

Intervenção educacional na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita¹

Flaviane Mello Lazarini²
Dulce Aparecida Barbosa³

Objetivos: avaliar a eficiência da intervenção educacional no conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica e verificar o impacto nas taxas de transmissão vertical da sífilis congênita. **Método:** estudo quase-experimental, conduzido na cidade de Londrina, Paraná, no período entre 2013 e 2015. Foi realizada intervenção educacional sobre diagnóstico, tratamento e notificação com 102 profissionais com medida do conhecimento antes e após a intervenção. Os dados de incidência e mortalidade pela sífilis congênita foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A tabulação em Excel e a análise estatística no Statistical Package for Social Sciences, versão 2.1. Realizou-se análise descritiva e inferencial. **Resultados:** a média de respostas corretas passou de 53% para 74,3% após a intervenção ($p < 0,01$). A adesão ao treinamento dos profissionais 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. **Conclusão:** 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.

Descritores: Sífilis Congênita; Infecções por Treponema; Educação Continuada; Vigilância Epidemiológica.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Implantação de observatório para sífilis gestacional e congênita", apresentada à Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

² PhD, Professor Assistente, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2845. [Access _____]; Available in: _____.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1612.2845>.
mês dia ano URL

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, 1,4 milhão de gestantes em todo o mundo foram infectados com sífilis, das quais 80% tinham frequentado serviços de cuidados pré-natais. Nesse mesmo ano, cerca de um quinto (20%) dessas gestantes não compareceram ao serviço de referência para receber a assistência adequada no pré-natal⁽¹⁾.

A sífilis é uma doença de notificação compulsória, que quando transmitida intraútero ocasiona a sífilis congênita, que apresenta até 40% de taxa de mortalidade. Em gestantes não tratadas a transmissão é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença materna⁽²⁾.

Diante dos pontos apresentados envolvendo a reemergência da sífilis na população geral e seus espectros que englobam a saúde materno-infantil, bem como as dificuldades encontradas pela vigilância epidemiológica em superar o modelo biomédico, a fragmentação do cuidado⁽³⁾ e o emprego das políticas de saúde instituídas no âmbito mundial e nacional, justificase a necessidade de estudos estratégicos regionais que permitam a atuação mais eficaz de medidas de intervenção, a partir da realidade local.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a prevenção da ocorrência desse evento sentinela⁽⁴⁾ e oferece diagnóstico e tratamento gratuitos para a população, com destaque para as políticas públicas direcionadas às gestantes e suas parcerias sexuais. No entanto, existe um crescente número de casos de sífilis congênita⁽¹⁾, óbitos fetais, abortos e diversas sequelas irreversíveis para os recém-nascidos⁽²⁾, decorrentes dessa infecção evitável. O objetivo desse estudo foi avaliar a eficiência da proposta educacional no conhecimento dos profissionais de saúde sobre sífilis.

Material e Método

Aspectos éticos: o estudo foi precedido da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp (nº 520.189) e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos profissionais incluídos na pesquisa.

Desenho, local e período: estudo quase-experimental com delineamento do tipo "antes e depois" realizado no município de Londrina, Paraná, no período de outubro de 2013 a dezembro de 2015.

População e amostra: todo profissional de saúde atuante na Atenção Básica ou em serviços de atendimento materno-infantil, em cargos de coordenação, que concordassem em replicar a oficina no serviço de saúde onde atuavam foram convidados a participar do

estudo. Desta forma a amostra foi composta por 102 profissionais, que qualificados se tornaram facilitadores locais.

Instrumentos de coleta de dados: o material utilizado para avaliação da intervenção educacional foi um questionário estruturado autoaplicável elaborado para ser respondido antes e imediatamente após as oficinas de educação permanente. Dividido em duas partes, a primeira com variáveis sociodemográficas e relativas a formação dos profissionais, e a segunda parte com questões específicas sobre o conhecimento dos profissionais quanto às recomendações do Ministério da Saúde do Brasil (MS) para prevenção da transmissão vertical da sífilis, esquema de tratamento adequado e acompanhamento dos recém-nascidos com sífilis congênita. Um teste piloto do questionário foi realizado com seis profissionais da Atenção Básica apenas para aperfeiçoar o instrumento de coleta.

