

RAFAELA BEZERRA FAÇANHA CORREIA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SÍFILIS**

**NATAL/RN
2024**

RAFAELA BEZERRA FAÇANHA CORREIA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM SÍFILIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof. Dr. Richardson Augusto
Rosendo da Silva

**NATAL/RN
2024**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Correia, Rafaela Bezerra Façanha.

Construção e validação do instrumento de avaliação da linha de cuidado à pessoa com sífilis / Rafaela Bezerra Façanha Correia. - 2024.

102f.: il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, 2024.

Orientação: Richardson Augusto Rosendo da Silva.

1. Sífilis - Tese. 2. Serviços de Saúde - Tese. 3. Estudo de validação - Tese. 4. Avaliação em Saúde - Tese. I. Silva, Richardson Augusto Rosendo da. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 616-002.6

RAFAELA BEZERRA FAÇANHA CORREIA

Esta tese é dedicada...

*Aos meus filhos,
Rebeca e Ranon Filho
que têm apenas 6 anos e 6 meses e
4 anos e 7 meses,
mas que passaram 4 anos
no doutorado comigo.
Chega de choro, de noites dormidas no sofá
(para ficarem perto de mim nas madrugadas).
Chega de saudade da mamãe nos feriados,
férias e finais de semana.
Mamãe está voltando.*

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, pelo seu infinito amor e fonte de sabedoria. Sua graça e misericórdia têm me guiado e sido a minha fortaleza ao longo da vida.

Ao meu esposo, Ranon Rodrigues, pelo apoio, motivação e compreensão nos momentos difíceis. Grata por todo o carinho e cuidado durante essa jornada. Essa tese é nossa.

Aos meus amados filhos Rebeca e Ranon filho, é por vocês que cheguei até aqui.

À minha mãe, Helena Maria, pela dedicação e garra na minha formação moral e educacional. Às minhas tias, Tânia e Cláudia, por todo o amor dedicado e pelas palavras de incentivo por todos esses anos.

À minha sogra, Maria, pelo carinho, ajuda oferecida em todos os momentos e pelas orações diárias.

Ao meu orientador, Richardson Rosendo, pelo acolhimento e oportunidade de aprendizado durante esse processo. Obrigada, pois sem esse suporte não teria alcançado este momento tão sonhado.

Aos meus amigos do DEPFONO/UFRN, Juliana, Maurício, Raquel, Vanessa e Érika, que são uma família aqui em Natal-RN, pelas palavras nos momentos de desânimo.

Às pesquisadoras e colegas, Janmilli, Cristiane e Rafaela, vocês foram fundamentais nessa etapa final.

À UFRN, especialmente aos colegas do Departamento de Fonoaudiologia pelo apoio para a conclusão deste trabalho.

Aos professores, membros desta banca, por gentilmente avaliarem e contribuírem com esta pesquisa.

Por fim, a todos que de alguma forma estiveram presente nessa minha caminhada, seja com palavras, atitudes ou pensamentos positivos.

Ainda que sejam infinitas
Suas bênçãos, eu irei contar
E nenhuma fase dura para sempre
Por isso, eu não vou me esquecer
Cada motivo que tenho para ser grato
Por ter sido tão fiel a mim
-Bênçãos Que Não Têm Fim-
Isadora Pompeo

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde enfrentam diversas barreiras na prevenção, diagnóstico e tratamento das pessoas com sífilis, resultado de uma fragmentação do cuidado no Sistema Único de Saúde. Na tentativa de integrar os Serviços de Saúde existe a orientação de organizar e operacionalizar as Linhas de Cuidado. Assim, os profissionais de saúde, o controle social e os gestores têm o desafio de implantar, acompanhar e avaliar o que está a ser proposto. Para avaliar a Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis, faz-se necessário um instrumento válido. **Objetivo:** Construir e validar o instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com sífilis. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo metodológico. O período da realização foi de setembro de 2023 a julho de 2024. A etapa da validação de conteúdo foi desenvolvida em quatro fases. Na primeira fase houve uma busca exaustiva na literatura e os conteúdos a serem incluídos no instrumento foram selecionados. Em seguida, houve a construção do instrumento. A sua versão inicial possuía 74 questões. Na terceira fase, selecionaram-se os juízes especialistas e, por último, realizou-se ao processo de validação de conteúdo. Assim, 39 juízes participaram da primeira rodada Delphi e 24 participaram da segunda. Para análise do grau de concordância, usou-se o Índice de Validade de Conteúdo por item e Índice de Validade de Conteúdo Global. Na segunda rodada, foi obtido o índice igual a um em cada item e no instrumento de forma global. Em seguida, construiu-se um protocolo para uma revisão de escopo baseado no manual do Joanna Briggs Institute e no guia PRISMA-ScR. **Resultados:** O instrumento foi validado com 58 itens. No teste de Mann-Whitney observaram-se as evidências de diferença estatística da fase Delphi 1 com a fase Delphi 2 nas dimensões de clareza e relevância, no qual obteve melhor avaliação na fase Delphi 2 em todos os itens do instrumento. O protocolo para a revisão de escopo apresentou a questão de pesquisa, as bases de dados para a coleta dos dados, critérios de inclusão e exclusão, detalhou como os dados serão extraídos, analisados e apresentados. **Conclusão:** O Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis foi validado quanto ao seu conteúdo. Esta nova ferramenta para a gestão do Sistema Único de Saúde contribuirá para a melhoria do cuidado às pessoas com sífilis em uma perspectiva da integralidade, fortalecendo a Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: Sífilis. Serviços de Saúde. Integralidade em Saúde. Avaliação em saúde. Estudo de validação

ABSTRACT

Introduction: Health professionals face several barriers in the prevention, diagnosis, and treatment of people with syphilis, resulting from a fragmentation of care in the Unified Health System. In an attempt to integrate Health Services, there is an orientation to organize and operationalize the Lines of care. Thus, health professionals, social control, and managers are challenged to implement, monitor, and evaluate what is being proposed. To assess the Line of Care for People with Syphilis, a valid instrument is necessary. **Objective:** Build and validate the instrument for Assessment of the Line of Care for People with Syphilis. **Methodology:** This was a methodological study. The period of completion was from September 2023 to July 2024. The content validation stage was developed in four phases. In the first phase, an exhaustive search was conducted in the literature, and the contents of the instrument were selected. Next, the instrument was built. Its initial version had 74 questions. In the third phase, expert judges were selected, and finally, the content validation process was discussed. Thus, 39 judges participated in the 1st Delphi round, and 24 questioned the second. We used the Content Validity Index per item and the Global Content Validity Index to analyze the degree of agreement. In the 2nd round, an index equal to one was obtained for each item and the global instrument. Next, a protocol for a scoping review was developed based on the Joanna Briggs Institute manual and the PRISMA-ScR guide. **Results:** The instrument was validated with 58 items. The Mann-Whitney test showed evidence of a statistical difference between Delphi 1 and Delphi 2 in the dimensions of clarity and relevance, with Delphi 2 obtaining a better evaluation in all instrument items. The protocol for the scoping review presented the research question, the databases for data collection, and inclusion and exclusion criteria, and detailed how the data will be extracted, analyzed, and presented. **Conclusion:** The Syphilis Care Line Assessment Instrument was validated in terms of its content. This new tool for the management of the Unified Health System will contribute to improving care for people with syphilis from a comprehensive perspective, strengthening the Health Care Network.

Keywords: Syphilis. Health Services. Comprehensiveness in Health. Health assessment. Validation study.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Questão de pesquisa utilizando os acrônimos PCC. Natal-RN, 2024.....	43
Quadro 2- Estratégia de busca para recuperação de artigos. Natal-RN, 2024.....	46

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IST	Infecção sexualmente transmissível
LC	Linhas de Cuidado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3 OBJETIVOS.....	36
4 MÉTODOS.....	37
4.1 Seção 1: Estudo Metodológico.....	37
4.2 Seção 2: Revisão de Escopo.....	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
5.1 ARTIGO 1- Construção e validação do Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis.....	47
5.2 ARTIGO 2 – Barriers and Facilitators Affecting Access to Health Care for People With Syphilis: Protocol for a Scoping Review	71
6 CONCLUSÃO.....	86
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APRESENTADO AOS JUÍZES..	102
ANEXOS A – PARECER CEP/FACISA/UFRN.....	105

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, evitável, curável e sistêmica. A principal via de transmissão é a sexual, mas também pode ser transmitida verticalmente da mãe para o feto durante o período gestacional. Ainda não existe uma vacina contra a sífilis, e a infecção pela bactéria causadora não confere imunidade protetora. Isso significa que as pessoas poderão ser infectadas tantas vezes quantas forem expostas ao *Treponema pallidum* (MCINTOSH, 2020; MASCHIO-LIMA, 2020; WHO, 2024).

Caso não haja tratamento ou se for realizado inadequadamente, a pessoa infectada pelo *Treponema pallidum* poderá ter sérias complicações, como: aumento do risco de contrair outras IST, alterações neurológicas, oculares, alteração da audição e/ou equilíbrio, morte. No caso de gestantes, pode resultar em prematuridade do recém-nascido, baixo peso ao nascer, casos de natimortos e morte neonatal. Esta infecção é a segunda causa mais comum de natimortos devido a doenças infecciosas em todo o mundo (MASCHIO-LIMA, 2020; WHO, 2024).

Os dados obtidos na literatura e disponibilizados por órgãos governamentais demonstram que, embora a sífilis seja uma IST que possui o seu método de diagnóstico e tratamento considerados simples e com baixo custo, o controle ainda é um desafio para os profissionais da saúde e gestores envolvidos (DOMINGUES et al., 2013). A pandemia de COVID-19 prejudicou ainda mais o seu controle, sendo necessárias medidas aceleradas para acabar com esta epidemia (WHO, 2022).

No Brasil, entre os anos de 2012 e 2022, foram notificados 1.237.027 casos de sífilis adquirida, 537.401 casos de sífilis em gestantes, 238.387 casos de sífilis congênita e 2.153 óbitos por sífilis congênita. Durante o mesmo período, as taxas de detecção de sífilis adquirida atingiram patamares superiores ao período pré-pandemia, com aumento de 23%. A taxa de detecção de gestantes com sífilis vem mantendo tendência crescente, porém com incremento mais rápido nos dois últimos anos, tendo-se elevado em 33,8% entre os anos 2020 e 2022. Quanto à taxa de incidência da sífilis congênita, nota-se aumento de 16% em comparação aos anos 2022 e 2019, ano pré-pandemia (BRASIL, 2023).

Mundialmente, o aumento significativo da sífilis tem causado preocupação no setor saúde ao mostrar falhas importantes na gestão dos serviços de saúde, ao nível micropolítico e/ou macropolítico. NKAMBA et al. (2017) identificaram que uma das barreiras do rastreo

da sífilis no pré-natal e do seu tratamento durante a gravidez é a fragmentação do sistema de saúde.

Frente às dificuldades de contenção da infecção no país, em 2016, o Ministério da Saúde com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, formularam a Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da Sífilis Congênita no Brasil, estabelecendo prioridades para qualificar a assistência à saúde para a prevenção, tratamento, assistência e vigilância da sífilis (BRASIL, 2021).

A Agenda mais recente (2020–2021) apresenta seis eixos estratégicos aos quais estão elencadas as ações e atividades para a redução da sífilis no Brasil, entre eles temos: o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a resposta rápida à sífilis nas Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2021).

No eixo fortalecimento das RAS tem-se como meta o desenvolvimento de estratégias para aprimoramento da gestão e governança na rede de assistência à saúde. No eixo resposta rápida à Sífilis nas RAS, fala-se do cuidado integral com a proposta de operacionalizar a Linha de Cuidado da Sífilis nos seus diferentes níveis de complexidade nas redes de atenção, incluindo os pontos de prevenção e de intervenção direcionados a populações-chave (BRASIL, 2021).

As Linhas de Cuidado (LC) podem ser compreendidas como organizadoras do trabalho assistencial. Olhando as linhas sob a perspectiva da micropolítica, que seria o discurso direcionado para grupos e pessoas, levantamos a questão da responsabilização do profissional e do sistema pela saúde do usuário, levando à mudança do processo assistencial centrado em procedimentos fragmentados para a vinculação do cuidado. Na perspectiva da macropolítica ou gestão, traz a dependência de sua efetivação no apoio dos gestores para que o caminho da linha seja garantido. A LC completa-se na medida que as macro e micropolítica se articulam (MALTA; MERHY, 2010).

Segundo Soares (2022), a LC é a expressão dos fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, as quais descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma RAS,

organizando um continuum assistencial. Esta estratégia visa superar a fragmentação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Recentemente, algumas Secretarias Municipais de Saúde implantaram a Linha de Cuidado para as pessoas com Sífilis, como em Joinville, Paraná, São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Espera-se que, mediante uma Linha de Cuidado Integral à pessoa com Sífilis de qualidade, as taxas de transmissão desse agravo comecem a diminuir, acarretando mudanças no perfil epidemiológico da sífilis no Brasil.

Os profissionais dos serviços de saúde, o controle social e os gestores têm o desafio de implantar, acompanhar e avaliar o que está sendo proposto nas LC do SUS. As informações produzidas em uma avaliação contribuem para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente nas decisões a serem tomadas. (CONTADRIOPOULOS,2006; CONTADRIOPOULOS, 2016).

Destarte, através da avaliação, os interessados irão conhecer as reais dificuldades na operacionalização da LC e poderão realizar as mudanças necessárias para a efetivação dos resultados a partir de um planejamento direcionado, possibilitando uma melhor qualidade nos serviços ofertados. Porém, para esta avaliação, faz-se necessário um instrumento válido e confiável.

Na extensa revisão de literatura realizada pela pesquisadora, observou-se a inexistência de um instrumento que avalie a operacionalização da LC à pessoa com sífilis. Assim, esta pesquisa tem como objeto geral construir e validar o conteúdo de um instrumento de avaliação da LC à pessoa com Sífilis.

Acredita-se que esse instrumento irá suprir a lacuna atual existente; irá orientar os gestores do SUS e os profissionais de saúde para o alcance da qualidade do cuidado à pessoa com sífilis na RAS. Além de servir como instrumento base para a construção da Linha de Cuidado Integral à pessoa com Sífilis, de qualidade, em uma região de saúde.

Diante do exposto, define-se a hipótese estabelecida para o estudo: O conteúdo do instrumento construído sob a perspectiva da Linha de Cuidado no SUS será válido para ser utilizado na avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com sífilis?

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para construir o aporte teórico-conceitual para fundamentação desta tese, foram realizadas buscas nos portais PubMed/Medline, Scopus, Embase, Lilacs via BVS e CINAHL (EBSCO). Foram incluídos também referências clássicas de autores de relevante contribuição na área, bem como fontes de estudos da literatura cinzenta, incluindo Google Scholar, relatórios governamentais, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Não houve restrições quanto ao idioma ou período dos estudos.

Considerando as questões de pesquisas elucidadas neste trabalho, foram estabelecidos cinco eixos temáticos principais: A sífilis no mundo e no Brasil; Cuidado integrado; O Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde; Micropolítica e Macropolítica do cuidado em saúde; e Avaliação em Saúde.

2.1 Sífilis no mundo e no Brasil

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida via sexual ou vertical e de cura reconhecida com a descoberta da penicilina desde 1928, sendo uma doença infecciosa crônica que desafia há séculos a humanidade. Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; CÂMARA *et al.*, 2021; LIMA *et al.*, 2022).

Segundo Klausner (2019), a sífilis é caracterizada como uma possível infecção multifatorial, advinda de alguns motivos caracterizados pelo autor, sendo um deles o aumento dos comportamentos sexuais de alto risco, diminuição do medo pela infecção do Vírus da imunodeficiência humana (HIV), declínios no uso de preservativos e diminuição das ações de prevenção nos serviços de saúde pública.

Desde a sua descoberta, existe um estigma e vergonha envolvidos, de maneira que, à medida que a população dos países estava sendo afetada, os países vizinhos ou que eram considerados rivais levavam a culpa pelo surto da infecção, na época, denominada como doença (TAMPA *et al.*, 2014).

O contexto da sífilis acompanha a história social e política da Europa, em uma análise provável de ser o resultado de algumas interações com o Novo Mundo. Contudo, mesmo com a evolução de algumas descobertas nos últimos anos e apesar dos esforços governamentais, ainda existem diversos desafios para o seu controle, resultando na crescente incidência dessa infecção (BRITO *et al.*, 2019).

Há uma estimativa de que mais de 11 milhões de novos casos de sífilis ocorrem anualmente em todo o mundo, com altas taxas de incidência na América Latina, África e Ásia (LAFETÁ *et al.*, 2016). Nos Estados Unidos, conforme os casos notificados pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças, houve o aumento de 81% no período de 2014 a 2018. No estadiamento da sífilis primária e secundária, no ano de 2018, os casos em pessoas do sexo masculino representou 86% de todos os pacientes e, no sexo feminino, houve o aumento considerável em mulheres em idade reprodutiva, consequentemente refletindo nos casos de sífilis congênita (SCHOLZ *et al.*, 2023).

No estudo realizado por Ortiz-Lopez *et al.* (2012) foram analisados casos de sífilis congênita na Espanha no intervalo de dez anos (2000-2010), baseado em dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica com a análise de 67 casos confirmados de sífilis congênita precoce, o que resultou em uma taxa de incidência geral de 1,32 casos por 100.000 nascidos vivos. Destacou-se a variação de 0 casos no ano de 2003 a 11 casos no ano de 2007.

No Brasil, a notificação compulsória dos tipos de sífilis foi ocorrendo de maneira gradual. No ano de 1986, iniciou-se com a sífilis congênita por meio da Portaria nº 542; já no ano de 2005, com a Portaria nº 33, a notificação de sífilis em gestantes; e, por fim, apenas no ano de 2010 deu-se início à notificação de sífilis adquirida por intermédio da Portaria nº 2.472 (BRASIL, 2023).

Assim, com o aumento nas taxas da sífilis, em 2016, o Brasil declarou uma epidemia. O país tem seguido várias estratégias, incluindo a garantia da assistência pré-natal universal, equitativa e testes de rastreamento para sífilis. No entanto, num país com dimensões continentais, grande população e desigualdades regionais, a coordenação dessas estratégias encontra obstáculos. Dessa maneira, os números de casos notificados no país continuam preocupantes (SANTOS *et al.*, 2023).

Observou-se que, em 10 anos (2012 - 2022), o Brasil apresentou a notificação de 1.237.027 casos de sífilis adquirida, seguido de 537.401 caso de sífilis em gestantes, seguido

de 238.387 casos de sífilis congênita, com o nível de óbitos por sífilis congênita em 2.153 casos (BRASIL, 2023).

Só em 2022, foram notificados no país 213.129 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 99,2 casos/100.000 habitantes), 83.034 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 32,4 casos/1.000 nascidos vivos – NV), 26.468 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 10,3 casos/1.000 NV) e 200 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade infantil específica por sífilis congênita de 7,8 óbitos/100.000 NV (BRASIL, 2023).

De acordo com Scholz *et al.* (2023), mesmo com as políticas públicas de prevenção, o público jovem com vida sexualmente ativa apresenta pouca adesão aos métodos disponibilizados para prevenção da transmissão.

Em uma pesquisa realizada com mulheres privadas de liberdade no Brasil, Santana *et al.* (2020) apontaram uma prevalência de anticorpos para sífilis em 11,6% nessa população específica, demonstrando uma alta incidência cumulativa para essa doença ao longo da vida. A maior prevalência da infecção estava relacionada com mulheres de raça negra ou parda, em situações de rua, com histórico de abortamento e violência sexual.

Em 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) criou um comitê para analisar a transmissão vertical da sífilis e reduzir sua transmissibilidade. Para validar um país que atingiu a meta, a OPAS recomenda que 95% das gestantes tenham acesso a pelo menos uma consulta pré-natal e sejam testadas e tratadas para sífilis (WHO, 2018).

Em 2016, frente à análise de dados globais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou as “Diretrizes estratégicas para a eliminação das infecções sexualmente transmissíveis”, no período de 2016 a 2021. A OMS estabeleceu como macro-objetivos a redução de 90% na incidência de *Treponema pallidum* e de 50 casos de sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos em 80% dos países (WHO, 2016). Em 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apresentou o “Marco para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, Hepatite B e Chagas” fortalecendo os objetivos globais estabelecidos na Agenda de Desenvolvimento Sustentável para 2030 (OPAS, 2017).

