

Ana Lúcia de Lima Guedes¹
Daniela Cristina Guimarães¹
Sabrina Pereira Paiva²
Sandra Helena Cerrato Tibiriça¹
Gisela Cordeiro Pereira Cardoso³
Luiz Cláudio Ribeiro⁴

¹Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

²Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

³Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

⁴Departamento de Estatística, Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

✉ **Ana Lúcia Guedes**

Departamento Materno-infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Av. Eugênio do Nascimento, s/n, Dom Bosco, Juiz de Fora, Minas Gerais CEP: 36038-330

✉ ana.guedes@ufjf.br

Submetido: 16/02/2022

Aceito: 28/06/2022

RESUMO

Introdução: A ocorrência continuada de sífilis congênita é um indicativo de inadequação do pré-natal, de contextos de vulnerabilidade e/ou de baixa qualidade de programas de controle. Em 1993, o Ministério da Saúde propôs um Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita enquanto problema de saúde pública, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-americana de Saúde. Durante esses anos, os compromissos foram renovados e a meta de eliminação não foi atingida. **Objetivo:** Ampliar a compreensão do Programa de Controle de Sífilis Congênita no Brasil, no contexto local da APS e promover condições para a avaliação propriamente dita. **Métodos:** Foi realizado um estudo qualitativo, com abordagem colaborativa, empregando as etapas propostas por Thurston e Ramaliu. Realizaram-se análises de documentos e reuniões com profissionais interessados. As reuniões foram registradas em diário de campo, seguindo um roteiro estruturado. A amostra dos profissionais foi intencional, não probabilística e a escolha ocorreu pelo tipo de envolvimento no controle da sífilis congênita. **Resultados:** O estudo permitiu entender as bases conceituais e operacionais do Programa de Controle da Sífilis Congênita com ajustes no modelo lógico do Programa e construção do modelo teórico da posterior Avaliação de Implementação. Observaram-se empecilhos para o controle da sífilis congênita a serem problematizados na avaliação propriamente dita, a saber: falhas das atividades de educação em saúde e de referência e contrarreferência, da disponibilização e da aplicação da penicilina na Atenção Primária à Saúde, das notificações de casos, da integração entre a Vigilância Epidemiológica e a Atenção Primária à Saúde; e a falta de um programa de educação permanente. **Conclusões:** Identificou-se a viabilidade metodológica e operacional para desenvolver a pesquisa avaliativa posterior e a possibilidade de maior utilidade dos seus resultados, devido ao envolvimento dos profissionais desde o início do estudo.

Palavras-chave: Sífilis Congênita; Assistência Pré-natal; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The continued occurrence of congenital syphilis is an indication of inadequate prenatal care, contexts of vulnerability and/or low quality control programs. In 1993, the Ministry of Health proposed a Project to Eliminate Congenital Syphilis as a public health problem, in line with the proposal to control the disease in the Americas, formulated by the Pan American Health Organization. During these years the commitments were renewed and the elimination target was not reached. **Objective:** Expand the understanding of the Congenital Syphilis Control Program in Brazil, in the local context of PHC and promote conditions for the evaluation itself. **Methods:** A qualitative study was carried out, with a collaborative approach, using the steps proposed by Thurston and Ramaliu. Document analyzes and meetings with interested professionals were carried out. The meetings were recorded in a field diary, following a structured script. The sample of professionals was intentional, not probabilistic, and the choice was made based on the type of involvement in the control of congenital syphilis. **Results:** The study allowed us to understand the conceptual and operational bases of the Congenital Syphilis Control Program with adjustments to the program's logical model and construction of the theoretical model for subsequent implementation evaluation. Obstacles to the control of congenital syphilis were observed to be problematized in the evaluation itself, namely: failures in health education and reference and counter-referral activities, the availability and application of penicillin in Primary Health Care, case reports, the integration between Epidemiological Surveillance and Primary Health Care; and lack of a continuing education program. **Conclusions:** The methodological and operational feasibility to develop further evaluative research and the possibility of greater usefulness of its results were identified, due to the involvement of professionals since the beginning of the study.

Key-words: Syphilis, Congenital; Prenatal Care; Health Evaluation; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A sífilis permanece há décadas como um grave problema para a saúde das mulheres grávidas e de seus filhos, apesar de ter um modelo de prevenção bem definido.^{1,2} A sífilis congênita (SC) tem uma estreita relação com inadequação do pré-natal, contextos de vulnerabilidade e/ou baixa qualidade de programas de controle.²⁻⁵

Na América Latina e no Caribe, em 2015, registrou-se 1,7 casos por mil nascidos vivos (NV) de SC; sendo atribuído ao Brasil 85% dos casos estimados.⁶ Houve um aumento do número de casos de sífilis adquirida em gestantes e SC em todo o mundo.^{7,8} No entanto, paralelamente, alguns países receberam a validação da OMS por alcançarem a eliminação da SC como problema de saúde pública.⁵

O efetivo controle da SC demanda abordagens biomédicas, comportamentais e socioculturais. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem no pré-natal um dos seus pilares e possui equipes de saúde que têm responsabilidade sanitária, atuação extramuros e vinculação com usuários sendo o nível do sistema de saúde com maior potencial de resolutividade da SC.⁹⁻¹¹ Portanto, a avaliação das ações de prevenção da transmissão materno-infantil (TMI) da sífilis durante o pré-natal na APS é indispensável para o controle do agravo.