As taxas de incidência foram monitoradas nos dados epidemiológicos dos bancos de dados Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Para os dados de mortalidade fetal e infantil foram utilizados os bancos de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Todos os dados foram fornecidos pelo setor de epidemiologia da Autarquia Municipal de Londrina.

Detalhamento da intervenção, variáveis de estudo e análise de dados

Nas oficinas de educação permanente foi abordada a temática do uso adequado dos protocolos instituídos pelo MS (Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense) para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, congênita e adquirida (no caso das parcerias sexuais). A intervenção foi organizada em parceria com o grupo de trabalho do Observatório para Sífilis que conta com médicos (um ginecologista que atende na Atenção Básica e atua na gestão regional de saúde e uma infectopediatra que atua no setor epidemiológico), além de enfermeiros que estão na gestão da Saúde da Mulher, da Maternidade Municipal, do Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI) e do Centro de Testagem e Aconselhamento Municipal (serviço de saúde brasileiro que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis).

Para atender todas as 54 Unidades de Saúde do Município, a capacitação com esses profissionais foi dividida em três etapas, sendo que a primeira ocorreu em dezembro de 2013, a segunda em junho de 2014 e a terceira em setembro de 2014. Os profissionais

treinados como facilitadores implantaram dois fluxogramas descritores do processo de trabalho nos serviços de saúde. O Primeiro Fluxo detalha o processo de diagnóstico da sífilis durante o pré-natal (PN). O Segundo Fluxo é utilizado quando existe confirmação da sífilis. Os participantes das oficinas construíram uma Matriz do Processo de Trabalho em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) - serviço de atenção primária do Brasil que visa proteger a saúde da comunidade, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar e reduzir de danos - com suas equipes de saúde, reforçando a importância do PN de qualidade e da responsabilidade de todos na prevenção de doenças e sequelas para os futuros bebês.

As variáveis estudadas foram divididas em características socioeconômicas e profissionais dos participantes das oficinas de diagnóstico e manejo da sífilis: faixa etária, sexo, graduação (medicina; enfermagem; técnicos de enfermagem; outra graduação), local de atuação (atenção primária; outros serviços), tempo de formação em anos, tempo de atuação na assistência materno-infantil em anos, tempo de atuação no diagnóstico e manejo da sífilis em anos; relacionadas ao conhecimento dos participantes sobre sífilis: diferença entre as sorologias FTA-Abs e VDRL (teste treponêmico e não treponêmico); quantidade de exames VDRL obrigatórios no PN segundo a Rede Mãe Paranaense; conduta adequada quando o exame de VDRL for

reagente; conduta adequada quando o diagnóstico de sífilis gestacional é confirmado; procedimentos de controle e acompanhamento da sífilis gestacional; notificação da sífilis; esquema terapêutico adequado de acordo com o estadiamento da sífilis (primária, secundária e terciária); acompanhamento do RN de mãe diagnosticada com sífilis na gestação.

Análise dos resultados e estatística: foi realizada análise descritiva das variáveis através da média, frequências absoluta e relativa. A avaliação do questionário foi realizada levando-se em consideração as respostas corretas e incorretas de acordo com o referencial que sustentou o treinamento. Como análise inferencial utilizou-se o Teste de McNemar para frequências correlacionadas. Os dados foram tabulados em planilhas do Excel for Windows®, versão 2010 e analisados pelo *software Statistical Package for Social Sciences*® 21. Foram considerados estatisticamente significantes os valores de níveis descritivos iguais ou inferiores a esse valor ($p \leq 0,05$).

Resultados

Os resultados relacionados a caracterização dos profissionais de saúde que participaram das oficinas de educação permanente, e se tornaram facilitadores nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), estão apresentados na Tabela 1 a seguir.