O Brasil criou o “Projeto “Sífilis Não”, com caráter interfederativo, desenvolvido por meio de uma cooperação técnica visando contribuir para redução dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e eliminar a sífilis congênita. Trata-se de uma estratégia de indução nacional, de caráter estruturante, pautada na construção de ações coletivas conjuntas,

integradas e colaborativas em quatro grandes eixos diferentes: gestão e governança, vigilância da sífilis, cuidado integral e educomunicação (CARVALHO *et al.*, 2022).

As estratégias globais do setor da saúde para 2022-2030 sublinham o papel crítico do setor da saúde na erradicação de algumas epidemias causadas por ISTs, incluindo a da sífilis, reconhecendo que é necessária uma abordagem multissetorial de “Saúde em Todas as Políticas” para remover barreiras estruturais e sistêmicas à aceleração do progresso (WHO, 2022).

Ao mesmo tempo, a Organização das Nações Unidas, através dos chefes de Estados pertencentes à organização, discutiu sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para o ano de 2030. São 17 objetivos ambiciosos e interconectados que abordam os principais desafios de desenvolvimento enfrentados por pessoas no Brasil e no mundo, organizados em três pilares: social, econômico e ambiental (ONU, 2015).

Entre as metas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Brasil, temos:

- Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos;
- Acabar, como problema de saúde pública, com as epidemias de AIDS [...] e outras doenças transmissíveis;
- Assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;
- Assegurar, por meio do SUS, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade que estejam incorporados ao rol de produtos oferecidos pelo SUS.

2.1.1 Diagnóstico, tratamento e prevenção

A sífilis pode ser transmitida de duas maneiras: sexual (sífilis adquirida) e verticalmente (sífilis congênita) por meio da placenta da mãe para o feto. O contato com as lesões contagiantes pelos órgãos genitais é responsável por 95% do contágio da sífilis. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis é uma infecção de múltiplos estágios. No quadro clínico da sífilis adquirida, podemos ter a classificação em sífilis primária, secundária, latente (latente recente – até um ano após a exposição; latente tardia – mais de um ano de evolução) e terciária (BRASIL, 2016). A sífilis pode ser caracterizada como primária, em que normalmente as manifestações ocorrem em uma única ferida, chamada de cancro duro, ocorre no local em que a bactéria adentro, geralmente a vulva, pênis, colo uterino, vagina, boca, anus ou outros locais da pele - com aparência de lesão seca, que não provoca dor e de aspecto limpo. A sífilis primária pode vir acompanhada do quadro de linfonomegalia inguinal na virilha (MENEZES *et al.*, 2021).

O quadro clínico da sífilis secundária tem sua ocorrência a partir de seis semanas a seis meses após o desaparecimento do sinal de cancro duro, com a formação de lesões eritematosas (roséolas), que podem surgir nos membros e em regiões palmo-plantares. Com o episódio de latência clínica, tem-se o surgimento da sífilis terciária, ocorrendo entre 1 a 40 anos após o começo da infecção (MENEZES *et al.*, 2021). Essa fase da infecção pode apresentar algumas lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo ocasionar o óbito do paciente.

Tratando-se da sífilis congênita ela apresenta um amplo espectro clínico e pode ter sua manifestação assintomática ou oligossintomática até as maneiras mais graves, com quadros sépticos, óbitos fetais e neonatais (DOMINGUES *et al.*, 2021).

No diagnóstico da sífilis é necessário a combinação dos dados clínicos atrelados aos resultados de testes diagnósticos - que irão contemplar os exames diretos e testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos), o histórico de infecções passadas e a prática do registro de tratamento recebente e busca de exposição a risco (GASPAR *et al.*, 2021).

Para o diagnóstico da infecção devem ser considerados os exames laboratoriais que melhor se adequem ao estadiamento da infecção, considerando a fase evolutiva (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Pacientes que foram diagnosticadas com sífilis na gestação devem realizar o tratamento com a benzilpenicilina benzatina, pois é o único medicamento que irá tratar efetivamente a gestante com sífilis e o feto, tendo em vista que irá atravessar a barreira transplacentária. Realizar o tratamento para sífilis na gestação com outro tipo de medicação não é considerado adequado para evitar a transmissão vertical (DOMINGUES *et al.*, 2021).

Pessoas que necessitam de tratamento com a penicilina podem recorrer aos serviços de saúde privados ou públicos, incluindo as unidades de atenção primária à saúde (BRASIL, 2011a).

O uso de preservativo continua como o principal método de prevenção contra a sífilis, porém o seu uso tem reduzido nos últimos anos em vários países, como no Brasil. Também existe uma redução nos investimentos para a sua distribuição gratuita (BARROS *et al.*, 2018; STOVER *et al.*, 2017).

Além disso, a prevenção e o controle da sífilis exigirão investimentos financeiros substanciais, iniciativas de educação em saúde, acesso rápido a testes em ambientes desestigmatizados, intervenções oportunas e informadas atualizadas pela vigilância à saúde, além de esforços para atuar nos determinantes sociais da saúde (LEWIS, 2023).

2.2 Micropolítica e Macropolítica do cuidado em saúde

Logo nas primeiras páginas do livro *Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação* a autora afirma que “toda a produção dos homens no mundo é política. E toda política é ao mesmo tempo, macro e micropolítica, fabricada por ambas as segmentaridades entrelaçadas.” (FEUERWERKER, 2014).

O plano micropolítico de produção do mundo é onde se fabricam os territórios existenciais, onde ocorrem os processos de subjetivação a partir das relações de poder, ou seja, onde acontece o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram (FRANCO, 2006; FEUERWERKER, 2014).

O profissional da saúde, quando vai iniciar o processo de cuidado ao usuário, leva consigo as ferramentas tecnológicas necessárias, como saberes e os seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido conforme o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja. São três caixas de ferramentas distintas: uma relacionada à propedêutica e aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, outra aos saberes e outra às relações trabalhador-usuário, cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos (MERHY; FEUERWERKE, 2016):

- A primeira caixa de ferramentas é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e todos os

outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. A essas chamamos tecnologias duras.

- A segunda caixa de ferramentas permite processar o olhar do trabalhador de saúde sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica, a epidemiologia, mas no momento concreto do agir, em sua interação com o usuário, há uma mediação imposta – pela incerteza e pela situação específica – ao raciocínio clínico. Esse é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis). Às tecnologias operantes nesse território chamamos tecnologias leve-duras.

- A terceira caixa de ferramentas, a das tecnologias leves, é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; mediante processos micropolíticos de encontros que operam como acontecimentos e imprevisíveis a priori. É o único momento em que as tecnologias de cuidado estão suficientemente abertas para aconteceres micropolíticos que estão para além do campo das práticas de saúde. Por isso, é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde e sua abertura para a existência do outro em sua singularidade.

No encontro com os usuários é envolto em produtos e processos imateriais. O acolhimento, a escuta, olhar, pensar, receber, encontrar são movimentos do cotidiano dos serviços de saúde que escapam aos cálculos dos procedimentos operacionais padronizados e ao manuseio de tecnologias ditas duras por sua robustez tecno-científica. Os afetos, como a alegria e a tristeza, o sofrimento e a satisfação, revelam o estado da vida em todo o organismo, expressando certa condição do corpo e forma de pensamento. O trabalho afetivo traz a sensação de bem-estar, tranquilidade e satisfação. Nesse sentido, os trabalhadores do setor saúde desempenham tarefas afetivas, cognitivas e linguísticas a par de tarefas materiais,

como trocar curativos ou despejar o conteúdo das comadres. O contato inserido no campo do sensível produz as boas práticas de cuidado, assim, eles devem ser percebidos como tecnologias determinantes para o acesso e permanência dos usuários(as) aos serviços de saúde (NEGRI; HARDT, 2005; SODRÉ; ROCON, 2023).

Sodré e Rocon (2023) enfatizam que:

O profissional de saúde coloca à venda, então, é sua capacidade de escuta e produção de vínculos - algo aprendido somente na dinâmica da sua vivência, nunca ensinado em graduações ou cursos de capacitação. Em um referencial sociológico, o trabalho em saúde poderia ser considerado extremamente alienante. Contudo, ele não pode ser visto apenas como uma simples venda de serviços, uma vez que se trata de uma exploração sobre uma dinâmica subjetiva da vida (SODRÉ, ROCON, 2023).

Tomando por base o conceito de micropolítica, numa escala que extrapola as relações entre os trabalhadores, vem o conceito de macropolítica enquanto processos que se articulam ao contexto organizacional e o conformam, ou seja, os aspectos estruturais da organização da sociedade, como a legislação e as normas além da conformação e estrutura dos serviços de saúde (MAZZA *et al*, 2020). O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002).

Os gestores federais, estaduais e municipais do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento, etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção – os gestores, a quem formalmente cabe governar – na verdade, todos governam: gestores, trabalhadores e usuários. Todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem (MERHY; FEUERWERKE, 2016).

A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas. Aí é que entram estratégias de gestão como a educação permanente em saúde e o apoio institucional, utilizadas como dispositivo para fabricar coletivos, propiciar a reflexão sobre o cotidiano, produzir alteridade para analisar as práticas, enfim criar espaços para que novos pactos de organização do trabalho possam ser produzidos (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

De maneira simplificada, a dimensão micropolítica se constitui no modo como esses profissionais se tensionam entre assujeitamentos e entre conexões de expansão da vida nas

suas diferentes ações. A macropolítica expressa o que ganha forma mediante código, operando por meio do instituído, insistindo em sobrecodificar a vida. A micropolítica insiste no que escapa da sobrecodificação, podendo atuar tanto para oprimir, quanto para inventar nas conexões com forças que trazem o novo (ROMAGNOLI, 2016). O plano de organização sustenta a macropolítica e o plano de consistência, a micropolítica (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

2.3 Cuidados Integrados

Para produzir cuidado, é fundamental reconhecer as peculiaridades do trabalho em saúde, por meio da construção compartilhada, evitando-se assim a fragmentação e a desresponsabilização do cuidado (MERHY *et al.*, 2019).

A fragmentação dos serviços de saúde manifesta-se de múltiplas formas nos diferentes níveis do sistema de saúde. Em relação ao desempenho geral do sistema, a fragmentação é evidente na falta de coordenação entre os diferentes níveis e locais de atendimento, na duplicação de serviços, capacidade produtiva não utilizada e prestação de serviços de saúde em locais menos apropriados. Em relação à experiência dos usuários, a fragmentação é evidente na falta de acesso aos serviços, na perda de continuidade dos cuidados e no fracasso de serviços para atender às necessidades dos usuários (OPAS, 2010).

A fragmentação dos serviços de saúde é caracterizada pela coexistência de diversas unidades que não estão integradas à RAS. Outras definições incluem: serviços que não cobrem a totalidade gama de serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; serviços de diferentes níveis de atenção que não são coordenados entre si; serviços que não continuam ao longo do tempo; e serviços que não atendem às necessidades das pessoas (OPAS, 2010).

A fragmentação dos serviços de saúde leva a dificuldades no acesso e prestação de serviços de má qualidade técnica; a irracionalidade e uso ineficiente dos recursos disponíveis; aumentos desnecessários nos custos de produção, e baixa satisfação dos usuários com os serviços recebidos. Também se manifesta pela falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, como a incapacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), a utilização de serviços de emergência para atendimento ambulatorial, internação de pacientes cuja doença poderia ter sido tratada na APS, ou

internações hospitalares prolongadas devido a dificuldades na alta de pacientes com problemas sociais (OPAS, 2010).

Sabe-se que a busca pela integração na atenção à saúde não é tarefa fácil, principalmente pela dinâmica de funcionamento deste complexo sistema, que abrange diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além da variedade do público (LAVRAS, 2010; ARRUDA *et al.*, 2015).

Shortell *et al.* (1993) já defendiam que a integração dos serviços de saúde não pode ser vista como um objetivo final, mas sim como um processo para alcançar outros resultados, tais como o cuidado integral ou um melhor desempenho do sistema, e uma forma de melhorar os resultados de saúde.

Internacionalmente, a integração do sistema de saúde está sendo utilizada como uma das principais estratégias para aumentar a eficiência dos serviços de saúde, porém, apesar dos esforços, combater a fragmentação e fornecer soluções mais equitativas, abrangentes e uma maior acessibilidade, continuam a ser um grande desafio para a maioria dos países das Américas (OPAS, 2010; SANDHU *et al.*, 2021).

A perspectiva da organização dos serviços de saúde em redes foi descrita pela primeira vez no Relatório Dawson, publicado em 1920 na Inglaterra, tendo como objetivo organizar os serviços de saúde de modo a prover atenção integral à população. Dentre os serviços ofertados estavam os centros de saúde primários (localizados mais próximos da comunidade); centros de saúde secundários (responsáveis pela oferta de serviços especializados) e hospitais-escola. Naquele momento, as redes de saúde não foram implantadas, mas o relatório serviu como base para organizações futuras de serviços de saúde mundialmente (OPAS, 1964).

As Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) vieram como estratégia para superar esse problema do sistema, que atuam desenvolvendo a articulação entre os níveis de decisão e projetando-se como um continuum de serviços e ações que facilitam o acesso do cidadão à sua atenção. Espera-se que a RISS possa melhorar a acessibilidade dos usuários, reduzir a fragmentação dos cuidados e da atenção, melhorar a eficiência global, evitar a duplicação de infraestruturas e serviços, reduzir os custos de produção e responder melhor às necessidades e expectativas das pessoas (CORSANICO; FERAUD, 2019).

2.4 O Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil foi desenvolvida predominantemente por meio de um modelo hegemônico, médico centrado, hospitalocêntrico e altamente influenciado pelo uso de tecnologias duras, medicalização e consumo de insumos. Tal paradigma assistencial potencializa competências técnicas específicas, muitas vezes desarticuladas entre os diversos profissionais, produzindo procedimentos e intervenções sem que essas ações resultem num processo de trabalho efetivamente cuidador (BELGA, 2023).

Na década de 1980, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu-se a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela saúde. Este movimento foi a Reforma Sanitária, que reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela Integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar (BRASIL, 2003a).

Todo esse movimento que se antecedeu, possibilitou a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na dinâmica da sua organização, foi possível uma mobilização capaz de fazer aprovar a proposta de um sistema público de acesso universal, integral e equânime (GASPAR, 2010): o SUS, uma das maiores conquistas sociais consagradas posteriormente à Constituição de 1988.

A primeira década de implantação do SUS resultou na expansão de ações em saúde no território nacional, principalmente na APS, a configuração de políticas de desenho universal que se tornaram exemplos mundiais, como a política de controle do HIV/ Aids, mudanças no modelo de atenção à saúde, com ênfase na saúde mental e o fortalecimento da gestão (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Entende-se por Universalidade a garantia de que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso equitativo a serviços de saúde, independentemente de sua localização geográfica, condição socioeconômica ou outras variáveis demográficas. No entanto, a concretização deste ideal

enfrenta uma série de desafios que afetam tanto o acesso quanto a qualidade dos serviços prestados (MACHADO *et al.*, 2011).

A Equidade, nasce da ampliação do conceito de saúde e da luta pelo direito à saúde por parte dos movimentos sociais. Sua reivindicação é a oposição à condição de iniquidade. A noção de equidade tem como fundamento a defesa da situação de justiça a ser instaurada mediante a denúncia de desigualdades concretas (PEREIRA; PEDROSA; DANTAS, 2014). Este princípio garante que o acesso aos serviços de saúde deve ser oferecido a toda a população em condição de igualdade, mas pode haver uma discriminação positiva em casos especiais, em que a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidade (PUSTAI, 2004). No Brasil, devido às diversas formas de desigualdades existentes, o princípio da equidade ganha maior relevância, pois um tratamento igualitário tenderia a manter ou aprofundar as diferenças e injustiças sociais (ALMEIDA, 2000).

O texto constitucional foi aprimorado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080 que utiliza a palavra integralidade e a defini como “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2011). No contexto do SUS, a integralidade vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo o discurso do Movimento Sanitário. Primeiro, foi pensada em termos de uma articulação entre pilares institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os setores público e privado na produção dos cuidados de assistência médica, ou entre os sub-setores de saúde pública e de medicina previdenciária, no interior do próprio setor público de serviços. Depois, foi pensada como um problema de gerência dos serviços (BRASIL, 2003b).

Mattos (2004) identifica pelo menos três conjuntos de sentidos desse termo que possuem ligação entre si, já que são frutos da mesma racionalidade. Um primeiro aplicado às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Aqui, a integralidade se referia sobretudo à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde no intento de compreender o conjunto de necessidades e sua articulação com as ações e os serviços numa perspectiva dialógica. Um terceiro era voltado para atributos das práticas de saúde. Deste modo, estes três sentidos levam a uma compreensão da integralidade como princípio estruturador das boas práticas profissionais configuradas a partir de uma perspectiva

dialógica e do combate ao reducionismo dos sujeitos. Porém, também apontam para um entendimento da integralidade como postura holística, compreendida como uma abordagem ampla que dá conta de toda a complexidade do processo saúde e doença.

Entre os autores que discutem integralidade, Cecílio (2006) indica também que se pode traduzir a integralidade em diferentes dimensões: *integralidade ampliada*, sendo o resultado da articulação de cada serviço com a rede complexa composta pelos demais serviços e instituições; e a *integralidade focalizada*, trabalhada no espaço bem delimitado de um serviço de saúde. Neste encontro do usuário com a equipe, haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço.

Segundo Mendes (2011) a integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

Camargo Jr *et al.* (2008) tomam a integralidade como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviço. Entende-se que alguns outros conceitos articulados traduzem a integralidade nos sentidos adotados: acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Como podemos observar, a integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde /doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006; SOUZA *et al.*, 2008).

Viegas e Penna (2015) apontam como dimensões da integralidade em saúde: cuidar da pessoa conforme sua necessidade, em um atendimento integral e intersetorial; sua concretização depende da organização dos serviços e das práticas em saúde, da definição de políticas de saúde e sociais de forma integrada. Essas dimensões são essenciais para a materialização da saúde como direito e como bem diante das demandas, que devem ser ouvidas e atendidas na operacionalização dos Serviços de Saúde. A integralidade e o cuidado em saúde são tarefas intersetoriais e só podem ser pensadas quando o nível primário consegue

se articular adequadamente, em forma de rede, com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído.

Entre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. Com efeito, são evidentes as mudanças do sistema tanto no eixo da descentralização quanto no do controle social. No que diz respeito ao acesso universal, no SUS já não há barreiras formais que limitavam o acesso apenas aos que contribuía para a previdência social. É claro que são ainda muitas as barreiras de acesso que privam brasileiros das ações e serviços de saúde que necessitam, de modo que ainda temos muito de caminhar no sentido da igualdade do acesso. Mas no que diz respeito à integralidade, as mudanças não têm sido tão evidentes. Elas acontecem pouco e ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que almejamos. Exatamente por isso, talvez seja oportuno dedicar maior atenção ao exame dessas experiências, em sua maioria localizada, que transformam as práticas na direção da integralidade (MATTOS, 2004).

Um sistema de saúde pautado pela integralidade deveria assegurar a continuidade da atenção, articulando um programa de cuidado responsável desde a Unidade Básica de Saúde, passando pelo ambulatório especializado até a urgência do hospital e sua enfermagem. Por fim, nas segunda e terceira situações apresentam-se uma fragmentação do cuidado que não integra os diversos saberes dos profissionais em um trabalho em equipe efetivo; não é desenvolvida uma abordagem contextualizada e familiar; não é reconhecido como necessidades de saúde ou incorporado como ações de um plano de cuidado elementos que não estejam diretamente relacionados ao que é o problema (a doença do usuário) (PORTOLESE, 2023).

Assim, o Brasil definiu que a organização da assistência dentro do sistema de saúde seria operada pelas redes, visando à construção de um sistema integrado de saúde – conhecidos nos diferentes países e pelas diferentes organizações internacionais como: redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, cuidado integrado (VIANA *et al.*, 2018).

Ainda sobre a regulamentação do SUS, a base legal para a organização da RAS no âmbito do SUS foi instituída através da portaria nº 4.279/2010 que estabelece as diretrizes para a organização da RAS (BRASIL, 2010), modelo baseado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde preconizada pela OPAS.

Somente 21 anos da promulgação do SUS é que foi publicado o Decreto nº 7.508/2011 que visou dar transparência e dispôs sobre alguns aspectos da organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este documento define as Regiões de Saúde e estabelece que a sua finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, confirmando que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011).

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2017).

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2017).

