de infecção pelo HIV em HSH em relação à população geral. Um dos fatores de vulnerabilidade associado foi a não realização de teste de sífilis, confirmando a importância da realização do rastreamento da sífilis no contexto da epidemia do HIV. A detecção da sífilis permite aproximação de ações de prevenção, afinal a ocorrência desta doença ou outras IST facilita em muito a coinfeções (BRASIL, 2020a).

Em relação à sífilis na adolescência, o PCDT de 2020 (BRASIL, 2020a) preconiza o rastreamento de todos os adolescentes que já iniciaram atividade sexual. Estudo realizado no estado de Pernambuco identificou aumento progressivo de sífilis na gestação durante o período da adolescência, no período de 2009 a 2016, de 71 para 286 (OLIVEIRA, R.; PEIXOTO; CARDOSO, M., 2019). Observa-se também, no último Boletim Epidemiológico (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020), aumento crescente nas taxas de detecção de sífilis adquirida e em gestantes na faixa etária de 13 a 19 anos, evidenciando a importância do rastreamento.

Ademais, trata-se de uma faixa etária que carece de conhecimentos acerca da prevenção da sífilis, conforme identificado em Carvalho, R. X. e Araújo (2020), que identificaram, por meio da realização do inquérito CAP com adolescentes universitários entre 18 e 19 anos sobre sífilis, que o conhecimento e a atitude são insuficientes para adoção de práticas seguras que correspondem à prevenção, evidenciando ainda mais a vulnerabilidade desta população.

Sendo assim, é imprescindível a sensibilização e capacitação dos profissionais para o rastreamento de toda a população nesta faixa etária, bem como ampliação das políticas públicas voltadas para esta população de adolescentes, afinal é neste período que há o início da vida sexual e o comportamento de risco pode torná-los mais vulneráveis a infecções (OLIVEIRA, R.; PEIXOTO; CARDOSO, M., 2019).

A ampliação do rastreamento da sífilis para toda a população exposta deve ser entendida como oportunidade de identificação precoce, tratamento adequado e cura, bem como a interrupção da cadeia de transmissão, fortalecendo as ações de redução dos casos reais e a eliminação da sífilis congênita. A população de maior vulnerabilidade deve ter prioridade e cabe à APS, coordenadora e ordenadora do cuidado, o papel de promover a assistência integral e a vigilância do território (BRASIL, 2017b).

Ao encontrar alta prevalência de sífilis em população em situação de rua, por exemplo, Pinto *et al.* (2014) salientaram a necessidade da adoção do rastreamento para o controle, além

da adoção de políticas públicas voltadas para a priorização de manejo precoce, com vistas a diminuir a morbidade e melhorar a saúde sexual e reprodutiva da população geral, mas especialmente dos mais vulneráveis.

Faz-se necessário, portanto, estimular os profissionais de saúde a aumentar a oferta de rastreamento, que é preconizado pelo Ministério da Saúde nas diversas circunstâncias relacionadas às condições de saúde, idade, maior exposição a risco, e por que não pela iniciativa do usuário em ser testado? Afinal, a consciência da eliminação da sífilis congênita, prioritária no manejo da sífilis, começa no rastreamento da população de um modo geral.

O destaque ao fato de que os profissionais desconhecem uma gama de momentos necessários para a oferta da testagem chama a atenção para ações de educação permanente em saúde (EPS), como fundamentais para sensibilizar os profissionais a um raciocínio clínico para além dos aspectos biológicos, levando-os a refletir sobre os aspectos socioculturais e a levarem em conta as vulnerabilidades diversas, conforme discorrem Pícoli e Cazola (2020), que afirmam que a incipiência de oferta de capacitações que considerem uma abordagem sociocultural em saúde nas ações de prevenção da sífilis pode direcionar a atuação desses profissionais para uma dimensão biológica.

Por outro lado, quando se obedecem aos preceitos da educação permanente, pode haver o alcance de melhores resultados no manejo da sífilis adquirida, contribuindo, conseqüentemente, para a redução da sífilis na gestação e eliminação da sífilis congênita.

Além do rastreamento, os participantes foram questionados quanto aos testes sorológicos, as principais formas de rastreamento da sífilis, por sua especificidade e sensibilidades altas, e por seu baixo custo, além da possibilidade de identificação precoce da infecção já nas fases iniciais, mesmo estando o indivíduo em período de latência (BRASIL, 2020). Neste tópico, a maioria soube definir corretamente teste treponêmico (81%) e teste não treponêmico (81%), agrupando corretamente o VDRL (78%) como teste não treponêmico e o teste rápido (81%) como treponêmico, que são os testes disponibilizados na rede, e por isso, os principais utilizados na prática clínica. Este achado divergiu positivamente de outros estudos (GOMES, 2013; SANTOS, R. *et al.*, 2017; SILVA, D. *et al.*, 2014).

No estudo realizado em Fortaleza/CE (SILVA, D. *et al.*, 2014), apenas 30,5% dos profissionais de saúde atuando na ESF avaliaram corretamente o RPR e o VDRL como testes não treponêmicos. Em estudo ocorrido em Recife/PE (GOMES, 2013), apenas 29% dos profissionais médicos e enfermeiros de família souberam responder que o VDRL e o RPR são testes não treponêmicos e a maioria considerou que o FTA-ABS e o VDRL são testes

treponêmicos, e no estudo de Costa, C. (2012), 50,7% dos enfermeiros responderam que o VDRL é teste treponêmico.

O desempenho dos residentes também foi melhor quando comparados a estudos em que os profissionais de outras áreas de atuação e especialidades foram questionados. No estudo de Santos, R. *et al.* (2017), 79% dos profissionais atuantes na maternidade (médicos obstetras e enfermeiros) interpretaram que o VDRL é teste não treponêmico e 50% identificaram que o teste rápido é treponêmico, e o estudo de Santos, R. *et al.* (2017) verificou que 88% dos pediatras assinalaram corretamente a definição do VDRL.

Outrossim, todos os participantes (100%) marcaram corretamente que testes rápidos não são úteis para avaliação de seguimento pós-terapêutico e não se tornam não reativos após cura, achado diferente do estudo de Santos, R. *et al.* (2017), no qual 31% dos obstetras e enfermeiros de maternidade julgaram que os testes treponêmico se tornam não reativos após cura e 29% que são úteis para o seguimento pós-terapêutico.

Por outro lado, quando perguntados sobre algumas características dos testes, um quantitativo expressivo de participantes residentes (47%) considerou que os níveis de títulos de VDRL determinam a classificação da sífilis, e que a titulação até $\frac{1}{8}$ é sempre indicativa de cicatriz sorológica (31%) e não considera a persistência de títulos aumentados como um requisito de investigação de neurosífilis (27%).

Sobre a avaliação de níveis quantitativos de titulação do VDRL, no estudo de Silva, D. *et al.* (2014), a maioria dos profissionais de saúde atuantes na ESF (60,5%) avaliou, por exemplo, não tratar uma gestante com titulação de 1:1 por se tratar de cicatriz sorológica. Fatos como estes podem se tornar oportunidades perdidas de diagnóstico e oferecimento de tratamento, bem como aumento dos riscos de ocorrência de complicações para a sífilis nas suas mais variadas possibilidades.

Os demais testes, perguntados no questionário, demonstraram maiores lacunas de conhecimento, tais como a definição equivocada do FTA-ABS (53%) e o ELISA (62%) como testes não treponêmicos e o RPR (43%) e *Toluidine Red Unheated Serum Test* (TRUST) (37%) como testes treponêmicos. Os médicos obstetras e enfermeiros de maternidade apresentaram um melhor desempenho (77%) e definiram que o FTA-ABS é um teste treponêmico (Santos, R. *et al.*, 2017).

Definir corretamente os tipos de testes, assim como saber qual é a sua funcionalidade para determinada etapa de seguimento, é importante para adequada conduta em relação àquela etapa do seguimento. Por outro lado, o uso incorreto pode representar oportunidades perdidas

de identificação de casos e tratamento, ou o tratamento inadequado de indivíduos que estão com cicatrizes sorológicas, inferindo em iatrogenia. O conhecimento amplo dos tipos de teste e da sua metodologia de aplicação é um diferencial para um adequado manejo.

A temática sífilis adquirida foi a que mais apresentou lacunas de conhecimento neste estudo, principalmente quanto à escolha correta do tratamento de acordo com a classificação clínica. Neste quesito, ocorreu avaliação do tratamento como um todo, tanto para gestantes como para não gestantes, bem como as opções indicadas para tratamento (principais e alternativas). Dados como estes podem refletir uma abordagem mais voltada para conceitos e práticas em relação à sífilis congênita e gestacional em relação à sífilis adquirida.

Outros estudos, que avaliaram o conhecimento sobre o tratamento, observaram divergentes resultados. Em Quinteiro (2017), o tratamento da gestante foi respondido de forma inadequada por 91% dos tocoginecologistas entrevistados, e em Santos, R. *et al.* (2017) foi constatada deficiência neste quesito. Todavia, este fato não foi encontrado entre médicos e enfermeiros de família entrevistados no estudo de Pereira, R. M. (2020), que, pelo contrário, verificou boa porcentagem de tratamento para sífilis na gestação. É importante mencionar que a avaliação foi feita sob o ponto de vista mais complexo, ou seja, perguntando todas as opções de tratamento para aquela fase clínica apresentada, fato divergente de outras investigações.

É necessário ressaltar que há protocolos nacionais e municipais orientando adequadamente o tratamento para cada classificação clínica e estes estão descritos em algoritmos e quadros, a fim de facilitar o entendimento dos profissionais a este respeito. O fato de se tratar de profissionais em formação, e em início de carreira, unido à facilidade de acesso aos protocolos, podem ser razões para que os profissionais não saibam a correta terapêutica, pois não há necessidade, visto que podem consultar estes protocolos. Investir nas capacitações/treinamentos é o caminho para que os médicos e enfermeiros possam fazer escolhas corretas do tratamento a partir da anamnese, com interrupção imediata da cadeia de transmissão

Objetivando identificar o conhecimento sobre o tratamento das parcerias, foi perguntado aos residentes quando é indicado o tratamento. Neste quesito, apenas a metade dos participantes (54%) considerou o tratamento das parcerias independente do *status* sorológico. Dados semelhantes foram encontrados em Silva, D. *et al.* (2014), em que 56,3% dos profissionais de saúde da ESF não tratariam o parceiro sexual da gestante, e em Gomes (2013), 60% dos médicos e enfermeiros de família tratariam a parceria sexual da gestante independente do *status* sorológico.

Sabe-se que um terço das parcerias sexuais podem estar na janela imunológica no momento da testagem, ou seja, período em que há infecção, mas o nível de anticorpos na corrente sanguínea é insuficiente para detecção nos testes sorológicos disponíveis. Devido a este fato e ao contexto epidemiológico atual da sífilis, de acordo com a normativa do Ministério da Saúde, recomenda-se que todas as parcerias sexuais devem ser tratadas independentemente do seu *status* sorológico (BRASIL, 2020).

Caso um dos resultados de tipo de teste sorológico for reagente, são tratadas conforme classificação clínica e notificadas, e se os resultados forem negativos, trata-se com esquema de sífilis recente, preferencialmente utilizando a benzilpenicilina benzatina 2.4 milhões UI por 1 semana (1,2 milhões UI em cada nádega) (BRASIL, 2020).

Por outro lado, na temática sífilis adquirida também se constataram bons resultados. Os participantes souberam definir as características da sífilis como uma infecção crônica (88%), de notificação obrigatória (95%), com fases sintomáticas e assintomáticas (88%), de diagnóstico clínico e laboratorial (88%), com maior transmissibilidade nas fases recentes (86%) e que facilita a ocorrência de outras IST (86%).

Apresentaram desempenho acima da média em boa parte das definições das classificações clínicas da sífilis adquirida, porém menos que a metade (41%) soube definir corretamente todas as classificações clínicas. A sífilis terciária e a sífilis latente tardia foram as de menor proporção de acertos, 57% e 54%, respectivamente. Lacunas do conhecimento que trata da classificação clínica em sua completude também foram verificadas em outros estudos (COSTA, C., 2012; GOMES, 2013; QUINTEIRO, 2017).

No estudo de Costa, C. (2012), a maioria dos enfermeiros (75,4%) soube diferenciar os estágios sintomáticos (primária, secundária e terciária) e não soube diferenciar a forma latente, acreditando que há presença de sintomas (75,4%) como febrícula, artralgia, cefaleia e adinamia. Para Gomes (2013), 34 % dos médicos e enfermeiros de família responderam com assertividade sobre as fases clínicas da sífilis. Ao avaliar o conhecimento de médicos tocoginecologistas sobre sífilis na gestação, Quinteiro (2017) observou que apenas 55,3% desses profissionais souberam identificar corretamente a classificação clínica para gestantes sem sintomas e com resultado de VDRL e FTA-ABS reativos.

Quando questionados sobre o seguimento pós-terapêutico, um quantitativo expressivo de participantes considerou o seguimento pós-terapêutico mensal para PVHIV (51%). Sabe-se que, embora o comportamento da sífilis seja mais agressivo em pacientes com esta condição,

não há evidências na literatura de que a solicitação de VDRL no intervalo mensal traga maiores benefícios (BRASIL, 2020).

O conhecimento com relação à sífilis adquirida é de extrema importância para a atuação dos profissionais. De notificação obrigatória apenas em 2010, a sífilis adquirida está apresentando taxas de prevalência crescentes ao longo dos anos, mas atingindo principalmente mulheres, e ainda taxas inferiores do que a sífilis na gestação, fato provavelmente explicado pelo acompanhamento periódico e por um longo período à gestante e oferecimento da testagem em várias oportunidades, como cuidado pré-natal e internação obstétrica, aumentando as chances de detecção da sífilis neste período (BRASIL, 2020).

A sífilis na gestação foi o segundo item que apresentou maior lacuna de conhecimento, todavia tenha sido o público mais atendido pelos participantes do estudo. Este fato também foi observado em outros estudos, contudo nestes não houve comparação de desempenho entre este e outros agravos (COSTA, L. *et al.*, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2013a; GOMES, 2013; QUINTEIRO, 2017; ROSA *et al.*, 2020; SANTOS, R. *et al.*, 2017).

Os participantes reconhecem este agravo como de notificação compulsória (95%), dado que se diferencia de alguns estudos que demonstram que boa parte dos profissionais desconhece a situação epidemiológica da sífilis na gestação (DOMINGUES *et al.*, 2013a; GOMES, 2013; QUINTEIRO, 2017).

O seguimento pós-terapêutico da gestante também foi questionado, e a maioria dos participantes assinalou corretamente que ele deve ser mensal (78%). Dado divergente de outros estudos, nos quais uma parcela significativa desconhecia esta prerrogativa protocolar (GOMES, 2013; SILVA, D. *et al.*, 2014). No estudo de Silva, D. *et al.* (2014), 55,1% dos profissionais da ESF consideraram, de maneira adequada, este intervalo de seguimento, e apenas uma pequena parcela (31%) dos médicos e enfermeiros de família em Gomes (2013) também souberam responder que o seguimento é mensal.

Além disso, boa parte dos requisitos para tratamento adequado à gestante foi corretamente assinalado pela maioria dos participantes, como a documentação de queda de títulos de VDRL (98%), a avaliação quanto ao risco de reinfecção (89%) e o respeito ao intervalo entre as doses (86%).