Em um total de 102 participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino, com graduação em

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes das oficinas de educação permanente para diagnóstico e manejo da sífilis, Londrina, PR, Brasil, 2014

Características	Descrição	N*(102)			%		
		Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
Faixa etária e sexo (n = 90)	22-30	18	02	20	23,1	16,7	22,2
	31-40	28	06	34	35,9	50,0	37,8
	41-50	14	-	14	17,9	-	15,6
	51-61	18	04	22	23,2	33,3	24,4
Graduação	Medicina	14	07	21	16,3	43,8	20,6
	Enfermagem	64	08	72	74,4	50,0	70,6
	Téc. de Enfermagem	07	01	08	8,1	6,3	8,1
	Outra Graduação	01	-	01	1,2	-	0,7
Local de atuação	Atenção Primária	79	14	93	91,9	87,5	91,1
	Outros Serviços	07	02	09	8,1	12,5	8,9
Tempo de formação (em anos)	< 1	06	-	06	7,0	-	5,9
	1 a 3	11	02	13	12,8	12,5	13,7
	4 a 5	04	02	06	4,7	12,5	5,9
	6 a 10	17	04	21	19,8	25,0	19,6
	> 10	48	08	56	55,8	50,0	54,9

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Características	Descrição	N*(102)			%		
		Feminino	Masculino	Total	Feminino	Masculino	Total
Tempo de atuação na assistência materno-infantil (em anos)	< 1	07	-	07	8,1	-	6,9
	1 a 3	20	03	23	23,3	18,8	22,5
	4 a 5	06	04	10	7,0	25,0	09,9
	6 a 10	14	01	15	16,3	6,3	14,7
	> 10	39	08	47	45,3	50,0	46,0
Tempo de atuação no diagnóstico e manejo da sífilis (em anos)	< 1	08	-	08	9,3	0,0	7,8
	1 a 3	33	04	37	38,4	25,0	36,3
	4 a 5	04	04	08	4,7	25,0	07,8
	6 a 10	15	03	18	17,4	18,8	17,7
	> 10	26	05	31	30,2	31,3	30,4

* Quando o número de respostas foi inferior ao número de pessoas que responderam ao questionário o total foi especificado abaixo da variável

enfermagem e atuação na Atenção Básica. Das 54 UBS representadas, 92,6% (50) realizaram o treinamento com suas equipes de saúde. A idade dos participantes variou entre 22 e 61 anos e a mediana 38 anos. A maior parte dos respondentes declarou ter mais de 10 anos de prática, tanto no tempo de formação quanto no tempo de atuação na assistência materno-infantil. No entanto, 36,3% responderam que seu

maior tempo vivenciado no manejo da sífilis foi de um a três anos.

Na Tabela 2 pode-se verificar a distribuição das respostas dos participantes acerca do diagnóstico e manejo da sífilis congênita e gestacional antes e após as oficinas.

O número de pessoas que responderam o questionário depois da intervenção foi inferior (n = 85)

Tabela 2 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde sobre diagnóstico e manejo da sífilis congênita e gestacional, segundo acertos e erros antes e depois das oficinas de educação permanente, Londrina, PR, Brasil, 2014