Esses arranjos organizativos compõem-se de três elementos essenciais: uma população, uma estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde para os eventos agudos e para as condições crônicas:

- A população de uma rede de atenção à saúde não é a população do IBGE, mas a população organizada socialmente em famílias e cadastrada e vinculada a uma equipe de atenção primária à saúde. Essa população deve ser estratificada por riscos sociais e sanitários (MENDES, 2018).
- A estrutura operacional das redes é composta pela atenção primária à saúde, pelos pontos de atenção secundários e terciários ambulatoriais e hospitalares, pelos sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde), por sistemas logísticos (sistema de acesso regulado, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte em saúde) e pelo sistema de governança (MENDES, 2018).

- Modelos de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Para o enfrentamento da sífilis, faz-se necessário uma RAS organizada e resolutiva. Desarticulações entre os serviços de saúde com distintas densidades tecnológicas, dificuldades financeiras do município e número deficiente de recursos humanos podem ser entraves importantes para o enfrentamento do controle desse agravo. Já a utilização de protocolos, prontuário eletrônico, o trabalho multiprofissional da equipe, parcerias com outras políticas e interligações dos pontos de atenção das RAS, são opções técnicas para o combate da sífilis. (SORTICA, 2017).

A implantação das RAS tem como orientação de base a organização e a operacionalização de linhas de cuidado prioritárias definidas a partir dos agravos de maior magnitude, conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS no 4.279/ 2010.

2.4.1 Linha de Cuidado

Conforme o Ministério da Saúde:

As LC significam um arranjo organizacional dos serviços de saúde em rede, centradas no usuário, visando à integralidade das ações. Requerem profissionais trabalhando de forma integrada, capazes de perceber o usuário não como um doente, mas como uma pessoa que traz, em sua demanda, as representações de sua história e as marcas de sua forma de viver: sua inserção social, suas relações e seus saberes. Ocorrem através da utilização sincronizada de um conjunto de tecnologias e do trabalho em equipe, voltadas para o processo de receber os usuários, ouvi-los, encaminhá-los e resolver suas necessidades. Estão baseadas na potencialização do trabalho de cada membro da equipe, valorizando os saberes de cada categoria, constituindo-se no primeiro momento de um processo de resposta, que se pretende constante, às necessidades das pessoas (BRASIL, 2006).

Em 2010 foram estabelecidas as diretrizes para a organização da RAS no SUS, com esclarecimento de que:

A LC é uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2010).

A LC pressupõe uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional (BRASIL, 2010).

O desenho da LC prevê possíveis itinerários do usuário pela RAS, segundo as suas necessidades de saúde, inserindo-se no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença. Estabelece um percurso longitudinal, ou seja, ao longo do tempo para o cuidado integral nos diferentes pontos do sistema de saúde, desde a APS até os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, porém partindo do lugar singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta. (MALTA *et al.*, 2004; BRASIL, 2018).

Quando se fala da Linha de Cuidado Integral, torna-se explícita a ideia da integralidade na assistência à saúde, com acolhimento aos usuários pelos profissionais, com o estabelecimento do vínculo e a construção do Projeto terapêutico Singular (FRANCO; FRANCO, 2012).

Franco e Franco (2012) refere que as LC se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais que garanta:

a) disponibilidade de recursos que devem alimentar as LC, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado.

b) fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu caminhar na rede e pelos serviços de saúde.

c) instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção à saúde.

d) garantia de contrarreferência para a APS, onde deve se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial.

e) determinação de que a equipe da Unidade Primária é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos.

f) gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais.

g) busca da garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde-doença.

Ressalta-se que para a construção da LC, torna-se necessário identificar os diversos atores com atribuições gestoras e que tenham poder de decisão, sendo estes responsáveis por formar um comitê gestor, do qual participam as pessoas com função de organizá-la e fazer funcionar os fluxos assistenciais. Este deverá produzir a necessária pactuação para que a LC funcione eficientemente. O pacto para construção da LC se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, associado a toda reorganização do processo de trabalho da APS (FRANCO e Magalhaes-Junior, 2004).

Malta e Merhy (2010) caracterizam a LC na perspectiva da micro e macropolíticas. Descrevem alguns pontos para a construção de uma LC de qualidade. Na perspectiva da micropolítica:

- Atuação da equipe na coordenação do cuidado: o cuidado do usuário precisa ser feito em equipe, de forma multidisciplinar, visando a integralidade. Para que esse trabalho aconteça de forma efetiva, existe a necessidade de uma formação adequada, através da Educação Permanente.

- Vinculação e responsabilização do cuidador: para que o usuário seja acompanhado de fato, o profissional precisa se responsabilizar pelo processo. Aqui o foco é na subjetividade e nas necessidades dos usuários.

- Busca da produção da autonomia do usuário: o cuidado precisa ser centrado na pessoa, ou seja, no usuário. Por isso, ele precisa ser empoderado nesse processo de cuidar de si. Proporcionar espaços de grupo para trocas e encontros, além disso, estratégias de educação em saúde e muita criatividade podem ser um diferencial para adesão ao tratamento.

Ao tratar-se da gestão em saúde, ou seja, macropolítica do cuidado, é necessário:

- Organizar a vigilância e a informação em saúde: estruturar informações sobre a população do território (diagnóstico situacional e/ou prontuário eletrônico); disponibilizar dados sobre fatores de risco da população (atividade física, alimentação, tabagismo, uso nocivo de álcool, obesidade, hipertensão, diabetes); disponibilizar para os profissionais ferramentas e instrumentos para poderem lidar com as diversas situações que o cuidado no dia a dia apresenta.

- Comunicação em saúde efetiva: disseminar informações e incentivar ações, bem como utilizar os meios de comunicação.

- Medidas intersetoriais, legislação e regulação: a abordagem aos formuladores de políticas públicas implicaria a adoção e formulação de políticas e ações de saúde pública abrangentes e integradas, apoiadas em ações intersetoriais, levando em conta os vários ciclos da vida, as condições e necessidades locais.

- Organização da rede de serviços: ao pensar a linha de cuidado e sua estrutura, precisamos visualizar os diversos pontos de cuidado nos diferentes níveis de atenção e entender que todos são fundamentais.

- Conhecer grupos prioritários e protocolos como ferramentas.

Desta forma, percebe-se que a atuação na macropolítica e micropolítica devem ocorrer de forma articulada, buscando os melhores resultados. O essencial é a perspectiva da construção do cuidado centrada nos usuários e suas necessidades, e não de um modelo que atenda aos interesses do mercado (MALTA *et al.*, 2004).

2.5 Avaliação em Saúde

Ao pesquisar o referencial teórico sobre avaliação em saúde, nos deparamos com diversos conceitos. Furtado (2001) acredita que essa multiplicidade de conceitos indica a riqueza do campo da avaliação, mas, por outro lado, acarreta dificuldades à comunicação clara sobre o tema.

Para Sylver (1992), a avaliação constitui uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, um processo organizativo que visa não apenas à melhoria das atividades em andamento, mas também a planejar o futuro e a orientar sobre a tomada de decisões.

Segundo Stenzel *et al.* (2004), avaliar é emitir juízo de valor sobre as qualidades, atributos ou propriedades de um objeto, uma ação, uma ideia, uma pessoa, entre outros. Para Contandriopoulos *et al.* (1997), avaliar também é realizar um julgamento de valor, mas a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o propósito de ajudar na tomada de decisões.

Guba e Lincoln (2011) identificam quatro estágios na história da avaliação. A passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio é baseado na medida (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores). O avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. O segundo estágio se fortalece nos anos 20 e 30. Ele trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio é fundamentado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. No quarto estágio a avaliação é então feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada

A avaliação pode ser realizada a partir de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de uma técnica científica (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Podemos definir a pesquisa avaliativa com o procedimento que consiste em fazer um julgamento expost de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a

pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente visando ajudar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*,1997).

Das várias abordagens adotadas na avaliação em saúde, o modelo mais empregado ainda é o modelo de Donabedian de estruturação sistêmica, que estabelece a tríade “estrutura-processo-resultado” para a observância dos pilares da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização, legitimidade). Essa concepção tripartite de avaliação da qualidade permite o raciocínio de que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo, e este, por sua vez, aumenta a possibilidade de um bom resultado (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), a avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Essa avaliação deve orientar-se pela ação (mesmo indiretamente) e, por meio do seu julgamento crítico, constituir-se em uma forma de transformação, favorecendo a formação e a aprendizagem de todos os envolvidos, para que estes possam adquirir novos modelos teóricos que lhes permitam compreender a complexidade da avaliação e aquela das intervenções flagradas em suas realidades. (CONTADRIOPOULOS, 2006; CONTADRIOPOULOS, 2016).

Contradiopoulos (2006) acrescenta que as instâncias decisórias valorizam os resultados das avaliações quando está se fundamenta na teoria, na credibilidade e pertinência. A pertinência é o poder da avaliação apresentar aos problemas enfrentados pelas instâncias decisórias; já a credibilidade é o valor científico dado à avaliação; e a fundamentação teórica explica o potencial da institucionalização da avaliação para contribuir na tomada de decisão. Para que avaliação seja um veículo de mudanças no sistema de saúde é necessário que vários atores acreditem na importância dos resultados gerados por ela.

Existem diferentes grupos de interesse: os agentes - as pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço; os beneficiários - todas as pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço; as vítimas - as pessoas afetadas negativamente pelo serviço. Entende-se que os componentes da equipe são os agentes. Quanto aos usuários e familiares, podem ser tanto beneficiários quanto vítimas, pois, mesmo estando inseridos no serviço com vistas ao seu benefício, na dinâmica do cotidiano podem sofrer efeitos negativos; tanto no que se refere ao atendimento propriamente dito pela forma como o serviço se organiza ou, ainda, por ocuparem uma posição de pouco poder. (GUBA; LINCOLN, 1988; GUBA; LINCOLN, 2011).

Para que avaliação seja um veículo de mudanças no sistema de saúde é necessário que vários atores acreditem na importância dos resultados gerados por ela.

De acordo com Cunha (2018), considerando o agente que as realiza, as avaliações podem ser classificadas como:

- Avaliação externa: realizada por pessoas de fora da instituição responsável pelo programa, em geral, com experiência neste tipo de atividade; não estão diretamente implicados com o processo; um ponto negativo é que os agentes do processo podem fornecer informações parciais e minimizando o efeito de melhoria dos programas.
- Avaliação interna: realizada dentro da instituição responsável, com maior colaboração das pessoas que participam do programa; possibilidade de reflexão sobre a atividade realizada; pode perder em objetividade.
- Avaliação mista: combina os tipos de avaliação anteriores, fazendo com que os avaliadores externos tenham contato estreito com os participantes do programa.
- Avaliação participativa: usada principalmente para pequenos projetos, prevê a participação dos beneficiários das ações no planejamento, na programação, execução e avaliação deles.

No Brasil, o desenvolvimento da avaliação em saúde ocorreu no interior do campo da Saúde Coletiva (VIEIRA-DA-SILVA, 2018). O SUS considera a avaliação como uma etapa significativa para promover a melhoria contínua da atenção, equilibrando os recursos e propiciando ao usuário um atendimento de qualidade. A incorporação da avaliação para a tomada de decisões, na prática das organizações de saúde, subsidiando processos de planejamento e gestão das políticas e programas, se configura no desenvolvimento de uma cultura de institucionalização da avaliação (FELISBERTO, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir e validar o instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com sífilis.

3.2 Objetivos específicos

- a) Elaboração do instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com sífilis;
- b) Validar o conteúdo do instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com sífilis;
- c) Desenvolver um protocolo de Revisão de Escopo acerca das barreiras e facilitadores para o cuidado às pessoas com sífilis nos serviços de saúde.

4 MÉTODO

Este tópico está dividido em duas seções que descrevem o método dos dois artigos que constituem os resultados dessa tese. Tratou-se de um estudo metodológico e um protocolo de revisão de escopo. Destaca-se que cada artigo trará seu método descrito de forma mais resumida, atendendo aos objetivos propostos nesta tese.

4.1 Seção 1: Estudo Metodológico

4.1.1 Características da pesquisa

Os estudos metodológicos são aqueles que possuem a finalidade de: elaborar novos instrumentos ou ferramentas, estruturando a utilização da tecnologia (leve, duro ou leve - duro) para criar protocolos assistenciais, além de serem capazes de traduzir, validar e/ou adaptar instrumentos preexistentes a diferentes tipos de contextos (COSTA *et al.*, 2018).

O período da realização do estudo foi de setembro de 2023 a julho de 2024 e desenvolvido em 4 fases: fundamentação teórica, construção do instrumento, seleção dos juízes e validação de conteúdo.

4.1.2 Plano amostral

Pereira e Alvim (2015) ressaltam não existir um consenso na literatura internacional sobre o número mínimo de juízes, e sim a concordância da importância da experiência clínica na formação de um perfil de expertise, bem como a necessidade de equilíbrio entre experiência e formação acadêmica sólida. Assim, foram convidados 75 especialistas para participar como juízes na validação do conteúdo.

4.1.3 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu a partir da Técnica Delphi. Esta é uma técnica de investigação que permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas possibilitando a análise profunda de realidades que serve como base para uma melhor compreensão dos fenômenos e orientar a tomada de decisão e transformar essas realidades com base em opiniões. Essa técnica, é bastante utilizado na validação de conteúdo de instrumentos na área da saúde (MARQUES; FREITAS, 2018). Tal método ainda apresenta com uma de suas características a obtenção da opinião dos especialistas de forma individual, ou seja, o mesmo

procede com análise e respostas de forma independente, sem interação com os demais especialistas participantes do grupo, evitando o confronto entre os especialistas, permitindo que os mesmos se sintam mais à vontade para emissão de seu parecer (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

As 4 fases do desenvolvimento desta pesquisa serão descritas a seguir:

Na fase 1, selecionaram-se os conteúdos a serem abordados no instrumento. Dessa forma, inicialmente, utilizaram-se os referenciais teóricos propostos por Mendes (2011) e as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST (Brasil, 2022).

Eugênio Vilaça Mendes é um dos pioneiros no Brasil acerca da discussão da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Ele discute a necessidade de superar a fragmentação do sistema de saúde e propôs a sua organização a partir de uma Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que estabelecem os critérios para diagnóstico de infecções/doenças ou agravos à saúde; o tratamento preconizado com medicamentos e demais produtos apropriados; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos profissionais de saúde e gestores do SUS. Os PCDT devem ser baseados em evidências científicas e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo- efetividade das tecnologias recomendadas (BRASIL, 2022).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST visa o alinhamento com os PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP e Profilaxia Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PrEP (BRASIL, 2022).

Na segunda fase da pesquisa, houve a construção do Instrumento com base no Questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011) e das recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2022) entre os meses de dezembro de 2023 e janeiro de 2024. A primeira parte do questionário foi destinada para as variáveis das características dos juízes participantes da pesquisa, como: sexo, formação profissional e titulação acadêmica. Em seguida, os respectivos itens a serem validados.

Os juízes avaliaram cada item separadamente, considerando os conceitos de clareza e relevância. Considerou-se a clareza como a avaliação da redação dos itens, ou seja, verificaram se eles foram redigidos de forma que o conceito estivesse compreensível e se expressava adequadamente o que se esperava medir. No conceito de relevância, foi feita a avaliação se os itens refletiam realmente os conceitos envolvidos e se eram adequados para atingir os objetivos propostos.

A avaliação dos itens foi realizada a partir de uma escala de concordância do tipo *Likert*. Os juízes poderiam concordar totalmente, concordar parcialmente, discordar parcialmente e discordar totalmente. Em cada item, havia um campo em aberto para que os avaliadores pudessem expor seus comentários ou sugestões a respeito da questão, de modo a proporcionar mudanças no instrumento.

A escala de verificação de *Likert* incide em assumir um construto e desenvolver um conjunto de afirmativas pertinentes à sua definição, para as quais os entrevistados enunciarão seu grau de concordância. Na sua forma original, a escala *Likert* é constituída por cinco pontos, porém, com o passar do tempo, os pesquisadores foram alterando o número de pontos utilizados no seu questionário, denominando assim a escala como do tipo *Likert* (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

Na terceira fase, selecionaram-se os juízes por meio da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se a busca avançada por assunto. Como critério de inclusão no painel da técnica Delphi, consideraram-se os seguintes critérios: ter mestrado ou doutorado; ser pesquisador, docente ou profissional da área da saúde; e trabalhar com uma das seguintes temáticas: sífilis, avaliação em serviços ou sistemas de saúde; além de possuir currículo lattes atualizado nos últimos 12 meses e ter publicado trabalhos ou artigos sobre a temática nos últimos 5 anos.

Na fase 4, deu-se início ao processo de validação. A validação é um fator determinante na escolha e/ou aplicação de um instrumento e verifica se o instrumento mede com precisão o que se propõem a estudar, considerando-se válido quando ele consegue avaliar o seu objetivo principal. Os métodos para obter validade são: validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade de construto (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validação de conteúdo constitui o grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido, bem como representa a extensão com que cada item se propõe a investigar (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Neste processo, há o julgamento de especialistas de uma área específica, para determinar a representatividade de itens que expressam um conteúdo (RUBIO *et al.*, 2003). Assim, realizou-se a avaliação preliminar do instrumento com 4 pesquisadores, todos com doutorado e experiência em avaliação dos serviços de saúde e sífilis. Após o consenso entre os pesquisadores e os autores do instrumento, este ficou constituído por 74 itens.

A coleta de dados ocorreu através do contato via e-mail, com envio da carta-convite, TCLE e o link do formulário eletrônico disponibilizado no Survey Monkey. Foi estabelecido o prazo de 20 dias para que cada avaliador aceitasse o TCLE e respondesse ao instrumento, contando a partir do dia do envio do e-mail.

A aplicação dos formulários ocorreu em três tentativas no período de fevereiro a abril de 2024. Os convidados que não avaliaram o instrumento dentro do prazo estabelecido, foram excluídos da amostra. Assim, 39 especialistas participaram da 1ª rodada. Pasquali (2010) recomenda uma variação de seis a vinte juízes. No entanto, Pereira e Alvim (2015) ressaltam que não existe um consenso na literatura internacional sobre o número mínimo de juízes, e sim a concordância da importância da experiência clínica na formação de um perfil de expertise, bem como a necessidade de equilíbrio entre experiência e formação acadêmica sólida.

As respostas das questões foram tabuladas e analisadas. Consideraram-se válidos os itens do instrumento que atingiram o Índice de Validade do Conteúdo por item (IVC- I) igual ou maior que 0,80 entre os julgadores.

Assim, após exclusões, adaptações e inclusões sugeridas, foi obtida uma nova versão do instrumento, sendo submetida novamente à apreciação dos juízes especialistas.

Na segunda rodada, participaram 24 juízes. É importante ressaltar que a redução de juízes na segunda rodada já é esperada (RUBIO *et al.*, 2003). Os itens foram avaliados considerando o IVC-I usado anteriormente, o IVC Global (IVC) e o conceito de clareza. Houve a avaliação sobre a permanência de cada item na dimensão Macropolítica ou Micropolítica do cuidado em saúde.

4.1.4 Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados quantitativamente a partir da avaliação das respostas dos formulários aplicados aos participantes do estudo. As informações coletadas

foram armazenadas e processadas em banco de dados informatizados por meio dos softwares Microsoft Office Excel e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0.

O tratamento descritivo foi feito através das frequências relativas e absolutas.

Para análise do grau de concordância entre os juízes, usou-se o Índice de IVC-I e o IVC. Estes medem a proporção de juízes em concordância sobre determinados aspectos do instrumento. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento na totalidade.

O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por (3) ou (4) pelos especialistas. A fórmula para avaliar cada item individualmente é $IVC-I = \text{número de respostas (3) + (4)} / \text{número total de respostas}$. Destaca-se que o escore mínimo aceitável para a validade de conteúdo será de 0,80 (McMillan; King; Tully, 2016). Para a avaliação geral do instrumento, ou seja, o IVC, o cálculo foi a razão entre a soma dos IVC-I e o número total de itens do instrumento.

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para identificar a existência de diferença estatística do Delphi 1 com o 2 para cada item do questionário. Para análise da distribuição dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-smirnov. As informações foram compiladas e apresentadas em figuras, tabelas e gráficos. O nível de significância adotado foi de 5% para todas as análises.