Entretanto, uma parcela considerável não julga que o tratamento deve ser feito apenas à base de penicilina benzatina (34%), e que deve ser iniciado até 30 dias antes do parto (41%), apesar de a minoria interpreta equivocadamente que o tratamento pode ser feito com qualquer um dos antibióticos indicados para sífilis (ex.: ceftriaxona, doxiciclina, penicilinas) (46%).

Ademais, a maioria ainda acredita que a parceria sexual é critério para definir tratamento adequado à gestante (93%), fato modificado a partir do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas de 2018 (BRASIL, 2018a).

As lacunas relacionadas à conduta terapêutica foram observadas também no estudo de Oliveira, T. (2017), em que 40% dos profissionais de saúde da vigilância epidemiológica da 10ª Região do Estado do Rio Grande do Sul souberam elencar os critérios para tratamento adequado para a gestante e 70% definiram corretamente o esquema terapêutico para a gestante com sífilis de acordo com a classificação clínica (OLIVEIRA, T., 2017).

As principais lacunas de conhecimento no tema sífilis gestacional foram assinaladas quando perguntados sobre o manejo à gestante alérgica à penicilina. Uma pequena parcela (25%) dos participantes considerou corretamente como é realizado o manejo clínico. Quase a metade dos profissionais (47%) avaliou que devem prescrever doxaciiclina ou ceftriaxona nestes casos e um quantitativo considerável (37%) não julgava que a gestante deva ser encaminhada para dessensibilização. Este dado é bem alarmante, já que muitas gestantes acometidas pela sífilis acreditam que a doença passa de geração a geração e que podem ter complicações alérgicas na administração da “benzetacil”; e os profissionais, sendo bem orientados, podem desmistificar esta crença.

O município do Rio de Janeiro, cenário de lotação dos participantes lotados nos programas de residência uniprofissional, possui fluxos bem estabelecidos que asseguram vagas para a dessensibilização à penicilina. Preconiza-se a inserção da gestante na plataforma do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), na aba de alergologia, em “consulta para dessensibilização para gestante alérgica à penicilina”. O hospital de referência é o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) da UNIRIO. O não conhecimento destes fluxos pode estar relacionado à falta de ampla divulgação, que deve ser prioridade para os gestores e, nesse contexto, os cursos de capacitação podem ajudar nesta informação.

O não consenso sobre fluxos de gestante alérgicas à penicilina também foi encontrado em outros estudos nos quais, à época, os profissionais eram orientados a prescrever o antibiótico eritromicina por via oral como alternativa de tratamento para gestantes alérgicas. Em Costa, L. *et al.* (2018), 34,8% dos pré-natalistas na Atenção Básica escolhiam fármacos com alto potencial teratogênico. Em Gomes (2013), 29% dos médicos e enfermeiros de família optavam por essas escolhas equivocadas. No estudo de Santos, R. *et al.* (2017), apenas 32 % dos médicos obstetras e enfermeiros atuantes em maternidade conheciam o manejo correto da gestante nesta situação.

O adequado manejo da sífilis na gestação é imprescindível para a redução e eliminação da incidência de sífilis congênita, uma vez que o diagnóstico precoce e tratamento adequado podem reduzir para 1% a 2% o risco de transmissão vertical. Por outro lado, a ocorrência de casos de sífilis congênita pode indicar falhas na condução pré-natal (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Portanto, mais uma vez, reforça-se a necessidade da implantação de medidas mais eficazes e melhora nos serviços de saúde para alcançar manejos adequados (ROSA *et al.*, 2020).

Quanto à temática, os participantes demonstraram conhecimento em importantes quesitos abordados neste estudo. Todavia a maioria não tenha tido contato prático com crianças expostas verticalmente, sabem reconhecer que este agravo é de notificação compulsória (93%) e que a APS é coordenadora do cuidado para o acompanhamento ambulatorial, pois avaliam que deve haver acompanhamento neste nível de atenção, independentemente de compartilhamento do cuidado (94%).

Cabe ressaltar que o manejo da sífilis congênita, como menor contato prático dos residentes, apresentou melhor desempenho do que o manejo da sífilis na gestação, população mais atendida pelos residentes, dado que chamou bastante atenção no estudo. Destaca-se, por outro lado, que a quantidade de quesitos avaliados foi menor do que nos outros temas discutidos neste estudo, inviabilizando uma comparação equiparada deste dado quanto aos conhecimentos.

Como lacunas de conhecimento dos residentes, salienta-se o desconhecimento quanto aos fluxos de acompanhamento ambulatorial e laboratorial, muito provavelmente pela inexperiência no campo prático da maioria dos residentes até o momento. O intervalo entre as consultas de puericultura foi erroneamente assinalado por parte dos residentes participantes, como preconizado tanto pelo calendário do Ministério da Saúde (40%) quanto pelo município do Rio de Janeiro (40%) (BRASIL, 2019; RIO DE JANEIRO, 2019a).

Ressalta-se que 48% dos residentes consideram que todas as crianças devem ser avaliadas por infectologistas pediatras e 18% desconhecem que crianças expostas devem ter seguimento compatível com crianças com sífilis congênita, orientação preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2019; RIO DE JANEIRO, 2019). Este dado pode demonstrar ainda o desconhecimento em relação às dimensões de responsabilidade e autonomia da APS enquanto resolutiva e suficiente em atender à maioria das situações apresentadas.

Outra observação importante foi que parte dos residentes (55%) considera que todas as crianças filhas de mães tratadas adequadamente não desenvolverão SC. Sabe-se que os riscos de transmissão vertical se reduzem em até 2% em caso de gestantes adequadamente tratadas, porém esse risco ainda existe e, por isso, deve-se estar atento a sinais e sintomas clínicos e alterações laboratoriais. Portanto, o acompanhamento clínico e laboratorial deve ser rigoroso, compatível a filhos de mães não tratadas ou inadequadamente tratadas na gestação (BRASIL, 2020).

Apesar das lacunas existentes, os residentes reconhecem que no município do Rio de Janeiro o fluxo de encaminhamento para crianças com sífilis congênita para avaliação audiológica e oftalmológica deve ser feito em duas oportunidades até os dois anos de vida (88%), e que devem ser acompanhadas pela APS, independente de acompanhamento compartilhado (94%).

O fluxo municipal prevê o acompanhamento compartilhado com infectologista em razão de neurosífilis congênita, falha terapêutica, crianças com critérios de investigação para neurosífilis, mas que não tenham sido investigadas, crianças assintomáticas, mas com o VDRL maior que o materno, e caso não esteja enquadrada nestes casos, a criança deverá ser acompanhada apenas pela APS. Todas as crianças com sífilis congênita deverão ter avaliação audiológica e oftalmológica em duas oportunidades: a primeira até os seis meses de vida e a segunda aos dois anos de vida (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018b).

Em relação ao acompanhamento laboratorial, os participantes apresentaram menores médias de desempenho nos itens perguntados do que em relação ao seguimento ambulatorial. A maioria desconhece que é necessário a realização de punção lombar em crianças com neurosífilis a cada seis meses até a sua normalização (77%) e que o VDRL da criança por si só tem repercussão quando em duas diluições a mais que o materno (77%) (BRASIL, 2020).

Por outro lado, a maioria apresentou desempenho melhor em outros itens do seguimento laboratorial. A maioria assinalou corretamente que a resposta imunológica adequada é a de que a de títulos em três meses e a negatificação aos seis meses (80%, conforme recomendação do Ministério da Saúde) (BRASIL, 2020) e que o teste rápido não é útil para seguimento pós-terapêutico da criança verticalmente exposta. Também consideraram corretamente o intervalo correto da solicitação de VDRL (73%), embora um quantitativo significativo ainda tenha assinalado incorretamente que ele deve ser solicitado mensalmente até a negatificação (40%).

É notório afirmar que mesmo que boa parte desconheça fluxos de acompanhamento ambulatorial e laboratorial, há consciência dos participantes sobre a coordenação do cuidado à criança neste contexto. Desta forma, os residentes caminham para formação de especialistas conscientes e qualificados, chamando para si a responsabilidade do manejo da SC e o seu plano de eliminação.

Lacunas de conhecimento sobre sífilis congênita são recorrentemente encontradas também em estudos (BECK; SOUZA, M. H., 2018; CARDOSO, F., 2016; QUINTEIRO, 2017; SANTOS, R., 2015; SANTOS, R. *et al.*, 2017, 2019) com profissionais de categorias e cenários semelhantes ou diversos, refletindo a necessidade de se intervir constantemente em todos os serviços de saúde para todos os níveis de atenção.

Santos, R. *et al.* (2019), ao abordarem o conhecimento dos pediatras atuantes em uma maternidade em Teresina/PI, demonstraram como resultado um baixo acesso a cursos de formação (54%), conhecimento insuficiente na detecção de casos de sífilis congênita (42%) e testes rápidos para sífilis (39%), além de falhas na investigação diagnóstica e tratamento dos recém-nascidos, porém houve alta conformidade com os protocolos vigentes como a questão da solicitação de VDRL (88%) e tratamento correto da neurosífilis (88%).

A partir daqui serão apresentadas as reflexões a respeito da intervenção educativa, produto da presente investigação por meio da criação de um curso on-line, e a sua avaliação, feitas pelos residentes participantes do estudo.

A intervenção educativa virtual foi ajustável, dada as circunstâncias epidemiológicas de cada território. Foi idealizado um curso para profissionais e construído com o auxílio dos profissionais da linha de frente de combate à sífilis, uma vez que os desempenhos, sugestões, dúvidas e experiências foram úteis para a construção de um material adequado às reais necessidades, obedecendo aos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que prevê a construção de estratégias educativas que levam em conta a realidade na qual estes profissionais estão envolvidos (BRASIL, 2004).

O desenvolvimento deste curso foi um grande desafio, porque foi preciso, em um curto espaço de tempo, aprender a utilizar as ferramentas tecnológicas em saúde no contexto do advento da pandemia do novo coronavírus. O momento atual é de intensa transformação, adaptação e busca de novas formas de interação, desafiando a sociedade a pensar em estratégias que tenham como propósito manter e aprimorar ferramentas de apoio aos profissionais que realizam diagnóstico, assistem e cuidam de usuários com diagnóstico de sífilis.

Nesta situação sem precedentes, há risco de disseminação de uma infecção viral grave e potencialmente letal, inviabilizando contatos presenciais e coletivos que são comumente utilizados para atividades educativas. Esta circunstância trouxe à tona a evidente necessidade do uso de tecnologias virtuais com acesso à internet, para a apresentação de propostas de educação permanente/capacitação, afinal a sífilis continua sendo um grave problema de saúde pública e não deve deixar de ser prioridade para a atenção primária.

É importante salientar que os momentos de crise estimulam os profissionais a se superarem, a pensarem em novas tecnologias, não se constituindo empecilhos para a sua elaboração, mas sim momentos de pensar/criar novas formas de ensino. Esta forma de educação pode ser responsável pela superação de uma crise sanitária e os instrumentos tecnológicos são úteis para auxiliar e diminuir distâncias (PASINI; CARVALHO, E.; ALMEIDA, 2020).

Elencou-se, como resposta à crise da pandemia do novo coronavírus *versus* situação atual da sífilis, o ensino virtual, como uma importante alternativa que une o uso de novas tecnologias na educação permanente às atuais circunstâncias vividas. O estudo de Tourinho e Raimondi (2020), por exemplo, corroborou esta estratégia e identificou o ensino virtual como momento único de experiências e soluções diante da pandemia do novo coronavírus, destacando a necessidade da mudança do paradigma do ensino presencial para a rápida adaptação ao uso de tecnologias pautadas na inclusão digital para todos.

Para esta intervenção educativa, o formato de ensino virtual escolhido para a capacitação quanto ao manejo da sífilis adquirida, gestacional e congênita foi bem avaliado por todos os participantes e alguns deles relataram que o conteúdo foi útil na identificação e manejo de usuários acometidos por sífilis no território e assistido por estes residentes, o que permite reafirmar a bem-sucedida execução.

Na visão dos profissionais participantes, o formato e o conteúdo abordado levaram em consideração a realidade local, mostrando-se suficientes para aquisição de conhecimento em relação ao manejo da sífilis do ponto de vista técnico e também em relação às vulnerabilidades inerentes ao indivíduo e à comunidade. A educação permanente também deve ter um papel social de mudança no saber da prática, tornando os profissionais de saúde atores transformadores, entendendo as questões individuais e coletivas quanto às suas vulnerabilidades e configurando um espaço de ressignificação onde todos os atores são importantes na construção coletiva de novos significados do fazer em saúde (D'ÁVILA *et al.*, 2014).

As atividades desenvolvidas, em que se incluíram as assíncronas (disponibilizadas na plataforma *Google Classroom*®: fóruns de discussão, estudos de caso e materiais para a consulta) e a síncrona (encontro virtual), que objetivaram a formação do pensamento crítico, maior participação e interação com o pesquisador para estímulo acerca da intervenção educativa e a adequação do conteúdo às necessidades de cada participante, também foram elogiadas e entendidas como factíveis ao alcance do proposto. Este achado estimula e reforça a realização de novos cursos, estudos e tecnologias envolvendo a temática da sífilis e outras IST.

Outro estudo, embora não relacionado à sífilis, demonstrou que o ensino virtual se mostrou uma boa estratégia para o que se propõe. Peres, Meira e Leite (2007), ao realizarem revisão integrativa com estudos envolvendo o ensino à distância, identificaram eficácia parecida com o ensino presencial, destacando oportunidades para os alunos alcançarem níveis elevados de construção de conhecimento e acessibilidade ao conteúdo por 24 h e a interatividade.

Tavares *et al.* (2018) destacaram o que foi encontrado no presente estudo, evidenciando que as tecnologias virtuais permitem novas possibilidades de interação para a criação de espaços favoráveis ao processo de ensino-aprendizagem, principalmente em cursos de ensino à distância, e reforçam que a utilização de videoconferências e teleconsultoria pode assessorar os profissionais de saúde, visto que possibilita a aproximação das universidades com as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Ações educativas devem proporcionar, além dos conhecimentos, diversas competências, como a valorização da experiência, a sinergia do conhecimento e realidade de cada trabalho, a capacidade de encontrar lacunas de conhecimento e na formação, mobilização para si na busca de outras referências, a complementaridade com o outro e o fortalecimento do trabalho coletivo (CARVALHO, W.; TEODORO, 2019). Todas essas competências foram alvos da intervenção educativa virtual.

A intervenção educativa virtual atingiu a proposta de incremento de conhecimento, de acordo com a análise comparativa do antes e depois (p-valor: < 0,001 e aumento das medianas de desempenho) de conhecimento técnico em relação à sífilis adquirida, sífilis na gestação e sífilis congênita e às etapas de seguimento, mostrando-se factível na opinião dos profissionais participantes.

Outras duas intervenções educativas, com diferentes metodologias e público-alvo, também atingiram a proposta de incremento de conhecimento na avaliação antes e depois (GERTLER; AHRENS; KLAUSNER, 2009; LAZARINI; BARBOSA, D., 2017).

As lacunas de conhecimento e as sugestões sobre melhorias da intervenção educativa, apresentadas pelos residentes ainda na pós-intervenção, reforçam que esta ferramenta não é e não deve ser entendida como suficiente para modificar realidades da assistência ou prepará-los para o atendimento integral. É preciso que a educação permanente se perpetue nesses espaços e que seja uma constante, e que se tenham novas estratégias para alcançar o almejado: o empoderamento do profissional de saúde na melhora na qualidade da assistência ao indivíduo, família e comunidade com sífilis e sífilis congênita.