Conhecimento Avaliado	Fase de aplicação do questionário								p*
	Antes da Oficina (n = 102)				Depois da Oficina (n = 85)				
	Acertos		Erros		Acertos		Erros		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diferença entre as sorologias FTA-Abs e VDRL (NR† = 4)	77	75,5	21	20,6	85	100,0	-	-	< 0,001
Quantidade de exames VDRL‡ obrigatórios no PN segundo a Rede Mãe Paranaense	79	77,5	23	22,5	85	100,0	-	-	< 0,001
Conduta quando o resultado do VDRL‡ for reagente	08	7,8	94	92,2	45	47,1	40	52,9	< 0,001
Conduta quando o diagnóstico de sífilis gestacional é confirmado no PN§	73	71,6	29	28,4	78	91,8	07	8,2	0,461
Procedimentos de controle e acompanhamento da sífilis gestacional	55	53,9	47	46,1	77	90,6	08	9,4	0,002
Notificação da Sífilis	09	8,8	93	91,2	25	29,4	60	70,6	< 0,001
Esquema terapêutico preconizado para sífilis primária (NR† = 2)	58	56,9	42	42,0	84	98,8	01	1,2	< 0,001
Esquema terapêutico preconizado para sífilis secundária (NR† = 5)	56	57,7	41	42,2	76	89,4	09	10,6	< 0,001
Esquema terapêutico preconizado para sífilis terciária (NR† = 5)	63	64,9	34	35,1	85	100,0	-	-	< 0,001
Acompanhamento do RN de mãe diagnosticada com sífilis na gestação	56	54,9	46	45,1	81	95,3	04	4,7	< 0,001

*Teste de McNemar para frequências correlacionadas; †Número de questões sem resposta que modificaram o total da amostra; ‡VDRL – Venereal Disease Research Laboratory – teste não treponêmico; §PN – pré-natal

ao número de participantes que responderam antes (n = 102). A média de acertos foi de 53% antes da intervenção e chegou a 74,3% após (p < 0,001).

Quanto à notificação, a Tabela 3 distribui a ocorrência de casos registrados de sífilis gestacional e congênita entre 2007 e 2015.

Observa-se que entre 2007 e 2009 existiu subnotificação da sífilis gestacional. A partir de 2010 ocorre

um crescimento da notificação do agravo em gestantes, porém a transmissão vertical se manteve elevada até 2013. Em 2014 e 2015, após a intervenção educacional, verificou-se redução das taxas de transmissão de mãe para filho em aproximadamente 38%.

Com relação à mortalidade, a Tabela 4 apresenta o número de óbitos fetais e infantis por esse agravo.

Embora desde 2009 a ocorrência de mortalidade infantil por sífilis tenha sido registrada, os óbitos fetais

Tabela 3 - Distribuição de casos de sífilis gestacional e congênita notificados* entre 2007 e 2015, Londrina, PR, Brasil, 2016

Ano/casos	Sífilis Gestacional	Sífilis Congênita	% de transmissão
2007	04	05	125,0 [†]
2008	08	12	150,0 [†]
2009	15	17	128,0 [†]
2010	27	17	63,0
2011	29	20	69,0
2012	49	40	81,6
2013	68	51	75,0
2014	104	35	33,7
2015	122	49	40,2
Total	426	246	57,7

*Fonte: Sinan/Datasus/MS/Tabwin/Arquivo Sifgenet (2016); [†]Subnotificação

Tabela 4 - Número de óbitos fetais e infantis por sífilis congênita notificados* entre 2009 e 2015, Londrina, PR, Brasil, 2016

Ano	Óbitos Fetais	Óbitos Infantis	Total
2009	NI [†]	01	01
2010	NI [†]	01	01
2011	NI [†]	02	02
2012	02	02	04
2013	02	03 [‡]	05
2014	05	-	05
2015	04	-	04
Total	13	09	22

*Fonte: SIM/Datasus/MS.CSIE/GVE/DVS/MAS (2016); [†]Não Investigado; [‡]Um óbito por neurosífilis congênita tardia (A504) e dois óbitos por sífilis congênita não especificada (A509)

por essa causa passaram a ser investigados apenas a partir de 2012. A taxa de mortalidade específica por sífilis congênita alcançou seu pico em 2013, com 41,7 casos a cada 100 mil nascidos vivos. Contudo, ainda que a proporção de óbitos fetais tenha aumentado no transcurso dos dois anos que sucederam à intervenção (2014 e 2015), não existiu registro de mortes infantis por esse agravo no mesmo período.