4.1.5 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), CAAE n. 48033421.3.0000.5568, parecer n. 6.922.256, conforme as diretrizes da resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online. Este levou em consideração as recomendações da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios legais e éticos. Os participantes da pesquisa ficarão cientes da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos que foram utilizados, com o detalhamento dos métodos; foi explicitação sobre os riscos recorrente à participação na pesquisa; garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, com a garantia de manutenção do sigilo durante todas as fases da pesquisa.

4.2 Seção 2: Protocolo de Revisão de Escopo

Com o desenvolvimento da pesquisa anterior, identificamos lacunas no conhecimento científico acerca de estudos de revisões de escopo com essa temática. Assim, desenvolveu-se um protocolo para uma revisão de escopo visando identificar e mapear as barreiras e facilitadores ao acesso aos cuidados em saúde às pessoas com sífilis.

As revisões de escopo são amplamente aceitas pelas comunidades científicas e de gestores da saúde, pois podem usar os resultados da pesquisa para tomar decisões sobre políticas, programas e/ou práticas de saúde (CIHR, 2016). Possui uma metodologia legítima e rigorosa para fornecer uma visão geral sobre o estado das evidências sobre assuntos emergentes, pouco conhecidos, interdisciplinares, complexos ou dispersos por diversas metodologias (PETERS *et al.*, 2021). Normalmente, o objetivo de uma revisão de escopo é abordar questões mais amplas em comparação com uma revisão sistemática tradicional.

Antecedendo à pesquisa de revisão de escopo, é indicada a elaboração e o cadastro de um protocolo. O protocolo de revisão do escopo é um documento exclusivo que deve ser finalizado antes da condução da revisão subsequente. O protocolo é um manuscrito valioso para publicar ou disponibilizar publicamente porque informa a comunidade de pesquisa sobre as intenções e o foco dos autores da revisão antes da condução da revisão em si. Cada elemento descrito deve, idealmente, ser fornecido em qualquer protocolo de revisão de escopo (PETERS *et al.*, 2022).

Conforme PETERS *et al.* (2022), nove estágios para desenvolvimento da revisão foram seguidos.

4.2.1 Etapa 1. Definição e alinhamento dos objetivos e da questão de pesquisa

Para a formulação da pergunta da revisão e elaboração do título do estudo, foi adotado o Mnemônico PCC, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Questão de pesquisa utilizando os acrônimos PCC. Natal-RN, 2024.

P – População	Pessoas com sífilis
C – Conceito	Acesso aos cuidados em saúde
C- - Contexto	Serviços de saúde a nível mundial

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dessa forma, a pergunta da revisão de escopo é: Quais as barreiras e os facilitadores ao acesso aos cuidados em saúde às pessoas com sífilis a nível mundial?

4.2.2 Etapa 2. Desenvolvimento e Alinhamento dos critérios de inclusão

Participantes: A revisão incluirá estudos que abordem pessoas com sífilis adquirida, sífilis congênita ou sífilis gestacional.

Conceito: O conceito central desta revisão é o acesso aos cuidados em saúde.

Contexto: O contexto de interesse são os serviços de saúde, nos seus diferentes níveis de atenção. Assim, serão incluídas as unidades de Atenção Primária, departamentos ambulatoriais, clínicas multidisciplinares ou/e especializadas, maternidades, hospitais, unidades de pronto atendimento que oferecem serviços para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da sífilis. Excluiremos a literatura sobre ambientes de cuidados intensivos e pesquisas que sejam realizadas nos serviços privados. Consideraremos qualquer cenário geográfico e qualquer país.

Esta revisão de escopo considerará estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. Os desenhos de estudos quantitativos a serem considerados incluirão, sem limitar a estudos experimentais, quase-experimentais, estudos observacionais analíticos. Serão considerados os estudos qualitativos. Além disso, serão consideradas todas as formas de revisões, como as sistemáticas, integrativas e de escopo, artigos de opinião e relatos de experiências. Também fará parte a literatura cinzenta, como teses, dissertações e relatórios governamentais. Relatos de casos individuais, protocolos clínicos, protocolos de estudo, resumos de eventos e editoriais de revista serão excluídos porque não há previsão de sua utilidade nesta pesquisa.

4.2.3 Etapa 3. Descrição da seleção de evidências

Uma pesquisa inicial limitada ao PubMed e à Biblioteca Virtual em Saúde (Biblioteca Virtual en Salud; BVS) foi realizada para identificar os artigos e a partir daí, identificar os principais termos do Medical Subject Heading (MeSH) e descritores em ciências da saúde (Descritores em Ciências da Saúde; DeCS) relacionados ao tema. A estratégia de busca foi construída utilizando vocabulários controlados de saúde, incluindo MeSH, DeCS e Emtree, para expandir os resultados em diferentes bases de dados. Em seguida, foi realizada uma busca para identificar sinônimos e palavras-chave.

A coleta de dados será realizada nas seguintes bases de dados: PubMed/Medline, Scopus, Embase, Lilacs via BVS (em português, espanhol e inglês) e CINAHL (EBSCO). Além disso, serão pesquisadas fontes de estudos não publicados ou literatura cinzenta, incluindo Google Scholar (limitado aos primeiros 100 resultados), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ProQuest Dissertations and Theses Global.

4.2.4 Etapa 4. Procurar evidências

A estratégia de busca (Quadro 2) será adaptada para cada base de dados e/ou fonte de informação. Será criado um banco de dados na versão gratuita do software Rayyan. As duplicatas serão removidas e um teste piloto será conduzido com dois revisores.

Finalizado o teste piloto, os dois revisores farão a leitura dos títulos e resumos de todos os estudos identificados, os quais serão avaliados conforme os critérios de elegibilidade. Em casos de divergências entre os revisores, a resolução será alcançada através da consulta com um terceiro revisor.

Quadro 2 - Estratégia de busca para recuperação de artigos. Natal-RN, 2024.

Acrônimo	Extração	Conversão
P – População	Pessoas com sífilis	"Treponema pallidum" OR "Syphilis" OR "syphilis, congenital" OR "Syphilis in Pregnancy" OR "Gestational Syphilis" OR "acquired syphilis"
C – Conceito	Acesso aos cuidados em saúde	"Health Services Accessibility" OR "Access to Health Services" OR "Access to Health Care"[All Fields] OR "Access to Medications" OR "Access to Treatment"[All Fields] OR "health care access"[All Fields])
C- - Contexto	Serviços de saúde	-----

Fonte: Elaborado pelos autores.

4.2.5 Estágio 5. Seleção de evidências

O texto completo das citações selecionadas passará por uma avaliação detalhada em relação aos critérios de inclusão, por dois revisores independentes. Quaisquer fontes que não atendam aos critérios de inclusão serão registradas e relatadas como excluídas. Em casos de divergências entre revisores durante o processo de seleção, a resolução será alcançada através da consulta com um terceiro revisor.

4.2.6 Estágio 6. Extração de evidências

Os dados serão extraídos por meio de uma planilha construída no Microsoft Excel®. Dois revisores treinados realizarão a extração dos dados. O Formulário para extração dos dados está apresentado no artigo.

4.2.7 Estágio 7. Análise de evidências

Os resultados da pesquisa e do processo de seleção dos estudos serão apresentados usando o diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for scoping review (PRISMA- ScR) (TRICCO *et al.*, 2018).

4.2.8 Estágio 8. Apresentação dos resultados

A apresentação final incluirá o uso de tabelas e gráficos para facilitar a compreensão do leitor. Estes serão acompanhados por uma descrição narrativa.

4.2.9 Estágio 9. Resumo das evidências, conclusões e implicações dos achados

Um resumo dos resultados atrelados aos objetivos do estudo será elaborado nessa etapa. As lacunas do conhecimento serão destacadas para estudos futuros.

4.2.10 Aspectos Éticos

Esta pesquisa utiliza dados de bases de acesso público, sendo dispensado de apreciação em comitê de ética em pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1- Construção e validação do conteúdo do Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis

Artigo enviado a Revista Brasileira de Enfermagem – (<https://reben.com.br/revista/instrucoes-aos-autores-2023/>).

Resumo

Objetivo: Construir e validar o conteúdo de um instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com sífilis. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em quatro fases: fundamentação teórica, construção do instrumento, seleção dos juízes especialistas e validação do conteúdo pela técnica Delphi. A análise dos dados foi realizada a partir do Índice de Validade de Conteúdo por item e Índice de Validade de Conteúdo Global. **Resultados:** O processo de validação do instrumento envolveu a avaliação dos itens em 2 rodadas de Delphi. Foi obtido o Índice de Validade de Conteúdo igual a 1,00 em cada item e o Índice de Validade de Conteúdo Global de 1,00. O instrumento ficou constituído por 58 questões distribuídas em 2 dimensões: macropolítica e micropolítica do cuidado em saúde. **Conclusões:** O instrumento mostrou-se válido e confiável quanto ao conteúdo, para avaliar a Linha de Cuidado à pessoa com sífilis, além de servir de base para a elaboração de ações estratégicas para a prevenção, detecção e tratamento dessa infecção, contribuindo para a melhoria do cuidado às pessoas com sífilis, em uma perspectiva da integralidade.

Descritores: Sífilis; Assistência integral à saúde; Serviços de Saúde; Avaliação em saúde; Estudo de validação.

Descriptores: Sífilis; Atención Integral de Salud; Servicios de Salud; Evaluación en Salud; Estudio de Validación.

Descriptors: Sífilis; Comprehensive Health Care; Health Services; Health Care Evaluation Mechanisms; Validation Study [Publication Type].

Introdução

A sífilis é uma infecção bacteriana transmitida sexualmente e verticalmente, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Apesar dos avanços na prevenção, no diagnóstico e na disponibilidade de um tratamento eficaz, a sua prevalência continua alta em países de baixa e média renda e com um aumento na incidência, nas últimas décadas, em países de alta renda, entre homens que fazem sexo com homens¹

A sífilis se não for tratada, pode causar sérias complicações, como: aumento do risco de contrair outras IST, alterações neurológicas, oculares, alteração da audição e/ou equilíbrio, morte². É uma das principais causas de desfechos adversos na gravidez em países de baixa e média renda¹

Nos últimos anos, os esforços para desenvolver uma vacina contra a sífilis aumentaram graças a uma melhor compreensão do repertório de proteínas da membrana externa do *Treponema pallidum* e um maior conhecimento sobre os seus mecanismos moleculares³. No entanto, ainda não existe uma previsão de quando ela estará disponível para comercialização.

Enquanto isso, no Sistema Único de Saúde (SUS), o controle da sífilis inclui ações de educação em saúde, promoção do uso de preservativos, rastreamento regular em grupos de alto risco e acesso facilitado aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento. Porém, enfrentam-se desafios significativos na implementação efetiva dessas medidas^{4,5}, resultado de uma fragmentação do cuidado nos sistemas de saúde.

Internacionalmente, a integração do sistema de saúde está sendo utilizada como uma das principais estratégias para aumentar a eficiência dos serviços de saúde, porém, apesar das tentativas, combater a fragmentação e fornecer soluções mais equitativas, abrangentes e uma maior acessibilidade, continuam a ser um grande desafio para a maioria dos países das Américas⁶.

Na tentativa de superar essa fragmentação da atenção e de garantir um conjunto de ações e serviços de qualidade, o SUS vem tentando alcançar o princípio da integralidade a partir da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Como orientação de base, tem-se a organização e a operacionalização das Linhas de Cuidado (LC).

A LC estabelece um percurso assistencial do usuário nos diferentes pontos de atenção da RAS, englobando ações preventivas, diagnósticas e de tratamento, visando

alcançar o cuidado integral e longitudinal. O seu desenho prevê possíveis itinerários que o usuário fará, conforme as suas necessidades de saúde⁷.

Diante dessa realidade, os profissionais de saúde, o controle social, os gestores municipais, estaduais e federal têm o desafio de implantar, acompanhar e avaliar o que está sendo proposto. Assim, para avaliar a Linha de Cuidado às pessoas com sífilis faz-se necessário um instrumento válido e confiável. A partir desta necessidade, esta pesquisa teve como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação da linha de cuidado à pessoa com sífilis.

Este instrumento torna-se relevante por ser uma nova tecnologia para a gestão em saúde, possibilitando o fortalecimento das Políticas Públicas direcionadas ao controle do agravo da sífilis e da eliminação da sífilis congênita, além do aperfeiçoamento do processo de trabalho para a melhoria da qualidade do diagnóstico, tratamento, acompanhamento e prevenção às pessoas com sífilis e assim, contribuir para o cuidado mais integrado. Ademais, este instrumento subsidiará novos estudos na linha de pesquisa de Gestão e Planejamento em Saúde no Sistema Único de Saúde.

Métodos

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A pesquisa seguiu a resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online.

Desenho, etapas e período do estudo

Trata-se de um estudo metodológico, realizado no período de setembro de 2023 a julho de 2024, e desenvolvido em 4 fases: fundamentação teórica, construção do instrumento, seleção dos juízes e validação de conteúdo pela técnica Delphi. O processo de validação do conteúdo é descrito na Figura 1.

A fase 1 ocorreu entre o período de setembro a novembro de 2023. Neste momento, houve uma busca exaustiva na literatura e os conteúdos a serem incluídos no instrumento foram selecionados.

Na segunda fase, houve a construção do instrumento a partir do Questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde⁸ e das recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST⁹, entre os meses de dezembro de 2023 e janeiro de 2024.

Na terceira fase, selecionaram-se os juízes especialistas por meio da Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando-se a busca avançada por assunto, em janeiro de 2024. Como critério de inclusão no painel da técnica Delphi, consideraram-se os seguintes critérios: ter mestrado ou doutorado; ser pesquisador, docente ou profissional da área da saúde; e trabalhar com uma das seguintes temáticas: sífilis, avaliação em serviços e sistemas de saúde; possuir currículo lattes atualizado nos últimos 12 meses; e ter publicado trabalhos ou artigos sobre a temática nos últimos 5 anos. Dessa forma, foram convidados 75 especialistas para participar como juízes na validação do conteúdo.

Durante os meses de fevereiro a julho de 2024 realizou-se o processo de validação de conteúdo (fase 4). Neste processo, houve o julgamento de especialistas de uma área específica, para determinar a representatividade de itens que expressam um conteúdo¹⁰. Iniciou-se com a avaliação preliminar do instrumento com 4 pesquisadores, todos com doutorado e experiência em avaliação dos serviços de saúde e sífilis. Após o consenso entre os pesquisadores e os autores do instrumento, este ficou constituído por 74 itens.

Na validação do conteúdo pelos juízes convidados, usou-se a técnica Delphi. A coleta de dados ocorreu através do contato via e-mail, com envio da carta-convite, TCLE e o link do formulário eletrônico disponibilizado no Survey Monkey. Foi estabelecido o prazo de 20 dias para que cada avaliador aceitasse o TCLE e respondesse ao instrumento, contando a partir do dia do envio do e-mail. A aplicação dos formulários ocorreu em três tentativas no período de fevereiro a abril de 2024. Os convidados que não avaliaram o instrumento dentro o prazo estabelecido, foram excluídos da amostra. Assim, 39 especialistas participaram da 1ª rodada (Delphi 1).

Os itens foram avaliados considerando os conceitos de clareza e relevância, mediante uma escala de concordância do tipo Likert: (1) discordo totalmente; (2) discordo parcialmente – o item precisa de grande revisão; (3) concordo parcialmente – o item precisa de uma pequena revisão; e (4) concordo totalmente. Em cada item também havia um espaço disponível para registrar suas sugestões. Consideraram-se válidos os itens do instrumento que

atingiram o Índice da Validade do Conteúdo por Item (IVC-I) igual ou maior que 0,80 entre os julgadores.

Na segunda rodada (Delphi 2) participaram 24 juízes. Os itens foram avaliados considerando a escala concordância usada anteriormente e o conceito de clareza. Houve a avaliação sobre a permanência de cada item na dimensão Macropolítica ou Micropolítica.

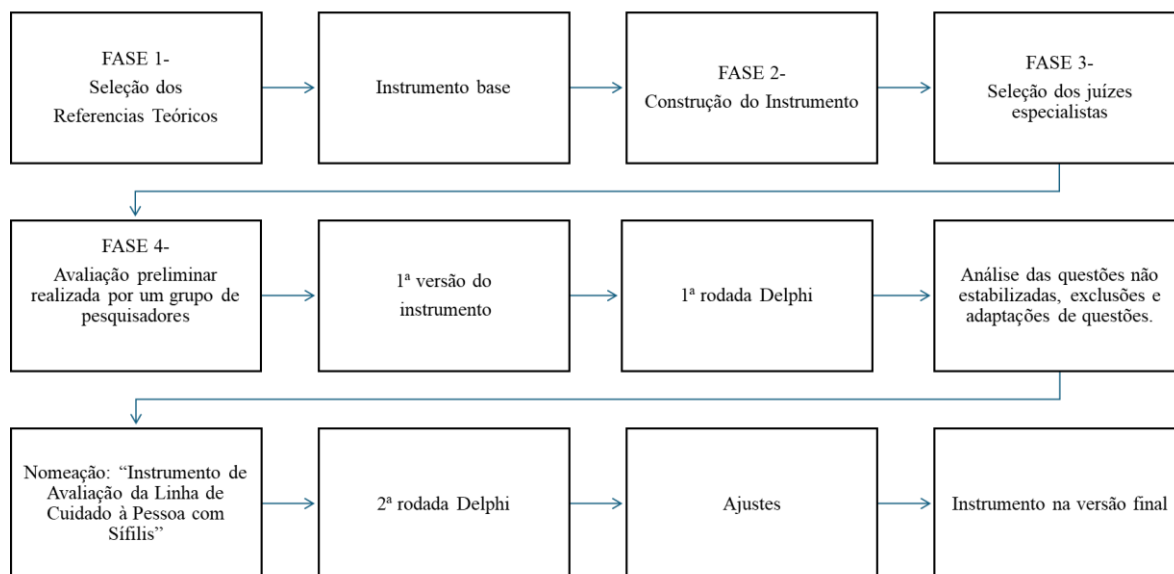


Figura 1. Etapas da validação do conteúdo do Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Análise dos resultados

Os dados obtidos foram analisados a partir da avaliação das respostas dos formulários aplicados aos participantes do estudo. As informações coletadas foram armazenadas e processadas em banco de dados informatizados por meio dos softwares Microsoft Office Excel e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0.

O tratamento descritivo foi feito através das frequências relativas e absolutas.

Para análise do grau de concordância entre os juízes, usou-se o Índice de Validade do Conteúdo por item (IVC-I) e Índice de Validade de Conteúdo Global (IVC). Este mede a proporção ou porcentagem de juízes em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois

o instrumento na totalidade. Este é o índice mais amplamente usado em avaliação quantitativa¹⁰.

O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por (3) ou (4) pelos especialistas. A fórmula para avaliar cada item individualmente é $IVC-I = \text{número de resposta (3) + (4)} / \text{número total de respostas}$. Destaca-se que o escore mínimo aceitável para a validade de conteúdo será de 0,80. Para a avaliação geral do instrumento, ou seja, o Índice de Validade de Conteúdo Global (IVC), o cálculo foi a razão entre a soma dos IVC-I e o número total de itens do instrumento.

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para identificar a existência de diferença estatística do Delphi 1 com o 2 para cada item do questionário. Para análise da distribuição dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-smirnov. As informações foram compiladas e apresentadas em figuras, tabelas e gráficos. O nível de significância adotado será de 5% para todas as análises.

RESULTADOS

O perfil dos juízes que participaram do estudo é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Perfil dos juízes participantes do Delphi 1 e Delphi 2.

	Delphi 1		Delphi 2	
	N (39)	%	N (24)	%
Sexo				
Feminino	18	46,15	12	50
Masculino	21	53,85	12	50
Área				
Assistência	9	23,07	4	16,66
Docência	36	92,31	20	83,33
Gestão	6	15,38	3	12,5
Pesquisa	15	38,46	12	50
Titulação				
Doutorado	37	94,88	23	95,83
Mestrado	2	5,12	1	4,17

Fonte: Elaborado pelos autores.

A versão inicial do Instrumento possuía 74 questões. O processo de validação de seu conteúdo foi realizado em duas rodadas (Delphi 1 e Delphi 2). Na primeira rodada os juízes avaliaram cada item quanto a clareza e relevância, além de realizarem sugestões quanto aos itens.

Considerando as avaliações Delphi 1, algumas questões foram excluídas, modificadas ou incluídas. Das questões contidas na primeira versão do instrumento, 16 (21,62%) não foram estabilizadas no conceito clareza na primeira rodada e 18 (24,32%) tiveram sugestão de reformulação na escrita. As principais sugestões que resultaram na modificação do instrumento referiam-se à mudança do referencial teórico da Rede de Atenção à Saúde para a Linha de Cuidado.