Embora esta intervenção tenha alcançado o pretendido, um pequeno número de participantes do curso (25%) respondeu ao questionário pós-intervenção, impossibilitando afirmar que a amostra representa os residentes, sendo uma das limitações encontradas nesta investigação.

O resultado desta investigação serve para inspirar novos estudos para que possam fazer da tecnologia uma aliada para os gestores e profissionais de saúde e que impactem positivamente na redução da sífilis adquirida e gestacional e eliminação da sífilis congênita.

Estudo realizado em Londrina/PR verificou a redução de 75% em 2013 para 40,2% de transmissão vertical comparados com 2015, e ausência de óbitos fetais e infantis por SC após intervenção educativa realizada com os profissionais de saúde envolvidos nesta assistência (LAZARINI; BARBOSA, D., 2017).

As atividades educativas devem ser ferramentas à disposição dos serviços para auxiliar nos processos de implantação e implementação de condutas já estabelecidas da assistência à saúde (OLIVEIRA, T., 2017). Lopes *et al.* (2016) consideram que as capacitações em realização de testes rápidos são fundamentais para que sejam executados com êxito, pois os profissionais precisam ter segurança e conhecimento específico para o manejo da sífilis.

Por outro lado, a ausência de ações de educação permanente pode representar resultados adversos. No estudo de Pícoli e Cazola (2020), a incipiência de capacitações com o reduzido conhecimento de protocolos clínicos se demonstra na percepção dos profissionais de saúde participantes quanto à sua competência no tocante ao manejo da sífilis na gestante indígena e seu recém-nascido.

Bagatini *et al.* (2016) evidenciaram, em seu estudo analisando fatores intervenientes para a realização de testes rápidos em sífilis durante o pré-natal pelo serviço de Atenção

Básica nos municípios de Alvorada Cachoeirinha, Gravataí e Viamão no Rio Grande do Sul, a ausência de estratégias regulares de educação.

Em outras áreas de conhecimento no setor da saúde, a intervenção educativa também alcançou o objetivo de incremento de conhecimento, mas cabe ressaltar que não foram métodos semelhantes. Estudo de intervenção educativa envolvendo a temática de segurança do paciente com 89 enfermeiros alcançou êxito em seu objetivo nos domínios do clima de trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho e percepção do estresse (Marinho *et al.*, 2018). Ao avaliar e realizar uma intervenção educativa sobre riscos ocupacionais na Atenção Básica, Arcanjo *et al.* (2018) encontraram resultados positivos em relação à intervenção.

Häfele e Siqueira (2019) realizaram uma revisão sistemática e encontraram poucos estudos com o tema “aconselhamento à atividade física” realizada por profissionais de saúde aos usuários da Atenção Primária, identificando efeito positivo em apenas metade das intervenções educativas realizadas.

Cabe ressaltar que este é o primeiro estudo sobre sífilis que envolve a avaliação do conhecimento dos participantes residentes em programa de pós-graduação, desenvolvimento e avaliação de um curso on-line de manejo da sífilis para a atenção primária. Desta forma, não é possível compará-lo, porém há consenso de que benefícios em relação à educação permanente nesta e em outras áreas de conhecimento suplantam os riscos e, por isso, a EPS deve ser cada vez mais utilizada nos serviços.

A escolha dos profissionais médicos e enfermeiros que cursam a residência na área da saúde da família foi pensada por evidenciar a importância da sua inserção na atenção primária e por estarem na linha de frente, em franca formação, futura mão de obra qualificada, agentes transformadores e que influenciarão as equipes a aprimorar e melhorar a qualidade da assistência, além de propor uma reflexão do conteúdo teórico-prático quanto ao manejo da sífilis neste cenário de formação.

Sem dúvida, os residentes foram “grandes contribuidores” para este estudo, demonstrando-se assertiva a escolha dos participantes. O estudo de Domingos, Nunes, E. e Carvalho, B. (2015), envolvendo residência multiprofissional em Saúde da Família, considera que a residência contribui para que a ESF se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde, bem como a operacionalização no proposto da ESP, sendo um interlocutor na formação de trabalhadores na busca de práticas condizentes com princípios do sistema.

Além disso, estudo realizado por Gadelha e Barreto (2018) sobre a percepção dos atores envolvidos (gestores, residentes e preceptores) em relação à contribuição da residência com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, demonstrou impactos positivos quanto à formação e atenção à saúde, tais como a inovação de práticas, a interiorização da formação em saúde, e a ressignificação da educação permanente nos contextos municipais, caracterizada pela diversidade dos profissionais e a organização dos serviços.

Embora as categorias médica e de enfermagem tenham sido convidadas para participar da pesquisa, incluindo a intervenção, chama a atenção o predomínio dos profissionais enfermeiros na etapa pré-intervenção (96%), em comparação ao profissional médico (4%), e a intervenção educativa ter sido somente realizada pelos enfermeiros.

O enfermeiro possui maior vínculo com a comunidade e fornece informações e, no contexto da sífilis, pode contribuir para um desfecho favorável, apontando caminhos para uma assistência de qualidade. Afinal, a ação mais importante para o controle da sífilis é garantir uma assistência ampla, integral, de qualidade e que possibilite o acesso às ferramentas existentes, ou seja, desde o diagnóstico até o controle pós-cura (RODRIGUES, A. *et al.*, 2016).

Para um adequado manejo, o enfermeiro deve ir além do cumprimento de protocolos e normativas. É preciso que este profissional assuma o combate à sífilis, sendo ator central na condução e na sensibilização de toda a equipe multiprofissional. A categoria profissional contribui consideravelmente para o desenvolvimento e funcionamento do sistema de saúde, embora o seu pleno potencial não seja reconhecido da forma que deve ser (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

O enfermeiro é um importante e indispensável ator na APS, e ocupa diversos cenários tanto na assistência como na gestão. São profissionais que desempenham papel de destaque na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) (FRACOLLI; CASTRO, D., 2012). A sua autonomia no manejo da sífilis no contexto da APS faz do enfermeiro peça chave para o combate à sífilis, uma doença secular com cura reconhecida desde o advento da penicilina em 1920.

Entretanto, o enfermeiro não deve ser o único responsável quanto ao manejo da sífilis e alvo de ações de educação permanente como discutido neste capítulo. Os médicos residentes receberam diversos convites para a participar da pesquisa e tiveram garantida a sua carga horária liberada para a atividade, mas não tiveram interesse em participar do estudo. Os que participaram na etapa pré-intervenção foram nulos na intervenção. Por fim, é necessária e

fundamental a participação de todas as categorias, como o profissional médico, graduandos da área da saúde que realizam estágio curricular/internato na atenção primária.

Afinal, cabe ao médico de família também a responsabilidade de realizar assistência integral, promoção e proteção à saúde e prevenção de agravos, vigilância de território, participar e realizar educação permanente (BRASIL, 2017b). A certeza é que a atuação em conjunto traz melhores resultados para o enfrentamento da sífilis e da sífilis congênita.

Apesar de não terem sido investigados os motivos da não adesão, é necessário refletir sobre possíveis motivos para traçar estratégias de melhor captação destes profissionais. D'Ávila *et al.* (2014) observaram, em seu estudo abordando a educação permanente com médicos de família, uma relação de não cooperação ou articulação por parte da gestão municipal, a dificuldade da compreensão da metodologia, as múltiplas jornadas de trabalho dos médicos e a estrutura física esteve relacionada com a baixa participação dos médicos. Por outro lado, a ótima adesão dos médicos foi relacionada à adequação do espaço físico, à abordagem multidisciplinar e aos aspectos epidemiológicos.

Entender os motivos da não adesão para traçar estratégias de melhor alcance desses profissionais se faz essencial, uma vez que outros estudos, como o de Pereira, R. M. (2020), tiveram a mesma dificuldade. O apoio dos gestores locais e centrais são fundamentais para o alcance de melhor adesão. É preciso estabelecer metas de alcance para os profissionais para menor evasão. Afinal, a sífilis é um problema reemergente e que deve ser encarado através de uma assistência de qualidade, unida à equipe multiprofissional qualificada; para tanto, é notório o oferecimento regular de educação permanente a estes profissionais, bem como o compromisso com a adesão.

Os profissionais de saúde atuantes na APS devem ser constantemente capacitados a manejar casos de sífilis em todas as etapas de seguimento. Além do oferecimento de educação permanente, que deve ser feito por parte de gestores e instituições de ensino, é importante que todos os profissionais da linha de frente, membros da equipe de saúde da família, estejam engajados e comprometidos a participar ativamente deste processo, pois desempenham papel fundamental e prioritário para uma assistência voltada às necessidades do indivíduo, família e comunidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou o conhecimento dos residentes lotados nos programas de residência uniprofissional em medicina e em enfermagem no município do Rio de Janeiro, e desenvolveu e analisou a contribuição de um curso on-line sobre sífilis adquirida, sífilis gestacional e congênita para o conhecimento teórico-prático dos participantes do estudo.

Todas as etapas realizadas constituíram desafios enfrentados e vencidos pouco a pouco, considerando o contexto atual da pandemia do novo coronavírus, permitindo refletir que não importa o tamanho da crise, é preciso buscar alternativas que atenuem e sirvam de novas formas de fazer em saúde.

Na avaliação do conhecimento referente ao público-alvo, residentes em saúde da família, majoritariamente enfermeiros, houve desempenho melhor que em outros estudos com profissionais mais experientes e com especialidade, lotados na Atenção Primária em Saúde (APS) e em outros níveis de assistência em diversos quesitos, revelando ser um dado relevante e que a prática recente, vivenciada com os conteúdos teóricos, apontam efeitos positivos nesta avaliação. É preciso que estes dados sejam amparados com outros futuras pesquisas com o mesmo público-alvo, pois não se encontrou até então outro estudo com esse público e mesmo objeto.

Nota-se que estes profissionais possuem conhecimentos extremamente importantes para o manejo da sífilis, bem como demonstram estarem cientes da importância epidemiológica da sífilis, visto que elencam dificuldades e facilidades factíveis e emitem sugestões pertinentes quanto a este manejo. As lacunas identificadas, provavelmente, serão eliminadas com o tempo e a experiência, e servem como incentivo para a adoção de medidas de intervenção educativa nos cenários acadêmicos e nos serviços de saúde, como atividade cotidiana.

As lacunas de conhecimento encontradas, por outro lado, devem ser tidas como um aprendizado parcial sobre o manejo da sífilis no ambiente da residência, bem como oportunidades perdidas de aprendizado em outros ambientes, como especialização, graduação e não oferecimento suficiente de cursos de capacitação sobre sífilis. Por conseguinte, sugere-se que conteúdos sejam intensificados e façam parte do ambiente de ensino-aprendizagem. É importante ressaltar que estas lacunas não devem ser encaradas como incapacidade dos

profissionais quanto ao manejo da sífilis e sim como oportunidades de conscientização e orientação por parte dos gestores e ambiente acadêmico.

Achados como os deste e outros estudos são extremamente úteis para a reflexão sobre a assistência prestada, assim como auxiliam a traçar estratégias de melhoria de qualidade, pois é fundamental que os profissionais estejam aptos a realizar o manejo adequado da sífilis nas circunstâncias diversas.

A sífilis é uma infecção crônica, lenta, que possui fases sintomáticas alternadas com período de latência, com apresentações variadas, desde leves a graves, e que pode acometer o indivíduo em todas suas faixas etárias, da forma congênita à adquirida. A sua forma de contágio, relacionada à exposição principalmente sexual e vertical, reflete uma sociedade que precisa ser cuidada não somente com foco nos aspectos biológicos da doença, mas sim com respeito às relações interpessoais, entendimento do processo de saúde e doença, das vulnerabilidades sociais e econômicas, bem como do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde. Portanto, as dificuldades devem ser acompanhadas de estratégias de enfrentamento e as potencialidades devem ser compartilhadas entre todos.

Aos profissionais de saúde, cabe o compromisso em cuidar com qualidade, sobretudo os vinculados à APS e a equipes de Saúde da Família, coordenadora e ordenadora do cuidado e que possui ferramentas necessárias para o diagnóstico, tratamento e seguimento pós-tratamento para a verificação da cura.

O desenvolvimento do curso on-line se mostrou factível às necessidades dos profissionais participantes em termos de formato, conteúdo e incremento de conhecimento, e uma ferramenta de apoio para o enfrentamento da sífilis, embora o conteúdo seja ainda parcial e não tenha ocorrido a adesão de todos os participantes, especialmente o profissional médico, que não participou desta etapa, fatores encarados como limitações a serem superadas para futuros estudos. As comparações com outras investigações sugerem que intervenções educativas são, em geral, importantes para o incremento do conhecimento dos profissionais.

Este é o primeiro estudo realizado envolvendo a avaliação do conhecimento sobre sífilis em profissionais residentes, unida ao desenvolvimento e avaliação de um curso on-line com resultados expostos. O ineditismo, a existência de poucos estudos voltados para a temática e a construção de ferramentas devem servir de estímulo para que a comunidade científica, gestores e profissionais da linha de frente criem, construam e participem mais destas investigações.

Acredita-se, por fim, que todo o conteúdo construído neste estudo poderá contribuir para a melhora na qualidade da assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, pelo empoderamento do profissional no enfrentamento da sífilis por meio do conhecimento. Afinal, como já dizia Paulo Freire, “a educação transforma”, devendo esta ser utilizada constantemente em nosso dia a dia, a fim de formar profissionais qualificados e com o sentimento da clara responsabilidade de diminuir as taxas de sífilis adquirida, gestacional e congênita, além de conceder acesso amplo e livre a todas as etapas do seu seguimento.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 8-15, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0008.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.
- ARCANJO, R. V. G. *et al.* Saberes e práticas de trabalhadores de enfermagem sobre riscos ocupacionais na atenção básica à saúde: um estudo de intervenção. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 51, p. 213-225, jul. 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/pt_1695-6141-eg-17-51-200.pdf. Acesso em: 5 jan. 2021.
- AZEVEDO, J. S. F. Técnica Delphi um guia passo a passo. **Livrozilla**. [S. l.], c2021. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/1120843/t%C3%A9cnica-delphi-um-guia-passo>. Acesso em: 12 nov. 2020.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. bras. dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006. Disponível em: <https://scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.
- BAGATINI, C. L. T. *et al.* Teste rápido para sífilis no pré-natal da atenção básica: avaliação institucional qualitativa e educação permanente em saúde. **Saúde Redes**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 81-95, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148371/001001412.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 dez. 2020.
- BARBOSA, K. F. *et al.* Fatores associados ao não uso de preservativo e prevalência de HIV, hepatites virais B e C e sífilis: estudo transversal em comunidades rurais de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 2014 e 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde (Online)**, [s. l.], v. 28, n. 2, ago. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/ress/2019.v28n2/e2018408/>. Acesso em: 2 maio 2020.
- BASTOS, L. M. *et al.* Avaliação do nível de conhecimento em relação à aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2495-2502, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2495.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.
- BECK, E. Q.; SOUZA, M. H. T. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, esp, p. 19-24, jun. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7596>. Acesso em: 24 out. 2020.
- BENZAKEN, A. S. *et al.* Adequação de atendimento pré-natal, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional: um estudo com dados abertos de capitais brasileiras. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00057219, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000105011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 maio 2020.