Diante do exposto, torna-se oportuno realizar um estudo de avaliabilidade (EA) como etapa inicial de uma Avaliação de Implementação das Ações de Prevenção da TMI da sífilis na assistência pré-natal, na APS. O EA corresponde à análise exploratória de um programa para determinar se há justificativa para uma avaliação mais extensa, para identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação¹² e para planejar os procedimentos de avaliação com o envolvimento das partes interessadas.¹³ Apesar da aplicabilidade do EA em programas de saúde ser recente, é uma importante estratégia para melhorar o processo avaliativo.^{14,15}

Nesta perspectiva, este artigo teve como objetivo ampliar a compreensão do Programa de Controle de SC no Brasil, no contexto local da APS, e promover condições para a avaliação propriamente dita.

MÉTODOS

O EA foi realizado em um município de grande porte de MG, de junho a novembro de 2017. Foi empregada metodologia qualitativa e abordagem colaborativa, em que os diferentes atores envolvidos com a intervenção e interessados no processo avaliativo foram convidados a participar.^{13,16} O EA utilizou os sete elementos propostos por Thurston e Ramaliu:¹³ (1) descrição do programa; (2) identificação e análise de documentos relacionados à intervenção; (3) discussão e validação do modelo lógico

do programa (MLP); (4) entendimento e alinhamento preliminar de como o programa opera; (5) discussão do modelo teórico da avaliação (MTA); (6) identificação de usuários potenciais da avaliação; e (7) definição de procedimentos avaliativos. Na figura 1 há as etapas utilizadas para delinear esse EA.

Inicialmente, foram feitas análise documental e revisão bibliográfica que incluíram documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS); no contexto do controle da SC. Os critérios de inclusão foram representatividade e relevância para o objeto de estudo. A análise dos documentos buscou metas a serem alcançadas, objetivos, a organização do programa e/ou ações necessárias para desenvolver as atividades.

Posteriormente, foi selecionada a amostra dos profissionais de forma intencional, não probabilística. A escolha ocorreu pelo tipo de envolvimento no controle da SC. Participaram 14 profissionais (dois enfermeiros, quatro bioquímicos/farmacêuticos e oito médicos): responsáveis técnicos e profissionais do Departamento de Saúde da Mulher (2), Departamento DST/AIDS (2), Vigilância epidemiológica (VE) (1); Laboratório Central (3); Departamento farmacêutico e insumos (DAFI) (1); e da APS (5). O convite para participar da pesquisa foi realizado via telefone ou pessoalmente, com apresentação da pesquisadora e pesquisa. Após fornecer as informações necessárias e sanar as dúvidas, todos os convidados aceitaram participar da pesquisa.

Os profissionais selecionados participaram de 11 reuniões, nos locais de trabalho, agendadas previamente e sob coordenação da pesquisadora principal do estudo. Os locais das reuniões e o número delas em cada local estão descritos a seguir: Departamento DST/AIDS (1), Departamento de Saúde da Mulher (3), DAFI (1), Laboratório Central (1), VE (1), Unidade Básica de Saúde (UBS) (1) e SMS (3) com quatro profissionais da APS. Nas reuniões, seguiu-se um roteiro estruturado: (1) verificou-se o conhecimento dos profissionais da situação epidemiológica da SC no município; (2) foram especificados o problema, os objetivos da avaliação e a abordagem colaborativa; (3) discutiu-se o MLP, comparando-o com a prática local e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a oferta de insumos e ações para o controle da SC; (4) discutiram-se as perguntas da pesquisa avaliativa e a proposta do MTA, a ser desenvolvido; (5) discutiram-se critérios, procedimentos e parâmetros avaliativos; (6) foram verificadas a viabilidade e a aceitabilidade da avaliação para a melhoria do serviço e sua contribuição para o controle da SC.

O material explorado nas 11 reuniões foi registrado em um diário de campo e submetido a análise de conteúdo temática.¹⁷ O registro das falas e interações entre os atores possibilitou identificar os diferentes pontos de vista e perspectivas, a compreensão da

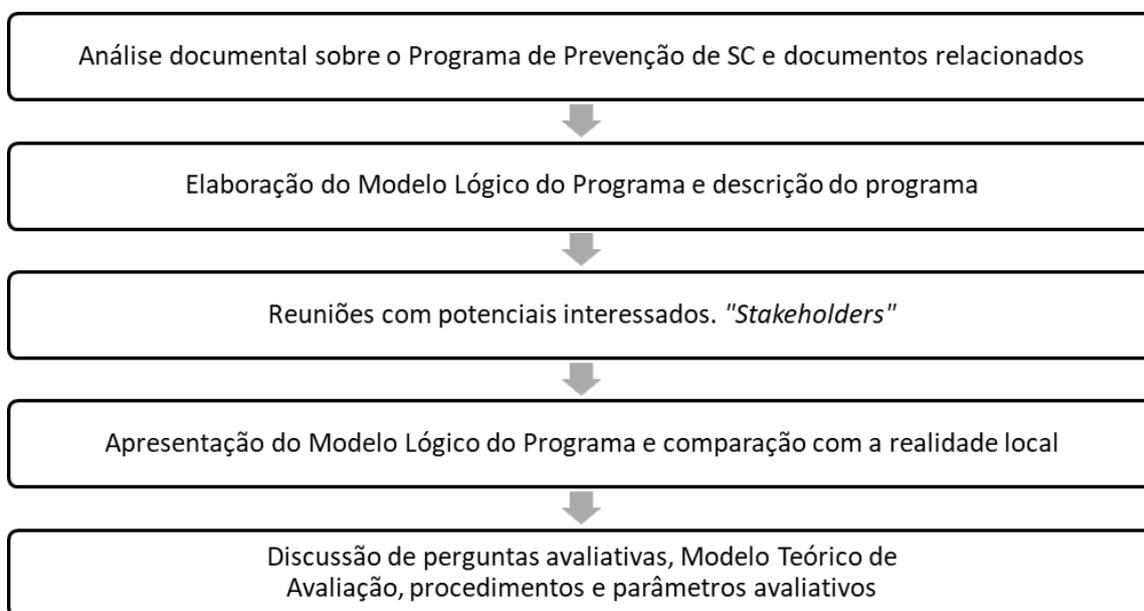


Figura 1: Etapas utilizadas para delinear o EA do Programa de Controle da Sífilis Congênita no Brasil, no contexto da APS. EA: estudo de avaliabilidade; SC: sífilis congênita; APS: Atenção Primária à Saúde.

intervenção, o tipo de envolvimento dos profissionais e a aceitabilidade da avaliação.