O instrumento foi reestruturado e incorporou os referenciais de Malta e Mehry¹¹ e Feuerwerker¹². No Delphi 2, os juízes avaliaram 18 itens a partir do conceito de clareza, além de avaliarem as questões na perspectiva das dimensões: macropolítica e micropolítica do cuidado em saúde.

Ao final da segunda rodada, foi obtido o IVC-I igual a 1,00 em cada item e o IVC de 1,00. Em seguida foram realizados pequenos ajustes e o instrumento foi concluído com 58 itens, finalizando assim a etapa de validação de conteúdo.

Na Tabela 2 são apresentados os IVC-I, no Delphi 1, Delphi 2.

Tabela 2- Julgamento dos juízes quanto aos critérios de clareza e relevância de cada item do instrumento conforme o IVC nas etapas Delphi 1 e Delphi 2. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2024

Item	Delphi 1		Delphi 2		Valor p^+	Valor p^{++}
	C*	R ⁺	C*	R ⁺		
	IVC-I	IVC-I	IVC-I	IVC-I		
1	0,80	0,84	1,0	1,00	0,034	0,002
2	0,69	0,52	-	-	-	-
3	0,69	0,61	-	-	-	-
4	0,57	0,58	-	-	-	-
5	0,80	0,87	1,0	1,0	0,013	0,025
6	0,80	0,82	1,0	1,0	0,024	0,017
7	0,82	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
8	0,82	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
9	0,82	0,80	1,0	1,0	0,011	0,001
10	0,87	0,80	1,0	1,0	0,021	0,027
11	0,80	0,82	1,0	1,0	0,017	0,024
12	0,82	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
13	0,82	0,80	1,0	1,0	0,001	0,015
14	0,89	0,85	1,0	1,0	0,041	0,021
15	0,85	0,80	1,0	1,0	0,037	0,042
16	0,80	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
17	0,80	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001

C* - clareza; R⁺ - relevância; Valor p^+ - teste de Mann-Whitney para o desfecho clareza; Valor p^{++} - teste de Mann-Whitney para o desfecho relevância.

Continua

Item	Delphi 1		Delphi 2		Valor p^+	Valor p^{++}
	C*	R ⁺	C*	R ⁺		
	IVC-I	IVC-I	IVC-I	IVC-I		
18	0,82	0,82	1,0	1,0	0,001	0,001
19	0,82	0,80	1,0	1,0	0,002	0,039
20	0,80	0,85	1,0	1,0	0,001	0,026
21	0,82	0,80	1,0	1,0	0,028	0,001
22	0,80	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
23	0,82	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
24	0,80	0,83	1,0	1,0	0,001	0,023
25	0,84	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
26	0,87	0,81	1,0	1,0	0,018	0,047
27	0,83	0,83	1,0	1,0	0,001	0,001
28	0,81	0,82	1,0	1,0	0,023	0,029
29	0,80	0,82	1,0	1,0	0,012	0,012
30	0,80	0,82	1,0	1,0	0,001	0,001
31	0,82	0,81	1,0	1,0	0,001	0,023
32	0,81	0,82	1,0	1,0	0,025	0,017
33	0,81	0,83	1,0	1,0	0,001	0,040
34	0,84	0,81	1,0	1,0	0,001	0,001
35	0,88	0,82	1,0	1,0	0,040	0,001
36	0,81	0,80	1,0	1,0	0,012	0,017
37	0,82	0,82	1,0	1,0	0,001	0,024
38	0,81	0,83	1,0	1,0	0,011	0,018
39	0,81	0,82	1,0	1,0	0,042	0,020
40	0,81	0,81	1,0	1,0	0,017	0,003
41	0,81	0,82	1,0	1,0	0,001	0,020
42	0,82	0,82	1,0	1,0	0,001	0,001
43	0,80	0,80	1,0	1,0	0,032	0,032
44	0,80	0,80	1,0	1,0	0,038	0,015
45	0,82	0,80	1,0	1,0	0,018	0,027
46	0,80	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
47	0,85	0,82	1,0	1,0	0,023	0,001
48	0,50	0,60	-	-	-	-
49	0,46	0,42	-	-	-	-
50	0,55	0,62	-	-	-	-
51	0,52	0,45	-	-	-	-
52	0,62	0,65	-	-	-	-
53	0,52	0,55	-	-	-	-
54	0,60	0,62	-	-	-	-
55	0,62	0,62	-	-	-	-
56	0,52	0,65	-	-	-	-
57	0,57	0,52	-	-	-	-
58	0,85	0,82	1,0	1,0	0,004	0,030
59	0,82	0,80	1,0	1,0	0,001	0,024
60	0,82	0,80	1,0	1,0	0,001	0,011
61	0,57	0,52	-	-	-	-
62	0,57	0,57	-	-	-	-
63	0,85	0,87	1,0	1,0	0,004	0,001
64	0,85	0,80	1,0	1,0	0,026	0,003
65	0,82	0,80	1,0	1,0	0,001	0,025
66	0,85	0,82	1,0	1,0	0,038	0,019
67	0,80	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001
68	0,52	0,40	-	-	-	-
69	0,80	0,80	1,0	1,0	0,001	0,001

C* - clareza; R⁺ - relevância; Valor p^+ - teste de Mann-Whitney para o desfecho clareza;
 Valor p^{++} - teste de Mann-Whitney para o desfecho relevância.

Continua

Item	Delphi 1		Delphi 2		Valor p^+	Valor p^{++}
	C*	R ⁺	C*	R ⁺		
	IVC-I	IVC-I	IVC-I	IVC-I		
70	0,80	0,84	1,0	1,0	0,036	0,040
71	0,82	0,82	1,0	1,0	0,001	0,001
72	0,81	0,80	1,0	1,0	0,004	0,039
73	0,82	0,80	1,0	1,0	0,020	0,028
74	0,85	0,82	1,0	1,0	0,001	0,030

C* - clareza; R⁺ - relevância; Valor p^+ - teste de Mann-Whitney para o desfecho clareza; Valor p^{++} - teste de Mann-Whitney para o desfecho relevância.

Fonte: Elaborado pelos autores.

O quadro 1 apresenta os itens do instrumento antes dos juízes avaliarem e após a análise e sugestões feitas na primeira rodada.

Quadro 1- Modificação do Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis, conforme a avaliação dos juízes quanto aos critérios clareza e relevância nas etapas Delphi 1 e Delphi 2. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2024

Itens Avaliados		
	Delphi 1	Delphi 2
1	A Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis está inserida no Plano Estadual de Saúde	A Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis está inserida no Plano Estadual de Saúde.
2	Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários.	Excluído
3	Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários.	Excluído
4	A população está subdividida em população geral, populações-chave, populações prioritárias, gestantes e crianças com sífilis ou exposta à sífilis.	Excluído
5	A Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo a porta de entrada principal para o cuidado às pessoas com sífilis.	A Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo a porta de entrada principal para o cuidado às pessoas com sífilis, concentrando-se nas ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da sífilis
6	As equipes da APS têm claro o seu papel de responsabilização das pessoas com sífilis	As equipes da APS reconhecem o seu papel no cuidado das pessoas com sífilis.
7	Na APS há uma equipe multiprofissional, onde cada membro possui responsabilidades definidas no cuidado à pessoa com sífilis.	Na APS cada membro da equipe possui habilidades e competências definidas para o cuidado à pessoa com sífilis.
8	A APS está organizada para oferecer os cuidados adequados às gestantes com sífilis, a partir da linha de cuidado.	A APS está organizada para oferecer os cuidados adequados às gestantes com sífilis e suas parcerias, conforme as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde.
9	A APS está organizada para oferecer os cuidados adequados às crianças expostas a sífilis e a sífilis congênita.	A APS monitora as crianças expostas à sífilis e com sífilis congênita.

Continuação do Quadro 1

Itens Avaliados		
	Delphi 1	Delphi 2
10	A APS oferece testagem rápida para a sífilis.	A APS oferece testagem rápida para a sífilis, durante todo o horário de funcionamento das unidades de saúde.
11	A APS oferta teste não-treponêmico.	A APS oferta teste não-treponêmico para o monitoramento após o tratamento (controle de cura) da sífilis.
12	A APS oferece a Benzilpenicilina benzatina.	A APS administra a Benzilpenicilina benzatina.
13	O referenciamento da APS com informações úteis dos usuários é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção da Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis.	O referenciamento da APS para os outros serviços de saúde, contém informações da conduta prévia à qual a pessoa com sífilis foi submetida e aos resultados dos testes/exames.
14	Nos serviços de saúde, os usuários são atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a).	Nos serviços da APS os usuários são atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a)
15	O prontuário clínico do usuário está disponível durante os atendimentos.	Na APS, o prontuário clínico do usuário está disponível durante os atendimentos.
16	A APS opera com Sistemas de Informação para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais sobre a sífilis.	Os serviços de saúde operam com Sistemas de Informação para registrar, monitorar os indicadores de processo e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais sobre a sífilis.
17	As equipes da APS atuam de forma integrada com as organizações comunitárias do território para o trabalho sobre a temática da sífilis.	Existem parcerias entre os gestores federais, estaduais e municipais, profissionais da saúde, comunidade e demais atores envolvidos na prevenção da sífilis.
18	Há um horário reservado para as equipes de saúde realizarem o planejamento, monitoramento e avaliação do cuidado realizado às pessoas com sífilis no território.	Durante os momentos de reuniões, as equipes de saúde realizam o planejamento, monitoramento e avaliação do cuidado oferecido às pessoas com sífilis.
19	Há serviços especializados para pessoas com sífilis adquirida.	Há serviços ambulatoriais especializados de referência para pessoas com sífilis adquirida.
20	As crianças com sífilis congênita têm acesso à consulta oftalmológica.	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido, semestralmente, por 2 anos, à consulta oftalmológica.
21	As crianças com sífilis congênita têm acesso ao exame audiológico.	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido, semestralmente, por 2 anos, ao exame audiológico.
22	As crianças com sífilis congênita têm acesso à consulta neurológica.	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido, semestralmente, por 2 anos, à consulta neurológica.
23	As crianças com sífilis congênita têm acesso ao teste treponêmico (realizado a partir dos 18 meses de idade).	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido ao teste treponêmico (realizado a partir dos 18 meses de idade), quando necessário.
24	As crianças com sífilis congênita têm acesso ao hemograma.	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido ao hemograma, quando necessário.
25	As crianças com sífilis congênita têm acesso aos exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos.	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido aos exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos quando necessário.
26	Há serviços de atenção secundária para a realização da propedêutica para neurosífilis.	Há serviços de atenção secundária para a realização da propedêutica e investigação para neurosífilis.
27	Há serviços para a realização da punção lombar.	Há serviços de atenção secundária para a realização da punção lombar, quando necessário.

Continuação do Quadro 1

Itens Avaliados		
	Delphi 1	Delphi 2
28	Há serviços para a realização do tratamento da neurosífilis.	Há serviços de atenção secundária para a realização do tratamento da neurosífilis.
29	Indivíduos tratados para neurosífilis têm o acesso a realização da punção líquórica de controle.	Indivíduos tratados para neurosífilis têm o acesso a realização da punção lombar de controle.
30	Há tratamento para as gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade.	Há acesso para o tratamento para as gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade/casa de parto.
31	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso ao hemograma.	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade ao hemograma.
32	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso aos exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos.	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade aos exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos.
33	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm ao exame de Líquor -LCR.	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade ao exame de Líquor -LCR.
34	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso a radiografia de ossos longos.	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade a radiografia de ossos longos.
35	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso a radiografia de tórax.	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade a radiografia de tórax.
36	Há serviços para o diagnóstico da neurosífilis.	Há serviços na atenção terciária para o diagnóstico da neurosífilis.
37	As linhas de cuidado estabelecem as relações entre os serviços especializados, hospitais/maternidades e APS.	A Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis estabelece a integração entre os serviços especializados, centro de testagem e aconselhamento, hospitais, maternidades e APS
38	Há um instrumento de contrarreferência.	Há um instrumento de contrarreferência eficaz.
39	A assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina benzatina.	O sistema de assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina benzatina para o tratamento de sífilis
40	A assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina procaína.	O sistema de assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina procaína para o tratamento de sífilis congênita.
41	A assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina cristalina (potássica).	O sistema de assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina cristalina (potássica) para o tratamento de neurosífilis.
42	O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população cadastrada na Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis.	O sistema de assistência farmacêutica, nas unidades de saúde, sempre tem estoque suficiente de medicamentos para o tratamento das pessoas com sífilis.
43	O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica a população com sífilis.	O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica à população com sífilis. Entende-se por atenção farmacêutica as ações realizadas por farmacêuticos para orientar e acompanhar o usuário do serviço de saúde quanto ao uso adequado dos medicamentos.
44	A assistência farmacêutica monitora o usuário com sífilis.	A assistência farmacêutica monitora se o usuário completou o tratamento.

Continuação do Quadro 1

Itens Avaliados		
	Delphi 1	Delphi 2
45	A assistência farmacêutica engloba a farmacovigilância.	O sistema de assistência farmacêutica engloba a farmacovigilância no cuidado à sífilis.
46	Os serviços disponibilizam preservativos como parte da rotina, sem restrição de quantidade de retirada e sem exigências de documentos de identificação.	Os serviços que compõem a Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis disponibilizam preservativos como parte da rotina de atendimento.
47	As linhas de cuidados são complementadas por protocolos clínicos.	A Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis dispõe de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, atualizados, à criança exposta à sífilis e sífilis congênita, à gestante com sífilis e sífilis adquirida.
48	Existem protocolos clínicos que orientem os exames de análises clínicas necessários para o diagnóstico e acompanhamento da pessoa com sífilis, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados.	Excluído
49	Existem protocolos clínicos que orientem a solicitação e interpretação de exames de imagem necessários para o diagnóstico e acompanhamento da pessoa com sífilis.	Excluído
50	O sistema de exames de análises clínicas é estruturado de forma a realizar as entregas dos resultados no tempo adequado.	Excluído
51	Há um sistema de transporte que dá apoio à APS no descolamento dos usuários com sífilis para os serviços especializados, laboratoriais, de imagem e hospitalar.	Excluído
52	Este sistema de transporte possui rotas predefinidas e comunicação em tempo real.	Excluído
53	As equipes da APS regulam o acesso à assistência nos pontos de atenção à saúde secundários.	Excluído
54	As equipes da APS regulam o acesso à assistência nos pontos de atenção à saúde terciários.	Excluído
55	As equipes da APS regulam o acesso para a realização dos exames de análises clínicas ou de imagem necessários para o diagnóstico ou tratamento da sífilis.	Excluído
56	Existe uma estrutura organizacional de governança da Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis.	Excluído
57	Possui um planejamento estratégico atualizado.	Excluído
58	Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis.	Os recursos financeiros estão disponíveis para a organização da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis.
59	Há um sistema de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis.	Há o monitoramento e a avaliação da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis.
60	As equipes da APS atuam de forma integrada com as organizações comunitárias do território para o trabalho sobre a temática da sífilis	A realização do planejamento, monitoramento e avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis inclui a participação organizada da comunidade.
61	O Modelo de Atenção à Saúde propõe mudanças na organização da atenção à sífilis.	Excluído

Continuação do Quadro 1

Itens Avaliados		
	Delphi 1	Delphi 2
62	O Modelo de Atenção à Saúde incentiva ações para prevenção da sífilis apoiadas na educomunicação em saúde.	Excluído
63	Elaboração e divulgação de materiais informativos e educativos sobre a prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da sífilis	É realizada a elaboração e divulgação de materiais educativos e informativos sobre a prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da sífilis para a população geral, populações-chave, populações prioritárias, entre outros.
64	Integração e inclusão da temática sífilis nos diferentes espaços do território e nos diferentes serviços de saúde.	Os profissionais da APS realizam a integração e inclusão da temática sífilis nos diferentes espaços do território (ex: escolas e associações) e nos diferentes espaços do serviço de saúde (ex: grupo de gestantes, grupo de idosos, na sala de espera, durante a consulta).
65	Atualização e divulgação de dados epidemiológicos de sífilis.	É realizada a elaboração e divulgação dos dados epidemiológicos da sífilis anualmente.
66	É realizada a notificação de sífilis adquirida, congênita e em gestantes nos serviços de saúde.	É realizada a investigação e notificação de sífilis adquirida, congênita e em gestantes nos serviços de saúde, com segmento clínico laboratorial e encerramento dos casos.
67	Elaboração de planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas pessoas com sífilis.	A equipe da APS elabora o Projeto Terapêutico Singular em conjunto com o usuário com sífilis.
68	68- O Modelo de Atenção inclui ações de promoção da saúde voltadas para os Determinantes Sociais da sífilis.	Excluído
69	Na Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis existe a integração ensino-serviço e comunidade.	Existe a integração ensino-serviço e comunidade.
70	O cuidado engloba a Educação Permanente dos profissionais.	A gestão do cuidado engloba a Educação Permanente dos profissionais envolvidos com o cuidado à pessoa com sífilis.
71	Os momentos de Educação Permanente são realizados no próprio serviço, em tempo protegido.	Os momentos de Educação Permanente são realizados no próprio serviço, em tempo protegido (no horário de trabalho).
72	O processo de Educação Permanente ocorre por meio da aprendizagem significativa e crítica.	O processo de Educação Permanente ocorre por meio de metodologias ativas de ensino, aprendizagem significativa e crítica.
73	O processo de Educação Permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais.	O processo de Educação Permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com sífilis.
74	Essas linhas de cuidado organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos sistemas de apoio, nos pontos de atenção secundários e terciários.	A Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis organiza os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos sistemas de apoio, nos pontos de atenção secundários e terciários.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por meio da Alpha de Cronbach, verificou-se a confiabilidade dos dados. Pode-se observar que todos os domínios avaliados pelos especialistas obtiveram um alpha acima de 0,80. Sob o ponto de vista das dimensões, a fase 2 apresentou resultado melhor em termos gerais do que a fase 1, porém em ambas a confiabilidade foi bastante satisfatória, apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Confiabilidade dos dados em relação aos itens e dimensões do Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, 2024

Dimensões	Alpha de Cronbach	
	Delphi 1	Delphi 2
Dimensão 1- Macropolítica do cuidado em saúde	0,865	0,984
Dimensão 2- Micropolítica do cuidado em saúde	0,818	0,977
Avaliação geral	0,825	0,972

O Quadro 2 apresenta a versão final do Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis.

Quadro 2- Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis. -Versão Final.