Discussão

De maneira geral, os resultados mostraram mudanças e melhorias importantes, tanto nas respostas dos profissionais sobre diagnóstico e manejo da sífilis gestacional e congênita após a intervenção educacional

(75% de acertos), quanto na detecção da sífilis nas gestantes – 68 casos em 2013 para 122 em 2015 – e redução da transmissão vertical (35% entre 2013 e 2015). Estes resultados apoiam a proposta feita pela Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS⁽⁵⁾, que incentivou a introdução de programas de treinamento no local de trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e segurança do paciente, e neste estudo se estendeu para os usuários do SUS e para a comunidade.

Salienta-se que antes da intervenção, os profissionais de saúde pesquisados não apresentaram conhecimento satisfatório sobre as medidas recomendadas pelo MS e Rede Mãe Paranaense na

prevenção e controle da sífilis, uma vez que a média de acertos foi de 53%. O conhecimento insuficiente das medidas corretas para controlar e evitar a transmissão da sífilis reflete a realidade de outros municípios brasileiros^(2,6-9), onde os profissionais de saúde avaliados apresentaram qualificação técnica insuficiente para enfrentar o problema da sífilis no pré-natal⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Para garantir a agilidade no diagnóstico de sífilis, na sua confirmação e na contabilização do número de testes de VDRL realizados no pré-natal – indicador importante que mede a qualidade da assistência⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ – um fluxo interno de comunicação entre laboratório e as UBS foi instituído em Londrina. Antes da capacitação, apenas 7,8% dos profissionais conheciam esse fluxo, embora ele já estivesse vigente há cinco meses. Diante dessa realidade, entende-se que ações de educação permanente e as mudanças no processo de trabalho devem ter continuidade programada⁽¹⁸⁾, pois sua ação pontual informa e atualiza os profissionais, mas a mudança de conduta na prática necessita de vigilância e correção dos erros, a título de aprendizagem, e não de punição, reforçando atividades de autoanálise e autogestão das equipes de saúde⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Embora o pré-natal seja reconhecidamente um espaço de suma importância para a realização da prevenção da transmissão vertical da sífilis⁽²¹⁾, influenciando diretamente nos índices de qualidade que impactam na saúde da gestante e do feto e/ou recém-nascido^(10,22), cerca de 30% dos profissionais desconheciam a necessidade de iniciar tratamento imediato da gestante e convocar suas parcerias sexuais mediante o VDRL positivo antes da intervenção. Apenas para essa questão o aumento de respostas corretas após o treinamento não foi significativo na melhoria do conhecimento dos participantes. Em Fortaleza-CE*, metade dos profissionais entrevistados afirmaram que solicitariam o VDRL para o parceiro e tratariam somente conforme resultado⁽¹³⁾. Um estudo semelhante realizado em Recife-PE* apresentou 38% para o mesmo índice⁽²⁰⁾, mais próximo do encontrado em Londrina. Os dados corroboram os apontados em pesquisa semelhante realizada no Rio de Janeiro-RJ*, em que aproximadamente 40% dos profissionais médicos e enfermeiros referiram dificuldade para conversar sobre sífilis com as parcerias sexuais⁽⁹⁾.

A falta de captação e orientação dos parceiros e a dificuldade dos profissionais de saúde em utilizar o esquema terapêutico preconizado para esses casos – concomitante com as gestantes – tem sido evidenciada em várias pesquisas^(9,15-16), levando ao entendimento de que essa norma protocolar ainda não foi assimilada

totalmente, causando erros no momento da assistência e provocando tratamentos inadequados que refletem na elevação de casos de sífilis congênita⁽²⁰⁾.

Outro problema recente é o desabastecimento nacional de penicilinas em decorrência da falta de matéria-prima específica para a sua produção no mercado mundial. Em 2015, o MS publicou a Nota Informativa Conjunta nº 109/2015/GAB/SVS/MS, que orienta a respeito da priorização da penicilina G benzatina para sífilis em gestantes e penicilina cristalina para sífilis congênita no país e alternativas para o tratamento da sífilis. A maior dificuldade encontrada é que os antibióticos de segunda escolha preconizados disponíveis no SUS do Brasil (Doxiciclina e Ceftriaxona), para tratar os casos de sífilis adquirida e parceiros das gestantes, tem posologia de duração entre 8 e 15 dias, prejudicando ainda mais a adesão ao esquema terapêutico completo, o que aumenta as chances de desenvolvimento de resistência em *Treponema pallidum*⁽²³⁾.