Citamos como limitações do estudo não termos conseguido reunir todos os participantes em um mesmo momento e não haver gravação das falas. No entanto, as descrições no diário de campo realizadas imediatamente após as reuniões contribuíram para que não houvesse perda de conteúdo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora em março de 2019: Parecer número 3.233.466, CAAE: 80417117.2.0000.5147. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os resultados são apresentados seguindo a sequência utilizada das etapas do EA, agrupadas por duplas de elementos. A identificação dos usuários potenciais (etapa 6), realizada na fase inicial da pesquisa, será apresentada inicialmente.

Elemento 6: identificação de usuários potenciais da avaliação

Os 14 profissionais, identificados conforme a sua ocupação, trabalhavam em vários pontos da RAS para o controle da SC. Este grupo tinha como funções o atendimento clínico à gestante durante o pré-natal e responsabilidades técnicas pela vigilância da sífilis no município, estabelecimento de fluxos para realização dos testes laboratoriais e para a liberação da penicilina. Todos tinham como interesses: (1) conhecer o Programa de Controle da SC, no contexto local; (2) melhorar as

ações de prevenção da TMI da sífilis; (3) identificar obstáculos e facilidades nos seus processos de trabalho para a prevenção da SC. Todos assumiram o compromisso de disponibilizarem informações necessárias para a execução do projeto avaliativo.

Elemento 1 e 2: a descrição do Programa de Controle da SC e a análise documental

Para a compreensão das ações implementadas pelo MS a fim de atingir o controle da SC no país é importante conhecermos os planos de ação da OPAS, dos quais o Brasil é um signatário, e analisarmos a doença perante o modelo de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1995, a OPAS lançou o Plano de Ação para Eliminação da SC, em que o Brasil foi um dos signatários. O objetivo era estabelecer bases sólidas para a eliminação do agravo nas Américas. A meta era alcançar uma taxa de incidência de SC (incluindo natimortos) igual ou inferior a 0,5 caso/1000 NV, até o ano 2000.¹ A meta de eliminação não foi atingida, mas o parâmetro foi mantido e os compromissos renovados em vários documentos ao longo dos anos.

Em 2005, a OPAS publicou uma normativa padronizada em relação ao controle da sífilis materno infantil¹. A OMS, em 2008, ressaltou o enfoque integrado dos programas de saúde materno infantil, IST/AIDS e APS no controle da SC. Em 2010, a OPAS lançou o Plano de Ação para a eliminação integrada da SC e HIV, pois, embora muitos países tivessem ampliado com êxito a resposta ao HIV, como o Brasil, raramente houve melhora simultânea no acesso ao diagnóstico e tratamento da sífilis.⁵

No Brasil, a sífilis congênita, a sífilis gestacional (SG) e a adquirida passaram a ser doenças de notificação compulsória em 1986, 2005 e 2014, respectivamente.¹⁸ Na década de 1990, a estratégia priorizada para o SUS foi a descentralização, importante para a expansão das coberturas da APS e do pré-natal. Nos anos 2000, a regionalização passou a ser priorizada como estratégia organizativa do SUS, e as ações de promoção da saúde da mulher e da criança tornaram-se requisitos obrigatórios para o município se habilitar na condição de gestão plena de atenção básica ampliada. No Pacto pela Saúde, um dos objetivos foi a diminuição da mortalidade materna e infantil, e a redução da TMI do HIV e sífilis contribuiria para a execução desse objetivo.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento destacou indicadores associados ao controle da SC.¹⁹ Até então a avaliação do pré-natal restringia-se ao número absoluto de consultas. Em 2006 houve a publicação do Manual de Bolso para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis.²

A década de 2010 foi marcada por avanços na regionalização da saúde, possibilitados pelo Decreto nº 7.508/2011. Esse decreto regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e dispôs sobre a organização do SUS, a articulação interfederativa, a assistência à saúde e o planejamento da saúde, colocando a APS na centralidade das RAS. O acesso a ações e serviços de saúde e a medicamentos essenciais passaram a se efetivar nas RAS, fundamentados em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS.

Pactuações ocorreram decorrentes à implantação do Decreto nº 7.508/2011, dentre elas a Rede Cegonha e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).^{20,21} Essas pactuações têm potenciais impactos no controle da SC. Por meio da Rede Cegonha, objetivou-se intensificar ações de redução da mortalidade materna e infantil.²⁰ O PMAQ-AB estipulou um conjunto de padrões mínimos de qualidade considerados essenciais para a APS e propôs um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.²¹ No município foco deste estudo, em 2013/2014, o Plano Diretor da APS (PDAPS), principal diretriz para a estruturação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no âmbito da SMS, atrelou o PMAQ-AB como ferramenta de avaliação.²² Em 2016, o município foi incluído no Programa Rede Cegonha no componente parto e nascimento.

Com o lançamento da Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da SC, em 2015, estabeleceu-se a parceria entre o MS e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para a administração da Penicilina Benzatina e a realização da testagem rápida na APS, e houve o lançamento do painel de indicadores e dados básicos da sífilis.¹⁸ Desde 2016, devido ao desabastecimento global da Penicilina, o MS assumiu os processos de aquisição e distribuição da penicilina para os estados,

com critérios de redistribuição pactuados pelos estados e municípios;^{18,23} e em 2017 incluiu os medicamentos para sífilis na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.¹⁸

Elementos 3 e 4: elaboração do MLP, validação junto aos interessados, elaboração das perguntas e cenário da avaliação

O modelo lógico do Programa de controle da SC está descrito na figura 2.