Dimensão 1- Macropolítica do cuidado em saúde	
01	A Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis está inserida no Plano Estadual de Saúde.
02	A Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis organiza os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos sistemas de apoio, nos pontos de atenção secundários e terciários.
03	A Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis dispõe de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, atualizados, à criança exposta à sífilis e sífilis congênita, à gestante com sífilis e sífilis adquirida.
04	Os serviços de saúde operam com Sistemas de Informação para registrar, monitorar os indicadores de processo e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais sobre a sífilis.
05	É realizada a elaboração e divulgação dos dados epidemiológicos da sífilis anualmente.
06	É realizada a investigação e notificação de sífilis adquirida, congênita e em gestantes nos serviços de saúde, com segmento clínico laboratorial e encerramento dos casos.
07	A Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis estabelece a integração entre os serviços especializados, centro de testagem e aconselhamento, hospitais, maternidades e APS.
08	A Atenção Primária à Saúde (APS) está sendo a porta de entrada principal para o cuidado às pessoas com sífilis, concentrando-se nas ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da sífilis
09	Na APS cada membro da equipe possui habilidades e competências definidas para o cuidado à pessoa com sífilis.
10	A APS está organizada para oferecer os cuidados adequados às gestantes com sífilis e suas parcerias, conforme as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde.
11	A APS monitora as crianças expostas à sífilis e com sífilis congênita.
12	A APS oferece testagem rápida para a sífilis durante todo o horário de funcionamento das unidades de saúde.
13	A APS oferta teste não-treponêmico para o monitoramento após o tratamento (controle de cura) da

	sífilis.
14	A APS administra a Benzilpenicilina benzatina.
15	O referenciamento da APS para os outros serviços de saúde, contém informações da conduta prévia à qual a pessoa com sífilis foi submetida e aos resultados dos testes/exames.
16	Há serviços ambulatoriais especializados de referência para pessoas com sífilis adquirida.
17	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido, semestralmente, por 2 anos, à consulta oftalmológica.
18	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido, semestralmente, por 2 anos, ao exame audiológico.
19	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido, semestralmente, por 2 anos, à consulta neurológica
20	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido ao teste treponêmico (realizado a partir dos 18 meses de idade), quando necessário.
21	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido ao hemograma, quando necessário.
22	As crianças com sífilis congênita têm acesso garantido aos exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos quando necessário.
23	Há serviços de atenção secundária para a realização da propedêutica e investigação para neurosífilis.
24	Há serviços de atenção secundária para a realização da punção lombar, quando necessário.
25	Há serviços de atenção secundária para a realização do tratamento da neurosífilis.
26	Indivíduos tratados para neurosífilis têm o acesso a realização da punção lombar de controle.
27	Há acesso para o tratamento para as gestantes diagnosticadas com sífilis na maternidade/casa de parto.
28	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade ao hemograma.
29	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade aos exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos.
30	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade ao exame de Líquor - LCR.
31	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade a radiografia de ossos longos.
32	Os recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita têm acesso garantido na maternidade a radiografia de tórax.
33	Há serviços na atenção terciária para o diagnóstico da neurosífilis.
34	Há um instrumento de contrarreferência eficaz.
35	O sistema de assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina benzatina para o tratamento de sífilis.
36	O sistema de assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina procaína para o tratamento de sífilis congênita.
37	O sistema de assistência farmacêutica contempla a medicação Benzilpenicilina cristalina (potássica) para o tratamento de neurosífilis.
38	O sistema de assistência farmacêutica, nas unidades de saúde, sempre tem estoque suficiente de medicamentos para o tratamento das pessoas com sífilis.
39	O sistema de assistência farmacêutica engloba a farmacovigilância no cuidado à sífilis
40	A gestão do cuidado engloba a Educação Permanente dos profissionais envolvidos com o cuidado à pessoa com sífilis.
41	Os momentos de Educação Permanente são realizados no próprio serviço, em tempo protegido (no horário de trabalho).
42	O processo de Educação Permanente ocorre por meio de metodologias ativas de ensino, aprendizagem significativa e crítica.
43	O processo de Educação Permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com sífilis.
44	Existe a integração ensino-serviço e comunidade.

45	Os serviços que compõem a Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis disponibilizam preservativos como parte da rotina de atendimento.
46	Elaboração e divulgação de materiais educativos e informativos sobre a prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da sífilis para a população geral, populações-chave, populações prioritárias, entre outros
47	Existem parcerias entre gestores federais, estaduais e municipais, profissionais de saúde, comunidade e demais atores envolvidos na prevenção da sífilis.
48	Os recursos financeiros estão disponíveis para a organização da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis.
49	Há o monitoramento e a avaliação da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis.
Dimensão 2- Micropolítica do cuidado em saúde	
50	As equipes da APS reconhecem o seu papel no cuidado das pessoas com sífilis.
51	Nos serviços da APS os usuários são atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a).
52	A equipe da APS elabora o Projeto Terapêutico Singular em conjunto com o usuário com sífilis.
53	Na APS, o prontuário clínico do usuário está disponível durante os atendimentos.
54	Os profissionais da APS realizam a integração e inclusão da temática sífilis nos diferentes espaços do território (ex: escolas e associações) e nos diferentes espaços do serviço de saúde (ex: grupo de gestantes, grupo de idosos, na sala de espera, durante a consulta).
55	A assistência farmacêutica monitora se o usuário completou o tratamento para sífilis.
56	O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica à população com sífilis. Entende-se por atenção farmacêutica as ações realizadas por farmacêuticos para orientar e acompanhar o usuário do serviço de saúde quanto ao uso adequado dos medicamentos.
57	Durante os momentos de reuniões, as equipes de saúde realizam o planejamento, monitoramento e avaliação do cuidado oferecido às pessoas com sífilis.
58	A realização do planejamento, monitoramento e avaliação das ações de prevenção e controle da sífilis inclui a participação organizada da comunidade.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

O instrumento elaborado nesta pesquisa é composto por 58 questões que permitem avaliar a operacionalização da Linha de Cuidado à pessoa com sífilis na perspectiva da atenção integral. A sua validação torna-se um marco para a Saúde Coletiva pois este é o primeiro instrumento criado com este objetivo. A sua aplicação irá contribuir para o planejamento e aprimoramento das ações e serviços de atenção à sífilis, dentro da RAS. Poderá ser utilizado por gestores do SUS, por um grupo de profissionais de diferentes serviços da RAS e por pesquisadores de diversas instituições.

A validação de conteúdo, objeto desta pesquisa, é a primeira etapa da construção de um instrumento de medida e constitui o grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido, bem como representa a extensão com que cada item se propõe a investigar. É um processo crucial na elaboração de medidas e instrumentos na área da saúde, permitindo uma avaliação e prática mais seguras, livres de erros de mensuração¹³.

A Técnica Delphi, que foi a utilizada nesta validação, é uma técnica de investigação que permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas possibilitando a análise profunda de realidades que serve como base para uma melhor compreensão dos fenômenos e orientar a tomada de decisão e transformar essas realidades com base em opiniões¹⁴.

Em relação à amostra dos juízes especialistas, o uso da validação de conteúdo no formato on-line, possibilitou o agrupamento de opiniões de especialistas de diferentes estados brasileiros e experiências profissionais diversificadas. A sua maioria eram doutores, todos com experiência na área de avaliação em serviços de saúde ou/e sífilis, além de atuarem na docência, pesquisa, assistência e/ou gestão. Essa seleção de juízes com ótimas qualificações reduziu possíveis inconsistências nos resultados. Alguns autores ressaltam que existe um consenso na literatura internacional sobre a concordância da importância da experiência clínica na formação de um perfil de expertise, bem como a necessidade de equilíbrio entre experiência e formação acadêmica sólida¹⁵.

Quanto aos itens avaliados, o Índice de Validação de Conteúdo Global (IVC) foi de 1,0, o que confere valores satisfatórios que asseguram parâmetros de validade em relação ao conteúdo utilizado na elaboração dos itens do instrumento.

Os estudos revelam uma tendência crescente na sífilis congênita e sífilis em gestantes no país^{16,17}. No Brasil, até 2016, a sífilis era considerada uma doença negligenciada, sendo discutida em políticas relacionadas ao HIV/Aids¹⁸. Frente às dificuldades históricas no cuidado à pessoa com sífilis, o Ministério da Saúde juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, formularam a Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da Sífilis Congênita no Brasil, estabelecendo prioridades para qualificar a assistência à saúde. Entre as estratégias tem-se: fortalecimento das RAS e resposta rápida à Sífilis através do cuidado integral, com a proposta de operacionalizar a LC da sífilis em seus diferentes níveis de complexidade¹⁹.

Apesar dos esforços governamentais dos últimos anos, o país continua distante da eliminação da sífilis congênita e do controle da sífilis adquirida e em gestantes. Um dos maiores desafios do SUS ainda é a fragmentação do cuidado, o que gera diversas barreiras ao acesso da população aos serviços de saúde. Na perspectiva da LC¹¹, essa fragmentação pode ocorrer em função de: ausência de ações de prevenção de doenças e agravos e práticas de promoção da saúde; ausência de gestão e regulação dos macroprocessos; deficiência da rede

de serviços; desresponsabilização do cuidador; falta de insumos, qualidade questionável na prestação dos serviços; e dificuldade no acesso do usuário à assistência.

Um sistema de saúde pautado pela integralidade deveria assegurar a continuidade da atenção, articulando um programa de cuidado responsável desde a APS, passando pelo ambulatório especializado até a urgência do hospital/maternidade²⁰. Neste sentido, faz-se urgente iniciativas e novas tecnologias que possibilitem o aprimoramento da gestão do sistema de saúde na perspectiva da integração dos serviços de saúde, a partir de uma análise micropolítico e macropolítico.

Diante da perspectiva da macropolítica, ou seja, da gestão, Malta e Merhy¹¹ apresentam uma proposta de implantação da LC. Para a sua efetivação é necessário a organização da vigilância e da informação em saúde, comunicação em saúde, ações intersetoriais, implantação de políticas específicas com definição do financiamento, organização da rede de serviços, além da implantação de protocolos. Na perspectiva da micropolítica, ou seja, do processo de trabalho, os mesmos autores enfatizam o trabalho em equipe na coordenação do cuidado; vinculação e responsabilização do cuidador e busca da autonomia do usuário.

No Brasil, a porta de entrada prioritária para o diagnóstico e tratamento da sífilis é a Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, estes serviços precisam estar acessíveis, tanto geograficamente, quanto no que se refere à acessibilidade funcional, como horário de funcionamento, disponibilidade de teste rápido e antibiótico para o tratamento²¹. Além da construção do planejamento e realização do monitoramento contínuo das ações nos territórios, ter profissionais capacitados para o manejo adequado da sífilis, com escuta qualificada, sem julgamentos e preconceitos.

Ressalta-se aqui que, os trabalhadores do setor saúde, desempenham tarefas afetivas, cognitivas e linguísticas a par de tarefas materiais. O contato inserido no campo do sensível produz as boas práticas de cuidado, assim, eles devem ser percebidos como tecnologias determinantes para o acesso e permanência dos usuários(as) aos serviços de saúde^{22,23}.

A existência de sistemas de informações, nos serviços de saúde, responsáveis pelo registro e disponibilidade das informações sobre a sífilis é de extrema importância para a tomada de decisões quanto às medidas de promoção, proteção, controle, bem como para a transparência das ações de vigilância que estão sendo realizadas. Para que esses sistemas possam gerar informações fidedignas, eles precisam ter qualidade nos seus dados, de modo a

apresentar completude e redução de subnotificação, ações que podem ser alcançadas a partir da conscientização dos profissionais de saúde acerca de sua importância²⁴.

Vale ressaltar que a Sífilis Congênita passou a ter sua notificação compulsória no Brasil ainda em 1986, enquanto a Sífilis Gestacional em 2005²⁵. Mesmo assim, continua sendo um desafio para o Brasil reduzir os índices de subnotificação e incompletude de seus dados. Estas condutas são algo recorrente que se somam a qualidade insatisfatória dos registros que são produzidos, comprometem o desenvolvimento de estratégias eficazes para o controle da sífilis e de outras doenças, em função da ausência de conhecimento da verdadeira gravidade do problema²⁶.

Algumas Secretarias Municipais de Saúde implantaram a Linha de Cuidado para as pessoas com Sífilis, como em Joinville, Paraná, São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, porém, existe a dificuldade de avaliar e monitorar a sua efetividade. Diante deste desafio, o Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis foi construído para suprir a lacuna existente no país.

Com isso, o desenvolvimento e a validação do conteúdo desse novo instrumento seguiram todos os passos metodológicos recomendados. Desta maneira, aconselha-se a utilização do instrumento validado para a implantação, monitoramento e avaliação da Linha de Cuidado à Pessoa com Sífilis. Além de ser fortemente indicado a sua utilização no meio acadêmico, na realização de pesquisas que avaliem o cuidado integral às pessoas com sífilis.

Limitações do Estudo

Uma das limitações do estudo inclui a subjetividade dos juízes na interpretação das questões do instrumento. Aponta-se também que foi realizada apenas a validação do conteúdo. Como recomendações, sugere-se a realização das demais etapas de validação para as propriedades psicométricas.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Esta nova ferramenta para a gestão do SUS poderá avaliar, monitorar os serviços ofertados à comunidade, além de servir de base para a elaboração de ações estratégicas para a prevenção, detecção e tratamento dessa infecção, contribuindo para a melhoria do cuidado às pessoas com sífilis nos serviços públicos, em uma perspectiva da integralidade. Representa também uma ferramenta que contribui para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

CONCLUSÃO

O Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis foi validado quanto ao seu conteúdo, por juízes especialistas.

Espera-se que a partir da implantação do Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis na rotina da avaliação dos serviços de saúde, haja mudanças que resultem na melhoria da acessibilidade dos usuários e maior integração entre os serviços e profissionais que cuidam das pessoas com sífilis. Acredita-se que, mediante uma Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis de qualidade, as taxas de transmissão desse agravo começarão a diminuir, acarretando mudanças no perfil epidemiológico no Brasil.

Referências

1. Peeling RW, Mabey D, Chen XS, Garcia PJ. Syphilis. The Lancet [Internet]. 2023 Jul 22;402(10398):336–46. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673622023480>. [accessed mai, 2024].
2. WHO - World Health Organization. Syphilis [Internet]. www.who.int. World Health Organization; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>. [accessed mai, 2024].
3. Kojima N, Konda KA, Klausner JD. Notes on syphilis vaccine development. Front Immunol. 2022 Jul 28;13:952284. doi: 10.3389/fimmu.2022.952284. PMID: 35967432; PMCID: PMC9365935.
4. Siqueira CA, Ferreira MPN, Olanda ATP, Amaral LEG, Soares-Neto AT. A persistência da sífilis como desafio enfrentado pelos profissionais de saúde do século xxi. RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber. 2024;1(1). doi: 10.51473/rcmos.v1i1.2024.496.

5. Torres PMA, Reis ARP, Santos AST, Negrinho NBS, Msnegueti MG, Gir E. Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis na gestação: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* 2022; 75 (06). doi: 10.1590/0034-7167-2021-0965pt.
6. Sandhu S, Sharma A, Cholera R, Bettger, JP. Integrated health and social care in the United States: a decade of policy progress. *Int J Integr Care.* 2021; 21(9). doi: 10.5334/ijic.5687.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas [Internet]. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde –SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. [accessed sep, 2023].
8. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. [accessed sep. 2023].
10. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S, Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research.* 2003; 27(2): 94-111. doi: 10.1093/swr/27.2.94.
11. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010; 14(34):593-605. doi: 10.1590/S1414-32832010005000010.

12. Feuerwerker LCM. Cuidar em saúde. Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizators. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 2. ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
13. Polit DF. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. International
14. Marques JBV, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. Proposições. 2018; 29(2):87. DOI 10.1590/1980-6248-2015-0140.
15. Pereira RD, Alvim NA. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. Esc Anna Nery. 2015; 19(1): 174-80. Doi 10.5935/1414-8145.20150024.
16. Dantas JdC, Marinho CdSR, Pinheiro YT, Ferreira MÂF, da Silva RAR. Temporal trend and factors associated with spatial distribution of congenital syphilis in Brazil: An ecological study. Front Pediatr. 2023;11.
17. Dantas JdC, Marinho CdSR, Pinheiro YT, Silva RARd. Temporal Trend of Gestational Syphilis between 2008 and 2018 in Brazil: Association with Socioeconomic and Health Care Factors. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24):16456.
18. Valentim RAM, Silva GJPC, Santos MM, Lima TS, Andrade IGM, Brito TK. Notificação de sífilis congênita no Brasil : um alerta para falta de investigação dos casos [recurso eletrônico]. 1. ed. Natal: SEDIS-UFRN, 2023.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil 2020-2021 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
20. Portolese JTA. Importância do Sistema Único de Saúde como Política Pública Democrática no Contexto do Direito Brasileiro [tese]. Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2023. 256 f

21. Figueiredo DCMM, Figueiredo AM, Souza TKB, Tavares G, Vianna RPT. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36 (3). doi: 10.1590/0102-311X00074519.
22. Negri A, Hardt M. *Multidão*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record; 2005.
23. Sodré F, Rocon PC. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? *Saude soc*. 2023;.32(1). Doi: 10.1590/S0104-12902023210545pt.
24. Festa *et al*. Underreporting of unfavorable outcomes of congenital syphilis on the Notifiable Health Conditions Information System in the state of São Paulo, Brazil, 2007-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2023; 32(2):e2022664. doi: 10.1590/S2237-96222023000200007.
25. Soares, KKS, Prado TN, Zandonade E, Moreira-Silva SF, Miranda AE. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(1). doi: 10.5123/S1679-49742020000100018.
26. Beck EQ, Souza MHT. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)*. 2018; 10(Especial):19-24. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.19-24.

5.2 ARTIGO 2 – Barriers and Facilitators Affecting Access to Health Care for People With Syphilis: Protocol for a Scoping Review

O artigo está publicado no JMIR Research Protocols (<https://www.researchprotocols.org/2024/1/e63561>).

Abstract

Background: Syphilis is a systemic, preventable, and curable infection caused by the bacterium *T. pallidum*. Despite being treatable, syphilis continues to have a high incidence,

with a resurgence observed even in countries with strong health surveillance systems. This highlights the need to understand the various strategies employed globally to improve access to care for individuals with syphilis.

Objective: To identify and map the barriers and facilitators affecting access to health care for people with syphilis.

Methods: This scoping review will follow the methodology outlined by the Joanna Briggs Institute. The search will be conducted across several databases, including PubMed/MEDLINE, Scopus, EMBASE, Lilacs (VHL), and CINAHL (EBSCO). Additionally, sources of unpublished studies or gray literature will be explored. Studies focusing on access to health care for individuals with syphilis will be included, regardless of geographic location, country, or language. Two independent reviewers will assess the results, and data will be extracted using a tool specifically developed for this review. The extracted quantitative data will be presented in tables and analyzed using Descending Hierarchical Classification, represented by a Class Dendrogram. Barriers and facilitators will be categorized into dimensions of access.

Results: The findings of this scoping review, guided by this protocol, will elucidate the primary barriers and facilitators affecting access to syphilis care, structured around the five dimensions of access.

Conclusions: The outcomes of this study are expected to inform the practices of health professionals, policymakers, and the academic community, while also providing valuable information to the general population.

Review registration: 10.17605/OSF.IO/KPSAB

Keywords

syphilis; acquired syphilis; congenital syphilis; gestational syphilis; *Treponema Pallidum*; sexually transmitted infections; health services accessibility; access to health services.

Introduction

Syphilis is a systemic, preventable, and curable infection caused by the bacterium *T. pallidum*. The main route of transmission is sexual, but it can also be transmitted from mother to fetus during the gestational period [1]. If not treated, syphilis may cause serious complications, such as an increased risk of contracting other sexually transmitted infections,

neurological and ocular changes, hearing or balance impairments (or both), death, neonatal death, prematurity, low birth weight, and stillbirths. Syphilis is the second most common cause of stillbirths due to infectious diseases worldwide [2].

Syphilis is one of the most important sexually transmitted infections in the world [3]. Studies estimate that more than 11 million new cases of syphilis occur annually worldwide, with high incidence in Latin America, Africa, and Asia [4]. Furthermore, some countries with good surveillance of sexually transmitted infections, such as the United States, Canada, Australia, and Japan, have reported a resurgence of syphilis after the COVID-19 pandemic [5].

The resurgence and high incidence of syphilis indicate a failure in its control and should be seen as an urgent call for targeted and intense action. Effective control requires sufficient funding, coordinated public policies on prenatal and sexual health care, clear guidelines, campaigns to encourage people to seek care without fear of discrimination, and educational programs. Thus, sustained and effective efforts are needed to control this infection [6]. The limited access to healthcare caused by social, structural, and economic barriers hinders the early detection and treatment of syphilis, resulting in perpetuated transmission and increased morbidity and mortality [7,8]. It is understood that caring for people with syphilis requires a multifaceted approach that involves collaboration between governments, managers, health professionals, and society [9].

It is necessary to know the different strategies adopted to care for people with syphilis worldwide. Currently, there are studies that point out some barriers or facilitators in the access to care for people with syphilis; however, they address only a certain service or a classification of syphilis (acquired, gestational, or congenital) in a certain location or country [10,11,12], justifying the present study. In addition, these barriers and facilitators may change over the years and may also be different in different countries, as they have different socioeconomic, cultural, and geographical contexts, as well as varied health systems, which is an additional part of this research.

In May 2024, a preliminary search was conducted in PubMed, Joanna Briggs Institute (JBI) Evidence Synthesis, and the Open Science Framework. No other planned or ongoing reviews on this topic were identified.

Therefore, this scoping review aims to identify and map the barriers and facilitators to access to health care for people with syphilis. The results of this review will provide subsidies

for discussions on public health policies aimed at the population with syphilis, the implementation of new projects, encouragement of research based on the gaps identified during the research, and will also allow health professionals to make more effective interventions, demonstrating the relevance of this research.

Methods

Protocol and Registration

This protocol was written before the study commenced and was registered in the Open Science Framework (DOI 10.17605/OSF.IO/KPSAB).

Study Design

The proposed scoping review will be conducted in accordance with the JBI methodology for scoping reviews [13], based on the theoretical framework proposed by Arksey and O'Malley [14], updated by Levac et al. [15]. PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews) [16] which will guide the reporting process.