BITTENCOURT, R. R.; PEDRON, C. D. Sífilis: abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal. **J. nurs. health.**, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 9-17, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3450/2835>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: HIV/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, esp., dez. 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 10 maio 2020.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 4, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/88>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 5, n. 1, esp., out. 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 5 mar. 2020.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 6, n. 1, esp., out. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/outubro/29/BoletimSfilis2020especial.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 36, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: sífilis. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 49, n. 37, out. 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: sífilis: adquirida materna e congênita. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria do Estado do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância em Saúde, n. 1, 2018b. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=ZDn0IcaLuWs%3D>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes**. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 15/2020/CGIST/DCCI/SVS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 27 abr. 2020b. Assunto: HIV/Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-152020cgistdccisvms>. Acesso em: 3 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. 73 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF Ministério da Saúde, 2020a. 248 p. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 22 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 248 p. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, 2010. 100 p. (Série TELELAB). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf. Acesso em: 8 mar. 2020.

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

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil/>. Acesso em: 5 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. 248 p. Disponível em: http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/pcdt_tv_20_08_18.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 30 ago. 2020.

BRIGNOL, S. *et al.* Fatores associados à infecção por HIV numa amostra respondent-driven sampling de homens que fazem sexo com homens, Salvador. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 256-271, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200256&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2020.

CAMARGO, F. C. *et al.* Formação para o trabalho na estratégia Saúde da Família: experiência da residência multiprofissional em saúde. **Rev. enferm. atenção saúde**, Uberaba, v. 7, n. 1, p. 186-195, jan./jul. 2018. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2127/pdf_1. Acesso em: 20 dez. 2020.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-574, fev. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n2/563-574/#>. Acesso em: 10 dez. 2020.

CARDOSO, F. C. **Conhecimentos, atitudes e práticas do médico que atua na atenção básica no seguimento ao recém-nascido com sífilis congênita na AP 3.3 do município do Rio de Janeiro**. 2016. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/922736/fabio-chaves.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CARVALHO, R. X. C.; ARAÚJO, T. M. E. Conhecimentos, atitudes e práticas de adolescentes universitários sobre sífilis: estudo transversal no Nordeste. **Rev. saúde públ.**, São Paulo, n. 54, n. 120, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100292&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 jan. 2021.

CARVALHO, W. M. E. S.; TEODORO, M. D. A. Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2193-2201, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2193.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2020.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 429-434, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>. Acesso em: 20 nov. 2020.

CAVALCANTI, R. S. *et al.* Tenda da sífilis: a importância da do conhecimento para o combate da sífilis e da sífilis congênita no Brasil. *In*: JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 18., 2019, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 25 out 2019. Disponível em: <http://www.unirio.br/jic/resumos/2019/livro-de-resumos/view>. Acesso em: 2 jul. 2020.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da medicina de família e comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n1/e00170917/>. Acesso em: 20 ago. 2019.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Relatório de Recomendação, n. 150). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_CP.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. **Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF: CNRMS, 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192. Acesso em: 10 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 jan. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 abril de 2016. Sobre a Ética na pesquisa na área de ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 10 jan. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 mar. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

COSTA, C. C. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação**. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4636>. Acesso em: 24 out. 2020.

COSTA, L. D. *et al.* Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal na atenção básica sobre o manejo da sífilis. **Ciênc. cuid. Saúde**, Maringá, v. 17, n. 1, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/40666/pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd. ed. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

D'ÁVILA, L. S. *et al.* Adesão ao programa de educação permanente para médicos de família de um estado da região Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/401-416/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 19, n. 55, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n55/1221-1232/>. Acesso em: 21 nov. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00082415, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, maio 2013a. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/19.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. saúde públ.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, fev. 2013b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2018.

DUTRA, H. S; REIS, V. N. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 6, p. 2230-2241, jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11238>. Acesso em: 29 jul. 2018.

FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 259-273, ago. 1997. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/415.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2020.

FERREIRA, L. R. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2020.

FERREIRA, V. E. S. *et al.* Avaliação de indicadores da assistência pré-natal com ênfase na prevenção e controle da sífilis congênita. **Sanare (Sobral, Online)**, Sobral, v. 16, supl., n. 1, p. 68-73, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1141/626>. Acesso em: 29 jul. 2018.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. *et al.* Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, mar. 2020. Disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1002/relacao-entre-oferta-de-diagnostico-e-tratamento-da-sifilis-na-atencao-basica-sobre-a-incidencia-de-sifilis-gestacional-e-congenita>.

Acesso em: 13 dez. 2020.

FIGUEIREDO, M. S. N. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 345-354, maio/jun. 2015. Disponível em:

http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14347/1/2015_art_msnfigueiredo.pdf. Acesso

em: 15 fev. 2020.

FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D. F. A. C. Competência do enfermeiro na atenção básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 427-432, jul./set. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36726>. Acesso em: 22 jul. 2020.

GADELHA, A. K. S.; BARRETO, I. C. H. C. Residência integrada em Saúde: percepção dos atores da ênfase em Saúde da Família e Comunidade. **Interface (Botucatu, Online)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1339-1351, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s1/1807-5762-icse-22-s1-1339.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. nurs. Health**, New York, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987. Disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0160-6891&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GARCÉS, J. P. *et al.* Educating health workers is key in congenital syphilis elimination in Colombia. **Biomédica (Bogotá)**, Bogotá, v. 37, n. 3, p. 416-424, Sept. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28968019/>. Acesso em: 24 set. 2020.

GERTLER, S.; AHRENS, K.; KLAUSNER, J. D. Increased knowledge of safe and appropriate penicillin injection after viewing brief instructional video titled “How to Inject Bicillin LA”. **Sex. transm. dis.**, Philadelphia, v. 36, n. 3, p. 147-148, Mar. 2009. Disponível em: https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2009/03000/Increased_Knowledge_of_Safe_and_Appropriate.5.aspx. Acesso em: 20 set. 2019.

GOMES, S. F. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família sobre Sífilis em gestantes na cidade do Recife-PE**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/13222>. Acesso em: 23 out. 2020.

HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Intervenções com profissionais de saúde da atenção primária sobre aconselhamento à atividade física: revisão sistemática. **J. Phys. Educ. (Maringá)**, Maringá, v. 30, e3021, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2448-24552019000100403&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 4 jan. 2021.

HERINGER, A. L. S. *et al.* Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Rev. panam. salud pública**, Washington, n. 44, maio 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e8/>. Acesso em: 7 maio 2020.

HERRMANN, A. *et al.* **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016. 55 p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 8 dez. 2020.

HOLZTRATTNER, R. J. S. *et al.* Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 24, e59316, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100307. Acesso em: 14 set. 2020.

HORTA, H. H. L. *et al.* Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 4, p. 623-627, out./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16078>. Acesso em: 14 set. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População**. Rio de Janeiro: IBGE, [2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso em: 5 jan. 2021.

JOSINO, C. R. M.; DIAS, M. T. G. Expressões da educação permanente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Argum.**, Vitória, v. 12, n. 1, p. 207-221, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/26917>. Acesso em: 3 out. 2020.

KAWAGUCHI, I. A. L. *et al.* O seguimento da sífilis congênita em crianças tratadas ao nascer. **Comun. ciênc. saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 221-230, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/seguimento_sifilis_congenita_crianças.pdf. Acesso em: 14 set. 2020.

KHANDWALLA, H.; LUBY, S.; RAHMAN, S. Knowledge, attitudes, and practices regarding sexually transmitted infections among general practitioners and medical specialists in Karachi, Pakistan. **Sex. transm. infect.**, London, v. 76, n. 5, p. 383-385, Oct. 2000. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1744217/>. Acesso em: 20 set. 2019.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100063&lang=pt. Acesso em: 14 set. 2019.

LAZARINI, F. M.; BARBOSA, D. A. Intervenção educacional na atenção básica para prevenção da sífilis congênita. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 25, e2845, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02845.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

LOPES, A. C. M. U. *et al.* Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 54-58, jan./fev. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0062.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

LORENZI, D. R. S.; FIAMINGHI, L. C.; ARTICO, G. R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 83-90, jan. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=523837&indexSearch=ID>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comun. ciênc. saúde**, Brasília, DF, v. 22, supl. 1, p. 43-54, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

MARINHO, M. M. *et al.* Intervenções educativas com profissionais de enfermagem e sua relação com a cultura de segurança. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 22, e-1148, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964926>. Acesso em: 18 dez. 2020.

MESQUITA, L. M. *et al.* Estratégias de educação permanente na avaliação das equipes de saúde da família: uma revisão sistemática. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, e010, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v44n1/1981-5271-rbem-44-01-e010.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

NASSER, M. A. *et al.* Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 77, p. 1-12, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100265&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out 2019.

NOBRE, C. S. *et al.* Sistema de saúde no controle da sífilis na perspectiva das enfermeiras. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e12527, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12527>. Acesso em: 2 dez. 2020.

NONATO, S. M.; MELO, A. A. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2018.

NUNES, J. T. *et al.* Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 4875-4884, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23573/25297>. Acesso em: 26 jul. 2018.

NUNES, P. S. *et al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiol. serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 4, e2018127, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400313&lang=pt. Acesso em: 14 out. 2019.

OLIVEIRA, R. B. B.; PEIXOTO, A. M. C. L.; CARDOSO, M. D. Sífilis em gestantes adolescentes de Pernambuco. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 47-56, abr./jun. 2019. Disponível em:

http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=783&idioma=Espanhol. Acesso em: 11 maio 2020.

OLIVEIRA, T. H. **O perfil epidemiológico da sífilis na 10^o região de saúde do Rio Grande do Sul**: subsídios para o curso de atualização. 2017. 169 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2017. Disponível em:

<https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/590>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plataforma Agenda 2030**: Acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil. Brasília, DF: ONU, [2015]. Disponível em:

<http://www.agenda2030.com.br/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Brasília, DF: OMS, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12por.pdf;jsessionid=2D873B0BDA04AAC6D308AADF694960F5?sequence=2>. Acesso em: 26 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C.: OPAS, OMS, 2018. Disponível em:

<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Amplia%C3%A7%C3%A3o-do-papel-dos-enfermeiros-na-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Redução da transmissão materno-infantil de HIV e sífilis desacelera na América Latina e no Caribe, alerta OPAS 2017. **OPAS Brasil**. Brasília, DF, 25 maio de 2017. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5425:reducao-da-transmissao-materno-infantil-de-hiv-e-sifilis-desacelera-na-america-latina-e-no-caribe-alerta-opas&Itemid=812. Acesso em: 20 mar. 2020.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, ago. 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222016000200384&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 jan. 2021.

PASINI, C. G. D.; CARVALHO, E.; ALMEIDA, L. H. C. **A educação híbrida em tempos de pandemia: algumas considerações**. Santa Maria: Ministério da Educação; UFSM/Observatório Socioeconômico da COVID-19, 2020. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/820/2020/06/Textos-para-Discussao-09-Educacao-Hibrida-em-Tempos-de-Pandemia.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

PEREIRA, R. D. M.; ALVIM, N. A. T. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 174-180, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0174.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PEREIRA, R. M. S. **Manejo da sífilis**: conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiros e médicos da atenção básica. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

PEREIRA, R. M. S. *et al.* Conhecimento de acadêmicos da área de saúde sobre sífilis. **Revista Práxis**, v. 10, n. 20, dez. 2018. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/1516>. Acesso em: 1 jul. 2020.

PERES, H. H. C.; MEIRA, K. C.; LEITE, M. M. J. Ensino de didática em enfermagem mediado pelo computador: avaliação discente. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 271-278, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 abr. 2020.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-168, ago. 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341998000200009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2020.

PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O. Ações de prevenção da transmissão vertical da sífilis ofertadas à população indígena. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 25, e69552, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/69552/pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

PINHO, L. M. G.; GARCIA, V. L.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Implantação da residência médica e multiprofissional em saúde da família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Rev. bras. pesqui. saúde**, Vitória, v. 19, n. 2, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-879158>. Acesso em: 5 fev. 2019.

PINTO, V. M. *et al.* Prevalência de sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de teste rápido. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 341-354, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200341&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 set. 2020.

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2883-2890, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n7/2883-2890/pt>. Acesso em: 2 dez. 2020.

QUINTEIRO, N. M. **Conhecimento, atitude e prática de tocoginecologistas de Campinas frente à triagem sorológica de sífilis na gestação e prevenção de sífilis congênita.** 2017. 74 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, , Campinas, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/325784>. Acesso em: 2 set. 2019.

RAMOS, T. M.; RENNÓ, H. M. S Formação na residência de enfermagem na atenção básica/saúde da família sob a ótica dos egressos. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2018-0017, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2018-0017.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

RAMOS, V. M.; FIGUEIREDO, E. N.; SUCCI, R. C. M. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 887-898, out./dez. 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00887.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

RIBEIRO, M. S. F. G. **Modelo de cuidado de enfermagem para famílias em experiências transicionais diante da sífilis congênita.** 2019. 247 p. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/handle/unirio/12950>. Acesso em: 27 nov. 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária. **Atenção ao pré-natal: rotinas para gestantes de baixo risco.** 1. ed. Rio de Janeiro: SMS/RJ; PCRJ, 2016b. (Coleção Guia de Referência Rápida; Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176323/GuiaPrenatal_reunido.pdf. Acesso em: 1 ago. 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária. **Infecções sexualmente transmissíveis.** 1. ed. Rio de Janeiro: SMS/RJ; PCRJ, 2016a. (Coleção Guia de Referência Rápida; Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176321/GuiaIST_reunido.pdf. Acesso em: 1 ago. 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária. Superintendência de maternidades. **Fluxograma do seguimento de criança exposta ou com sífilis congênita - SMS/RJ.** Rio de Janeiro: SMS/SAP/GSCA, [2018].

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coordenação de Doenças Transmissíveis. **Nota Informativa GSAIDS 05-2019**. Atualização das informações técnicas sobre o indicador “Proporção de Tratamento completo para sífilis em gestantes (Fonte: NAF)” e prestação de contas da Penicilina G Benzatina – 1.200.000UI. Rio de Janeiro: SMS, 2019a.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde. **Nota Técnica S/SUBPAV/CDT/GSAIDS 02/2018, de 7 de maio de 2018**. Dispõe sobre a Vigilância Epidemiológica da Sífilis, atualizando Notas Técnicas anteriores. Rio de Janeiro: SUPBAV, 2018a.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Gerência da Área Técnica de IST/AIDS. **Procedimento Operacional Padrão: teste rápido para sífilis**. Rio de Janeiro: SMS, 2018b.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Gerência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Linha de Cuidado de Sífilis na Atenção Primária**. Rio de Janeiro: SMS, 2019b.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária. Superintendência de Atenção Primária. Gerência da Área Técnica de Saúde da Mulher. **Novos Protocolos do Guia Rápido de Pré-natal GSM**. Rio de Janeiro: SMS, 2020.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil: a qualitative study. **BMC health serv. res. (Online)**, London, v. 19, n. 65, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3910-y>. Acesso em: 3 fev. 2020.

RODRIGUES, A. R. M. *et al.* Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v.10, n. 4, p. 1247-1255, abr. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29689>. Acesso em: 15 fev. 2020.