O MLP foi elaborado pelos autores e validado junto aos profissionais envolvidos. Utilizou-se como referência documentos do MS.^{2,24} Foram contemplados componentes técnicos (prevenção, assistência e vigilância epidemiológica) de acordo com as normativas do MS, e componentes estruturais (insumos, atividades, produtos, resultados e impacto) utilizando a proposta do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).²⁵ Os principais desfechos esperados foram: gestantes com menos vulnerabilidade às IST, testes realizados e com resultados conhecidos, tratamento adequado da gestante com sífilis e de parceiros sexuais, e agravos notificados. No ambiente da intervenção, problematizaram-se o contexto externo, de organização e utilização dos serviços no pré-natal.

Nas reuniões com os profissionais o MLP facilitou a compreensão do problema e a forma de organização do Programa, favorecendo a formulação das perguntas avaliativas para a pesquisa posterior. Foram elas: (1) Qual é o grau de implementação das ações de prevenção da SC no pré-natal na APS, em relação aos componentes de prevenção, assistência e vigilância? (2) Como o ambiente da intervenção contribui para implementação? (3) Quais fatores são facilitadores ou empecilhos para implementação?

A partir do MLP, problematizou-se nas reuniões os possíveis critérios de julgamento para subsidiar a construção da matriz de julgamento. Houve concordância da identificação do MLP com a prática local, e a pontuação da não realização da retroalimentação de informação às unidades notificantes, pela VE. Todos ressaltaram a importância da qualidade do pré-natal no controle da SC, mas os profissionais da APS enfatizaram a necessidade de avaliação do ambiente da intervenção para tornar a prática avaliativa mais próxima da realidade.

No município, foco do estudo, a taxa de incidência por mil NV de SC passou de 0,6 em 2005 para 15,9 em 2018, 30 vezes superior à meta de eliminação preconizada pela OPAS e MS.^{1,2,26} De 2009 a 2018, 14,6% dos casos notificados de SC tiveram como desfecho aborto ou natimorto por sífilis.²⁶

A população no município distribuiu-se em regiões: sete urbanas, uma do campo e 12 sanitárias.²² A implantação do Programa/Estratégia de Saúde da Família (ESF) deu-se em 1994/95, em áreas do município escolhidas pelo critério de vulnerabilidade.²⁷

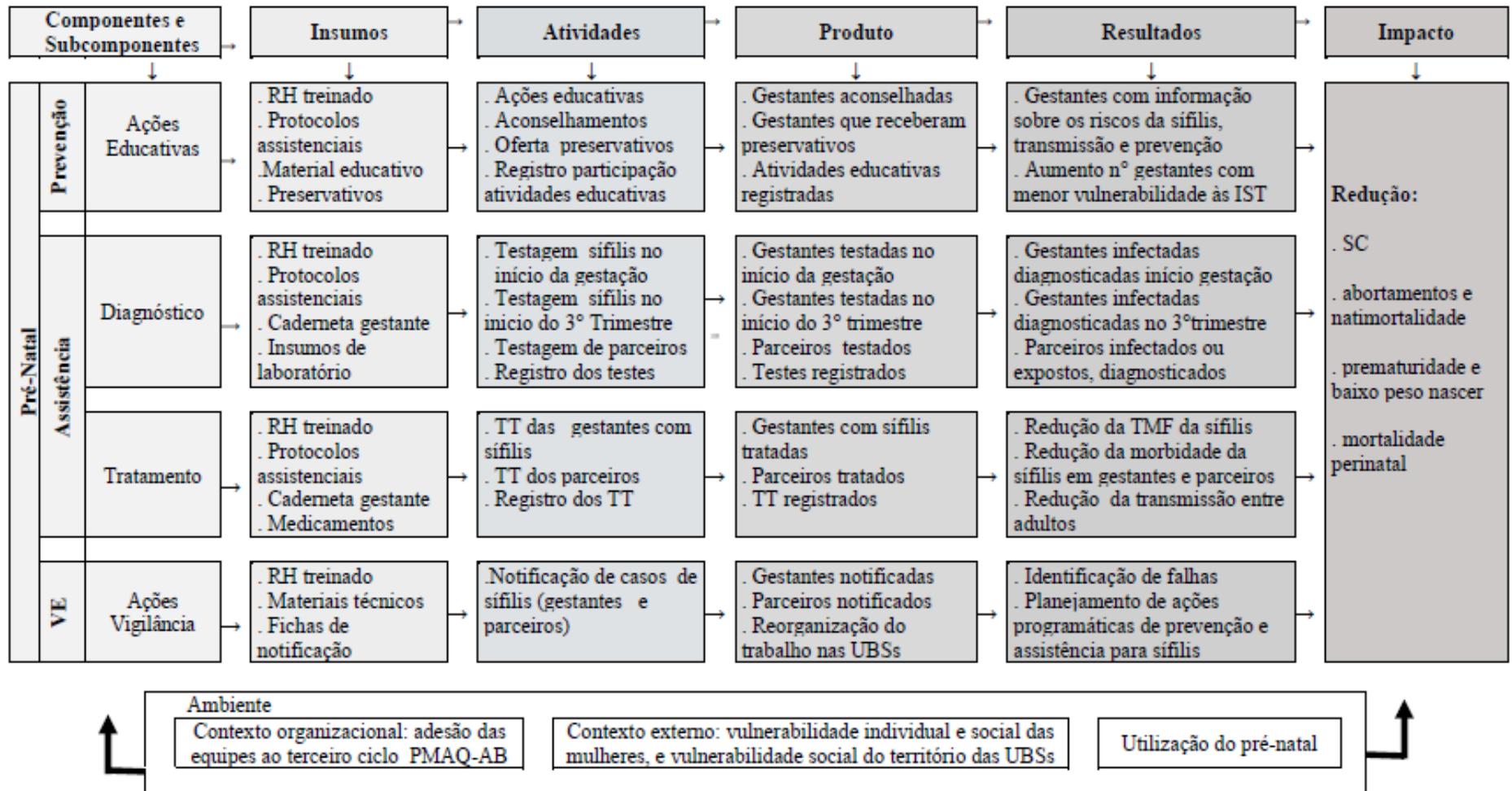


Figura 2: Modelo lógico do programa de controle da sífilis congênita.