The stages of the scoping review include: (1) definition and alignment of the objective with the research question; (2) development and alignment of inclusion criteria; (3) description of the search for evidence, selection and extraction of data, and presentation of evidence; (4) search for evidence; (5) selection of evidence; (6) extraction of evidence; (7) analysis of evidence; (8) presentation of the results; and (9) summary of evidence, conclusions, and implications of findings [13].

Stage 1: Definition and Alignment of the Objective with the Research Question

We used the PCC mnemonic (population, concept, and context) to assist in forming the research question and developing the study title. Here, we define the population as individuals with syphilis, the concept of access to health care, and the context as the environment of health services globally.

Therefore, the question that will guide this study is: What are the barriers and facilitators to access to health care for people with syphilis?

Stage 2: Development and Alignment of Inclusion Criteria

Studies will be included if the full text is available. Studies published in any language will be included. Those in a language other than Portuguese will initially be translated using

Google Translate, and the full text will be professionally translated if the study meets the inclusion criteria.

This scoping review will consider gray literature, such as theses, dissertations, and government reports. Individual case reports, clinical protocols, conference and event summaries, and journal editorials will be excluded as their usefulness in this review is not anticipated.

Considering the mnemonic adopted, the eligible studies are:

Population

This review will consider studies that address people with acquired, congenital, or gestational syphilis. Acquired syphilis is conceptualized as a disease transmitted from one person infected with the bacterium *T. pallidum* to another during sex (anal, vaginal, or oral) without a condom or by blood transfusion. Particularly when it affects a pregnant woman, it is called gestational syphilis [17].

Concept

Conceptual studies that discuss access to health care. Access has been conceptualized in numerous ways. Here, we have defined access as the opportunity to identify healthcare needs, seek healthcare services, reach, obtain, or use healthcare services, and actually have health needs resolved [18].

Context

The context of interest is health services. Thus, studies conducted in primary care units, outpatient departments, multidisciplinary or specialized clinics (or both), maternity wards, hospitals, and emergency care units will be included. In addition, any geographic scenario and country will be considered.

Stage 3: Description of the Search for Evidence, Selection, Extraction of Data, and Presentation of Evidence

An initial search limited to PubMed and the Virtual Health Library (Biblioteca Virtual en Salud; VHL) was conducted to identify the main medical subject heading (MeSH) terms and health sciences descriptors (Descriptors in Health Sciences; DeCS) related to the topic. The search strategy was constructed using controlled health vocabulary, including MeSH, DeCS, and Emtree, to expand results across different databases. Then, a search was conducted to identify synonyms and keywords. The search strategy was expanded and validated by an experienced librarian.

Multimedia Appendix I shows the complete search strategy built for PubMed/Medline.

The search strategy will be adapted for each database and information source, including PubMed/Medline, Scopus, Embase, Lilacs via VHL (in Portuguese, Spanish, and English), and CINAHL (EBSCO). These databases were selected to allow for a more comprehensive search. In addition, sources of unpublished studies or gray literature will be searched, including Google Scholar (limited to the first 100 results), Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations, the Catalog of Theses and Dissertations of the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), and ProQuest Dissertations and Theses Global.

Reference lists from all included sources will be reviewed to identify any additional relevant studies. If necessary, the authors of the included studies will be consulted by email for any additional information.

Stage 4: Search for Evidence

After the search, all identified quotes will be collected and imported into the free version of Rayyan, where duplicates will be removed and studies will be selected.

Two reviewers (RB, RP) will conduct a pilot test to reduce bias, standardize the selection process, and verify compliance with the study protocol. The pilot test will be carried out using a random sample of 25 titles and abstracts, following the eligibility criteria. The team will discuss any discrepancies and change criteria and definitions if necessary. Screening will only begin after at least 75% agreement [13].

Once the pilot test is complete, the two reviewers (RB, RP) will use Rayyan to read the titles and abstracts of all studies identified by the eligibility criteria. If there are disagreements between reviewers during the process, resolution will be reached through consultation with a third reviewer (JC).

Stage 5: Selection of Evidence

After reading the titles and abstracts of all studies, potentially relevant sources will be obtained in full and exported to Google Drive. The full text of selected studies will undergo a detailed assessment against the inclusion criteria by two independent reviewers (RB, RP). Reasons for exclusion will be recorded. In case of disagreements between reviewers during the selection process, resolution will be reached by consulting the third reviewer (JC).

The study selection process will be reported in the PRISMA-SCR flowchart [19].

Stage 6: Extraction of Evidence

The reviewers developed a draft data extraction form (Table 1), adapted to the template provided in the JBI methodology for scoping reviews [13].

Initially, there will be a pilot test for the use of the extraction tool. Two reviewers (RB, RP) will conduct the test using a sample of 10 articles. The goal is to ensure that important information is completely extracted and that the process is standardized. At this stage, relevant variables that emerged during the test may be included.

Table 1. Preliminary data extraction form.

Variable	Standardization
First author and year of publication	Identify the first author and year of publication of the study.
Objective	Detail the objective of the study.
Study design	Classify according to modality (theoretical, field, bibliographic), objectives (exploratory, descriptive, explanatory), and approach (quantitative, qualitative).
Study population	Detail the population of the study.
Data collection procedure	Describe the type of data collection procedure used in the study.
The country where the research was carried out	Identify the country where the study was conducted.
Syphilis classification	Identify the classification of syphilis covered in the study: congenital syphilis, gestational syphilis, or acquired syphilis.
Study location	Identify in which service/institution the study was carried out (basic health units, outpatient clinics, multidisciplinary or specialized clinics, maternity wards, hospitals, and emergency care units).

Results

Describe the main barriers and facilitators to access health care for people with syphilis based on the five dimensions of accessibility (Approachability, Acceptability, Availability and accommodation, Affordability, Appropriateness) and five corresponding abilities of populations (Ability to perceive, Ability to seek, Ability to reach, Ability to pay, Ability to engage) [18]. The barriers and facilitators that are explicit in the texts will be extracted.

Source: Adapted from Joanna Briggs Institute model [13].

Two independent reviewers (RB, RP) will use the form to extract data from all eligible studies. In case of discrepancies between reviewers, a consensus will be reached through discussion with the third reviewer (JC).

The authors of the studies will be contacted to obtain missing or additional data if needed.

Stage 7: Analysis of Evidence

The results will be analyzed quantitatively and qualitatively. Quantitative analysis will use descriptive statistics with absolute and relative frequency. The Thematic Content Analysis method will be used for qualitative analysis. This method uses systematic and objective procedures, consisting of unraveling the "nuclei of meaning" that decompose communication and whose presence or frequency of appearance can signify something relevant to the chosen analytical objective [20]. The IRaMuTeQ software – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires – will contribute to the lexical analysis of the textual corpus [21].

Stage 8: Presentation of Results

Results will be presented using a PRISMA-ScR flowchart [19].

The extracted quantitative data will be presented in tables and by the Class Dendrogram for Descending Hierarchical Classification. The barriers and facilitators will be categorized into dimensions of access: 1) Accessibility, 2) Acceptability, 3) Availability and accommodation, 4) Affordability, and 5) Appropriate. From each thematic category, there will be a summary description of the extracted information.

Stage 9: Summary of Evidence, Conclusions, and Implications of Findings

Once the previous steps have been completed, a summary of the evidence will be drawn up to support the conclusion. We will list the gaps in knowledge to guide future research.

Results

In line with open science, this protocol is methodologically organized. It allows the entire scientific method to be replicated, thereby mitigating the risk of bias in research [22].

The timeline for this research is as follows: data collection is scheduled to commence in September 2024 and conclude in October 2024. Subsequently, data analysis is set to take place in November and December 2024. We anticipate that the results will be ready for publication in early 2025.

The results of this research will be published in open-access and peer-reviewed journals, a testament to our commitment to disseminating knowledge in the scientific community and ensuring the credibility of our findings.

Discussion

The Scoping Review has gained prominence globally in the field of health evidence synthesis [23]. This methodology was chosen for this study because it aims to map the literature in a specific area of interest—in this case, access to health services for people with syphilis on a global scale. The Scoping Review is particularly useful when reviews on a subject have not yet been published. It allows for the inclusion of a broad range of study designs and aims to identify and synthesize the available evidence [13,14].

We chose to use IRAMUTEC for data analysis, a free software that enables various types of textual data analysis, from basic lexicography (e.g., word frequency calculation) to more complex multivariate analyses, such as descending hierarchical classification and similarity analysis [21]. The software organizes the distribution of vocabulary in an easily understandable and visually clear manner, such as through similitude analysis and word clouds. The advantages of using software for data analysis include improved organization and separation of information, increased process efficiency, easier location of text segments, and faster coding compared to manual methods [24].

A key strength of this scoping review is the experienced research team, who are well-versed in the study of syphilis and in applying the Scoping Review methodology. To ensure a

highly sensitive search strategy for this protocol, we collaborated with a librarian affiliated with the researchers institution, which enhanced the comprehensiveness of the search and allowed for greater access to relevant literature. Importantly, the research will not be limited by time or language constraints.

Following an in-depth review of literature on access to health care, we adopted the framework proposed by Levesque, Harris, and Russell [18], which outlines five dimensions of accessibility: Approachability, Acceptability, Availability and Accommodation, Affordability, and Appropriateness.

Approachability refers to whether individuals with health needs can identify available services, understand their potential impact, and access them. This dimension is influenced by factors such as transparency, information about available treatments and services, outreach activities, health literacy, knowledge about health, and cultural beliefs. Acceptability involves cultural and social factors that determine whether individuals find the aspects of a service (e.g., the gender or social group of providers, the associated medical beliefs) appropriate and acceptable [18].

Availability and Accommodation pertain to whether health services are physically accessible and available in a timely manner. This includes the existence of adequate facilities, building accessibility, transportation systems, flexible working hours, and the qualifications of health professionals. Affordability relates to the economic capacity of individuals to spend resources and time on necessary services. Factors such as poverty, social isolation, and indebtedness can limit an individual's ability to pay for needed care. Appropriateness concerns the suitability and quality of the services provided, including their integrated and continuous nature [25].

Access to health care for people with syphilis requires ongoing attention from health managers, professionals, and researchers due to the high incidence of the infection in various regions globally. Numerous initiatives have been developed in recent years to combat this epidemic. For instance, in 2016, the World Health Organization (WHO) launched the Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021, aiming for a 90% reduction in the incidence of *T. pallidum* and fewer than 50 cases of congenital syphilis per 100,000 live births in 80% of countries by 2023 [26]. In 2017, the Pan American Health Organization (PAHO) set goals to increase syphilis screening and appropriate treatment

coverage in pregnant women to 95% or more, aiming to eliminate vertical transmission of syphilis [27].

Despite these governmental efforts, syphilis remains a persistent public health challenge. Watt *et al.* identified several factors that contribute to low access among young people to sexual and reproductive health services, including a lack of knowledge about available services, cultural and religious barriers, judgmental attitudes of health professionals, and insufficient privacy in health facilities [28].

Additional barriers to syphilis testing and care include stigma, discrimination, gender-based violence, past negative healthcare experiences, reluctance to disclose sexual practices, confidentiality concerns, and limited access to health facilities [29,30]. These barriers can be addressed through Continuing Education for healthcare teams, which fosters reflection on the work process and recognizes the needs and potential of the service. In-service learning is essential for improving the quality of health care.

Socioeconomic disparities, limitations in government financial transfers for health in specific regions, the concentration of health services in urban areas, and restricted access for populations in rural and riverside areas also hinder care for syphilis patients. Understanding these barriers and facilitators allows health policymakers and managers to act at local or regional levels, designing policies and programs based on successful experiences identified in the scoping review, with adaptations for the specific context.

As identified through this scoping review, there is a significant knowledge gap regarding the barriers and facilitators to accessing healthcare for people with syphilis, whether acquired, congenital, or gestational, in a global context.

The scarcity of studies on these topics remains an obstacle to controlling syphilis at the community level. This study aims to explore the breadth of the literature, map current evidence, and identify gaps in knowledge about syphilis worldwide

Moreover, it is anticipated that the results of this scoping review will be significant in prompting changes at both macropolitical and micropolitical levels, leading to better access to healthcare services and improved quality of care for people with syphilis.

The study also aims to raise awareness among society and health professionals about the importance of providing welcoming and attentive care for people with syphilis, ensuring they receive the same rights to quality care as anyone else.

Limitations

The use of descriptors and search terms in only English, Portuguese, and Spanish may limit the study by potentially excluding relevant research published in other languages. Additionally, the absence of searches on institutional websites across all countries for grey literature may also be a limitation, although this is not expected to significantly impact the development of the scoping review.

Furthermore, the quality and methodological rigor of the included studies will not be assessed, as this is characteristic of a scoping review, which could introduce biases in the synthesis of the results.

Conclusions

This article presents a scoping review protocol. Upon completion of the study, it will map the barriers and facilitators to healthcare access for people with syphilis, identify challenges to healthcare access in various parts of the world, and elucidate potential strategies for improving service delivery in syphilis care.

The full results will be disseminated through scientific conferences and international publications, with the aim of reaching three key target audiences: public health policymakers, healthcare professionals who care for people with syphilis, and researchers focused on this topic.

Ultimately, the study may highlight the need to develop and refine policies that prevent barriers to care from impeding access to health services, particularly in Brazil.

Acknowledgments

Adriana Alves - Librarian of Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, for assistance in building the search strategy.

This scoping review is part of RB's Doctoral Thesis in the Postgraduate Program in Public Health at the Federal University of Rio Grande do Norte.

Author contributions

All authors made substantial contributions to the conception of the manuscript, drafted the article, or revised it critically for important intellectual content. Furthermore, they granted final approval for the version to be published.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Funding

No financial support was provided.

Multimedia Appendix 1

Complete strategy for searching Medline/Pubmed.

References

1. Maschio-Lima T, Machado ILL, Siqueira JPZ, Almeida MTG . Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saúde Mat Inf*, 2020 Oct-Dec; 19(4): 865-872. doi: 10.1590/1806-93042019000400007
2. World Health Organization. Syphilis (2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis> [accessed Apr 09, 2024].
3. World Health Organization. News from the World Health Organization department. STIs in 2022: emerging and re-emerging outbreaks. Set 2, 2022. <https://www.who.int/news/item/02-09-2022-stis-in-2022-emerging-and-re-emerging-outbreaks> [accessed Mai 14, 2024].
4. Lafetá KRG, Martelli H Jr, Silveira MF, Paranaíba LMR. Maternal and congenital syphilis, underreported and difficult to control. *Rer Bras Epidemiol*, 2016 Jan-Mar; 19(1):63-74. doi:10.1590/1980-5497201600010006
5. Komori A, Mori H, Xie W, Valenti S, Naito T. Rapid resurgence of syphilis in Japan after the COVID-19 pandemic: A descriptive study. *PLoS One*, 2024; 19(3):e0298288. PMID: 38536832.
6. Bond S, Chen MY. The resurgence of congenital syphilis in Australia: novel approaches and sustained, effective public health efforts are required. *Med J Aust*. 2024;221(4):195-6. doi: 10.5694/mja2.52393
7. Siqueira CN, Ferreira MPN, Olanda ATP, Amaral LEG, Arlindo TSN. The persistence of syphilis as a challenge faced by 21st century health professionals. *Multidisciplinary Scientific Journal O Saber*. 2024 Jan-Jul; 1(1). doi:10.51473/rcmos.v1i1.2024.496

8. Fowler JA, Warzywoda S, Nourse C, Wu M, Britton S, Rowling D, et al. Barriers to optimal management of syphilis in pregnancy and congenital syphilis in south-east Queensland: a qualitative investigation. *Sex Health*. 2023 Dec; 20(6):506-513. doi: 10.1071/SH23119
9. Warzywoda S, Fowler JA, Nourse C, Wu M, Britton S, Rowling D, et al. Syphilis in pregnancy: a qualitative investigation of healthcare provider perspectives on barriers to syphilis screening during pregnancy in south-east Queensland. *Sex Health*. 2023 Aug; 20(4):330-338. doi: 10.1071/SH22193
10. El-Sadr WM, Platt J, Bernitz M, Reyes M. Contact Tracing: Barriers and Facilitators. *Am J Public Health*. 2022;112(7):1025-33. doi: 10.2105/AJPH.2022.306842
11. Mocelin HJS, de Jesus SV, Negri L, Borges BJP, da Silva AI, Maciel ELN. [Barriers and facilitators to confronting HIV/aids and syphilis experienced by Venezuelan women living in Brazil Factores facilitadores y barreras que tienen las mujeres venezolanas residentes en Brasil respecto de la infeccion por el VIH/sida y la sifilis]. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e3. doi: 10.26633/RPSP.2023.3
12. Jones AV, Manasyan A, Xue Y, Kapesa H, MwendaFilumba K, Nalwamba L, et al. Benzathine penicillin G stockouts and other barriers to documented syphilis treatment in pregnancy in Zambia. *PLoS One*. 2024;19(6):e0304576. doi: 10.1371/journal.pone.0304576
13. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. <https://synthesismanual.jbi.global>. doi: 10.46658/JBIMES-24-09
14. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005 Feb; 8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
15. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010 Sep 20; 5:69. doi:10.1186/1748-5908-5-69
16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2; 169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850
17. Domingues CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajn D, Menezes MLB. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections, 2020: congenital syphilis and child exposed to

- syphilis. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2021;54(suppl 1):e2020597. doi: 10.1590/0037-8682-597-2020
18. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18
 19. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 2009;62:e1–34. doi: 10.1136/bmj.b2700
 20. Bardin L. *Análise de conteúdo. Edição revista e ampliada*. São Paulo: Edições 70 Brasil; [1977] 2015. ISBN: 9724415066.
 21. Souza MAR, Wall ML, Thuler A, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03353. doi: 10.1590/S1980-220X2017015003353.
 22. Silva FCCD, Silveira LD. O ecossistema da Ciência Aberta. *Transinformação* 2019; 31:e190001. doi: 10.1590/2318-0889201931e190001.
 23. Pham MT, Rajic A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*. 2014;5(4):371-85. doi: 10.1002/jrsm.1123.
 24. Creswell JW, Clark VLP. *Pesquisa de métodos mistos*. São Paulo: Penso; 2013. ISBN: 8565848477.
 25. Frenk J. The concept and measurement of accessibility. In *Health Services Research: An Anthology*. Edited by White KL, Frenk J, Ordonez C, Paganini JM, Starfield B. Washington: Pan American Health Organization; 1992:858–864.
 26. World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021 [cited Aug 15, 2024]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1>.
 27. Organización Panamericana de la Salud. ETMI Plus. Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Washington, D.C.: OPS; 2017 [cited Aug 15, 2024]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34306/OPSCHA17009-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.

28. Watt N, Sigfrid L, Legido-Quigley H, Hogarth S, Maimaris W, Otero-Garcia L, et al. Health systems facilitators and barriers to the integration of HIV and chronic disease services: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32(suppl_4):iv13-iv26.
29. Panchenko S, Gabster A, Mayaud P, Erausquin JT. Sexual health challenges in migrant, immigrant, and displaced populations 2022-2023. *Curr Opin Infect Dis.* 2024 Feb; 37(1):46-52. doi: 10.1097/QCO.0000000000000990
30. Hackett C, Frank L, Heldt-Werle L, Loosier PS. Provider-Reported Barriers in Sexual Health Care Services for Women With Upstream Barriers: The Case of Syphilis and Congenital Syphilis in Southern Colorado, 2022. *Sex Transm Dis.* 2024 May; 51(5):337-341. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001936.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que o Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com sífilis apresentou índices de validação do conteúdo adequados.

Esta nova ferramenta para a gestão do SUS poderá avaliar, monitorar os serviços ofertados à comunidade, além de servir de base para a elaboração de ações estratégicas para a prevenção, detecção e tratamento dessa infecção. Este instrumento também é uma ferramenta que contribuirá para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

Espera-se que a partir da implantação do Instrumento de Avaliação da Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis na rotina da avaliação dos serviços de saúde, haja mudanças que resultem na melhoria da acessibilidade dos usuários e maior integração entre os serviços e profissionais que cuidam das pessoas com sífilis. Acredita-se que, mediante uma Linha de Cuidado à pessoa com Sífilis de qualidade, as taxas de transmissão desse agravo começarão a diminuir, acarretando mudanças no perfil epidemiológico no Brasil.

Como recomendações, sugere-se a realização das demais etapas de validação para as propriedades psicométricas.