RODRIGUES, D. C. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina para o controle da sífilis em gestante**. 2015. 96 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4660>. Acesso em: 11 maio 2020.

RODRIGUES, D. C.; DOMINGUES, R. M. S. M. Management of syphilis in pregnancy: knowledge and practices of health care providers and barriers to the control of disease in Teresina, Brazil. **Int. j. health plann. manage.**, Chichester, p. 1-16, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25685/2/ve_Danielle_Rodrigues_Rosa_Domingues_INI_Lapclin_2017.pdf. Acesso em: 12 jun. 2020.

RODRIGUES, D. C. *et al.* Educação permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 73, n. 6, e20190076, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n6/pt_0034-7167-reben-73-06-e20190076.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020.

ROSA, R. F. N. *et al.* O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife; v. 14, e243643, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/243643/34761>. Acesso em: 10 dez. 2020.

SANTOS, E. M. *et al.* Atuação do enfermeiro após diagnóstico de sífilis no pré-natal de baixo risco. **Rev. bras. sex. hum.**, São Paulo, v. 31, n.1, 2020. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/306. Acesso em: 22 set. 2020.

SANTOS, R. R. **Conhecimento e práticas dos profissionais de saúde das maternidades públicas de Teresina, Piauí, no manejo da sífilis na gestação e congênita.** 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24313>. Acesso em: 10 set. 2020.

SANTOS, R. R. *et al.* Diagnostic and therapeutic knowledge and practices in the management of congenital syphilis by pediatricians in public maternity hospitals in Brazil. **Int. j. health serv.**, Westport, v. 49, n. 2, p. 322-342, Apr. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28735562/>. Acesso em: 20 set. 2019.

SANTOS, R. R. *et al.* Knowledge and compliance in practices in diagnosis and treatment of syphilis in maternity hospitals in Teresina - PI, Brazil. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 9, p. 453-463, Sept. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000900453. Acesso em: 3 fev. 2020.

SIGNOR, E. *et al.* Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 1-11, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/14766/pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SILVA, A. P. *et al.* Aconselhamento em hiv/aids e sífilis às gestantes na atenção primária. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1962-1969, jul. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236251/29482>. Acesso em: 13 nov. 2020.

SILVA, D. M. A. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 278-285, abr./jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00278.pdf. Acesso em: 30 mar. 2020.

SILVA, I. C. B. S. *et al.* O processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0018009, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100507&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2020.

- SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e58779, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v38n1/0102-6933-rgeenf-1983-144720170158779.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.
- SILVA, M. B. *et al.* A utilização da técnica Delphi na validação de diagnósticos de enfermagem. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 1, p. 262-68, jan. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10229>. Acesso em: 25 fev. 2020.
- SILVA, P. G. *et al.* Sífilis adquirida: dificuldades para adesão ao tratamento. **Rev. iberoam. educ. invest. enferm.(Internet)**, Madrid, v. 10, n. 1, p. 38-46, ene. 2020. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/322/sifilis-adquirida-dificuldades-para-adesao-ao-tratamento/>. Acesso em: 24 dez. 2020.
- SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-216, set. 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000300001. Acesso em: 15 nov. 2020.
- SOARES, K. K. S. *et al.* Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, abr. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/ress/2020.v29n1/e2018193/>. Acesso em: 14 set. 2020.
- SOEIRO, C. M. O. *et al.* Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado do Amazonas, Brasil: uma abordagem por meio de relacionamento de bases de dados. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 715-723, abr. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400715&lang=pt. Acesso em: 4 abr. 2020.
- SOUZA, E. M. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. **An. bras. dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 547-548, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v80n5/v80n5a17.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D. S.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 11 jan. 2020.
- TAVARES, A. P. C. *et al.* Análise das publicações nacionais sobre educação a distância em enfermagem: revisão integrativa. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, Df, v. 71, n. 1, p. 214-222, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100214&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 set. 2020.

TIAGO, Z. S. *et al.* Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 3, p. 503-512, jul./set. 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300503&lang=pt. Acesso em: 20 set. 2020.

TOURINHO, F. S. V.; RAIMONDI, G. A. Ensino na saúde em tempos de Covid-19: acesso, iniquidades e vulnerabilidade. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 44, supl. 1, e164, out. 2020. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000500101&lang=pt. Acesso em: 14 set. 2020.

VÁZQUEZ, G. G. H. Venus en los brazos de mercurio, bismuto y arsenio: notas históricas sobre sífilis gestacional antes de la penicilina. **Sex., salud soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 226-245, abr. 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872018000100226. Acesso em: 20 set. 2020.

APÊNDICE A – Questionário *Google Forms*: pré-intervenção (manejo da sífilis): para a avaliação do conhecimento prévio à intervenção educativa

PARTE I - DADOS PROFISSIONAIS:

E-mail: _____ **Idade:** _____

Categoria Profissional do Residente: () Médico () Enfermeiro

Ano na residência: () Primeiro ano de Residência () Segundo ano de Residência
() Concluiu a residência neste ano

Data de término da graduação: _____

Área de Planejamento: 1.0 () 2.1 () 2.2 () 3.1 () 3.2 () 3.3 () 4.0 () 5.1 () 5.2 () 5.3 ()

Instituição onde realizou a graduação: _____

Formação acadêmica: (marque uma ou mais opções). Se não disponíveis, escreva em “outros”:

[] Curso de Especialização em Saúde Coletiva [] Curso de Especialização em Saúde da Família
[] Mestrado [] Doutorado

PARTE II- Contato com a temática:

Já recebeu algum treinamento sobre sífilis? () sim () não

Se sim, foi útil para a prática diária? () sim () não

Você consulta algum conteúdo para abordagem da sífilis no seu cotidiano? () sim () não

Se sim, quais conteúdos? (marque uma ou mais opções):

[] Guia de Referência Rápida de IST Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro [] Protocolo de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas das IST do MS [] Livros de Medicina [] Aplicativo do Ministério da Saúde
[] Livros de Enfermagem

Já realizou o curso oferecido pelo TELELAB em sífilis? () sim () não

É capacitado para a realização de testes rápidos para o diagnóstico de sífilis? () sim () não

Já atendeu casos de sífilis? () sim () não

Se sim, quais públicos atendeu?

[] Gestante [] Criança exposta [] Homem [] Mulher (não gestante) [] Parceria sexual

Você considera a sífilis um problema de saúde pública? () sim () não

Possui alguma sugestão para o enfrentamento da sífilis? () sim () não

Se sim, escreva suas sugestões:

Você considera que existam dificuldades para o manejo de sífilis? () sim () não

Se sim, descreva as dificuldades no seu cotidiano a respeito no manejo da sífilis:

Você considera que existam facilidades para o manejo de sífilis? () sim () não

Se sim, descreva as facilidades no seu cotidiano a respeito no manejo da sífilis:

Você considera a residência um ambiente oportuno para adquirir conhecimentos sobre sífilis?

() sim () não Justifique, caso julgue necessário:

Escreva aqui algum caso de sífilis que tenha marcado sua trajetória enquanto profissional de saúde e/ou alguma dúvida relacionada ao tema, caso queira (vamos discutir durante a oficina).

PARTE III: CONHECIMENTOS

1. A sífilis é uma infecção (marque verdadeiro ou falso):	V	F
aguda, de diagnóstico apenas laboratorial e com tratamento simples e eficaz, e não há necessidade de acompanhamento para verificar cura.		
crônica e de diagnóstico laboratorial e clínico, e possui várias fases sintomáticas e assintomáticas, dividindo-se em sífilis recente (primária, secundária, latente recente) e tardia (latente tardia e terciária).		
que tem maior transmissibilidade nas fases iniciais da doença (devido à presença de lesões).		
que tem maior transmissibilidade nas fases tardias da doença.		
que facilita a ocorrência de outras IST.		
que deve ser tratada mediante exames laboratoriais positivos; os sintomas da doença não são dados suficientes para justificá-la, pois pode ser confundida com diversas outras infecções.		
de notificação compulsória.		

2. Qual é o agente etiológico da sífilis?(marque apenas uma opção):	
<i>Neiseria gonorreae</i>	
<i>Herpes virus simples</i>	
<i>Treponema pallidum</i>	
<i>Haemophilus ducrey</i>	

3. Sobre a transmissão da sífilis (marque verdadeiro ou falso):	V	F
Transmissão vertical (mãe para o filho)		
Aleitamento materno		
Transfusão sanguínea		
Sexo anal		
Sexo vaginal		
Sexo oral		
Beijo		

4. A sífilis deve ser rastreada (marque verdadeiro ou falso):	V	F
na rotina pré-natal.		
na internação obstétrica, trabalho de parto e aborto, independente de resultado anterior.		
comportamento sexual de risco.		
parcerias sexuais de gestante (somente nos casos de gestante com sífilis).		
que facilita a ocorrência de outras IST.		
ao homem parceiro da mulher gestante.		
suspeita de violência sexual.		
acima de 30 anos.		
no idoso.		
na matrícula da escola.		
parceria de pessoa infectada.		
presença de outras IST.		

5. Classificação clínica da sífilis: Correlacione (selecione apenas uma opção em cada linha ou coluna)	Primária	Secundária	Terciária	Latente recente	Latente tardia	Neurosífilis
Assintomática e é determinada pelo período após dois anos do contágio.						
Assintomática e é determinada pelos primeiros dois anos de contágio.						
Invasão do <i>treponema pallidum</i> no sistema nervoso central em qualquer fase da doença.						
Geralmente por uma lesão única e indolor, de bordas regulares, fundo brilhante, pouco secretiva no local onde ocorreu a entrada do treponema.						
Manifestações sistêmicas como roséolas e sífilides, podendo também ocorrer artralgia, adenopatia e febrícula.						
Acomete 5% a 10% dos indivíduos e surge entre 2 a 40 anos de infecção. Caracteriza-se pelo acometimento de órgãos vitais, principalmente sistema cardiovascular e nervoso.						

6. A sífilis é uma doença de notificação obrigatória nos seguimentos (marque uma ou mais opções de julgar necessário):	V	F
Sífilis adquirida		
Sífilis na gestação		
Sífilis congênita		
Parceria sexual tratada profilaticamente		

7. Marque o tipo de teste	Teste treponêmico	Teste não treponêmico
RPR		
Teste rápido		
VDRL		
FTA-ABS		
Busca específica de anticorpos conferindo memória imunológica, independente de cura ou não, sendo pouco útil para avaliação de seguimento pós-tratamento.		
Busca inespecífica de anticorpos e apresentação quantitativa de resultado, que diminui titulação após tratamento eficaz. Útil para seguimento pós-tratamento.		

8. Em relação aos testes sorológicos para o diagnóstico laboratorial para sífilis (marque verdadeiro ou falso):	V	F
O VDRL e o teste rápido possuem a mesma metodologia e finalidade: diagnóstico e seguimento pós-cura da sífilis.		
O teste rápido é útil no diagnóstico triagem rápida (em 15 a 30 minutos). Porém, não é útil para avaliação do tratamento, pois permanece positivo mesmo após cura (cicatriz sorológica).		
O teste rápido é essencial para o seguimento pós-terapêutico, pois se torna negativo após tratamento eficaz.		
A titulação abaixo de 1/8 do VDRL sempre indica cicatriz sorológica.		
O VDRL é útil no diagnóstico, mas principalmente na avaliação atamento (seguimento pós-terapêutico), pois é quantitativo, apresentando queda na titulação frente ao tratamento eficaz da doença.		
Considera-se tendência de cura quando há queda de titulação do VDRL em dois títulos da inicial.		
Os níveis de titulação determinam classificação clínica.		
O aumento da titulação do VDRL em dois títulos indica reinfecção e deve-se proceder com novo tratamento.		
A persistência de titulações, a despeito da realização de tratamentos repetidas vezes, sugere a existência de neurosífilis e, com isso, se indica avaliação clínica e exames laboratoriais, tais como o liquor.		

Quais são as opções de tratamento? (marque uma ou mais opções):	Benzilpenicilina 7,2 milhões UI Intramuscular 2,40000000 UI por semana: 1,200000000 UI em cada nádega	Benzilpenicilina 2,4 milhões UI: 1,2milhões UI em cada nádega	Benzilpenicilina 4,8 milhões UI: 1,2 milhões UI em cada nádega por semana por 2 semanas	Penicilina Cristalina 18-24 milhões UI, a cada 4 h IV	Doxiciclina 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 15 dias	Ceftriaxona 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias
Primária						
Secundária						
Terciária						
Latente recente						
Latente tardia						
Neurossífilis						
Na gestante						

10. Quando tratar as parcerias sexuais (marque apenas uma opção):	
Somente quando os testes estiverem reativos. Testes negativos confirmam que não houve transmissão sexual e descartam infecção.	
Independente do resultado das testagens, deve-se proceder com o tratamento, pois a parceria pode se encontrar em janela imunológica ou o VDRL pode ser negativo por efeito prozona.	
De acordo com a nova diretriz, a parceria sexual não é mais importante para considerar tratamento adequado. Portanto, não há necessidade de tratamento.	

11. Sobre seguimento pós-terapêutico, correlacione	Mensal	Trimestral
População geral		
Gestante		
Pessoa vivendo com HIV (PVHIV)		

12. Considera-se gestante adequadamente tratada: (marque verdadeiro ou falso):	V	F
Parceria sexual tratada.		
Tratamento com antibióticos indicado para sífilis (ceftriaxona, doxamiclina, eritromicina, penicilinas).		
Tratamento com antibióticos indicado para sífilis (ceftriaxona, doxamiclina, eritromicina, penicilinas). Tratamento realizado APENAS com penicilina benzatina de acordo com a fase clínica da doença. Em caso de desconhecimento da fase clínica, tratamento como sífilis latente tardia (7,200.000 UI).		
30 dias antes do parto.		
Respeita-se o intervalo das doses (sete dias). Avaliação quanto ao risco de infecção. Documentação de queda de título de VDRL. Parceria sexual tratada. Tratamento com antibióticos indicado para sífilis (ceftriaxona, doxamiclina, eritromicina, penicilinas). Tratamento realizado APENAS com penicilina benzatina de acordo com a fase clínica da doença. Em		

caso de desconhecimento da fase clínica, tratamento como sífilis latente tardia (7,200.000 UI). 30 dias antes do parto.		
O tratamento é feito independente do tempo de gestação, pois assegura a não transmissão vertical para o feto, uma vez que, na maioria dos casos, ela ocorre durante o trabalho de parto.		
Respeita-se o intervalo das doses (sete dias).		
Avaliação quanto ao risco de infecção.		
Documentação de queda de título de VDRL.		

13. Em caso de gestante alérgica à penicilina (marque verdadeiro ou falso):	V	F
Tratar com doxaciclina VO, porém sabendo que este medicamento só trata a mãe, mas não penetra a membrana hemato-placentária e, assim, o recém-nascido será submetido ao tratamento no nascimento.		
Tratar com penicilina e prescrever antialérgico que garante a não reação alérgica da gestante e assegura tratamento adequado.		
Tratar com ceftriaxona IM, porém sabendo que este medicamento só trata a mãe, e o bebê será submetido ao esquema terapêutico.		
Encaminhar à consulta de alergologia: dessensibilização com penicilina via SISREG.		