RH: recursos humanos; SC: sífilis congênita; TMF: transmissão de mãe para filho; UBSs: unidades básicas de saúde; TT: tratamento; IST: infecções sexualmente transmissíveis; PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Há uma cobertura de Atenção Básica de 67,67%, considerando a ESF com cobertura de 62%.²⁸ Há 63 UBS e 39 alocam 89 equipes de Saúde da Família.²² Atuam no modelo tradicional de assistência 24 equipes; em uma UBS convivem o Modelo Tradicional e a ESF, em outra, o Modelo Tradicional e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Quinze UBS localizam-se na área rural.²²

No município há um Laboratório Central, Laboratórios Conveniados, e o Centro de Testagem Anônima (CTA), que oferecem testes sorológicos padronizados (treponêmicos/não treponêmicos) para o diagnóstico de sífilis. Os testes rápidos estão disponíveis no CTA, mas não nas UBS. A marcação dos testes e coleta de sangue realizam-se nas UBS, o material é transportado ao Laboratório Central e o retorno dos resultados se dá em papel impresso via mensageiro ou *on-line*. De acordo com profissionais do Laboratório Central, os resultados dos testes para a gestante e profissionais estão disponíveis em 48 h e os profissionais da APS relataram aproximadamente 15 dias para acesso aos resultados.

Através do Programa de Atenção à Sífilis da Secretaria de Estado de Saúde (SES)/MG, estabeleceu-se o fluxo de distribuição da penicilina do estado para os municípios. A UBS faz a solicitação ao DAFI, via *WhatsApp*, anexando fotografias do receituário médico e ficha de notificação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), documentos utilizados para solicitar a penicilina à SES/MG. A penicilina é enviada ao município, via correios, e o DAFI controla o processo de distribuição às UBS. Segundo os profissionais, o tempo para a penicilina estar disponível na UBS varia de dois a sete dias, não sendo aplicada em todas as UBS. A gestante é orientada a aplicá-la em Serviço de Urgência. Os profissionais da APS, apesar de reconhecerem o mérito da organização do fluxo da penicilina pelo DAFI, demonstraram conhecimento inadequado deste fluxo e descontentamento pela penicilina não estar disponível na UBS, justificando perdas de oportunidade de tratamento.

As gestantes com sífilis podem ser referenciadas para o pré-natal em serviço especializado, devendo manter o acompanhamento na UBS. No entanto, a ausência de contrarreferência e a não continuidade nas UBS foi relatada pelos profissionais da APS.

Todos os profissionais observaram o aumento da sífilis em suas práticas, mas, exceto o profissional da VE, se assustaram com indicadores tão alarmantes. Os profissionais da APS relataram raramente realizarem ações educativas devido ao fluxo intenso de trabalho e a dificuldade de adesão das gestantes. Devido ao fluxo de trabalho, também justificaram não realizarem notificações de casos regularmente e reclamaram não haver Programa de Educação Permanente no município.

Elementos 5 e 7: a discussão do modelo teórico da avaliação (MTA) e a definição de procedimentos avaliativos

O MTA (figura 3), compreende as etapas: (1) análise da situação; (2) desenho da avaliação; (3) pré-teste; (4) projeto piloto; (5) coleta de dados; (6) análise dos dados, descrição e discussão dos resultados com usuários potenciais; (7) divulgação dos resultados. Nesta avaliação utilizamos o MTA como sendo um desenho esquemático da avaliação em si.²⁹ O EA está representado nas etapas 1 e 2.

Discutiu-se o MTA e a viabilidade dos procedimentos avaliativos: entrevistas com puérperas e profissionais das UBS, *checklist* nas UBS para verificar insumos e atividades. O MTA foi validado com a concordância de todos e os profissionais da APS relataram que a pesquisa de campo seria bem aceita devido a experiência prévia com o PMAQ-AB.

Foram discutidos e acordados parâmetros para o julgamento da implementação das ações de controle da SC da pesquisa avaliativa posterior. Utilizaram-se os pontos de corte: implementação aceitável (80% e mais), implementação insatisfatória (40-79,9%) e implementação crítica (39,9% e menos).³⁰

DISCUSSÃO

No sentido de ampliar a compreensão sobre a intervenção e o MLP, analisaram-se os elementos 1, 2, 3 e 4. Em relação ao planejamento da avaliação posterior analisaram-se os elementos 5 e 7. Em relação ao envolvimento e à aceitabilidade da avaliação para melhoria do serviço e contribuição para o controle da SC, analisou-se a participação dos interessados (Elemento 6).