Ressalta-se que essa situação resulta em falhas no tratamento e consequentes reinfecções nos casos em que as gestantes são corretamente tratadas, mas seus parceiros não. Possivelmente a elevação da taxa de transmissão vertical em 6,5% de 2014 para 2015 encontrada nesse estudo resultou desse fato, uma vez que o desabastecimento na rede limitou o uso do medicamento de primeira escolha para o binômio e as intervenções iniciadas em 2013, quando o fármaco ainda não estava em falta reduziram a taxa de transmissão vertical em 41,3% no ano de 2014.

Quanto à notificação, embora o aumento de respostas adequadas após a intervenção tenha sido significativo, considera-se baixa a porcentagem de acertos, uma vez que não alcançou 30%. Soma-se a dificuldade em se identificar a sífilis gestacional e congênita como doenças de notificação compulsória⁽¹³⁾, a incorporação da notificação da sífilis adquirida às rotinas de trabalho, fundamental para o rompimento da cadeia de transmissão e controle do agravo⁽²¹⁾. A busca da erradicação da sífilis tem se mostrado um grande desafio aos profissionais de saúde, às autoridades sanitárias e à sociedade em geral ao longo dos anos, e justamente por isso, esse conceito precisa ser melhor trabalhado nos serviços de saúde⁽¹⁵⁾.

Ademais, equívocos no tratamento correto da sífilis de acordo com o estadiamento da doença^(6,9,13), bem como, na realização da titulação com VDRL para controle de cura e captação das parcerias sexuais para testagem, aconselhamento e tratamento adequado,

* Municípios/capitales con alta representatividad en Unidades Federativas de Brasil

salientam que a desestruturação do processo de trabalho favorece a ocorrência de muitas oportunidades perdidas de diagnóstico e intervenção que possibilitariam a prevenção da transmissão vertical^(4,7).

Além disso, o índice de respostas erradas nesse estudo para as questões sobre abordagem sindrômica foi de 40%, cenário também encontrado no Rio de Janeiro-RJ quando 47% dos profissionais afirmaram ter alguma dificuldade na prática do manejo clínico adequado da sífilis⁽⁷⁾. Outras pesquisas realizadas no Brasil^(6,21), na China⁽¹⁷⁾, na Suíça⁽¹²⁾ e nos Estados Unidos da América⁽¹¹⁾ reforçaram as mesmas falhas e o reaparecimento da sífilis congênita na atualidade.

Destaca-se que a transmissão vertical gera graves consequências a estes recém-nascidos, oriundas das falhas na prevenção primária⁽¹³⁻¹⁴⁾, que trazem sequelas (em grande parte irreversíveis), além da prematuridade^(7,10) e oneram o sistema de saúde⁽²⁰⁻²¹⁾. O entendimento da organização das Redes de Atenção à Saúde com instituição da referência para o ambulatório de infectologia pediátrica e a contrarreferência da maternidade para a UBS por e-mail, possivelmente influenciou na ausência de mortalidade infantil por sífilis nos dois anos que sucederam à intervenção (2014 e 2015), em consequência da melhoria da assistência pré e pós-natal.

Salienta-se nesse estudo a evidência de subnotificação, quando entre 2007 e 2009 os casos de sífilis congênita ultrapassaram os casos detectados em gestantes. Esses dados refletem a realidade do diversos Estados do Brasil⁽²¹⁾ e de outros países como Mongólia e África do Sul⁽²⁴⁾. Contudo, existiu melhoria no acesso ao diagnóstico das gestantes, uma vez que a taxa de detecção da sífilis gestacional, após as intervenções educacionais, passou de 9,4 em 2013 para 16,7 casos a cada mil nascidos vivos em 2015. Dessa forma, a adesão dos profissionais e o empenho em replicar as oficinas *in loco* em 92,3% das UBS de Londrina, indica que o processo de educação permanente na AB, em parceria com a equipe de saúde e a gestão municipal, fortaleceu a prática na prevenção e no controle da sífilis.