14. Sobre o acompanhamento e seguimento terapêutico da criança exposta, marque verdadeiro ou falso:	V	F
Consulta Mensal até os dois anos.		
Consulta na 1ª semana de vida, 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses.		
Crianças com sífilis deve receber avaliação oftalmológica e audiológica especializada a cada seis meses até os dois anos de idade.		
Só devem ser acompanhadas se tiverem recebido tratamento durante a estadia na maternidade.		
Só deve ser acompanhada por pediatra.		
Pode ser acompanhada na atenção primária.		
A qualquer alteração no crescimento e desenvolvimento da criança exposta, deve-se retornar a investigação e tratamento independente de resultado laboratorial e histórico de tratamento.		

15. Sobre o seguimento laboratorial da criança exposta, marque verdadeiro ou falso:	V	F
A solicitação de VDRL mensal e alta após resultado negativo.		
A realização de um teste rápido seis meses após o tratamento. Em caso de negativo, é considerada curada; se persistir positivo, deve-se proceder com novo tratamento.		
A titulação do VDRL no bebê só tem repercussão quando apresenta titulação duas vezes maior que a da mãe.		
É feito por VDRL em 1, 3, 6, 12 e 18 meses. Dois resultados negativos consecutivos ou a queda de duas titulações excluem a doença e recomenda-se interromper o seguimento laboratorial.		

O exame de LIQUOR deve ser feito a cada seis meses apenas em crianças com histórico de alteração neste exame até a sua negatificação.		
A persistência de VDRL positivo e/ou o aumento de dois títulos indicam presença de infecção e deve ser feito novo tratamento.		
Crianças filhas de mãe adequadamente tratada e que não possuem alterações laboratoriais não são notificadas, porém devem ter seguimento ambulatorial e laboratorial compatível com as expostas.		

APÊNDICE B – Questionário *Google Forms*: pós-intervenção (manejo da sífilis): para avaliação do conhecimento após a intervenção educativa

PARTE I: Avaliação sobre o curso.

Você considerou a intervenção educativa útil para a sua prática clínica? () sim () não

Você considera essa forma de intervenção (por estudo e discussão de casos) útil para aquisição de conhecimentos em sífilis? () sim () não

Justifique e dê suas sugestões caso julgue necessário:

PARTE II: CONHECIMENTOS.

1. A sífilis é uma infecção (marque verdadeiro ou falso):	V	F
aguda, de diagnóstico apenas laboratorial e com tratamento simples e eficaz, e não há necessidade de acompanhamento para verificar cura.		
crônica e de diagnóstico laboratorial e clínico, e possui várias fases sintomáticas e assintomáticas, dividindo-se em sífilis recente (primária, secundária, latente recente) e tardia (latente tardia e terciária).		
que tem maior transmissibilidade nas fases iniciais da doenças (devido à presença de lesões).		
que tem maior transmissibilidade nas fases tardias da doença.		
que facilita a ocorrência de outras IST.		
que deve ser tratada mediante exames laboratoriais positivos; os sintomas da doença não são dados suficientes para justificá-la, pois pode ser confundida com diversas outras infecções.		
de notificação compulsória		

2. Qual é o agente etiológico da sífilis?(marque apenas uma opção):	
<i>Neiseria ghonorrae</i>	
<i>Herpes virus simples</i>	
<i>Treponema pallidum</i>	
<i>Haemophilus ducrey</i>	

3. Sobre a transmissão da sífilis (marque verdadeiro ou falso):	V	F
Transmissão vertical (mãe para o filho).		
Aleitamento materno.		
Transfusão sanguínea.		
Sexo anal.		
Sexo vaginal.		
Sexo oral.		
Beijo.		

4. A sífilis deve ser rastreada (marque verdadeiro ou falso):	V	F
na rotina pré-natal.		
na internação obstétrica, trabalho de parto e aborto, independente de resultado anterior.		
comportamento sexual de risco.		
parcerias sexuais de gestante (somente nos casos de gestante com sífilis).		
que facilita a ocorrência de outras IST.		
ao homem parceiro da mulher gestante.		
suspeita de violência sexual.		
acima de 30 anos.		
no idoso.		
na matrícula da escola.		
parceria de pessoa infectada.		
presença de outras IST.		

5. Classificação clínica da sífilis: Correlacione (selecione apenas uma opção em cada linha ou coluna)	Primária	Secundária	Terciária	Latente recente	Latente tardia	Neurosífilis
Assintomática e é determinada pelo período após dois anos do contágio.						
Assintomática e é determinada pelos primeiros dois anos de contágio.						
Invasão do <i>treponema pallidum</i> no sistema nervoso central em qualquer fase da doença.						
Geralmente por uma lesão única e indolor, de bordas regulares, fundo brilhante, pouco secretiva no local onde ocorreu a entrada do treponema.						
Manifestações sistêmicas como roséolas e sífilides, podendo também ocorrer artralgia, adenopatia e febrícula.						
Acomete 5% a 10% dos indivíduos e surge entre 2 a 40 anos de infecção. Caracteriza-se pelo acometimento de órgãos vitais, principalmente sistema cardiovascular e nervoso.						

6. A sífilis é uma doença de notificação obrigatória nos seguimentos (marque uma ou mais opções se julgar necessário):	Verdadeiro	Falso
Sífilis adquirida		
Sífilis na gestação		
Sífilis congênita		
Parceria sexual tratada profilaticamente		

7. Marque o tipo de teste	Teste treponêmico	Teste não treponêmico
RPR		
Teste rápido		
VDRL		
FTA-ABS		
Busca específica de anticorpos conferindo memória imunológica, independente de cura ou não, sendo pouco útil para avaliação de seguimento pós-tratamento.		
Busca inespecífica de anticorpos e apresentação quantitativa de resultado, que diminui titulação após tratamento eficaz. Útil para seguimento pós-tratamento.		

8. Em relação aos testes sorológicos para o diagnóstico laboratorial para sífilis (marque verdadeiro ou falso):	V	F
O VDRL e o teste rápido possuem a mesma metodologia e finalidade: diagnóstico e seguimento pós-cura da sífilis.		
O teste rápido é útil no diagnóstico triagem rápida (em 15 a 30 minutos). Porém, não é útil para avaliação do tratamento, pois permanece positivo mesmo após cura (cicatriz sorológica).		
O teste rápido é essencial para o seguimento pós-terapêutico, pois se torna negativo após tratamento eficaz.		
A titulação abaixo de 1/8 do VDRL sempre indica cicatriz sorológica.		
O VDRL é útil no diagnóstico, mas principalmente na avaliação atamento (seguimento pós-terapêutico), pois é quantitativo, apresentando queda na titulação frente ao tratamento eficaz da doença.		
Considera-se tendência de cura quando há queda de titulação do VDRL em dois títulos da inicial.		
Os níveis de titulação determinam classificação clínica.		
O aumento da titulação do VDRL em dois títulos indica reinfecção e deve-se proceder com novo tratamento.		
A persistência de titulações, a despeito da realização de tratamentos repetidas vezes, sugere a existência de neurosífilis e, com isso, indica-se avaliação clínica e exames laboratoriais, tais como o liquor.		

Quais são as opções de tratamento? (marque uma ou mais opções):	Benzilpenicilina 7,2 milhões UI Intramuscular 2,40000000 UI por semana: 1,200000000 UI em cada nádega	Benzilpenicilina 2,4 milhões UI: 1,2 milhões UI em cada nádega	Benzilpenicilina 4,8 milhões UI: 1,2 milhões UI em cada nádega por semana por 2 semanas	Penicilina Cristalina 18-24 milhões UI, a cada 4 h IV	Doxiciclina 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 15 dias	Ceftriaxona 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias
Primária						
Secundária						
Terciária						
Latente recente						
Latente tardia						
Neurossífilis						
Na gestante						

10. Quando tratar as parcerias sexuais (marque apenas uma opção):	
Somente quando os testes estiverem reativos. Testes negativos confirmam que não houve transmissão sexual e descartam infecção.	
Independente do resultado das testagens, deve-se proceder com o tratamento, pois a parceria pode se encontrar em janela imunológica ou o VDRL pode ser negativo por efeito prozona.	
De acordo com a nova diretriz, a parceria sexual não é mais importante para considerar tratamento adequado. Portanto, não há necessidade de tratamento.	

11. Sobre seguimento pós-terapêutico, correlacione	Mensal	Trimestral
População geral		
Gestante		
Pessoa vivendo com HIV (PVHIV)		

12. Considera-se gestante adequadamente tratada (marque verdadeiro ou falso):	V	F
Parceria sexual tratada.		
Tratamento com antibióticos indicado para sífilis (ceftriaxona, doxamiclina, eritromicina, penicilinas).		
Tratamento com antibióticos indicado para sífilis (ceftriaxona, doxamiclina, eritromicina, penicilinas). Tratamento realizado APENAS com penicilina benzatina de acordo com a fase clínica da doença. Em caso de desconhecimento da fase clínica, tratamento como sífilis latente tardia (7,200.000 UI).		
30 dias antes do parto.		
Respeita-se o intervalo das doses (7 dias). Avaliação quanto ao risco de infecção. Documentação de queda de título de VDRL. Parceria sexual tratada.		

Tratamento com antibióticos indicado para sífilis (ceftriaxona, doxaciclina, eritromicina, penicilinas). Tratamento realizado APENAS com penicilina benzatina de acordo com a fase clínica da doença. Em caso de desconhecimento da fase clínica, tratamento como sífilis latente tardia (7,200.000UI). 30 dias antes do parto.		
O tratamento é feito independente do tempo de gestação, pois assegura a não transmissão vertical para o feto, uma vez que, na maioria dos casos, ela ocorre durante o trabalho de parto.		
Respeita-se o intervalo das doses (sete dias).		
Avaliação quanto ao risco de infecção.		
Documentação de queda de título de VDRL.		

13. Em caso de gestante alérgica à penicilina (marque verdadeiro ou falso):	V	F
Tratar com doxaciclina VO, porém sabendo que este medicamento só trata a mãe, mas não penetra a membrana hemato-placentária e, assim, o recém-nascido será submetido ao tratamento no nascimento.		
Tratar com penicilina e prescrever antialérgico que garante a não reação alérgica da gestante e assegura tratamento adequado.		
Tratar com ceftriaxona IM, porém sabendo que este medicamento só trata a mãe, e o bebê será submetido ao esquema terapêutico.		
Encaminhar à consulta de alergologia: dessensibilização com penicilina via SISREG.		

14. Sobre o acompanhamento e seguimento terapêutico da criança exposta, marque verdadeiro ou falso:	V	F
Consulta mensal até os dois anos.		
Consulta na 1º semana de vida, 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses.		
Crianças com sífilis devem receber avaliação oftalmológica e audiológica especializada a cada seis meses até os dois anos de idade.		
Só devem ser acompanhadas se tiverem recebido tratamento durante a estadia na maternidade.		
Só deve ser acompanhada por pediatra.		
Pode ser acompanhada na atenção primária.		
A qualquer alteração no crescimento e desenvolvimento da criança exposta, deve-se retomar a investigação e tratamento, independente de resultado laboratorial e histórico de tratamento.		

15. Sobre o seguimento laboratorial da criança exposta, marque verdadeiro ou falso:	V	F
A solicitação de VDRL mensal e alta após resultado negativo.		
A realização de um teste rápido seis meses após o tratamento. Em caso de negativo, é considerada curada; se persistir positivo, deve-se proceder com novo tratamento.		
A titulação do VDRL no bebê só tem repercussão quando apresenta titulação duas vezes maior que a da mãe.		
É feito por VDRL em 1, 3, 6, 12 e 18 meses. Dois resultados negativos consecutivos ou a queda de duas titulações excluem a doença e recomenda-se interromper o seguimento laboratorial.		
O exame de LIQUOR deve ser feito a cada seis meses apenas em crianças com histórico de alteração neste exame até a sua negatificação.		
A persistência de VDRL positivo e/ou o aumento de dois títulos indicam presença de infecção e deve ser		

feito novo tratamento.		
Crianças filhas de mãe adequadamente tratada e que não possuem alterações laboratoriais não são notificadas, porém devem ter seguimento ambulatorial e laboratorial compatível com as expostas.		

APÊNDICE C – Questionário *Google Forms*: validação por especialistas sobre o módulo “conhecimento sobre sífilis” do questionário pré e pós-intervenção

E-mail:

Categoria profissional: () médico (...) enfermeiro

Formação acadêmica: () graduação () especialização () mestrado () doutorado

Quantos anos de atuação no manejo da sífilis?

Exerce função acadêmica ligada ao manejo da sífilis? () sim () não

Trabalha onde?

Referente à pergunta 1: A sífilis é uma infecção (marque verdadeiro ou falso):

() Concordo () Não concordo e nem discordo () Discordo

Considerações em relação à pergunta 1:

Referente à pergunta 2: Qual é o agente etiológico da sífilis?

() Concordo () Não concordo e nem discordo () Discordo

Considerações em relação à pergunta 2:

Referente à pergunta 3: Sobre a transmissão da sífilis (marque verdadeiro ou falso):

() Concordo () Não concordo e nem discordo () Discordo

Considerações em relação à pergunta 3:

Referente à pergunta 4: O profissional de saúde deve rastrear a sífilis: (marque uma ou mais opções):

() Concordo () Não concordo e nem discordo () Discordo

Considerações em relação à pergunta 4:

Referente à pergunta 5: Correlacione a classificação clínica da sífilis com a sintomatologia correspondente:

() Concordo () Não concordo e nem discordo () Discordo

Considerações em relação à pergunta 5:

Referente à pergunta 6: A sífilis é uma doença de notificação obrigatória nos seguimentos (marque uma ou mais opções se julgar necessário):

() Concordo () Não concordo e nem discordo () Discordo

Considerações em relação à pergunta 6:

Referente à pergunta 7: Quanto ao tipo de teste:

() Concordo () Não concordo e nem discordo () Discordo

Considerações em relação à pergunta 7:

Referente à pergunta 8: Em relação aos testes sorológicos para sífilis, marque verdadeiro ou falso:

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

Considerações em relação à pergunta 8:

Referente à pergunta 9: Correlacione a classificação clínica com as opções de tratamento (marque uma ou mais caso julgue necessário):

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

Considerações em relação à pergunta 9:

Referente à Pergunta 10: Quando tratar as parcerias sexuais (marque apenas uma alternativa):

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

Considerações em relação à pergunta 10:

Referente à pergunta 11: Considera-se Gestante adequadamente tratada quando (marque verdadeiro ou falso):

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

Considerações em relação à pergunta 11:

Referente à pergunta 12: Em caso de gestante alérgica à penicilina:

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

Considerações em relação à pergunta 12:

Referente à pergunta 13: Sobre o acompanhamento clínico da criança exposta, marque verdadeiro ou falso:

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

Considerações em relação à pergunta 13:

Referente à pergunta 14: Sobre o seguimento laboratorial da criança exposta, marque verdadeiro ou falso:

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

Considerações em relação à pergunta 14:

De um modo geral, o questionário avalia os conhecimentos sobre sífilis (adquirida, gestacional e congênita)?

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

O questionário abrange os protocolos vigentes (Ministério da Saúde e Município)?

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

O questionário é aplicável aos objetivos propostos no estudo?

Concordo Não concordo e nem discordo Discordo

O questionário é aplicável para a avaliação pré e pós-intervenção?