Com a análise documental, descrevemos as bases sólidas do Programa de Controle da SC em nível internacional e nacional, com avanços ao longo dos anos.^{1,2,5,18} Também descrevemos avanços na assistência e avaliação da APS e do pré-natal no SUS.^{9,19,20,24} Identificamos que o município foco deste estudo é beneficiário do Programa Rede Cegonha e atrelou o PMAQ-AB como instrumento de avaliação e critério de concessão de incentivo financeiro para desenvolvimento do PDAPS.²² Alguns autores encontraram melhorias na APS, associadas ao PMAQ-AB.^{31,32} Isto abre um campo de investigação: se as UBS que aderiram ao PMAQ-AB e/ou tiveram melhores avaliações apresentam melhorias na assistência pré-natal e no controle da SC, pois a adesão das equipes tem caráter voluntário e pressupõe processo de pactuação de compromissos entre as equipes de APS, os gestores municipais e o MS.³³

O município em questão tem cobertura de ESF não consolidada. Aquino et al³⁴ consideram consolidação quando a cobertura é igual ou superior a 70% por mais

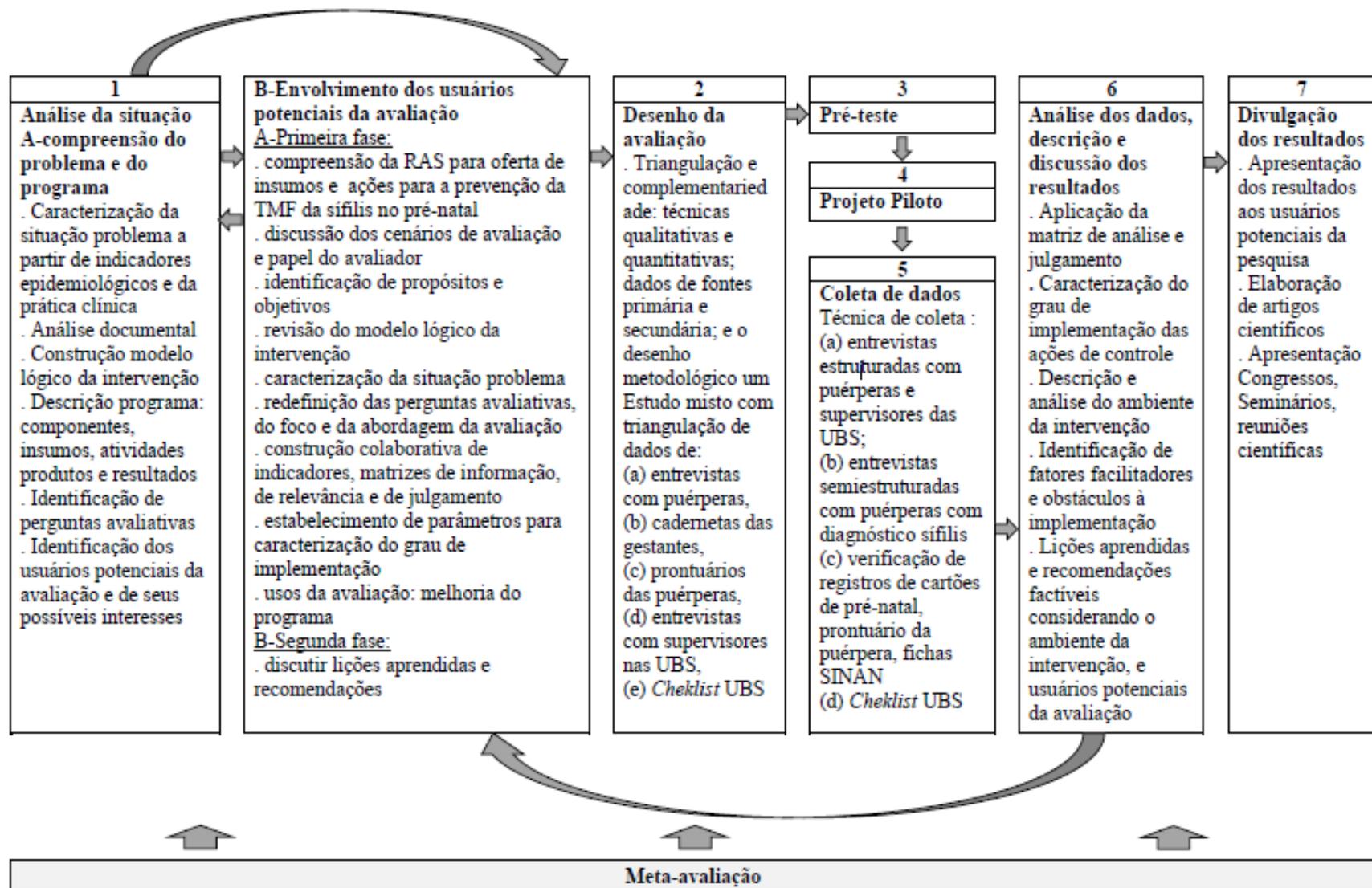


Figura 3: Modelo teórico da avaliação.

de quatro anos. Esses autores demonstraram que entre 1996-2004, a implementação consolidada de cobertura da ESF nos municípios brasileiros associou-se à significativa redução das taxas de mortalidade infantil³⁴. No estudo ecológico que verificou a associação entre consolidação da Saúde da Família e menor incidência de SC, Leite et al³ descreveram que as microrregiões com ESF consolidadas em 2010 tiveram incidência de SC nos anos seguintes até 2018, 24,4% menores.

Já o estudo de Saraceni¹¹ não demonstrou correlação estatisticamente significativa nas taxas de SG e SC com a cobertura da ESF, enfatizando que a ampliação da cobertura deve aliar-se à qualidade dos cuidados para alcançar o controle da SC. A porcentagem de cobertura da ESF pode também não refletir a cobertura real das equipes quanto ao acesso e à vinculação da população.³⁵

Em relação à assistência pré-natal, Coutinho et al³⁶ avaliou a adequação do pré-natal no município estudado e demonstrou que a cobertura precisa ser acompanhada de melhorias na qualidade da assistência prestada, incluindo ações de controle da SC.