Quanto ao protocolo de revisão de escopo, após a sua realização serão mapeadas as barreiras e facilitadores ao acesso das pessoas com sífilis ao cuidado em saúde. A revisão identificará os desafios ao acesso em saúde em diferentes partes do mundo e elucidará algumas possíveis estratégias para melhorar a prestação de serviços no cuidado à sífilis.

Os resultados completos serão divulgados através de conferências científicas e artigo internacional. Através da divulgação ampla, espera-se que as informações alcancem no mínimo três públicos-alvo: criadores de políticas públicas de saúde, profissionais de saúde que cuidam de pessoas com sífilis e pesquisadores que atuam com esta temática.

Finalmente, o estudo poderá revelar a necessidade de elaborar e aprimorar políticas que evitem que as barreiras do cuidado sejam um impedimento para o acesso aos serviços de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.16, n.7, p. 3061-68, 2011. DOI 10.1590/S1413-81232011000800006.

ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 24, n. 54, p. 6-21, jan./abr. 2000.

ARRUDA, C. *et al.*, Health care networks under the light of the complexity theory. **Esc Anna Nery**, [S.l.], v.19, n.1, p.169-73, 2015. Doi:10.5935/1414-8145.20150023

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, [S.l.], v. 81, n. 2, p. 111–126, mar. 2006. DOI [10.1590/S0365-05962006000200002](https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002).

BARROS C. V. L. *et al.* Bio-behavioral survey of syphilis in homeless men in Central Brazil: a cross-sectional study. **Cad Saude Publica**, [S.l.], v.34, 2018. Doi:10.1590/0102-311x00033317.

BELGA, S. M. M. F. **Produção do cuidado e integralidade à saúde**: perspectivas a partir do Hospital Risoleta Tolentino Neves. 2023. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte: 2023.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Casa Civil**. 2011. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20/08/2023.

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: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>. Acesso em: 10/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Gabinete do Ministro**. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOI. Acesso em: 15/09/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html. Acesso em 18 jul. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico - Sífilis 2023**. Número Especial. | Out, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023>. Acesso em: 10/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil 2020-2021** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_reducao_sifilis_2020_2021.pdf. Acesso em: 05/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. 2016. <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em 18 jul. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. **Desenhos da Organização da Atenção no SUS: A Integralidade da Atenção à Saúde – Encontro dos estudantes universitários da área de saúde e o SUS**, Brasília, 17 mai. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. **Ministério da Saúde**. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20/09/2023.

BRITO, J. S. *et al.* Sífilis: a história de um desafio atual. **Revista Científica Online**, [S.l.], v. 11, n. 3, 2019. Disponível em: http://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/SIFILIS_A_HISTORIA_DE_UM_DESAFIO_ATUAL.pdf. Acesso em: 16 julho 2024.

CÂMARA, L. S. *et al.* Conhecimento técnico dos profissionais de saúde sobre o manejo da sífilis e sua relação com a Educação Permanente em Saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 2, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.11996.

CAMARGO Jr., K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 Sup., p. S58-S68, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011. Acesso em: 01/07/2020.

CARVALHO, A. L. B. *et al.* **Projeto Sífilis Não**: diálogos e reflexões sobre experiências nos territórios. Natal: SEDIS-UFRN, 2022.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006.

CIHR- Canadian Institutes of Health Research. **Knowledge user engagement**. 2016. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/49505.html>. Acesso em: 20/02/2024.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliação na área da saúde**: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A., org. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 09/04/2022.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.]. v.11, n.3, p.705-711, 2006. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliar a avaliação**. In: BROUSSELLE, A. *et al.* Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016. p. 264- 272.

CORSANIGO, A. D.; FERAUD, H. A. Tele Educación como estrategia de optimización de la capacidad resolutive de las Redes Integradas de Salud. **Latin Am J telehealth**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 176-182, 2019.

COSTA, I. K. F. *et al.*. Development of a virtual simulation game on basic life support. **Rev Esc Enferm.**, [S.L.], v. 52, 2018. DOI 10.1590/S1980-220X2017047903382.

CUNHA, C. G. S. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. Planejamento e Gestão em Perspectiva. **Revista Estudos de Planejamento**, [S.l.], n. 12, dez., 2018. Disponível em: <https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/estudosplanejamento/article/view/4298/4056>
Acesso em: 02/06/2024.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. 3d. Rio de Janeiro: 1996.

DOMINGUES R.M. *et al.* Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. **Rev Saúde Pública**, [S.l.], v.47, n.1, p.147-56, 2013. DOI [10.1590/S0034-89102013000100019](https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019).

DOMINGUES, C. S. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. spe1, 2021. DOI 10.1590/S1679-4974202100005.esp1.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

ESPERÓN, J. M. T.. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, pg. 1-2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170027.pdf>. Acesso em: 01/07/2024.

FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Cuidar em saúde**. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 2 ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. - Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em: 10/05/2024.

FRANCO, T. B.; MAGALHAES-JÚNIOR, H. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. In: MERHY, E. E. (orf.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2a. edição. São Paulo: HUCITEC, 2004. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CANCIA%20%C0%20SA%DADE%20-%20T%FAllo.pdf>. Acesso em: 20/05/2024.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 6, n.1, 2001. DOI 10.1590/S1413-81232001000100014.

GASPAR, A. E. **Gestão Unificada do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social em Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil, no período de 2005 a 2008**. 2010. 118f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09112010-212545/pt-br.php>>. Acesso em: 20/09/2021.

GASPAR, P. C. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.l.], v. 30, n. spe1., 2021. DOI 10.1590/S1679-4974202100006.esp1.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. A Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Effective evaluation. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1988.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de Quarta Geração**. Tradução. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

KLAUSNER, J.D. The great imitator revealed: syphilis. **Top Antivir Med**, [S.l.], v. 27, n. 2, p.71-74, mai, 2019. PMCID: PMC6550356.

LAFETÁ, K. R. G. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [S.l.], v.19, n.1, p. 63-74, jan-mar, 2016. DOI 10.1590/1980-5497201600010006.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc**, [S.l.], v.20, n.4, p.867-74, 2011. Doi: 10.1590/S0104-12902011000400005

LEWIS, D.A. Resurgence of syphilis. **International Journal of Infectious Diseases**, [S.l.], v. 130, Suppl 2, mai, 2023. DOI [10.1016/j.ijid.2023.04.108](https://doi.org/10.1016/j.ijid.2023.04.108).

LIMA, V. C. Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste. **Cad. saúde Coletiva**, [S.l.], v. 30, n. 3, Jul-Sep,2022. DOI [10.1590/1414-462X202230030283](https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030283).

MACHADO, C. V. *et al.* Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.3, p. 521–32, mar, 2011. DOI.org 10.1590/S0102-311X2011000300012.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de Saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad Saude Publica**, [S.l.], v.33, n. Supl. 2, 2017. DOI 10.1590/0102-311X00129616.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.2, p.433-44, 2004.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, [S.l.], v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. DOI 10.1590/S1414-32832010005000010.

MASCHIO-LIMA, T. *et al.* Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.l.], v. 19, p. 865-872, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>.

MATTOS, R. A. de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da Integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MAZZA, D. A. A. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis**, [S.l.], v.30, n.4, 2020. DOI 10.1590/S0103-73312020300405.

MCINTOSH, E. D. G. Development of vaccines against the sexually transmitted infections gonorrhoea, syphilis, chlamydia, herpes simplex virus, human immunodeficiency virus and

Zika virus. **Therapeutic Advances in Vaccines and Immunotherapy**, [s.l.], v. 8, p. 1-14, 2020. DOI: [10.1177/2515135520923887](https://doi.org/10.1177/2515135520923887).

MEDEIROS RKS, et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas de enfermagem. **Revista de Enfermagem de Referência**, Coimbra, v.4, n.4, p. 127-135, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239974007.pdf>. Acesso em: 15/11/2023.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, fev. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200431&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 Mai 2024. DOI 10.1590/1413-81232018232.16152017.

MENEZES, I. L. *et al.* Sífilis adquirida no Brasil: análise retrospectiva de uma década (2010 a 2020). **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S.l.], v. 6, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.11180.

MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**, [S.l.], v. 43, n. spe6, 2019. DOI [10.1590/0103-11042019S606](https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606).

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, v.2, p. 147-160, 2006. DOI 10.18294/sc.2006.62.

MUNARETTO, L. F.; CORRÊA, H. L.; CUNHA, J. A. C. da. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm.** UFSM, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, JAN./MAR. 2013. DOI: 10.5902/198346596243.

NEGRI, A.; HARDT, M. **Multidão**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NKAMBA, D. *et al.* Barriers and facilitators to the implementation of antenatal syphilis screening and treatment for the prevention of congenital syphilis in the Democratic Republic of Congo and Zambia: results of qualitative formative research. **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 17, n. 556, 2017. DOI 10.1186/s12913-017-2494-7.

ONU - Organizações das Nações Unidas. Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 26/10/ 2024.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Washington: OPS; 2017.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines- 1920**. Publicación Científica No. 93, Washington: 1964. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1133/42178.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15/07/2024.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington: OPS; 2010.

ORTIZ-LOPEZ, N. *et al.* Vigilância epidemiológica da sífilis congênita na Espanha, 2000–2010. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, [S.l.], v. 31, n. 9, p 988-990, set., 2012. DOI: 10.1097/INF.0b013e31825d3152.

PASQUALI, L. *et al.* **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEREIRA, E. D. S.; PEDROSA, J. I.; DANTAS, V. **Promoção da equidade no SUS: equidade em Saúde** (Fascículo 1). Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha/ Universidade Aberta do Nordeste, 2014.

PEREIRA, R. D., ALVIM, N. A. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. **Esc Anna Nery**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 174-80, 2015. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150024>.

PETERS, *et al.* Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBIM Evid Implement**, [S.l.], v.19, n.1, p. 3-10, 2021.

PETERS, M. D. J. *et al.* Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. **JBIM Evid Synth.** [S.l.], v.20, n.4, p. 953-968, 2022.

PETERS, M. D.J. *et al.* **Scoping Reviews**. In: AROMATARIS, E. *et al.* JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI: 2024. DOI 10.46658/JBIMES-24-09.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J.C.B.A; PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v.08, n.01, p.42-51.

2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438920>. Acesso em: 23/02/2023.

PORTOLESE, J. T. A. **Importância do Sistema Único de Saúde como Política Pública Democrática no Contexto do Direito Brasileiro**. 2023. 256 f. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. (org.). **Medicina ambulatorial: condutas da Atenção Primária baseada em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROMAGNOLI, R. C. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. **Psicol. Soc.**, [S.l.], v. 28., n. 1, Jan-Abr, 2016. DOI 10.1590/1807-03102015v28n1p151.

RUBIO, D.M., *et al.* Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SANTANA, R.S *et al.* Lifetime Syphilis Prevalence and Associated Risk Factors Among Female Prisoners in Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, [S.l.], v. 47, n. 2, p. 105-110, 2020. Doi: 10.1097/OLQ.0000000000001113.

SANTOS, M. M. *et al.* **Notificações de sífilis congênita no Brasil: um alerta para a falta de investigação dos casos**. Natal: SEDIS-UFRN, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/52049>. Acesso em: 20/02/2024.

SCHOLZ, A. *et al.* Sífilis aumentando sua incidência: desinformação ou descaso? Revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S.l.], v. 9, n. 7, p. 22534–45, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n7-094.

SHORTELL, S. M. *et al.* Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. **Hosp Health Serv Adm**, v.38, p. 447–66, 1993.

SILVA JUNIOR, S.D.; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, Brasil, v. 15, p. 1-16, out. 2014. Disponível em: https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2022/01/1_Mensuracao-e-Escalas-de-Verificacao-uma-Analise-Comparativa-das-Escalas-de-Likert-e-Phrase-Completion-1.pdf. Acesso em: 04/10/2023.

SINKA, K. The global burden of sexually transmitted infections. **Clinics in Dermatology**, [S.l.], vol 42, n. 2, mar-abr, 2024. DOI 10.1016/j.clindermatol.2023.12.002.

SOARES, L. B. M. **Avaliação da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica: do itinerário terapêutico do usuário à revisão comparada com Sistemas de Saúde internacionais**. 2022. 208f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-01122022-152323/pt-br.php>. Acesso em: 04/01/2024.

SODRÉ, F.; ROCON, P. C. O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”? **Saude soc**, [S.l.], v.32, n. 1, mar., 2023. DOI 10.1590/S0104-12902023210545pt.

SORTICA, A. C. **Rede de Atenção à Saúde, Sífilis e Educação em Saúde, a interceção necessária**: Um estudo de caso sobre sífilis em gestante e congênita no município de Custeio. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2017.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 Sup 1, p.S100-S110. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 25/06/2023.

STENZEL, A. C. B.; MISOCZKY, M. C.; OLIVEIRA, A. I. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY, M. C; BORDIN, R. Gestão local em saúde: Práticas e Reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 236.

STOVER, J. *et al.* The case for investing in the male condom. Nugent RA, editor. **PLoS One**, [S.l.], 2017. DOI 10.1371/journal.pone.0177108.

SYLVER L. **Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde**. In: GALLO, E.; RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H.; (Org.). Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

TAMPA, M. *et al.* Brief history of syphilis. **J Med Life**, [S.l.], v.7, n.1,p. 4-10, mar, 2014. PMCID: PMC3956094. PMCID: [PMC3956094](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3956094/).

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na 71 gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 17, n. 4, 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

VIANA, A. L. D. Regionalização e Redes de Saúde, **Ciênc. saúde colet**, [S.l.], v.23, n.6, jun, 2018. DOI 10.1590/1413-81232018236.05502018.

VIEGAS, S. M. D. F.; PENNA, C. M. D. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1089–1100, dez. 2015. DOI 10.1590/1807-57622014.0275.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. O campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: EdUFBA, 2018.

WHO - World Health Organization. **Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030**.Geneva: WHO, 2022. Disponível em:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360348/9789240053779-eng.pdf?sequence=1>.

Acesso em: 30/05/2024.

WHO - World Health Organization. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016–2021: towards ending STIs**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-16.09>. Acesso em: 30/05/2024.

WHO - World Health Organization. **Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance**. WHO: 2018. Disponível em: apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1170799/retrieve. Acesso em: 07/09/2023.

WHO - World Health Organization. **Sexually transmitted infections (STIs)**, 2023. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Acesso em: 09/04/2024.

WHO - World Health Organization. **Syphilis**, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>. Acesso em: 09/04/2024.

WHO -World Health Organization. **Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance**. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1170799/retrieve>. Acesso em: 7/07/2022.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APRESENTADO AOS JUÍZES

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: "Avaliação da Atenção à Saúde às pessoas com Sífilis no Brasil", que tem como pesquisadora responsável a prof.^a Rafaela Bezerra Façanha Correia.

Esta pesquisa planeja construir e validar um instrumento para avaliação da Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis.

O motivo que nos leva a fazer esse estudo se dá pela importância em avaliar a Rede de Atenção à Pessoa com Sífilis, fazendo-se necessário o uso de um instrumento validado e confiável, uma vez que a sífilis tem se tornado um agravo de difícil contenção. Sendo importante para o controle da sífilis e eliminação da sífilis congênita, o subsídio à gestão para a formulação das Políticas Públicas e na organização da rede assistencial, além de instrumentalizar as equipes assistenciais para poderem aperfeiçoar o processo de trabalho com vistas a aperfeiçoar os serviços, para melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento, acompanhamento e prevenção às pessoas acometidas pelo agravo da sífilis.

Caso decida participar, atuará como juiz. Após o seu consentimento, terá acesso ao conteúdo para análise, disponível na plataforma Survey Monkey, contendo as instruções para o seu preenchimento. A análise dos itens ocorrerá por protocolo de julgamento para a validação do conteúdo do instrumento. Responderá a regular sistemáticas apresentação de perguntas, que ocorrerá em ciclos, até que um consenso aceitável sobre os itens seja atingido. A cada ciclo terá um prazo de 15 dias para retornar as respostas. O questionário é de fácil preenchimento. Levará aproximadamente 40 minutos para a conclusão.

Para responder ao questionário, orientamos você que esteja sozinho(a), em ambiente reservado, para garantir a sua privacidade.

Durante a realização da pesquisa, poderão ocorrer eventuais riscos ou desconfortos, tais como: dor de cabeça, ressecamento ocular momentâneo devido ao uso do computador ou celular para o acesso do questionário. É possível que possa ocorrer estresse e ansiedade relacionados às perguntas, pois necessitará de uma análise sobre a rede de atenção à saúde e conhecimentos adquiridos sobre a sífilis. Adicionalmente, por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, ocorrem limitações para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação. Os riscos poderão ser minimizados escolhendo um momento em que você esteja disposto a responder às perguntas e um lugar reservado e confortável para o preenchimento, bem como utilizar a luminosidade das telas no menor nível possível que permita a visualização do material e por fim, responder apenas as questões que não lhe causem constrangimento ou outro sentimento desagradável. A sua participação é voluntária.

Como benefícios da pesquisa, você contribuirá para a assistência à saúde. Suas respostas auxiliarão na validação de conteúdo de um questionário para avaliar a rede de atenção às pessoas com sífilis; para permitir uma melhor compreensão de como está ocorrendo essa assistência na rede e contribuindo para o planejamento de estratégias de controle da sífilis e eliminação da sífilis congênita.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, compete ao pesquisador responsável garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada por mediação dos encaminhamentos necessários.

Durante todo o período da pesquisa, você poderá tirar suas dúvidas ligando para Rafaela Bezerra Façanha Correia. Telefone: (84) 99900-1409; E-mail: rafaella.facanha@ufrn.br; Endereço: Rua General Cordeiro de Faria, S/N-Petrópolis, Natal-RN, 59012-570.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se houver gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsados para vocês.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, seja ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA UFRN—instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas—da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3342 2287. Ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h00min às 13h00min, na Rua Vila Trairi, s/n. Centro, Bloco II, FACISA UFRN. Santa Cruz—RN. CEP: 59200-000.

Ao concordar em participar desta pesquisa, você receberá uma via deste documento rubricada e assinada pela pesquisadora responsável em seu e-mail. O participante deverá guardar a via assinada. A pesquisadora responsável guardará uma cópia deste documento com a concordância do participante.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa: “Avaliação da atenção à saúde às pessoas com sífilis no Brasil”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisadora responsável pelo estudo “Avaliação da atenção à saúde às pessoas com sífilis no Brasil”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente de que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Consentimento Livre e Esclarecido

() Concordo em participar da pesquisa "Avaliação da Atenção à Saúde às pessoas com sífilis no Brasil", e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas, em congressos e/ou publicações científicas, desde que nenhum dado possa me identificar.

() Não concordo em participar da pesquisa "Avaliação da Atenção à Saúde às pessoas com sífilis no Brasil".

ANEXOS A – PARECER CEP/FACISA/UFRN

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FACISA/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE ÀS PESSOAS COM SÍFILIS NO BRASIL

Pesquisador: Rafaela Bezerra Façanha Correia

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48033421.3.0000.5568

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.922.256

Apresentação do Projeto:

Os autores do projeto descrevem: O controle da sífilis tem se constituído um grande desafio para diversos países, incluindo o Brasil, tornando-se um problema de saúde pública.

Diante desse contexto, o estudo terá por objetivo avaliar a rede de atenção à saúde às pessoas com sífilis no Brasil. Trata-se de um estudo de

metodológico, de construção e validação de um instrumento para avaliar a rede de atenção à saúde às pessoas com sífilis. Inicialmente,

realizaremos um estudo ecológico para identificarmos indicadores de avaliação de serviço de saúde e determinantes sociais do processo saúde-doença essenciais para a construção de uma matriz de avaliação da Rede de Atenção à Saúde às pessoas com sífilis, faremos uso da análise

espacial. Atrelada à revisão da literatura, construiremos um instrumento para avaliação da rede de atenção às pessoas com sífilis que terá o seu

conteúdo validado por um grupo de 20 juízes, selecionados por meio da plataforma lattes. A coleta de dados ocorrerá por meio do correio eletrônico,

utilizando do Google Docs. Para avaliação da Rede selecionamos 100 municípios no Brasil, utilizando o critério populacional e o índice composto de

sífilis de cada município. O índice composto de sífilis englobou a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano e a taxa de

mortalidade perinatal por sífilis congênita. O instrumento será respondido por 300 profissionais

Endereço: Rua Trairi S/N

Bairro: Centro

CEP: 59.200-000

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

Telefone: (84)3342-2287

Fax: (84)99224-0009

E-mail: cep@facisa.ufrn.br