() Concordo () Não concordo e nem discordo () Discordo

Deixe aqui suas considerações gerais, caso julgue pertinente:

APÊNDICE D – *Google Forms*: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os especialistas: formato on-line



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF MESTRADO**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os especialistas: Formato on-line

Prezado Especialista,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **SÍFILIS NO CICLO DA VIDA: CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS RESIDENTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**, na condição de avaliador do questionário a ser respondido na plataforma *Google Forms*[®] pelos residentes médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, dado o seu amplo conhecimento no âmbito da sífilis adquirida, congênita e gestacional para validação.

O presente estudo tem como objetivos: identificar o conhecimento dos residentes da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro acerca dos protocolos vigentes sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida; discutir as principais facilidades e/ou dificuldades no cotidiano dos residentes com relação ao manejo da sífilis; analisar a educação permanente como ferramenta para a disseminação do conhecimento acerca do manejo da sífilis.

Após o aceite, você responderá um questionário on-line que consiste na avaliação da ferramenta de avaliação do estudo com os residentes (os questionários pré e pós-intervenção), assinalando o seu nível de concordância e o envio de sugestões caso discorde do formato de avaliação.

Cabe ressaltar que esta pesquisa não implicará nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral, e também não haverá pagamento por sua participação. No entanto, você pode achar que determinadas perguntas, já que versam sobre sua experiência teórica e prática sobre a temática. **A sua participação na avaliação dos questionários poderá ajudar a aprimorar a construção de avaliações de conhecimento sobre sífilis**, contribuindo para o direcionamento de ações educativas para a melhoria da prática clínica dos profissionais de saúde.

Seu nome não aparecerá em nenhum questionário ou qualquer outro documento da pesquisa. Nenhuma publicação partindo das etapas deste estudo revelará o nome dos avaliadores.

Assinando este consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum dos seus direitos e não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais em caso de alguma situação que lhe prejudique. A participação é inteiramente voluntária e você poderá abandonar a avaliação do questionário a qualquer momento, sem que isto afete sua prática profissional ou relacionamento futuro com a instituição.

O avaliador poderá se retirar a qualquer momento, se julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215-1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto à sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

- Eu fui completamente orientado pela Enf.^a Mestranda Lívia de Souza Câmara que está realizando a pesquisa, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, a enfermeira pesquisadora entregou uma via do TCLE, o qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.
- Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.
- Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.
- Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Contatos:

<p>Pesquisador 1: Enf.^a Lívia de Souza Câmara Telefone: (21) 980009449 E-mail: liviacamara88@gmail.com</p>	<p>Pesquisador 2: Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva Telefone: (21) 994690139 E-mail: leila.cuidadocultural@gmail.com</p>
<p>Endereço institucional: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF/UNIRIO R. Dr. Xavier Sigaud, 290 – 2º andar – Urca, Rio de Janeiro – RJ, 22.290-180</p>	

Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde:

Rua: Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar – Sala 401. Centro – RJ CEP: 20031-040 Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

(CEP-UNIRIO): Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796. E-mail: cep.unirio09@gmail.com /Site:
<http://www.unirio.br/propg/comite-de-etica-em-pesquisa-1>

- Li e concordo com a realização deste estudo.
 Li e não concordo com a realização deste estudo.
E-mail do Participante:

APÊNDICE E – *Google Forms*: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes (residentes médicos e enfermeiros)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF MESTRADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: SÍFILIS NO CICLO DA VIDA: CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS RESIDENTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, porque você está lotado em um programa de residência e atua no território do município do Rio de Janeiro.

O presente estudo tem como objetivos: identificar o conhecimento dos residentes da Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro acerca dos protocolos vigentes sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida; discutir as principais facilidades e/ou dificuldades no cotidiano dos residentes com relação ao manejo da sífilis; analisar a educação permanente como ferramenta para a disseminação do conhecimento acerca do manejo da sífilis.

A pesquisa possui três etapas: Na primeira etapa, após aceite para participação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), você responderá previamente um questionário denominado pré-intervenção com perguntas abertas e fechadas sobre o tema, via questionário digital disponibilizado em formato *Google Forms*[®], que será útil para a construção da intervenção educativa.

A segunda etapa será a realização de intervenção educativa virtual “*A atuação do enfermeiro e médico no manejo da sífilis no ciclo da vida*”, que consistirá na realização de atividades educativas relacionadas à temática em ambiente virtual, com a disponibilização de material educativo, aplicação dos conhecimentos **em casos clínicos hipotéticos** e discussão da temática em um encontro virtual com duração de 1 a 2 horas, conforme a disponibilidade dos participantes.

Na terceira e última etapa, você responderá novamente um questionário denominado pós-intervenção com perguntas fechadas também sobre o tema no mesmo nível de dificuldade do questionário pré-intervenção, via questionário digital.

Cabe ressaltar que esta pesquisa não implicará nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral, e também não haverá pagamento por sua participação. No entanto, você pode achar que determinadas perguntas ou participação das atividades que incomodam você, já que versam sobre sua experiência teórico e prática sobre o manejo da sífilis. No entanto, visando diminuir este incômodo, serão garantidos o

sigilo nas respostas, durante a realização das atividades, bem como o pronto esclarecimento de todas as dúvidas que possam surgir no decorrer da pesquisa.

A sua participação na pesquisa poderá ajudar a aprimorar a assistência em saúde quanto ao manejo da sífilis e beneficiar você ao aprimorar seus conhecimentos durante a atividade realizada, bem como na assessoria técnica de possíveis casos que possam surgir no seu cotidiano.

Seu nome e e-mail não serão identificados em nenhum questionário ou qualquer outro documento da pesquisa. Nenhuma publicação partindo das etapas deste estudo revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

Assinando este consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum dos seus direitos e não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais em caso de alguma situação que lhe prejudique. A participação é inteiramente voluntária e você poderá abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem que isto afete sua prática profissional ou relacionamento futuro com a instituição.

O investigador deste estudo também poderá retirá-lo da pesquisa a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215-1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto à sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

- *Eu fui completamente orientado pela Enf.^a Mestranda Lívia de Souza Câmara que está realizando a pesquisa, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, a enfermeira pesquisadora entregou uma via do TCLE, o qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.*
- *Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.*
- *Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.*
- *Estou recebendo uma via assinada deste Termo.*

Contatos:

<p>Pesquisador 1: Enf.^a Lívia de Souza Câmara Telefone: (21) 980009449 E-mail: liviacamara88@gmail.com</p>	<p>Pesquisador 2: Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva Telefone: (21) 994690139 E-mail: leila.cuidadocultural@gmail.com</p>
--	---

Endereço institucional:**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF/UNIRIO**

R. Dr. Xavier Sigaud, 290 – 2º andar – Urca, Rio de Janeiro – RJ, 22.290-180

Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde:

Rua: Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar – Sala 401. Centro– RJ CEP: 20031-040 Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO): Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240. Telefones: 21- 25427796. E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Site: <http://www.unirio.br/propg/comite-de-etica-em-pesquisa-1>

() Li e CONCORDO com a realização deste estudo.

() Li e NÃO CONCORDO com a realização deste estudo.

E-mail do Participante:

ANEXO A – Cartas de anuência



**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE**

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “ **SÍFILIS NO CICLO DA VIDA: CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS RESIDENTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE** ”, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Livia de Souza Câmara**, Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa será realizada em instituição integrante do SUS e não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 16 / 09 / 19

Andre Lopes
Coordenador da COREME e Supervisor
do Programa de Residência em Medicina
de Família e Comunidade / SMS-RJ
Matrícula 11/278.185-4
CRM 52.73339-3

Assinatura e Carimbo do Coordenador do Programa de Residência



**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL
UNIDADE DE SAÚDE**

O Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **"SÍFILIS NO CICLO DA VIDA: CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS RESIDENTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE"**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Livia de Souza Câmara**, Mestranda da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa será realizada em instituição integrante do SUS e não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 12/05/2019.


 Assinatura e Carimbo do Coordenador do Programa de Residência

ANEXO B – Pareceres dos Comitês de Ética (UNIRIO/ SMS-RJ) para autorização da pesquisa presencial

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SÍFILIS NO CICLO DA VIDA: CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS RESIDENTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Pesquisador: LÍVIA DE SOUZA CAMARA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22986219.4.0000.5285

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.785.975

Apresentação do Projeto:

"Pretende-se a partir deste estudo abordar a assistência desempenhada pelos profissionais residentes em saúde da família ao indivíduo com diagnóstico de sífilis à luz do conhecimentos sobre esta temática. Segundo a OMS, atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde. No Brasil há uma epidemia e em 2016 foi declarado como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2018a). A região sudeste é a com maior número de caso e o Rio de Janeiro é o Estado de maior destaque. (BRASIL,2018). O interesse pela temática surgiu na trajetória profissional, em diversos âmbitos do sistema, onde pode-se notar lacunas assistenciais e de conhecimento sobre a temática, principalmente no âmbito da Atenção Primária em Saúde, fundamental no manejo da sífilis no ciclo da vida. Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro ocorreu a criação dos programas de Residência em Saúde da Família, fundamentais para a

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.785.875

formação de

um corpo de trabalho especializado e capacitado para a atuação no território."

Objetivo da Pesquisa:

"Identificar o conhecimento dos residentes da Estratégia de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro acerca dos protocolos vigentes sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida; discutir as principais facilidades e/ou dificuldades no cotidiano dos residentes com relação ao manejo da sífilis; analisar a educação permanente como ferramenta para a disseminação do conhecimento acerca do manejo da sífilis."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos mínimos
- Benefícios diretos e indiretos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante para a formação de residentes enfermeiros e médicos no que diz respeito aos pacientes portadores de sífilis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: adequada
- TCLE: o pesquisador apresenta dois documentos diferentes.
- Instrumentos: há a identificação do participante pelo nome
- Cronograma: adequado
- Termo de anuência: apresentado corretamente

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há - projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezadx Pesquisador,

Por favor, não esqueça de inserir os relatórios parcial e final da pesquisa na Plataforma Brasil na parte de

Endereço: Av. Pasteur, 296
 Bairro: Urca CEP: 22.290-340
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21) 2542-7795 E-mail: cep@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.785.676

notificação (icone à direita da tela, na linha do título do projeto)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1484717_E1.pdf	17/12/2019 12:28:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.pdf	08/10/2019 16:53:47	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO LSC.pdf	23/09/2019 12:09:31	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostolsc.pdf	23/09/2019 11:56:26	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoLSC completo.pdf	22/09/2019 09:42:15	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	20/09/2019 16:31:49	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/09/2019 16:31:01	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuenciaenfermagem.pdf	20/09/2019 16:24:30	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Rosline Mello
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

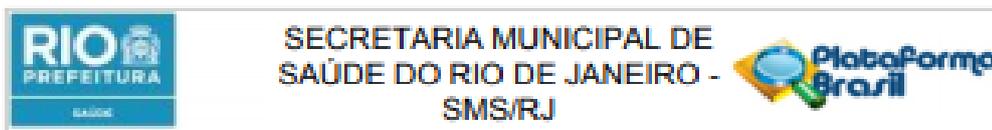
CEP: 22.290-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7798

E-mail: cep@unirio.br



Continuação do Projeto: 3.799.699

inconsistências com base nos protocolos atuais.

Os casos utilizados serão construídos de maneira hipotética, não sendo utilizados dados de prontuários reais. Para o material da intervenção

educativa serão disponibilizados apresentação por material visual, preenchimento de fichas de notificação compulsória e cartões de serviço (ex.:

cartão de pré-natal) com dados fictícios, visando uma ilustração do cotidiano dos profissionais.

c. Aplicação do pós-teste:

Após o treinamento será aplicado o pós teste de forma on line ou manual conforme a disponibilidade do participante. As perguntas serão do mesmo

nível ou de maior dificuldade sobre os protocolos apresentados nos treinamentos. Objetiva-se verificar se a intervenção foi benéfica ao grupo pesquisado e alcançou os objetivos(...)

Resumo:

Pretende-se a partir deste estudo abordar a assistência desempenhada pelos profissionais residentes em saúde da família ao indivíduo com

diagnóstico de sífilis à luz do conhecimentos sobre esta temática Segundo a OMS, atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua

eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde. No Brasil há uma epidemia e em 2016 foi declarado como um grave problema de

saúde pública (BRASIL, 2018a). A região sudeste é a com maior número de caso e o Rio de Janeiro é o Estado de maior destaque. (BRASIL,2018).

O interesse pela temática surgiu na trajetória profissional, em diversos âmbitos do sistema, onde pode-se notar lacunas assistenciais e de

conhecimento sobre a temática, principalmente no âmbito da Atenção Primária em Saúde, fundamental no manejo da sífilis no ciclo da vida. Com a

expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro ocorreu a criação dos programas de Residência em Saúde da Família ,

fundamentais para a formação de um corpo de trabalho especializado e capacitado para a atuação no território. Entendendo a importância no

contexto da sífilis, constitui-se como objeto de estudo: Conhecimento teórico-prático dos residentes em saúde da família e comunidade sobre o

manejo da sífilis no ciclo da vida. Objetivos: Identificar os conhecimentos e atitudes dos residentes da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

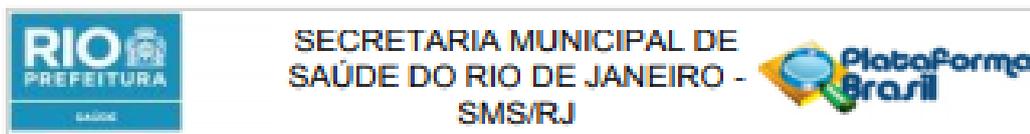
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: capsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Protocolo: 3.716.659

do Município do Rio de Janeiro acerca dos protocolos vigentes sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida; Discutir as principais facilidades e/ou dificuldades no cotidiano dos residentes com relação ao manejo da sífilis; Analisar a educação permanente como ferramenta para a disseminação do conhecimento acerca do manejo da sífilis. Metodologia: Estudo do tipo Quase-Experimental "antes e Depois". Serão realizadas em três etapas: A aplicação do pré-teste auto respondido com perguntas sobre o conhecimento e prática do manejo da sífilis no ciclo da vida; A oficina intitulada: Os residentes em Saúde da Família frente à sífilis no ciclo da vida; A aplicação do pós teste com perguntas sobre o conhecimento do manejo da sífilis no ciclo da vida. O desempenho individual será disponibilizado de forma sigilosa por e-mail com todas as alternativas corretas, bem como serão fundamentadas através dos protocolos após o cumprimento de todas as etapas da pesquisa. Este estudo obedecerá a Resolução n°466/12 que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados serão coletados e serão tratados de forma anônima e confidencial, sendo lhes assegurado o sigilo de identidade e apenas serão destinados à produção deste estudo. Os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, sendo destruídos após este período.