A discussão do MLP com os interessados tornou mais claro o entendimento de como o programa opera na prática, com adequação do modelo inicial de acordo com sugestões. A ênfase dos profissionais da APS na análise dos contextos vai ao encontro da literatura. Casos de SC são indicadores da baixa qualidade do pré-natal, no entanto, fatores sociais e comportamentais maternos podem dificultar o cuidado da mulher, mesmo quando os profissionais seguem as diretrizes.^{2,4} DiOrío et al⁴ revisaram casos de SC entre 2014-2016 e verificaram que os profissionais de saúde seguiram as diretrizes para triagem e tratamento da sífilis de 23 gestantes. No entanto, mais de um terço não realizou pré-natal, o número de consultas foi abaixo do ideal e a maioria tinha vulnerabilidades sociais.

Neste sentido, a ESF em sua concepção, tem espaços de integração e capacitação das equipes que devem ser aproveitados para a qualificação do cuidado. O acesso privilegiado à família pode facilitar o diagnóstico e o tratamento do casal, e dispõe de mecanismos de busca ativa de casos e faltosos por meio dos agentes comunitários de saúde, com potencial para impactar nos determinantes sociais da saúde.⁹

Assim como em outras pesquisas, houve relatos de não realização de ações educativas regularmente.³¹ As ações de educação em saúde são fundamentais para darem à mulher e suas parcerias sexuais a possibilidade de conhecimento sobre a sífilis, seus fatores de risco e formas de prevenção, o que pode gerar mudanças de comportamentos e diminuição de práticas que põem risco à saúde.

A ausência de testagem rápida para sífilis na APS, verificada no município, também foi encontrada em pesquisas de outros autores.³¹ Estudos que avaliaram o impacto da testagem rápida na triagem e tratamento da SG indicam que se deve priorizar a realização/resultado

do teste e tratamento com penicilina no mesmo dia para atingir o objetivo de eliminar a SC.³⁷

Em relação ao tempo entre coleta e retorno do resultado dos exames, Moraes³¹ utilizando dados do PMAQ-AB no nordeste do Brasil, descreveu que 61% dos profissionais relataram recebimento dos testes das gestantes em tempo oportuno para intervenções necessárias.

Em relação à referência e contrarreferência entre APS e serviços especializados, Fausto et al³⁸ através dos dados do PMAQ-AB desenvolveram um estudo sobre a posição da ESF na RAS na perspectiva das equipes e usuários participantes. Nessa perspectiva, observaram que as equipes operam cada vez mais como porta de entrada preferencial. Contudo, barreiras organizacionais para acesso ainda persistem, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à RAS ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada.³⁸

O fato dos profissionais não terem conhecimento da grave situação epidemiológica da SC no município e não realizarem a notificação dos casos regularmente pode relacionar-se a falhas de integração entre APS e VE e ausência de Programa de Educação Permanente. Também sugere que as UBS não utilizam suas demandas de trabalho para reorganizarem o serviço e realizarem a vigilância em saúde dentro da ESF.³⁹ Isto nos faz pensar no papel fundamental da vigilância em saúde no planejamento em saúde, tendo como ponto de partida os problemas que acontecem no cotidiano do território local.

Para responder às necessidades de saúde das pessoas, a Política de Educação Permanente tem que estar constantemente alinhada com o Decreto nº 7.508/COAP e o PMAQ de cada território de saúde. Para tanto, é necessário implantar uma gestão compartilhada envolvendo gestores, profissionais de saúde, instituições de ensino e o controle social. Na APS, seu maior desafio consiste na definição de objetivos e metas estratégicas com base nos planos das regiões de saúde, e desdobrados para as necessidades e planos de cada município e de cada equipe de APS.³⁹ A Educação Permanente transforma a situação do cotidiano como fonte de demandas pedagógicas para as equipes ajudando a aumentar a resolutividade.⁴⁰

As discussões do MLP e MTA permitiram ter mais clareza sobre perguntas e procedimentos avaliativos para um estudo mais sistemático. Como em outras avaliações, foram acordados parâmetros exigentes para classificar a implementação das ações de controle da SC no município.³⁰ Isto se deu a partir do entendimento de que a normalização e recursos para as ações estão disponíveis há anos. E, também, pela necessidade de dar visibilidade a um agravo, cuja implementação das ações de prevenção são de baixo custo e apresentam impacto positivo no controle da SC e de seus desfechos perinatais.³⁰

Assim como descrito em outros estudos, os interessados na avaliação foram fonte de evidência e tiveram envolvimento nas etapas do EA.^{29,30,40} Esse envolvimento contribuiu para o processo formativo dos mesmos pois, possibilitou uma maior compreensão sobre o problema e um interesse em reorientar suas ações, na busca pelo controle da SC no município.⁴⁰

CONCLUSÃO

O estudo permitiu: (1) ampliar a compreensão sobre as bases conceituais e operacionais do Programa de Controle da SC com ajustes no MLP; (2) ampliar o conhecimento dos profissionais sobre a grave situação epidemiológica da SC; (3) identificar fatores do ambiente da intervenção que podem interferir nas ações de controle da SC no pré-natal, como a adesão das equipes das UBS ao PMAQ-AB; (4) planejar a execução da pesquisa avaliativa posterior; (5) observar aspectos dificultadores para o controle da SC; (6) identificar a viabilidade metodológica e operacional para desenvolver a pesquisa avaliativa posterior e a possibilidade de maior utilidade dos seus resultados, devido ao envolvimento dos profissionais desde o início do estudo.