Por se tratar de um estudo quase experimental, entende-se como limitação metodológica a ausência de grupo de controle e de *follow-up*. Essas opções foram tomadas de forma consciente e considerando que todos os profissionais de saúde que frequentaram as oficinas para diagnóstico e manejo da sífilis aderiram ao projeto e foram acompanhados de perto pelas gerentes regionais de saúde, que forneceram apoio durante todo o processo de educação permanente, que ainda continua. Outras pesquisas utilizaram o mesmo método e concluíram que o desenvolvimento de habilidades após treino é estatisticamente significativo, quando comparado ao

grupo-controle e que as competências são em grande parte mantidas seis meses após o treinamento^(14,25).

Conclusão

A intervenção educativa interferiu na melhoria da detecção precoce da sífilis gestacional e acarretou a redução da taxa de transmissão vertical, bem como pode ter contribuído para eliminação da mortalidade específica por sífilis em menores de um ano em 2014 e 2015.

Agradecimentos

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina pela colaboração.

Referências

1. WHO. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems [Internet]. Geneva; 2012. [Access 8 Mar 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf ISBN 978 92 4 150434 8.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: Estratégias para Redução e Eliminação [Internet]. Brasília, DF; 2014. [Acesso 8 mar 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56610/folder_transmissao_vertical_hiv_sifilis_web_pd_60085.pdf
3. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Col*. [Internet]. 2015; 20(6):1869-78. [Access 7 Mar 2016]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en. DOI 10.1590/1413-81232015206.13272014.
4. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):147-57. DOI 10.1590/S0034-89102013000100019
5. Cometto MC, Gómez PF, Sasso GTMD, Grajales RAZ, Cassiani SHDB, Morales CF, editores. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud [Internet]; 2011 [Acesso 7 Mar 2016]. Disponible em: <http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2013/06/contenido.pdf?ua=1> ISBN: 978-927533246-7.
6. Gomes SF. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família sobre sífilis em gestantes na cidade do Recife- PE. [Internet]. Dissertação de mestrado. Recife: Universidade Federal de Pernambuco;