(...) Metodologia Proposta:

O estudo em questão é de abordagem quantitativa, do tipo quase-experimental. Os participantes serão médicos e enfermeiros lotados no programa de residência em saúde da família distribuídos nas Unidades de Saúde da Família do território do Município do Rio de Janeiro. Os participantes serão convidados para a oficina Os residentes em Saúde da Família frente à sífilis no ciclo da vida e lhes serão esclarecidas as três etapas do Estudo. A primeira etapa chamada de pré-teste terá a duração de 30 a 60 minutos. Será aplicado um questionário auto respondido com perguntas relacionadas a teoria e prática do manejo da sífilis no ciclo da vida. Em seguida ocorrerá a oficina que consistirá na discussão de casos hipotéticos com a intenção de aproximá-los ao seu dia-a-dia, com duração média de 3 horas. Após a oficina, terceira etapa será aplicado o pós teste com

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepamsr@yahoo.com.br



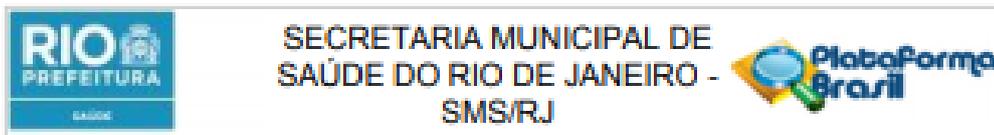
SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.799.899

perguntas de mesmo nível de dificuldade do pré-teste, lhes sendo dado mais 30 minutos para seu preenchimento. Ao final de todas as etapas será disponibilizado a cada participante de maneira sigilosa o desempenho demonstrado antes e depois da oficina e com os comentários pertinentes a cada item abordado. Todos os passos estão melhor detalhados nos itens a seguir. Aplicação do primeiro questionário auto-respondido: (Dados individuais, contato com a temática e pré-teste): No dia do treinamento, de 30 a 60 minutos antes do início da intervenção o participante após aceitar realizar a pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido responderá o questionário, sendo este por via on line e/ou impresso, através de um link enviado através de um aplicativo de conversas ou via manual, na indisponibilidade do mesmo. Optou-se a realização do questionário in locu antes do treinamento para evitar consultas à protocolos, retratando assim de forma aproximada o seu conhecimento sobre o tema e objetivando evitar viés no estudo. O desempenho individual será disponibilizado de forma sigilosa por e-mail e serão disponibilizadas todas as alternativas corretas, bem como serão fundamentadas através dos protocolos após o cumprimento de todas as etapas da pesquisa. b. Intervenção: OFICINA : Os residentes em Saúde da Família frente à sífilis no ciclo da vida. O resultado coletivo das respostas será demonstrado durante a intervenção e serão debatidos entre os participantes. Após este momento procederemos com a discussão de 5 casos clínicos envolvendo a sífilis nas mais variadas populações, buscando uma aproximação ao cotidiano dos residentes. Os participantes serão divididos em grupos de no máximo 6 pessoas para a construção de um debate e condutas para cada caso. Cada grupo terá 30 minutos para a discussão e construção de suas considerações para o caso: hipótese diagnóstica, conduta terapêutica e abordagem individual e familiar. Após esta etapa, cada caso será apresentado pelo grupo responsável e será apontado com o coletivo as suas conclusões em cada caso com base nos protocolos vigentes no Município do Rio de Janeiro. Todos os profissionais da atividade poderão tecer suas considerações após a explanação do grupo e finalizando este momento o mediador irá pontuar as consistências e inconsistências com base nos protocolos

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.021-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepamarj@yahoo.com.br



Continuação do Projeto: 3.799.899

atuais. Os casos utilizados serão construídos de maneira hipotética, não sendo utilizados dados de prontuários reais. Para o material da intervenção educativa serão disponibilizados apresentação por material visual, preenchimento de fichas de notificação compulsória e cartões de serviço (ex.: cartão de pré-natal) com dados fictícios, visando uma ilustração do cotidiano dos profissionais. c. Aplicação do pós-teste: Após o treinamento será aplicado o pós teste de forma on line ou manual conforme a disponibilidade do participante. As perguntas serão do mesmo nível ou de maior dificuldade sobre os protocolos apresentados nos treinamentos.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos para o estudo os residentes inscritos nestes programas de residência, não havendo limite de idade, tempo de formação e experiência profissional anterior ou lotação em Unidades.

Critério de Exclusão:

O critério de exclusão da análise serão: residentes que à época do estudo estiverem licenciados ou de férias.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

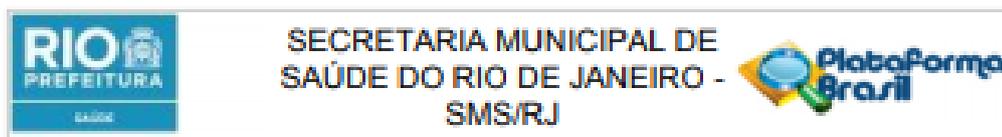
A hipótese do Estudo é encontrar lacunas de conhecimento em relação ao Manejo no Ciclo da Vida com base nos protocolos vigentes e a intervenção educativa coletiva com a realização da discussão coletiva de estudos de caso se mostra uma ferramenta útil para melhorias na qualidade da assistência e a diminuição de casos de sífilis em todos os seguimentos populacionais.

Objetivo Primário:

Identificar os conhecimentos e atitudes dos residentes da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro acerca dos protocolos vigentes sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida;

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** ccapmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 3.769.659

Discutir as principais facilidades e/ou dificuldades no cotidiano dos residentes com relação ao manejo da sífilis; Analisar a educação permanente como ferramenta para a disseminação do conhecimento acerca do manejo da sífilis;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há possibilidade de risco mínimo ao constrangimento em efetuar respostas incorretas durante a realização dos questionários auto-respondidos que serão minimizados através dos esclarecimentos sobre possíveis dúvidas quanto à temática e assessoria técnica. Cabe ressaltar também que o participante tem todo o direito de não prosseguir com a pesquisa em qualquer etapa do estudo.

Benefícios:

Como Benefício destaca-se a construção de conhecimento com base nos protocolos vigentes do Manejo da sífilis no ciclo da vida, bem como o esclarecimento de possíveis lacunas de conhecimento identificadas durante a coleta de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Brasil declarou-se em epidemia de sífilis em 2016. Há projeto nacional de resposta rápida à sífilis, conhecido como "Sífilis Não" do Ministério da Saúde com execução pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Uma das metas do projeto é atenção à sífilis em 100 municípios prioritários dentre os quais faz parte o Rio de Janeiro.

A metodologia proposta bem como o tratamento dos dados coletados são adequados para os objetivos da pesquisa.

O cronograma e o orçamento estão adequados.

Os critérios de inclusão e exclusão são adequados.

A pesquisa é atual, relevante e o referencial teórico adequado para sua execução.

Os riscos e benefícios foram adequadamente tratados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram todos apresentados na forma da regulamentação em vigor.

Recomendações:

A pesquisadora deve atualizar o seu currículo lattes que tem como versão uma de 2017.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21) 2215-1485 E-mail: cepsmarj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.799.859

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

A acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

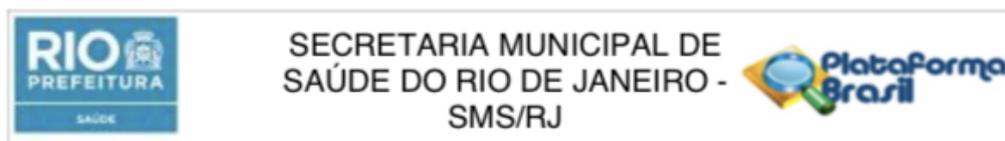
Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 15, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepumarj@yahoo.com.br

ANEXO C – Pareceres dos Comitês de Ética (UNIRIO/ SMS-RJ) para autorização da pesquisa virtual



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍFILIS NO CICLO DA VIDA: CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS RESIDENTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Pesquisador: LIVIA DE SOUZA CAMARA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22986219.4.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.167.294

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda de adequação da coleta de dados presenciais para coleta virtual em decorrência da COVID-19. Há Parecer Consubstanciado da proponente 4.127.390 aprovando a Emenda para o qual recomendo a recepção integral.

"Pretende-se a partir deste estudo abordar a assistência desempenhada pelos profissionais residentes em saúde da família ao indivíduo com diagnóstico de sífilis à luz do conhecimentos sobre esta temática Segundo a OMS, atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde. No Brasil há uma epidemia e em 2016 foi declarado como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2018a). A região sudeste é a com maior número de caso e o Rio de Janeiro é o Estado de maior destaque. (BRASIL,2018). O Interesse pela temática surgiu na trajetória profissional, em diversos âmbitos do sistema, onde pode-se notar lacunas assistenciais e de conhecimento sobre a temática, principalmente no âmbito da Atenção Primária em Saúde, fundamental no manejo da sífilis no ciclo da vida. Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro ocorreu a criação dos programas de Residência em Saúde da Família , fundamentais para a formação de um corpo de trabalho especializado e capacitado para a atuação no território."

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

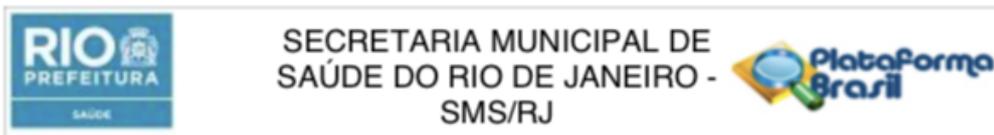
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.167.294

Objetivo da Pesquisa:

- "- Identificar o conhecimento dos residentes da Estratégia de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro acerca dos protocolos vigentes sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida;
- discutir as principais facilidades e/ou dificuldades no cotidiano dos residentes com relação ao manejo da sífilis;
- analisar a educação permanente como ferramenta para a disseminação do conhecimento acerca do manejo da sífilis."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos mínimos.
- Benefícios diretos e indiretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Brasil declarou-se em epidemia de sífilis em 2016. Há projeto nacional de resposta rápida à sífilis, conhecido como "Sífilis Não" do Ministério da Saúde com execução pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Uma das metas do projeto é atenção à sífilis em 100municípios prioritários dentre os quais faz parte o Rio de Janeiro.

Foram feitas mudanças metodológicas para a coleta de dados junto aos participantes em virtude da pandemia de COVID-19 que passará a ser virtual conforme documentação juntada. Fora a coleta a metodologia proposta bem como o tratamento dos dados coletados foram mantidos e são adequados para os objetivos da pesquisa.

O cronograma e o orçamento estão adequados a emenda proposta.

Os critérios de inclusão e exclusão são adequados.

A pesquisa é atual, relevante e o referencial teórico adequado para sua execução. Os riscos e benefícios foram adequadamente tratados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram feitas adequações no TCLE em decorrência da mudança metodológica para a coleta dos dados por meio digital on line.

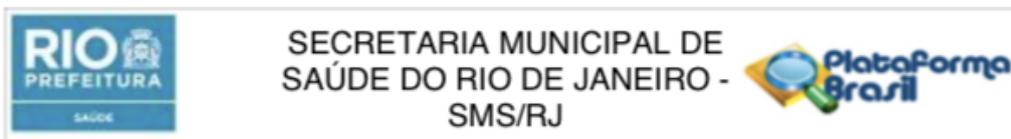
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há nenhum ajuste a ser feito devendo ser aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.167.294

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS N° 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e anexada novamente na Plataforma Brasil para análise deste CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS N° 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

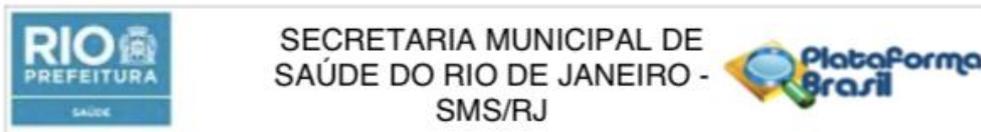
Acrescentamos que o participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS N° 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS N° 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

De acordo com o OFÍCIO CIRCULAR N° 8/2020/CONEP/SECNS/MS com as orientações para a condução de pesquisas e atividades dos CEP's durante a pandemia provocada pelo SARS-COV-2 e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, recomenda-

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.167.294

se que os CEP's e toda a comunidade científica adotem, para a condução dos protocolos de pesquisa, envolvendo seres humanos, as orientações da CONEP observando, ainda, no que couber, as diretrizes adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde.

Em razão da Pandemia, a realização da pesquisa ficará a critério do gestor da Unidade de Saúde avaliar caso seja necessária a suspensão, a interrupção ou o cancelamento da pesquisa devido às demandas de serviços decorrentes da Covid-19. Caso haja a suspensão, interrupção ou cancelamento da pesquisa, caberá aos investigadores a submissão de notificação via Plataforma Brasil, para apreciação do Sistema CEP/CONEP. Para as pesquisas realizadas em instituições educacionais, ficará à critério do gestor/ diretor fazer a devida avaliação.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	liviacamaraTCLEparticipantes.docx	26/05/2020 17:37:26	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	liviacamaraTCLEespecialistas.docx	26/05/2020 17:37:03	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLiviaCamaraCompletoemenda.docx	26/05/2020 17:31:12	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
Outros	cartaemendaLSC.docx	26/05/2020 17:28:44	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEatuslizado.pdf	06/10/2019 16:53:47	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 4.167.294

Ausência	TCL Eatonlizado.pdf	06/10/2019 16:53:47	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/09/2019 16:31:01	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuenciaenfermagem.pdf	20/09/2019 16:24:30	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 21 de Julho de 2020

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SÍFILIS NO CICLO DA VIDA: CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS RESIDENTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Pesquisador: LIVIA DE SOUZA CAMARA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22986219.4.0000.5285

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.127.390

Apresentação do Projeto:

"Dados epidemiológicos evidenciam que a sífilis é um grave problema de saúde pública, o que desafia os sistemas de saúde em todo o mundo. No Brasil, a região sudeste registra o maior número de caso e o Rio de Janeiro é o estado de maior destaque. O município do Rio de Janeiro apresenta maior número de casos e apresentam uma tendência de crescimento. Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro de 3% para 52%, ampliação dos testes rápidos para sífilis e o fornecimento e aplicação da penicilina nas Unidades de Saúde passaram a ter mais autonomia para o cuidado dos seus usuários acometidos pela sífilis. Ainda no contexto da expansão ocorreu a criação dos programas de residência uni-profissional (medicina e enfermagem) em saúde da família, formando um corpo de trabalho especializado e capacitado."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os conhecimentos e atitudes dos residentes da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro acerca dos protocolos vigentes sobre o manejo da sífilis no ciclo da vida;

Objetivo Secundário:

Discutir as principais facilidades e/ou dificuldades no cotidiano dos residentes com relação ao

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 4.127.390

manejo da sífilis; Analisar a educação permanente como ferramenta para a disseminação do conhecimento acerca do manejo da sífilis."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Há possibilidade de risco mínimo ao constrangimento em efetuar respostas incorretas durante a realização dos questionários auto-respondidos que serão minimizados através dos esclarecimentos sobre possíveis dúvidas quanto à temática e assessoria técnica. Cabe ressaltar também que o participante tem todo o direito de não prosseguir com a pesquisa em qualquer etapa do estudo.

Benefícios:

Como Benefício destaca-se a construção de conhecimento com base nos protocolos vigentes do Manejo da sífilis no ciclo da vida, bem como o esclarecimento de possíveis lacunas de conhecimento identificadas durante a coleta de dados."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante no que diz respeito ao manejo da sífilis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de emenda: de acordo com a Portaria 466, justificando a necessidade de adequação do projeto;

TCLE: foi adequado às emendas solicitada;

Instrumentos: de acordo com às emendas solicitadas.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda adequada à com a atual situação de COVID-19.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_156498_1_E2.pdf	26/05/2020 17:47:15		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMALIVIAMARA.docx	26/05/2020 17:39:12	LIVIA DE SOUZA CAMARA	Aceito
TCLE / Termos de	liviacamaraTCLEparticipantes.docx	26/05/2020	LIVIA DE SOUZA	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep@unirio.br