Os aspectos dificultadores incluíram falhas nas atividades de educação em saúde, na disponibilização e aplicação da penicilina nas UBS, nas notificações de casos na APS, nas ações de referência e contra referência, na integração entre Vigilância epidemiológica e APS. Também identificamos a ausência de um programa de educação permanente e a falta de percepção dos profissionais da magnitude do problema no município.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Programas e Ações da APS e a todos os profissionais da RAS da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, que fizeram parte deste estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. Eliminación de la sífilis congénita em América Latina y el Caribe: marco de referencia para sua implementación [Internet]. [citado em 2021 ago]. Washington: PAHO; 2005. Acesso em: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicosc-vih-sida&alias=120-eliminacion-de-sifilis-congenita-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=219&lang=es.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Protocolo para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis: manual de bolso [Internet]. [citado em 2021 dez]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Acesso em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivisifilis_manualbolso.pdf
3. Leite ICG, Guedes ALL, Nogueira MC, Neves LV, Rodrigues TD. Associação entre consolidação da Saúde da Família e menor incidência de sífilis congênita: estudo ecológico. *Revista de APS*. 2022.
4. DiOrío D, Kroeger K, Ross K. Social vulnerability in congenital syphilis case mother: qualitative assessment of cases in Indiana: 2014 to 2016. *Sex Transm Dis*. 2018; 45(7):447-51.
5. World Health Organization. Sexual and reproductive health: WHO validation for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and/or syphilis [Internet]. [citado em 2021 dez]. Geneva: 2020. Acesso em: <http://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/WHO-validation-EMTCT/en/>.
6. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas [Internet]. [citado em 2021 dez]. 2017. Acesso em: <https://www.paho.org/en/topics/hiv-aids/elimination-mother-child-transmission-hiv-and-syphilis-americas>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines: Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) [Internet]. [citado em 2021 jan]. Atlanta: 2021. Acesso em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7004a1.htm>
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis and congenital syphilis in Europe: a review of epidemiological trends (2007–2018) and options for response [Internet]. [citado em 2021 jan]. Stockholm: ECDC; 2019. Acesso em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-and-congenital-syphilis-europe-review-epidemiological-trends-2007-2018>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. [citado em 2021 jan]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Acesso em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
10. Araújo CL, Shimizu HE, Sousa AIA, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(3):479-86.
11. Saraceni V, Miranda AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3):490-6.
12. Silva LV. Avaliação de políticas e programas de saúde. Brasília: Editora FioCruz; 2014.

13. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian Journal of Program Evaluations*. 2005; 20(2):1-25.
14. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, Lacerda JT. Aplicação do estudo de avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde e Debate*. 2019; 43(120):240-55.
15. Macedo TR, Possili L, Natal S, Calvo MCM. Revisão integrativa sobre estudos de avaliabilidade na área da saúde no Brasil. *Braz J Rev*. 2020; 3(5):13620-37.
16. Rodriguez-Campos L, Rincones-Gomez R. Collaborative evaluations step-by-step. Stanford: Stanford University Press; 2013.
17. Bardin, L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletins epidemiológicos [Internet]. [citado em 2021 maio 15]. 2019. Acesso em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos>
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. [citado em maio 2020]. 2000. Acesso em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1459, de 24 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha [Internet]. [citado em 2020 maio 20]. Acesso em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo 3º ciclo (2015-2016) [Internet]. Brasília: Ministério de Saúde; 2015. [citado em 2020 maio 20]. Acesso em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
22. Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (BR). Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Desenvolvimento da APS. A Estratégia de Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde-PDAPS [Internet]. Juiz de Fora: Secretaria de Saúde; 2014. [Citado em 2020 maio]. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf
23. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico-sífilis: DST/AIDS [Internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2016. [citado em 2020 jun]. Acesso em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905.pdf
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco: cadernos de atenção básica: nº 32 [Internet]. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado em 2020 maio 20]. Acesso em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
25. Center for Disease and Control (EUA). Framework for program evaluation in public health: morbidity and mortality weekly report (MMWR). 1999; 48(11):1-40.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros [Internet]. 2019. [citado em 2020 maio 22]. Acesso em: <http://indicadorestifilis.aids.gov.br/>.
27. Saldanha CRM. Avaliação do PSF em Juiz de Fora: 2003 [Internet]. [citado em 2021 maio 2]. Acesso em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=551-avaliacao-do-psf-em-juiz-fora-1&Itemid=965. Acesso em 15 de junho de 2020.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica-DAB. Nota técnica: informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica [Internet]. [citado em 20 maio 2020]. Acesso em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>
29. Souza, MGG. Avaliação da implementação do Projeto Nascer: maternidades em Pernambuco [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
30. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, org. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997, p.29-47.
31. Moraes MFAB. Avaliação da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal no nordeste do Brasil [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.
32. Sodré RLR. Atenção básica ao pré-natal e puerpério no estado de Goiás [Dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2015.
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo 3º ciclo (2015-2016) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [citado em 2020 maio] Acesso em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf

www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf

34. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):87-93.

35. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Financiamento da Atenção Primária à Saúde: Previne Brasil: novo modelo de financiamento para a APS [Internet]. [citado em 2020 set]. Acesso em: <http://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>

36. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(11):563-69.

37. Bonawwitz RE, Duncan J, Hammond E, Hamonda L, Nambule J et al. Assessment of the impact of rapid syphilis tests on syphilis screening and treatment of pregnant women in Zambia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015; 130:58-62.

38. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça, MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia de Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde e Debate*. 2014; 38:13-33.

39. Leandro BBS, Silva DF, Santos IDM. Curso de vigilância em saúde na atenção básica: guia de aprendizagem para formação de mobilizadores. Rio de Janeiro: FioCruz/ENSP; 2016.

40. Dolny LL, Lacerda JT, Natal S, Calvo MCM. Serviços de telessaúde como apoio à educação permanente na atenção básica à saúde: uma proposta de modelo avaliativo. *Interface*. 2019; 23:e180184. doi.org/10.1590/Interface.180184