2013. [Acesso 7 mar 2016]. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/13222/Disserta%C3%A7ao%20SUELY%20FERREIRA%20GOMES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Rodrigues CS, Guimarães MDC, César CC. Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5):851-8.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis Ano IV, n. 1 [Internet]. Brasília, DF; 2015. [Acesso 7 mar 2016]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p__15727.pdf
9. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal MC. Treatment of syphilis during pregnancy: knowledge, practices and attitudes of health care professionals involved in antenatal care of the Unified Health System (SUS) in Rio de Janeiro City. *Ciênc Saúde Col*. 2013 [Internet]; 18(5):1341-5. [Acesso 7 Mar 2016]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500019&lng=en DOI 10.1590/S1413-81232013000500019.
10. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn JE. Lives saved tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health*. 2011;11(Supl. 3):S9.
11. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in Incidence of Congenital Syphilis – United States, 2012-2014. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2015; 64(44):1241-5. [Access 2016 Mar 7]; Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm> DOI 10.15585/mmwr.mm6444a3.
12. Meyer Sauter PM, Trück J, Bosshard PP, Tomaske M, Morán Cadenas F, Lautenschlager S, Goetschel P. Congenital syphilis in Switzerland: gone, forgotten, on the return. *Swiss Med Wkly*. [Internet]. 2012; 141:w13325. [Access 2016 Mar 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22252171> DOI 10.4414/smw.2011.13325.
13. Andrade RFV, Lima NBG, Araújo MAL, Silva DMA, Melo SP. Nurses's Knowledge about the Management of Pregnant with Positive VDRL. *DST – J Bras Doenças Sex Transm*. [Internet]. 2011; 23(4):188-93. [Access 2016 Mar 7]. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/8.Conhecimento%20dos%20Enfermeiros%20acerca%20do%20Manejo.pdf>
14. Silva DMA, Araújo MAL, Silva RM, Andrade RFV, Moura HJ, Esteves ABB. Knowledge of healthcare professionals regarding the vertical transmission of syphilis in Fortaleza-CE, Brazil. *Texto Contexto - Enferm*. [Internet]. 2014; 23(2):278-85. [Access 2016 Mar 7]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200278&lng=en DOI 10.1590/0104-07072014000510013.
15. Owiredu MN, Newman L, Nzomo T, Kafando GC, Sanni S, Shaffer N et al. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis: a dual approach in the African Region to improve quality of antenatal care and integrated disease control. *Int J Gynecol Obstet*. [Internet]. 2015;130(1):S27-S31. [Access 2016 Mar 7]. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0020729215002076/1-s2.0-S0020729215002076-main.pdf?_tid=244039e2-6c9a-11e5-b800-00000aab0f02&acdnat=1444184679_279b792ceab2d36819303ed464b1657e DOI 10.1016/j.ijgo.2015.04.010.
16. Todd CS, Ahmadzai M, Smith JM, Siddiqui H, Ghazanfar SA, Strathdee SA. Attitudes and practices of obstetric care providers in Kabul, Afghanistan regarding antenatal testing for sexually transmitted infection. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [Internet]. 2008;37(5):607-15. [Access 2016 Mar 7]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2008.00283.x/pdf>.
17. Wu D, Hawkes S, Buse K. Prevention of mother-to-child transmission of syphilis and HIV in China: what drives political prioritization and what can this tell us about promoting dual elimination? *Int J Gynecol Obstet*. [Internet]. 2015; 130(1):S32-S6. [Access 2016 Mar 7]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215002027> DOI 10.1016/j.ijgo.2015.04.005.
18. Hussey J, Mitchell L, Hew Y, Foster K, Waldram A. Preventing congenital syphilis: a regional audit of syphilis in pregnant women seen in Genitourinary Medicine services. *Int J STD AIDS*. 2014; 25(6):448-51. DOI 10.1177/0956462413512802.
19. Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva. *Divulg Saúde Debate*. 2001; (23):30-56.
20. Larson BA, Lembela-Bwalya D, Bonawitz R, Hammond EE, Thea DM, Herlihy J. Finding a needle in the haystack: the costs and cost-effectiveness of syphilis diagnosis and treatment during pregnancy to prevent congenital syphilis in Kalomo District of Zambia. *Plos One*. [Internet]. 2014; 9(12):e113868. [Access 2016 Mar 7]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257564/> DOI 10.1371/journal.pone.0113868.
21. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2014;48(5):766-74. [Acesso 7 Mar 2016]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102014000500766&lng=en DOI 10.1590/S0034-8910.2014048005114.

22. WHO. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems [Internet]. Geneva, 2012. [Access 2016 Mar 8]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf ISBN 978 92 4 150434 8.

23. Stamm LV. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiol Infect.* [Internet]. 2015;143(8):1567-74. doi: 10.1017/S0950268814002830

24. Shahrook S, Mori R, Ochirbat T, Gomi H. Strategies of testing for syphilis during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2014; 10 (CD010385). [Access 2016 Mar 8]; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010385.pub2/full> DOI 10.1002/14651858.CD010385.pub2.

25. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2012;20(6):1161-8. [Access 2016 Mar 7]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en DOI 10.1590/S0104-11692012000600019.

Recebido: 21.5.2015

Aceito: 23.10.2016

Correspondência:
Flaviane Mello Lazarini
Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Saúde Coletiva
Av. Robert Koch, 60
Vila Operária
CEP: 86038-350, Londrina, PR, Brasil
E-mail: flalazarini@gmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.